

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL DOUTORADO**

CLAUDIA REGINA FELICETTI LORDANI

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SUJEITOS
EM SITUAÇÃO DE OBESIDADE CONSIDERADA GRAVE:
Trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS)**

**São Leopoldo
2019**

CLAUDIA REGINA FELICETTI LORDANI

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SUJEITOS
EM SITUAÇÃO DE OBESIDADE GRAVE:**

Trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS)

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Marília Veríssimo Veronese

Coordenadora: Profa. Dra. Monika Weronika Dowbor

São Leopoldo

2019

L867r

Lordani, Claudia Regina Felicetti.

Representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave : trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) / Claudia Regina Felicetti Lordani. – 2019.

311 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2019.

“Orientadora: Profa. Dra. Marília Veríssimo Veronese ;
coorientadora: Profa. Dra. Monika Weronika Dowbor.”

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

CLAUDIA REGINA FELICETTI LORDANI

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SUJEITOS
EM SITUAÇÃO DE OBESIDADE GRAVE:**

Trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS)

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovada em 18 de Julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marília Veríssimo Veronese (Orientadora)
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Profa. Dra. Lucia Marques Stenzel
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Prof. Dr. Robinson Henrique Scholz
Universidade La Salle - UNILASSALE

Profa. Dra. Laura Cecília Lopez
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Profa. Dra. Maria Letícia Rodrigues Ikeda
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

A meu pai (*in memoriam*) cujo empenho em me educar veio sempre em primeiro lugar. Aqui estão os resultados dos seus esforços. Com muita gratidão.

E, ao meu marido Tarcisio e meu filho Gustavo, meu porto-seguro, por compreenderem que meu sonho pudesse ser realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela soberana presença ao meu lado que me faz perceber que não existem impossíveis na minha vida. Meu coração exulta de gratidão e alegria por mais esta vitória alcançada. Este triunfo não é apenas meu, mas antes ele é Teu, meu Deus, pois eu sei que jamais seria possível sem a Tua ajuda e vontade divina.

Agradeço a minha família, em especial, minha mãe, por ser minha motivação. Eu só tenho a te agradecer pela paciência e apoio incansáveis. Palavra nenhuma será capaz de mostrar o quanto eu te amo e o quanto eu preciso de você ao meu lado. Tenho você como o meu maior exemplo, eu me espelho em ti, em tudo o que você já passou e mesmo assim continuou de pé, firme e forte, como uma batalhadora.

A meu marido, Tarcisio, por ser esse homem maravilhoso, companheiro, dedicado e que me auxilia em todos os momentos de minha vida. Seu apoio foi fundamental para a superação desta etapa! Ao meu filho, Gustavo, pelo amor incondicional, pelos sorrisos e abraços, mesmo sem compreender direito o que se passava, entendia quão importante foi estar horas na frente do computador. Vocês são os grandes amores da minha vida!

A todos os professores do Programa de Doutorado em Ciências Sociais, em especial, à minha querida professora e orientadora, Marília, pelas orientações fornecidas ao longo de todo este percurso, pelo carinho e conforto nas horas difíceis. Pela confiança depositada em mim, desde a seleção para o doutorado até hoje, Doutora em Ciências Sociais. Você é uma profissional incrível, humana, apaixonada pelo que faz e, desta forma, conseguiu fazer com que eu compreendesse o quão vasto e plural é o mundo do conhecimento e que, é possível conviver com todos eles, invariavelmente! Você foi fundamental neste processo de construção e, certamente, me tornou uma profissional melhor.

À UNIOESTE, em especial, ao reitor, professor Paulo Sérgio Wolff – professor Cascá, que não mediu esforços para que os Agentes Universitários pudessem evoluir em seus conhecimentos. Foi pela sua dedicação que o convênio com a UNISINOS foi firmado possibilitando o acesso ao programa de Doutorado

Aos meus colegas de turma, em especial, à Marinês Monteiro, Anelise, Janete e Alberto pelas risadas, companheirismo, mas, sobretudo, pelo incentivo, apoio e auxílio nas aulas e trabalhos. Com vocês, a jornada tornou-se mais leve.

Aos colegas de trabalho do HUOP, em especial, aos meus colegas do SND e à minha querida chefe, Talita, que não mediu esforços em autorizar o meu afastamento possibilitando que eu me dedicasse exclusivamente aos estudos. Sou grata pela sua amizade e apoio!

Aos meus colegas do SOCB-HUOP/UNIOESTE, em especial, ao Dr. Allan e à Marcia, meus grandes incentivadores e apoiadores da causa!

Aos queridos participantes do trabalho que prontamente aceitaram este desafio, pelo carinho, compreensão e pela confiança depositada em mim ao expor suas vidas. Certamente, suas lutas não serão em vão!

E, finalmente, a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram nesta jornada.

Meu muito obrigada!

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas transformam o mundo.”
(Paulo Freire)*

RESUMO

O corpo e suas formas podem ser compreendidos e interpretados sob diversos modos, a depender dos interesses que o cercam e do período histórico analisado. É por meio do corpo que a relação com o mundo é construída. Na contemporaneidade, o avanço tecnológico da ciência médica profere ‘verdades explicativas’ sobre a ‘normalidade’ e a ‘anormalidade’ do corpo. Esse discurso, em larga medida, é legitimado e naturalizado pela cultura capitalista liberal, por meio das indústrias culturais da obesidade e da magreza e pela mídia de massa. Esses veículos pulverizam as ‘verdades’ para a sociedade e, com isso, vêm transformando a concepção corporal, idealizando-a enquanto um ideal de magreza, como símbolo de saúde e beleza. As consequências dessas ‘verdades’ incluem a estigmatização de formatos corporais diferentes do padrão hegemônico, em especial o corpo obeso, aprofundando a dicotomia *magreza como inclusão e obesidade como exclusão*. Diante desse cenário, a presente pesquisa se propôs a compreender o processo de constituição das representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, frente às suas trajetórias de vida e aos seus itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde; além disso, teve o objetivo de analisar, na perspectiva destes sujeitos, como as discursividades hegemônicas influenciam o cotidiano e as relações sociais dos sujeitos. Para tanto, por meio da abordagem qualitativa, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais como elemento teórico-metodológico. Participaram da pesquisa 20 sujeitos em situação de obesidade, considerada grave, inseridos no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP/UNIOESTE), no município de Cascavel-PR. Ao longo das entrevistas e grupo focal, foi possível delinear as representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave enquanto *marginalizados pela sociedade*: por amigos, familiares, no local de trabalho e por alguns profissionais de saúde. Pelo diagnóstico médico de ‘doença’, culpabilizam-se pela sua situação, sua falta de condições para seguir os tratamentos propostos, nos termos estritamente médicos. A palavra mais utilizada por elas para descrição de suas emoções é a *dor* – física também, mas sobretudo emocional. A internalização desse estigma antecipa a discriminação, reduzindo, em boa medida, sua autoestima, prejudicando a qualidade das suas relações sociais e reforçando seu

isolamento social. Os itinerários terapêuticos percorridos foram, por vezes, frustrantes. A terapêutica empregada pelos profissionais, em sua maioria médicos, não foi suficiente para abarcar a integralidade do sujeito em todas as suas dimensões biopsicossociais. Faltam profissionais de saúde no SUS para compor a multidisciplinariedade; e os que atuam no Sistema, por vezes, foram considerados despreparados, indiferentes e preconceituosos. Por não haver a Linha de Cuidado de Obesidade implantada no município, os sujeitos em situação de obesidade oscilaram entre as redes pública, privada e beneficente ao longo de meses ou até anos. O SOCB-HUOP/UNIOESTE em alguma medida contribuiu para amenizar o sofrimento, por meio de relações horizontais estabelecidas com a equipe multiprofissional. Considera-se urgente refletir sobre a legitimidade dos discursos hegemônicos que influenciam significativamente a vida de pessoas em situação de obesidade.

Palavras-chave: Representações Sociais. Corporeidade. Obesidade. Discursos hegemônicos. Estigma.

ABSTRACT

The body and its forms can be understood and interpreted in different ways, depending on the interests that surround it and the historical period analyzed. It is through the body that one builds a relationship with the world. In contemporary times, the technological advance of medical science utters 'explanatory truths' about the 'normality' and the 'abnormality' of the body. This speech is widely legitimized by liberal capitalist culture, through the cultural industries of obesity and thinness, in the mass media. These vehicles pulverize the 'truths' for the society and, through that, they are transforming the corporal conception, idealizing it as an ideal of thinness and making it a symbol of health and beauty. The consequences of these 'truths' include the stigmatization of body shapes different from the hegemonic pattern, especially the obese body, deepening the *thinness* dichotomy as *inclusion* and *obesity* as *exclusion*. Given this scenario, the present research aimed to understand the process of constitution of the social representations of subjects in situations of obesity considered severe, in the face of their life trajectories and their therapeutic itineraries in the Unified Health System (SUS), in Brazil. Also, it aimed to analyze, from the perspective of these social representations, how hegemonic speech influences daily life and social relations of subjects. For that, through the qualitative approach, the Theory of Social Representations was used as a theoretical-methodological element. Twenty subjects in a situation of obesity, considered severe by the medical-scientific speech, were included in the Obesity and Bariatric Surgery Service of the Western Paraná University Hospital (SOCB-HUOP/UNIOESTE), in the municipality of Cascavel-PR. Throughout the interviews and focus group, it was possible to delineate the social representations of subjects in situations of obesity considered dangerous while marginalized by society: friends, relatives, co-workers, and some health professionals. By medical diagnosis of 'disease,' they blame themselves for their situation, their lack of conditions to follow the proposed treatments, in strictly medical terms. The most used word by them to describe their emotions is *suffering* - physical as well, but, above all, emotional. The internalization of this stigma anticipates discrimination, reducing to a great extent their self-esteem, hampering the quality of their social relations, and reinforcing their social isolation. The therapeutic itineraries covered were sometimes frustrating. The therapy used by professionals, mostly doctors, was not enough to cover the subject's

integrality in all its biopsychosocial dimensions. There is a lack of health professionals in the SUS to create multidisciplinary, and those who operate in the System have sometimes been considered unprepared, indifferent, and prejudiced. Because the municipality did not implement the Obesity Care Line, the obese subjects oscillated between the public, private, and charitable networks over months or even years. SOCB-HUOP/UNIOESTE has, to some extent, contributed to alleviate suffering through established horizontal relations with the multi-professional team. It is considered urgent to reflect on the legitimacy of hegemonic speeches, which significantly influence the lives of people in the situation of obesity.

Keywords: Social representations. Corporeity. Obesity. Hegemonic Speeches. Social Stigma.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1 – Organograma de seleção dos participantes para o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP/UNIOESTE), período 2012 a 2017..... | 96 |
| Figura 2 - Etapas desenvolvidas para o tratamento dos dados por meio da análise de conteúdo sugerido por Bardin (2011) | 102 |
| Figura 3 - Categorias e subcategorias temáticas formuladas a partir dos depoimentos dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave participantes do estudo. Cascavel - PR, 2017..... | 106 |
| Figura 4 – Nuvem de palavras que compôs a categoria ‘Gatilhos da obesidade’..... | 137 |
| Figura 5 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘Descobrimo-se obeso’..... | 143 |
| Figura 6 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘A obesidade é doença’, ‘Sou doente porque sou obeso/a’ e, ‘Sou doente por causa das doenças associadas à obesidade’..... | 149 |
| Figura 7 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘Ecos da obesidade’..... | 153 |
| Figura 8 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘As tecituras da rede social’..... | 179 |
| Figura 9 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘As tentativas de emagrecer: métodos da moda’..... | 202 |
| Figura 10 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘Cultura de aceitação da obesidade?’ | 205 |
| Figura 11 - Trajetória espacial e temporal dos Itinerários Terapêuticos das representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes do estudo. Cascavel, PR, 2017..... | 234 |
| Figura 12 – Nuvem de Palavras das Representações Sociais dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes do estudo, ao longo de suas trajetórias de vida e itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde. Cascavel, PR, 2017..... | 247 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 – Exemplos de anúncios publicitários veiculados na mídia em que a mulher é a personagem principal..... | 61 |
| Quadro 2 – Exemplos de anúncios publicitários veiculados na mídia em que o homem é a personagem principal..... | 62 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 - Frequência de unidades de registro (UR) categoria e subcategoria temática..... | 101 |
| Tabela 2 – Perfil dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes da pesquisa. SOCB-HUOP/UNIOESTE. Cascavel, PR, 2017..... | 110 |
| Tabela 3 - Local e condições de moradia dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes da pesquisa. SOCB-HUOP/UNIOESTE. Cascavel, PR, 2017..... | 113 |
| Tabela 4 - Escolaridade, ocupação e renda dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes da pesquisa. SOCB-HUOP/UNIOESTE. Cascavel, PR, 2017..... | 121 |
| Tabela Resumo - Perfil socioeconômico dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes da pesquisa..... | 311 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AB | Atenção Básica |
| ABESO | Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica |
| ACE | Agente Comunitário de Endemias |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAE | Centro de Atenção Especializada |
| CAISAN | Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional |
| CDC | Código de Defesa do Consumidor |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos |
| CFN | Conselho Federal de Nutricionistas |
| CISOP | Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná |
| CLT | Consolidação das Leis de Trabalho |
| CONSEA | Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| EAAB | Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde |
| EAD | Educação a Distância |
| EIPCO | Estratégia Intersetorial de Prevenção e Combate à Obesidade |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FAG | Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz |
| FENEP | Federação Nacional das Escolas Particulares |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| HU | Hospital Universitário |
| HUOP | Hospital Universitário do Oeste do Paraná |
| IBAMA | Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis |
| IBCA | Instituto Brasileiro de Educação para o Consumo de Alimentos e Congêneres |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |

| | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| INSS | Instituto Nacional do Seguro Nacional |
| IT | Itinerário Terapêutico |
| MPF | Ministério Público Federal |
| MS | Ministério da Saúde |
| NAFA | Núcleo Assistencial Francisco de Assis |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OSSs | Organizações Sociais da Saúde |
| PIC | Práticas Integrativas e Complementares |
| PL | Projeto de Lei |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |
| PNaPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PROESF | Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica |
| SBCBM | Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica |
| SISAN | Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional |
| SOCB-HUOP | Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UNIOESTE | Universidade do Oeste do Paraná |
| UNISINOS | Universidade do Vale do Rio dos Sinos |
| UOM | Unidades Odontológicas Móveis |
| USF | Unidade Saúde da Família |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 TRAJETÓRIAS VIVIDAS E JUSTIFICATIVA DO TRABALHO..... | 20 |
| 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 23 |
| 3.1 O corpo e a Sociedade Pós-Moderna..... | 23 |
| 3.2 Sujeitos em situação de obesidade e a resignificação do corpo..... | 27 |
| 3.3 Discurso médico-científico e obesidade..... | 33 |
| 3.4 A influência das Indústrias Culturais da “Obesidade” e da Magreza”..... | 45 |
| 3.5 O reino do <i>marketing</i> , propaganda e da publicidade..... | 51 |
| 3.6 O Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas de atenção ao sujeito em situação de obesidade..... | 66 |
| 3.6.1 Os desafios e limitações do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas de atenção ao sujeito em situação de obesidade..... | 76 |
| 4 OBJETIVOS..... | 85 |
| 4.1 Objetivo Geral..... | 85 |
| 4.2 Objetivos Específicos..... | 85 |
| 5 PERCURSOS METODOLÓGICOS..... | 87 |
| 5.1 Teorização Metodológica e Delineamento Geral da Pesquisa..... | 87 |
| 5.1.1 Teoria das Representações Sociais..... | 88 |
| 5.2 O campo de estudo..... | 92 |
| 5.3 Os sujeitos do estudo..... | 94 |
| 5.4 Coleta de dados..... | 97 |
| 5.5 Tratamento dos dados..... | 99 |
| 5.6 Aspectos Éticos e Legais..... | 103 |
| 6 VIDAS CONTADAS E HISTÓRIAS VIVIDAS: Os resultados da pesquisa..... | 104 |
| 6.1 O processo de constituição das representações sociais dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, inseridos no SOCB-HUOP/UNIOESTE..... | 108 |
| 6.2 Os gatilhos da obesidade..... | 124 |
| 6.2.1 Gravidez | 125 |
| 6.2.2 Hábitos de vida..... | 127 |
| 6.2.3 Ocorrência traumática..... | 132 |
| 6.2.4 Hereditariedade..... | 134 |
| 6.3 Descobrimo-se obeso..... | 138 |
| 6.4 A obesidade é doença..... | 144 |
| 6.4.1 Sou doente porque sou obeso/a..... | 144 |
| 6.4.2 Sou doente por causa das doenças associadas à obesidade..... | 147 |
| 6.5 Os ecos da obesidade..... | 150 |
| 6.5.1 Autoestima baixa..... | 154 |
| 6.5.2 Discriminação: o olhar do outro sobre o meu corpo..... | 160 |
| 6.6 As tecituras da rede social..... | 166 |
| 6.6.1 Família: uma parceira de cuidados..... | 166 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 6.6.2 Família que magoa..... | 169 |
| 6.6.3 Amigos, nem sempre amigos..... | 171 |
| 6.6.4 O empregador como um aliado..... | 173 |
| 6.7 Indústria cultural da magreza: como se constituem as representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave..... | 180 |
| 6.7.1 As propagandas são enganosas..... | 181 |
| 6.7.2 O magro como representante da obesidade..... | 186 |
| 6.7.3 Eu quero, mas não posso comprar..... | 190 |
| 6.7.4 As tentativas de emagrecer: métodos da moda..... | 195 |
| 6.8 Cultura de aceitação da obesidade?..... | 203 |
| 6.9 A Via Crucis para o tratamento da obesidade..... | 206 |
| 6.9.1 Os Itinerários Terapêuticos (IT) dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave..... | 206 |
| 6.9.2 Os profissionais de saúde como fonte de preconceito..... | 226 |
| 6.9.3 Hospital Universitário: o fim da <i>Via Crucis</i> | 137 |
| 7 CONCLUSÕES..... | 249 |
| 8 REFERENCIAS..... | 257 |
| ANEXO A..... | 305 |
| ANEXO B..... | 306 |
| APÊNDICE A..... | 307 |
| APÊNDICE B..... | 308 |
| APÊNDICE C..... | 310 |
| APÊNDICE D..... | 311 |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se na abordagem das ciências sociais e pretende estudar as Representações Sociais (RS) de sujeitos em situação de obesidade, classificados pelo discurso médico como “graves”, antes de submeterem-se ao procedimento cirúrgico para redução do peso¹, bem como suas trajetórias vividas e itinerários terapêuticos percorridos no Sistema Único de Saúde (SUS).

A eleição e a importância do tema deste estudo devem-se ao fato de que o corpo tem sido objeto – para além de sujeito – de estudo sociológico, quer pelas transformações passíveis de serem operadas, quer pela “sua atividade social”. (CUNHA, 2014, p. 11). De fato, conforme Pepin e Braunstein (2001), é possível afirmar que na cultura ocidental o corpo ficou, durante muito tempo, silencioso, mas não silenciado, foi sempre um meio de comunicação e sempre teve um papel de vetor social, psicológico, cultural e religioso. Em termos de pesquisa empírica nesta área, a imagem corporal tem vindo a ocupar um lugar de destaque, de preocupações com fenômenos paradoxais típicos e crescentes nas sociedades de consumo contemporâneas, como é o caso da obesidade. (CUNHA, 2014).

Portanto, estudar a interligação entre a ação e o pensamento sobre a corpulência na dinâmica social de suas interações, a partir das RS, é se mover por caminhos que permitam compreender suas relações, especificações e designações sociais, uma vez que “através de nosso corpo, em especial de nossa corpulência, passam significados sociais mais profundos”. (FISCHLER, 1995a, p. 71).

Sua importância não se limita, no entanto, ao excesso de peso, do ponto de vista nutricional ou biomédico e às complicações a ele associadas, mas, à suas múltiplas implicações socioculturais e relacionais. Assim, a partir das ciências sociais, pode-se refletir que o “culto ao corpo²” e o preconceito a ele associado podem vir a trazer implicações profundas para sujeitos em situação de obesidade representando, desta forma, duas dimensões de destaque na vida urbana

¹ Foram adotados, neste trabalho, os termos: cirurgia para redução de peso, cirurgia da obesidade e/ou cirurgia bariátrica. (SOCIEDADE..., 2017).

² Baseado em Castro (2004), culto ao corpo será aqui definido como um conjunto de práticas e cuidados - quase rituais - despendidos ao corpo, que tem como preocupação principal o seu modelamento, a fim de aproximá-lo, o máximo possível, do padrão de beleza estabelecido socialmente, que coloca as formas retilíneas e a magreza como ideais de corpo belo, não se resumindo, portanto, apenas à prática de atividade física, mas envolvendo consumo de cosméticos, alimentos, medicamentos, procedimentos estéticos, acessórios e tudo que responda (ou procura responder) à preocupação em se ter um corpo magro, bonito e saudável.

contemporânea. A simultaneidade destes dois fenômenos históricos permite afiançar que o primeiro implica, de certo modo, na efetivação do segundo. A produção em larga escala de produtos culturais se coaduna com a invenção de uma compulsão para a felicidade. Por algum tempo, os objetos materiais e culturais se apresentavam como uma expressão da subjetividade, ou uma forma de externalizar a intimidade; agora eles também constroem as emoções e outros sentimentos.

A abordagem crítica, a partir das ciências sociais, portanto, pode contribuir para recuperar outros significados para além da mercantilização e levar em conta outros valores e indicadores de realização. Além disso, a sociologia da cultura, que neste trabalho se direciona para uma sociologia do corpo e uma sociologia da medicina, vem, há muito, identificando a realidade atual como um culto ao corpo, uma corpolatria ou lipofobia, isto é, uma forte obsessão pela magreza (e, conseqüentemente desprezo ao excesso de peso) que visa contextualizar essa nova fase da história da humanidade emergente, a partir, em especial, de meados do século XX. (FISCHLER, 1995a; STENZEL, 2004; ALMEIDA, 2013).

Para além dessas conceituações, faz-se oportuno, ainda, compreender a nova configuração social em termos médico-científicos, atentando para a legitimidade macrossociológica que esse discurso possui na produção do corpo doente obeso excluído e do magro saudável incluído. Assim como refletir sobre a responsabilidade microssociológica que essas discursividades e seus agentes têm em relação aos sujeitos que vivenciam os efeitos biopsicossociais da obesidade.

Procurando distanciar-se de um discurso individualista de culpa³, busca-se compreender o processo de constituição dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, identificando até que ponto as discursividades hegemônicas influenciam neste processo de constituição; além disso, busca-se verificar em que medida os serviços de saúde pública disponíveis contribuem com efetivação do direito humano à saúde, desvelando as potencialidades e as fragilidades na perspectiva da humanização e integralidade.

³ Para as ciências da saúde, desde o final do século XIX até hoje, o indivíduo obeso é o único responsável pela deformação de seu corpo e pelo espaço que ele ocupa. (STENZEL, 2007). Seu excesso corporal, entendido como patologia e denominado de obesidade, diagnosticado por meio de uma equação matemática simples, baseada na divisão do peso pela altura ao quadrado, cujos pontos de corte o direcionam veemente para o peso “normal” ou para as “anormalidades” que variam, ainda, em graus de gravidade, conforme seu resultado. Assim, partindo deste conceito de corpo privado, todas as terapias multivariadas propostas pelo discurso médico, hegemônico e, ousamos incluir, o apelo capitalista e a mídia que contribuem, sobremaneira, para o consumo em massa voltados para o corpo são, sobretudo, práticas individualistas.

Por fim, a escassez de estudos qualitativos nacionais, incorporando abordagem socioantropológica sobre a obesidade, assim como a (tentativa de) busca pelo padrão estético institucionalizado e as suas consequências sobre a gestão da vida dos sujeitos, a imagem corporal e a identidade social conferem o tom de originalidade do presente trabalho.

Nesta corrente, os dois principais eixos temáticos a serem discutidos neste trabalho serão: 1. As trajetórias de vida dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave evidenciando os gatilhos da obesidade; as tecituras da rede social; descobrindo-se obeso; a obesidade enquanto doença; a indústria cultural da magreza; as tentativas de emagrecimento e os ecos da obesidade em relação às relações sociais; à subjetividade e à aceitação social; e, 2. Os itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde à luz do contexto sobre o cuidado; o processo saúde-doença; as relações sociais entre os sujeitos e os profissionais de saúde e a efetividade dos serviços de saúde e os nós críticos da Rede de serviços, na perspectiva destes sujeitos.

2 TRAJETÓRIAS VIVIDAS E JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

O Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP/UNIOESTE) iniciou suas atividades ambulatoriais em fevereiro de 2012 com o objetivo principal de prestar assistência ao indivíduo em situação de obesidade considerada grave, por meio do cuidado clínico multiprofissional e interdisciplinar, com vistas à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

O atendimento multiprofissional e interdisciplinar deste serviço é constituído pelas áreas de assistência social, cirurgia do aparelho digestivo, endocrinologia, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, nutrologia e psicologia. Por se tratar de um hospital-escola, há uma preocupação constante em qualificar os futuros profissionais para o cuidado em saúde dos sujeitos considerados obesos em todos os níveis da atenção, vindo de encontro à Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) - Política HumanizaSUS. (BRASIL, 2010). Desta forma, os atendimentos profissionais são acompanhados por alunos de graduação e pós-graduação *lato e stricto senso* das áreas da saúde.

O processo de encaminhamento dos atores sociais a este serviço é realizado por meio da 10ª Regional de Saúde do estado do Paraná que gerencia uma fila de espera (cronológica) para este tipo de atendimento.

Na fase inicial do serviço, os atendimentos multiprofissionais eram realizados, classicamente, conforme o modelo médico hegemônico⁴. (MENENDÉZ, 1992), ou seja, de forma individualizada em consultórios do ambulatório por meio de agendamento prévio das consultas. Entretanto, ao longo dos atendimentos e, durante as discussões administrativas da própria equipe de profissionais, foram surgindo preocupações e inquietações quanto à elevada incidência de desistências do tratamento pelos sujeitos, fato que levou à reflexão, sobretudo, quanto à insuficiência deste modelo de atendimento baseado, em larga medida, na atuação passiva e subordinada dos sujeitos sociais que, apenas, recebem as informações “adequadas”

⁴ Segundo Menendéz (1992), o modelo médico hegemônico apresenta traços fundamentais baseados no individualismo com ênfase no biologismo e medicalização dos problemas cuja participação dos consumidores se dá de forma passiva e subordinada.

aos seus – supostos – problemas e, que devem segui-las, fielmente, sob o risco de sofrerem retaliações. Também, à reflexão sobre o longo tempo de espera para os atendimentos ou retornos com as especialidades e a necessidade de retornar várias vezes ao mês para ser atendido pelos diferentes profissionais (frutos deste modelo assistencial); além dos grandes esforços realizados por estes sujeitos para vir às consultas devido às limitações motoras, dificuldade de agendamentos de veículo municipal para transporte e, mesmo, pelas faltas recorrentes no trabalho (mesmo sob a condição dos atestados médicos).

A partir da reflexão de todos estes fatores, a equipe repensou seu modelo assistencial substituindo este padrão individualizado para uma forma de atendimento multiprofissional e interdisciplinar em grupo. Desta forma, todos os sujeitos podem ser atendidos pela equipe de forma integrativa e dialogada sob um novo aspecto de abordagem do cuidado, reforçando o diálogo da troca de experiências e de saberes entre os sujeitos, lidando com a variabilidade e a imprevisibilidade que permeia suas vidas.

Devido a esta mudança estrutural, a experiência empírica vivenciada pela pesquisadora nestes últimos seis anos de atuação profissional neste serviço, convivendo de forma mais próxima com os atores sociais em situação de obesidade considerada grave, pôde perceber como esse público traz percepções diversas de vida (mas que possuem similaridades entre si), da sua própria condição e das aflições que o cercam, não apenas, no tocante ao tratamento na rede pública de saúde, mas sobretudo, nas suas relações sociais. Essa vivência foi decisiva para a emergência do objeto aqui analisado, justificando, assim, os caminhos teóricos trilhados com vistas a dar respostas aos objetivos propostos.

Além disso, a partir desta convivência, foi possível, também, analisar, retrospectivamente, o período de quinze anos (até então) de experiência clínica da pesquisadora, enquanto nutricionista, com sujeitos em situação de obesidade e compreender o viés que esta mesma “compreensão científica” tinha a respeito desse público. Partindo, apenas, deste conhecimento “médico” específico, típico do modelo descrito por Mendenéz (1992), o discurso partia do pressuposto da anormalidade e baseava-se em cálculos nutricionais e recomendações alimentares cujos resultados para perda de peso, na grande maioria dos casos, eram insatisfatórios, ou seja, o estímulo nutricional ofertado não era suficiente para abarcar toda a demanda (física, emocional, biológica e social) existente.

A fim de desvelar tais inquietações, a pesquisadora buscou, por meio do programa de Doutorado em Ciências Sociais ofertado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), aprofundar-se nesta ótica, a fim de relativizar tais condutas, compreender outros discursos, os quais, antes, seriam improváveis.

Acredita-se, também, que diferentes formas de saber podem conviver lado a lado, desempenhando diferentes funções e respondendo a diferentes necessidades na vida de um sujeito, grupo ou comunidade. Por isso, neste trabalho, acredita-se ser necessário atentar para o problema da compreensão, do convívio e da aceitação social das RS de sujeitos em situação de obesidade considerada grave. Neste sentido, por meio da Teoria das Representações Sociais foi possível traçar algumas bases teóricas que possibilitaram o esclarecimento (mesmo que parcial) do significado do excesso corporal no cotidiano de quem o vive e, indiretamente, de quem o trata.

Sendo assim, por meio das RS, que são, sobretudo, elementos da realidade social dos sujeitos, elaborados a partir de suas vivências/experiências com o meio e atores sociais, busca-se compreender o processo de constituição dessas RS de sujeitos em situação de obesidade considerada grave frente às suas trajetórias de vida e os seus itinerários terapêuticos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O Corpo e a Sociedade Pós-Moderna

A organização da sociedade na atualidade tem sido orientada, em larga medida, através do apelo ao consumo. Os discursos hegemônicos médico-científico e cultural sexista⁵ (ALMEIDA, 2016) têm tido o apoio ambivalente do capitalismo e mídia que exercem um papel fundamental na produção e reprodução da vida cotidiana. Constroem-se, assim, novos ambientes simbólicos, faz-se até da virtualidade uma realidade. Essas características refletem o conjunto de transformações que se iniciaram na segunda metade do século XX e que se tornaram mais velozes com advento da revolução informacional, acarretando em drásticas alterações nas relações sociais, uma vez que a divulgação de padrões corporais e de saúde pela mídia não encontra mais fronteiras.

A realidade observada, contemporaneamente, nas relações sociais, mantém ativos os padrões de massificação dos gostos e, também, voláteis à satisfação das demandas. Estas, em geral, sofrem mudanças muito rápidas, dadas a volatilidade dos produtos, das imagens, das tendências; em lugar de um, têm-se vários padrões de necessidades, sendo substituídos por novos, contínua e celeremente. Desta forma, satisfação e insatisfação vão se sucedendo e novos sentimentos vão sendo produzidos e experimentados (HELLER e FEHÉR, 1998), resultando, em boa medida, em uma sociedade cuja felicidade é paradoxal. (LIPOVETSKY, 2007).

O modo de vida produzido pela chamada pós-modernidade desvencilha-se, de certo modo e medida, dos tipos tradicionais de ordem social, de uma maneira que não tem precedente. Para Bauman (2008), o contemporâneo passa a ser marcado pelo fim da estabilidade, da segurança e das certezas. Esta “liberdade” gradual dos sujeitos fez surgir uma nova sociedade consumista, instável e líquida,

⁵ Baseado em Almeida (2016), a cultura sexista engloba um conjunto de estereótipos baseados na aparência, nas emoções e nos papéis sociais que se apresentam como sendo os mais corretos em uma sociedade, principalmente nas concepções geradas pela reprodução da vida cotidiana do senso comum, de acordo com as diferenciações de sexo.

devido, sobretudo, a sua liberdade de escolher e decidir como e de que maneira suas necessidades são atendidas naquele momento. Ou seja, para Bauman (2008, p. 54), nasce a sociedade “à lá carte”.

Lipovetsky (2007, p. 11) corroborando com esta afirmação, argumenta que esta “civilização do desejo” é uma revolução inseparável das novas orientações do capitalismo, no caminho da estimulação perpétua da demanda, da mercantilização e da multiplicação indefinida das necessidades. Surge um novo ‘*ismo*’ que põe fim a “sociedade do consumo” sugerida por Baudrillard (2008), evoluindo para a “sociedade de hiperconsumo”, denominada assim por Lipovetsky (2007, p. 47).

Este novo conceito coincide, portanto, com o estado da economia marcado pela centralidade do consumidor, construída estruturalmente em torno de mais uma personagem: o acionista (detentor do capital) que age por meio do princípio da mutação da economia globalizada, cujo imperativo é mercantilizar todas as experiências e em todo lugar, a toda hora e em qualquer idade, diversificar a oferta adaptando-se às expectativas dos compradores, reduzindo os ciclos de vida dos produtos pela rapidez das inovações, segmentar os mercados, favorecer o crédito ao consumo e fidelizar o cliente por práticas comerciais diferenciadas.

Assim, pode-se transformar, habilidosamente, o supérfluo em necessidade vital para a existência e permanência nessa mesma sociedade de acordo com as categorias sociais. Desta maneira, a sociedade vem sendo construída, em larga medida, pelo molde da insaciabilidade, da constante insatisfação, em que uma necessidade preliminarmente satisfeita gera, automaticamente, outra necessidade, criando, assim, um ciclo vicioso inesgotável e inimaginável de necessidades na busca utópica pela satisfação plena, pelo atendimento das demandas, pela suposta inadequação de seus corpos. Sob esta ótica, demandas da ordem do impossível – como um corpo magro e “sarado⁶” para todos –, são transformadas quase em “deveres”, passando as pessoas a “precisarem” delas com urgência. (FELICETTI LORDANI; RUSCHEINSKY e VERONESE, 2017).

⁶ Gíria utilizada especialmente entre esportistas e praticantes de exercícios físicos que significa a pessoa cujo corpo foi moldado pelo exercício, malhado, musculoso. Expressa, ainda, ser belo, saudável e atraente. Segundo o dicionário Aurélio, sarado é quem se curou de uma doença. (FERREIRA, 2009), portanto, seu antônimo é “ainda estar doente”. Ou seja, as pessoas que não se enquadram na ilustre categoria ainda não foram fortes ou perseverantes o suficiente para se curar da “doença da gordura”, mesmo que elas não se caracterizem enquanto obesas e goze de plena saúde. (SARADO..., 2009).

É o clímax do capitalismo liberal em que a sociedade pós moderna encontra-se mergulhada e o reconhecem, em larga medida, como o grande “realizador desses sonhos”. Sob o capuz da preocupação em atender a força dos valores hedonistas, o gosto pela mudança, a necessidade de ser saudável e o desejo generalizado de participar da sociedade, as indústrias multinacionais farmacêuticas, culturais, da moda, da biotecnologia e tantas outras enriquecem na mesma velocidade com que criam seus produtos.

De fato, indubitavelmente, cada vez mais pessoas investem no seu corpo, por motivações muito variadas, com o intuito de obter dele, por exemplo, maior rendimento, uma aparência física mais saudável e/ou jovial e, também, lhe aumentar o poder de estimulação social. Prova disto é o mercado crescente de produtos e serviços direcionados ao corpo.

É fato, ainda, que a corrida à inovação e aos lançamentos de produtos não pode dispensar as estratégias insubstituíveis da mídia e publicidade destinadas a fazer vender, aumentar a notoriedade, construir a imagem da marca a fim de ganhar novos (e possíveis fiéis) consumidores. Para isso, utiliza-se de métodos criativos, em larga medida facilmente aceitos pela sociedade consumidora. Um destes mecanismos (e julgamos o mais importante) baseia-se na veiculação de imagens corporais magras, belas e transparecendo felicidade. Ou seja, majoritariamente, corpos que se encaixam num padrão estético inacessível para grande parte das pessoas, mas recomendado pelo discurso hegemônico biomédico e mediados pelos interesses da indústria de consumo.

Em grande parte das peças publicitárias que envolvem pessoas, os modelos corporais são evidenciados como indicativo de beleza, envolvendo, sutilmente, o público em um jogo de sedução e imagens. Veicula-se e naturaliza-se a representação da beleza estética associada, em boa medida, a determinados ideais de saúde, magreza e atitude. Para Costa (2004), o corpo passa a ser celebrado por si mesmo e menos espaço há para os sentimentos. Estar feliz, contemporaneamente, significa ter o sorriso, a jovialidade e o corpo dos vencedores, da celebridade. E continua: “é verdade que os indivíduos urbanos elegeram o bem-estar e os prazeres físicos como a bússola moral da vida”. (COSTA, 2004, p. 132).

O mesmo autor demonstra, ainda, que o corpo na atualidade é permanentemente observado pelo olhar social do outro anônimo e extremamente amado e invejado, também, por esse mesmo outro anônimo. (COSTA, 2004). Deste

modo, a publicidade apodera-se da subjetividade de cada indivíduo, incitando-o a recriar-se, segundo o modo ou estilo de vida que ela propaga. (PELEGRINI, 2006). Esta lógica mercantil atua com mecanismos semelhantes nas carências humanas mais profundas, como o medo da morte ou da velhice, que poderão ser, aparentemente, combatidos ou amenizados com produtos e técnicas médica-estéticas. O que se vende, na sociedade do hiperconsumo, é a possibilidade de se permanecer vivo e belo.

Le Breton (2011) procura compreender esta necessidade “utópica” da forma corporal idealizada revelando que o corpo se transformou em uma construção pessoal, cambiante e disponível em suas múltiplas formas e metamorfoses, um objeto manipulável por discursos legitimamente consolidados no mundo social.

Já para Turner (2000), o corpo é, por um lado, objeto de idealização, mas por outro, potencial alvo de estigmatização⁷, caso não corresponda aos padrões expressos pela própria sociedade, o que pode desencadear uma imagem em crise, demonstrando-se através de uma série de sintomas como, por exemplo, o aumento vertiginoso das próteses, a clonagem, as intervenções da engenharia genética como a fertilização *in vitro e in vivo*, a realidade virtual, a biologia molecular, as novas técnicas cirúrgicas ou, ainda, o uso de substâncias químicas para controlar a impotência sexual, a insônia, a angústia, a depressão, o cansaço, a fome, os sinais do envelhecimento.

Assim, pelas redes entrelaçadas das quais gira a sociedade pós moderna (HARAWAY e KUNZRU, 2009) que são em parte humanas, em parte máquinas; complexos híbridos de carne e metal que deixam os conceitos de “natural” e “artificial” duvidosos, pois o artificial não se limita a estar à nossa volta – ele nos incorpora, externa e internamente. Nossos corpos, nutridos pelos produtos da grande indústria de alimentos, mantidos em forma “sadia ou doentia” pelas drogas farmacêuticas e alterados pelos procedimentos médicos, não são tão naturais quanto a empresa “*Body Shop*” quer fazer crer. (HARAWAY e KUNZRU, 2009, p. 24).

⁷ Goffman (1988) situa estigma como sinais corporais que evidenciam algo sobre o status moral de quem os apresenta, referenciando a um atributo profundamente depreciativo. Segundo este autor, quando se conhece alguém, os primeiros aspectos observados preveem preconceções que são transformadas em expectativas normativas e exigências rigorosas conscientes ou inconscientes. Quando há uma característica que o desonra, considerada ruim, o sujeito passa a pertencer a uma categoria que o deprecia.

Diante de todas estas ações tecnológicas das quais o corpo, em boa medida, passou a depender, Turner (2000, p. 6) sugere outra denominação à sociedade pós-moderna: para ele, criou-se uma “sociedade somática”, “uma sociedade na qual os maiores problemas políticos e morais são expressos através da conduta do corpo humano”. Todavia, o autor sugere que todo este cuidado com o corpo e todas as técnicas que se desenvolvem no interesse da sua preservação, não fazem mais do que demonstrar a crise do corpo, ou seja, a crise da Modernidade.

Segundo Novaes (2006), esta crise do corpo é consequente, sobremaneira, da crise dos fundamentos da cultura ocidental, associando-se também à crise do próprio sujeito. É interessante notar como os discursos que normalizam o corpo, sejam eles científico, tecnológico, publicitário, médico, estético, vão tomando conta da vida subjetiva do indivíduo, invadindo as dimensões expressivas e simbólicas da corporeidade, fornecendo imagens e informações que reconfiguram o próprio âmbito da vivência corporal, como intuito máximo, de manter-se na roda da vida “normal” (ou normalizada).

3.2 Sujeitos em situação de obesidade e a resignificação do corpo

O corpo humano e suas formas podem ser compreendidos e interpretados sob diferentes perspectivas, nas mais diversas abordagens, a depender dos interesses que o cercam e do período histórico-cultural em que se vive. Observa-se, na literatura, que a história do corpo percorre simultânea e intrinsecamente à história da civilização, sendo constituída e representada simbolicamente na sociedade.

Dessa maneira, a imagem corporal implica, ainda, em uma forma de representação do indivíduo no mundo, construída de forma reflexiva (CUNHA, 2014), pelo contrato social, num dado momento histórico. Daí falar-se do corpo como projeto, no qual a aparência, o tamanho, a forma e o conteúdo estão abertos às reconstruções de acordo com os objetivos de quem o possui, sendo ao mesmo tempo, objeto e sujeito de transformações.

Para Barbosa, Matos e Costa (2011), o corpo é visto como um portador de significados sociais, não sendo somente um depositário de processos

biológicos e fisiológicos. Desta forma, cada sociedade, por meio de sua cultura e sua época, age sobre o corpo determinando-o e construindo suas particularidades enfatizando determinados atributos em detrimento de outros, criando os seus próprios padrões de beleza, saúde e/ou de postura. (ELIAS, 1994; FISCHLER, 1995b; TUCHERMAN, 2004; GAYA, 2005; PELEGRINI, 2006; STENZEL, 2007; LE BRETON, 2011; SEIXAS e BIRMAN, 2012; VIGARELLO, 2012) além de servir como “molde” para impressão dos valores existentes (MAUSS, 2015) dando referências aos sujeitos se construírem enquanto homens e mulheres.

Como a própria história demonstra, a imagem corporal e a obesidade foram sendo construídas a partir dos movimentos culturais e políticos hegemônicos de cada período vivido. Para exemplificar, especialmente a partir do século XVIII, sobretudo com o desenvolvimento capitalista, o corpo e suas formas passaram por uma transformação de concepção e ressignificação que mudaram, incontestavelmente e irreversivelmente, a lógica da sociedade. Neste período (mais que nos séculos anteriores) o corpo transformou-se, sobremaneira, em objeto da força de trabalho e de produção enquanto investimento político e social. (SEIXAS e BIRMAN, 2012).

Soares (1994) demonstra que na Europa do século XVIII e início do século XIX se desenvolveu, por meio de políticas de saúde, formas de controle das populações urbanas, onde o corpo dos sujeitos e o “corpo social” foram tomados como objetos úteis ao desenvolvimento do capital. Tais discursos se encontram em posição privilegiada na sociedade para ratificar as representações culturais de corpo e saúde, que passam a estabelecer a obesidade como sendo uma doença e um estigma, e paradoxalmente, produzindo a figura do magro belo, jovem e saudável. Assim, os “corpos saudáveis” passaram a ser uma exigência do mundo capitalista.

Paralelamente ao capitalismo, a evolução da ciência, do conhecimento e da tecnologia também contribuiu, extraordinariamente, para a transformação da concepção corporal resultando em uma “verdadeira polissemia corporal”. (LE BRETON, 2011, p. 23). Segundo o autor, essas concepções são tributadas a três esferas sociais e culturais, a saber: o acentuado individualismo (em que os vínculos entre as pessoas são relaxados e a oposição entre vida privada e vida pública é valorizada); a emergência de um saber racional positivo e laico sobre a natureza (resultando no estudo do corpo como realidade em si mesma, dissociada do

homem); e o recuo das tradições populares e locais, dando lugar, em grande medida, à medicina (instituída como o saber oficial sobre o corpo).

Na prática, estas três esferas citadas por Le Breton (2011), são facilmente observadas na organização da sociedade que é orientada, na atualidade e, em boa medida, pela sedução e pelo consumo. O corpo magro é valorizado obsessivamente e é correlacionado científica e esteticamente à saúde e à beleza, tendo sua legitimidade atrelada ao discurso biomédico hegemônico.

Portanto, a partir do discurso médico-científico, o imperativo do corpo estereotipado imposto pelas indústrias publicitária, estética, da moda e farmacêutica atuais geram cada vez mais aparências físicas contornadas, delineadas, respondendo sempre a um suposto desejo do outro (e não, necessariamente, de si próprio), ou corpos medicalizados, virtualmente feliz, mas lutando contra o *stress* e o cansaço de estar em rede, contra o envelhecimento e contra as próprias limitações temporais, ou ainda, a corpos esculpidos e invadidos por procedimentos cirúrgicos e estéticos tecnológicos (MONTEFUSCO; SEVERIANO e TELLES, 2009), tantas próteses físicas e químicas para um corpo percebido como falho pelas exigências do mundo contemporâneo.

Dessa forma, a sociedade ocidental do século XXI, traduzida pelo império das logomarcas, pela produção do supérfluo e do descartável, pela era da imagem e da idolatria, cuja característica fundamental consiste em transmutar tudo em mercadoria, desde o indispensável à sobrevivência, mas, sobretudo, o acessório, o desejável, o que poderia levar à realização de um ideal que permanentemente se procura. Neste desenfreado desejo socialmente expandido da aquisição de “tudo”, inclusive o sucesso, as formas corporais também entram para o rol das mercadorias em circulação enquanto terreno estratégico para a sua exploração como objeto rentável. (LIPOVETSKY, 2007; BAUDRILLARD, 2008; BAUMAN, 2008; LE BRETON, 2011).

Por este modo, o corpo pode ser dissociado da pessoa, pode ser percebido como um material acidental ou, mesmo, subempregado nesta era tecno científica, abarrotada de próteses técnicas como veículos, escadas rolantes, elevadores e controles por todo lado que substituem os recursos musculares. E pode, ainda, ser modulável, um acessório ou simples suporte da presença, algo que pode e deve ser aprimorado para completá-lo ou torná-lo conforme a ideia que se tem dele. Para Le Breton (2013), uma matéria prima na qual se dilui a identidade pessoal.

Acompanhando esta evolução, Lipovetsky (2007) chama a atenção para o fato de que as sociedades vêm, a há alguns anos, sofrendo uma transição de consumo ostentatório para um consumo experiencial, intimizado. O corpo, nesta fase, necessita estar conservado em si, confortável sensitivamente, independente e móvel para viver experiências, melhorar a qualidade de vida, conservar a juventude e saúde (apesar da sua efemeridade). Nesta lógica do “consumo emocional”⁸ (LIPOVETSKY, 2007, p. 45), um corpo saudável já não basta, deve-se intervir a montante para desviar-lhe o curso de doenças, prever o futuro, mudar comportamentos em relação às condutas de risco, dar provas de boa ‘observância’: um redobrado controle e vigilância sobre seu corpo por meio das tecnologias, sobretudo, médicas.

Nesta perspectiva, há uma espécie de fusão entre a preocupação interna com a saúde e a preocupação externa com a aparência, ou seja, uma preocupação de como se ‘parece’ aos outros. (GIDDENS, 2002). Simultaneamente, a aparência e a apresentação do corpo tornam-se centrais na construção da auto identidade, através do desenvolvimento da consciência do corpo, que se deve aproximar, o mais possível, das imagens ideais de juventude, beleza, saúde e boa forma, para aumentar o seu valor, em termos de bem “negociável e vendável”. (BIDDLE; FOX e BOUCHER, 2000, p. 135).

Portanto, corroborando com estas reflexões, Cunha (2014) comenta que o indivíduo se constrói a partir de atos de consumo e vive num corpo que será, para além do sujeito, o principal objeto de consumo. Assim, ele é “convidado” a transformar-se, a reinventar-se pelo consumo de técnicas e produtos que o levem a personalizar-se e a diferenciar-se. Para a autora, o indivíduo surge envolto em publicidade; o *Eu* é encarado em termos de imagem corporal. É, de fato, a superfície do corpo, o que se vê, o que está patente em todas as campanhas de publicidade, tornando-se o corpo, definitivamente, o objeto de idealização.

Na percepção de Sant’Anna (2004), o ‘glamour’ e o lugar ‘radioso’ ocupado hoje, em boa medida, pelo corpo, não estão distantes da criação de sombras

⁸ Para Lipovetsky (2007), estamos diante de uma nova sociedade, em que o consumo de massa deixou de existir dando espaço para o hiperconsumo. O neoconsumidor do século XXI fez uma ruptura absoluta com o modelo de compras dos anos 40 e 50, onde reinava o sentimento do semicoletivo: uma televisão, um telefone, um carro e outros equipamentos eram suficientes para uma família. Esta ideia do uno ficou no passado, predomina, agora, o pensamento de pluralidade, ou seja, muitas coisas para cada indivíduo, um fenômeno impulsionado pela tecnologia, mas também pela descoberta do colecionar experiências (valor do prazer, satisfação e felicidade). Este período, portanto, inaugura o “consumo emocional”, marcado pela hiperindividualização da demanda, destinada a propiciar, sobretudo, “experiências afetivas, imaginárias e sensórias”.

e problemas. Apesar de sua ampla valorização, o corpo também é incessantemente confrontado, diariamente, à sua exploração – no trabalho, no esporte e no lazer – e à sua comercialização desenfreada. Se existe hoje uma grande positividade dos cuidados favoráveis à saúde e ao bem-estar do corpo, também são fomentados, por todo lado, o seu desgaste e o seu descarte crescente. A cultura contemporânea do corpo é, portanto, uma via de mão dupla, que tanto contribui para liberar o ser humano de coações morais e autoritárias do passado, como para confrontá-lo com a emergência de riscos, problemas e intolerâncias.

Dentre os inúmeros riscos e intolerâncias, encontra-se a obesidade, combatida impetuosamente pela cultura ocidental contemporânea, contribuindo, sobremaneira, para a construção de um estigma e, por consequência, das premissas socioculturais que convergem para a dicotomia inclusão (magreza) e exclusão (obesidade). (STENZEL, 2004; ALMEIDA, 2013).

Nesse sentido, a cultura engendra os padrões sociais corporais identitários predominantes transformando, automaticamente, a gordura em um símbolo de falência moral e, por consequência, em alguma medida, determina os desviantes vistos como portadores de um estigma social, gerador de preconceitos. Dessa forma, o diferente é constantemente vítima de atos depreciativos e danosos até mesmo contra direitos constitucionais consolidados⁹. Para Sant’Anna (2004), “o gordo”, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar um caráter pejorativo de descuido, preguiça, desleixo e/ou falta de disciplina.

Assim, ao valorizar a magreza, a sociedade ocidental atual, cujas condutas são legitimadas pelos discursos hegemônicos, fortalece um vasto e lucrativo campo para a “indústria da magreza” sem, no entanto, deixar de seduzir-se pela “indústria da obesidade¹⁰”, especialmente a indústria alimentícia, na qual utiliza-se de

⁹ São exemplos de violação dos direitos constitucionais sofridos, em boa medida, pelos sujeitos em situação de obesidade: a violação do direito à igualdade, à saúde, ao trabalho e à liberdade. (BRASIL, 1988).

¹⁰ A “indústria da obesidade” envolve, basicamente, as indústrias alimentícias, sobretudo, de alimentos ultra processados, na qual utilizam diversas etapas e técnicas de processamento e inclusão de muitos ingredientes à preparação, especialmente sal, açúcar e gorduras, além de substâncias químicas como aditivos, corantes, estabilizadores, dentre outros, cujas funções são de acentuar/alterar o sabor do alimento original e aumentar o tempo útil de prateleira. (BRASIL, 2014a). São alimentos tipicamente com excessivo grau de calorias e outras substâncias nocivas à saúde quando consumidos em excesso, porém irresistíveis (para grande parte da população) que se torna, em larga medida, dependente destes produtos. Além disso, importante ressaltar a sua conveniência, uma vez que não depende da sazonalidade e; seu relativo baixo custo de aquisição quando comparados a alimentos *in natura*. Mais ainda: segundo Jeffrey Dunn, executivo da Coca Cola®, ao referir-se aos alimentos processados: “[...] nos deram a chance de sermos as pessoas que

uma “engenharia de precisão” (MOSS, 2015, p. 16) para tornar seus produtos irresistivelmente doces, salgados e gordurosos, além de um intensivo e, também preciso, *marketing*, para levar os sujeitos a não apenas gostar deles, mas a querer mais e mais. Uma aparente contradição vista a olho nu; porém, nas entrelinhas, observa-se uma mútua verticalização dessas indústrias, pois uma é intrinsecamente ligada e dependente da outra. Um cenário paradoxal onde os padrões estéticos e as normas sociais e corporais vigentes, sempre transformados socialmente, estão, também, no âmago deste paradoxo.

Neste contexto social particularmente instável e mutante decorrente das mudanças estruturais da sociedade, os meios tradicionais de produção de identidade (família, religião, política, trabalho etc.) já não têm, em boa medida, a mesma potência de configurar identidades, torna-se patente que sujeitos e coletividades estejam se apropriando do corpo como um meio de expressão e representação do *Eu* (MATTOS e LUZ, 2009). Na esteira de Giddens (2002), pode-se afirmar que, na modernidade, a relação entre o corpo e a auto identidade é cada vez mais dinâmica, como consequência do crescimento da reflexividade social e do fator risco¹¹.

Desse modo, um corpo gordo torna-se fonte de insatisfação para muitos sujeitos que vivenciam o que é considerado obesidade; para a ciência, índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30kg/m², segundo a Organização Mundial da Saúde. No cotidiano, simplesmente aqueles/as que possuem uma aparência considerada acima do peso “ideal” ou “saudável”. Agrega-se, ainda, que ser obeso é uma experiência estigmatizante, envolvendo sempre classificações sociais e julgamentos morais sobre o outro e as diferenças que o acompanham. O estigma, dizia Goffman (1988), afeta a identidade e a deteriora, tornando seu portador socialmente desacreditado, atrapalhando a possibilidade de atenção aos seus outros atributos, reduzindo, portanto, suas chances de vida.

queremos, rápidas e ocupadas, e não mais escravas do fogão”. (MOSS, 2015, p. 29). Símbolo da vida moderna, porém, que mudou radicalmente os hábitos alimentares de milhões de pessoas e gera prejuízos sociais inimagináveis.

¹¹ Essa afirmação, mencionada por Giddens, diz respeito às incertezas advindas da auto identidade na medida em que o *Eu* torna -se um projeto a ser pensado e decidido individualmente. Isto ocorre, em boa medida, devido a “reflexividade da vida social moderna que consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter”. (GIDDENS, 1991, p. 45).

3.3 Discurso médico-científico¹² e Obesidade

A ressignificação que o corpo vem experimentando ao longo dos anos, como visto, está relacionada, sobremaneira, à evolução do discurso médico-científico.

A biomedicina, também conhecida como medicina moderna ou, ainda, o discurso médico-científico, significa, para Foucault (2003, p. 10), no final do século XVIII, o momento em que a medicina passa “[...] a pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica”. Ou seja: ela tem seu início a partir de Descartes por meio da ruptura da tradição aristotélica e criação de um novo tipo de conhecimento – o cartesiano científico¹³. (DONATELLI, 2003).

Mas, somente a partir da ‘era positivista¹⁴’, que a medicina sofreu uma normatização vertical (BARROS, 2002): através da ancoragem do conhecimento na observação, experimentação e comprovação, a medicina moderna passa a exprimir um forte processo de racionalização. (HELMAN, 2006).

Deste modo, o médico passa a ser o detentor do conhecimento sobre a genética, anatomia e a fisiologia dos corpos (e, conseqüentemente, a todas as anormalidades e formas de tratamento para elas) e o sujeito, agora paciente, passa a ser visto de forma fragmentada e sem autonomia, sem voz ativa no processo decisório de sua própria propedêutica e terapêutica.

Assim, a prática médica costuma ser, em boa medida, prescritiva e autoritária, com predominância de uma visão restrita e curativa das doenças, em

¹² A abordagem médica-científica empregada ao longo deste trabalho engloba o conjunto de profissionais da área da saúde não se limitando apenas ao profissional médico.

¹³ O conhecimento científico surgiu no movimento renascentista (século XVI-XVIII) que trouxe como uma de suas características o humanismo. Esta corrente de pensamento e comportamento pregava a utilização de um senso crítico mais elevado e uma maior atenção às necessidades humanas ao contrário do teocentrismo da Idade Média, que pregava a atenção total aos assuntos divinos e, portanto, um senso crítico menos elevado. Este maior senso crítico exigido pelo humanismo permitiu ao homem observar mais atentamente os fenômenos naturais em vez de renegá-los à interpretação da igreja católica. (REVOLUÇÃO... (2019).

¹⁴ O Positivismo de Auguste Comte (século XIX) revolucionou o conhecimento científico na medida que baseia-se na observação dos fenômenos e na sua comprovação científica, única capaz de produzir a partir dos dados concretos a verdadeira ciência (na concepção positivista), sem qualquer atributo teológico ou metafísico, subordinando a imaginação ou a observação, tomando como base apenas o mundo físico ou material. O positivismo nega, em alguma medida, à ciência qualquer possibilidade de investigar a causa dos fenômenos naturais e sociais, considerando este tipo de pesquisa inútil e inacessível, voltando-se para a descoberta e o estudo das leis (relações constantes entre os fenômenos observáveis). (POSITIVISMO..., 2019).

grande parte decorrente de um passado recente de um perfil epidemiológico em que prevaleciam as doenças infectocontagiosas, muitas delas de elevada mortalidade, mas de baixa morbidade ou passíveis de cura.

Esta reformulação do raciocínio médico está associada, segundo Foucault (2003), a dois aspectos indissociáveis: um novo olhar (ou o olhar clínico) e uma nova linguagem médica. O primeiro, por passar a ter apoio institucional, ou seja, a medicina foi legitimada para cuidar dos doentes, para entrar nos hospitais, nos quais vai se aprimorar, estruturar e se replicar por meio de um olhar mais amplo de todos os sinais desviantes (classificatório), ganha profundidade com a anatomia patológica (olhar anátomo-clínico) e o delineamento de probabilidades e riscos. (FOUCAULT, 2003). Já a nova linguagem é, para ele, a transferência desse olhar para o enunciável:

[...] o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual. (FOUCAULT, 2003, p.129).

Corroborando com esses conceitos, alguns outros autores (PAGLIOSA e DA ROS, 2008; HELMAN, 2006) comentam que essa racionalidade baseia-se em um caráter generalizante porque se propõe, na maioria dos casos, a produzir modelos de validade universal e leis de aplicação geral (típico do positivismo), não se ocupando, de certa forma, de casos individuais.

Também possui um caráter mecanicista, tendendo a naturalizar o corpo humano como uma máquina, compreendido por uma causalidade linear e possível de ser traduzida em mecanismos e, ainda, um caráter analítico, pois a abordagem teórica e universal adotada para a elucidação das 'leis gerais' sobre o funcionamento do corpo humano pressupõe o isolamento de partes. Daí é possível compreender a visão fragmentada do indivíduo e a supervalorização da especialização. (PAGLIOSA e DA ROS, 2008; HELMAN, 2006).

Além da ênfase na mensuração objetiva e numérica, o modelo médico-científico enfatiza, em boa medida, dados psicoquímicos; converge para o dualismo mente-corpo; deslumbra a doença como entidade, promovendo o reducionismo do ator social quando não o considera em sua totalidade e nem inclui a relevância familiar ou da comunidade, transformando-o em legítimo 'paciente', que aguarda esperançoso o direcionamento da sua vida. (ALMEIDA, 2013). Estas

premissas deixam de fora a análise profunda do processo saúde-doença e todos os determinantes socioculturais envolvidos no ato de adoecer, constituindo, segundo Barros (2002) uma evidência real de limite da tecnologia médica. E complementa:

De fato, o modelo biomédico estimula os médicos a aderirem a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado. Proclama-se a necessidade de um distanciamento objetivo, visto como uma qualidade que cabe preservar ou mesmo incrementar, por mais que seja inerente ao ato médico uma interação inescapável e mais ou menos intensa entre médico e paciente e que esta interação seja fundamental para o sucesso terapêutico. A intensificação da divisão do indivíduo em pedaços contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo. Até mesmo se nos restringirmos ao âmbito terminológico, os médicos ocidentais têm dificuldades em descrever o todo, a não ser por meio das partes. Desta maneira, por mais que alguns profissionais queiram visualizar seu paciente como um todo e situá-lo, de alguma maneira, no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação na escola médica. (BARROS, 2002, p. 80).

Portanto, conforme Helman (2006), Freidson (2009) e Camargo Jr. (1992) o eixo principal da "teoria da medicina" é, claramente, a "teoria das doenças". Todo trabalho médico está voltado para a identificação e eliminação, quando possível, das doenças e das lesões que as causam, ademais, todo o restante, inclusive o indivíduo que 'incidentalmente' traz a doença, é secundário:

[...] o saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui. [...] Mas o lugar onde o objeto subsiste não é o objeto. Para poder constituir a doença como objeto de estudo foi preciso identificá-la, constituí-la como um ser, reconhecível com suas manifestações 'semelhantes' de um doente a outro. (CLAVREUL, 1983, p. 121).

Logo, para alguns autores, o 'ponto de partida' do conhecimento médico, tanto historicamente quanto na atualidade, é o sofrimento. (BLANK, 1985 apud CAMARGO Jr., 1992). Para o sujeito que o sofre, a experiência da doença (sofrimento) é um fato incapacitante de uma forma que transcende sua capacidade de autocuidado, tornando necessária a intervenção do especialista. Para o médico, no entanto, o sofrimento pode ser irrelevante e o paciente que é, por definição, indivíduo,

e por isso sujeito a uma variabilidade infinita é por vezes apenas o canal de acesso à doença, desaparecendo como sujeito complexo.

Freidson (2009) complementando tal afirmação, demonstra que a ciência médica se preocupa, em grande parte, com as consequências biofísicas do diagnóstico e do tratamento – se eles são precisos e eficazes. Porém, em boa medida, não se preocupa com as consequências sociais. Segundo este autor: “[...] as consequências sociais sobre a identidade que sofre a pessoa que foi denominada doente raramente são levadas em consideração pela Medicina”. (FREIDSON, 2009, p. 286-287).

Assim, para Helman (2006), é fato que médicos e sujeitos, mesmo situando-os na mesma origem social e cultural, veem os problemas da saúde de maneira diferente. Suas perspectivas podem estar baseadas em diversos paradigmas explicativos, onde são empregados distintos sistemas de comprovação e avaliação sobre o processo de adoecer ou de estar saudável.

É possível compreender, a partir dessas premissas, que o discurso biomédico se funda, em larga medida, em um controle hierárquico da produção do saber, ou seja, das verdades. (FOUCAULT, 2004b). Ao proferir um discurso que se acredita ser o retrato da realidade, os profissionais da ciência médica tendem a ficar cegos e surdos frente a outras determinações que afetam os fenômenos dos corpos e o processo saúde/doença. Isso se dá justamente pelo tamanho de seu poder de legitimar práticas, definir doenças e, por consequência, definir a condição da pessoa doente.

E isto foi possível devido à ampliação da jurisdição médica, através da prescrição de normas morais de conduta e de comportamentos por seus especialistas, estabelecendo diversas medidas de controle sobre o corpo, levando à produção de uma cultura medicalizada¹⁵. (ILLICH, 1975). Desse modo, para Foucault (FOUCAULT, 2000; 2004a), há o desenvolvimento de um poder sobre a vida – o biopoder – que é exercido sobre os sujeitos e a sociedade. Conforme Freidson (2009, p. 219), o discurso médico detém o monopólio tanto do trabalho como da “[...]”

¹⁵ Originalmente formulada por Zola (1972 apud CONRAD, 1992), a noção de medicalização é posteriormente retomada por Conrad e Schneider (1992, p. 209) que a definem como “um processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios”.

jurisdição sobre a determinação do que é a doença e, conseqüentemente, o que as pessoas devem fazer para tratá-la”.

Corroborando com estas afirmações, Néspoli, Novaes e Rosa (2015, p. 151) comparam a ordem médica a uma “ordem jurídica, pois ambas não enfocam o ser, mas o dever-ser”. Impõe-se aos sujeitos uma submissão à lei, e a liberdade, neste caso, define-se como aceitação da ordem. A lei consiste em seguir as prescrições da razão e da ordem médica a fim de que se alcance um estado de boa saúde. (CLAVREUL, 1983).

A partir disso, o conhecimento médico permitiu, ainda, a adoção de um modo industrial de produção de conhecimento e de poder que, sobremaneira, regra a vida das pessoas e as condiciona à padrões, segundo a sua própria ideologia.

Essa prática, portanto, promove a medicalização da vida, das emoções, dos comportamentos, da aprendizagem e das questões sociais. Estabelece regras sobre alimentação, higiene, sexo, exercícios físicos, habitação e, inclusive, sobre as relações sociais. O discurso genérico aplicado pela medicina a qualquer pessoa se baseia tanto na “invariância biológica do homem como na invariância das relações sociais” que presume existir e estabelecer com cada indivíduo. (TUNES e RAAD, 2006, p. 2).

Esta medicalização de tudo - em processo crescente, é legitimada, sobremaneira, pelo promissor e competitivo mercado capitalista¹⁶ especialmente do lado ocidental do planeta, promovendo o aprisionamento quase total da vida nas malhas de uma lógica técnica (DANTAS, 2009) uma vez que, nesta perspectiva, os medicamentos ou os procedimentos médicos, seriam fonte de resolução para todo o sofrimento e mal estar na vida dos sujeitos, sendo capaz de operar desde o emagrecimento até a busca da felicidade.

Dantas (2009, p. 565), nesta corrente, afirma que as práticas e discursos contemporâneos evidenciam a existência de um “aparato tecnológico que fortalece o discurso da medicalização como uma espécie de divindade personificada em pílulas.” Como se as inquietações existenciais pudessem ser respondidas pela

¹⁶ Na contemporaneidade, observa-se quase que uma equiparação entre a hegemonia do discurso médico e da indústria (embora o primeiro seja o maioritário, mesmo com diferença de um passo) pois, na medida que novas ‘descobertas e recomendações’ médicas são lançadas ‘no mercado’, imediatamente, algum produto ou serviço é criado de forma a ‘atender a demanda’, que também surge, em velocidade semelhante.

ingestão de um comprimido que reduz a angústia ou pela última invenção da medicina para eliminar a gordura corporal, por exemplo.

De acordo com essa visão, já que o estado de saúde (ou normalidade) é passível de todo o cidadão e, também, o tratamento médico seria possível e disponível para todos, o indivíduo que não o aceita é apontado como (único) responsável pelo seu processo de adoecimento. (STENZEL, 2007). A exemplo disto, à medida que a vida foi ficando cada vez mais direcionada para o consumo, cresceu, também, o sentimento de culpa (apoiado, anteriormente, pelo discurso religioso e agora, pelo discurso médico), que acabou reforçando a necessidade do autocontrole, como forma de compensação. Esta culpa acompanhou o processo de secularização. Desta forma, o sacrifício, antes estimulado pela religião, passou a ser uma prescrição cultural, uma prescrição direcionada ao *Eu* como sinal de inclusão social e cultural. (STENZEL, 2007).

A obesidade é emblemática nesse sentido. Regida pela contraditória ética do excesso e do controle, são estabelecidas fronteiras entre o normal e o patológico, para utilizar as expressões de Canguilhem (2009). Assim, esta perspectiva dual da ‘normalidade¹⁷’ (magreza saudável) caracterizada por oposição à ‘patologia’ (obeso doente), pode ser compreendida como operativa e não conceitual.

Nesse contexto da sociedade capitalista ocidental, a referência de normalidade, estética e funcionalidade cria expectativas sobre o corpo, sobre os comportamentos e sobre a saúde, além de determinar, em alguma medida, modos específicos de pensar e agir dos sujeitos, em um claro exemplo de como um discurso hegemônico, como da ciência médica, se torna uma forma cultural de controle social. (CHANG e CHRISTAKIS, 2002). Verifica-se o surgimento de estratégias de regulação dos corpos individuais e da vida cotidiana, por meio da submissão à intervenções normatizadoras que, na visão de Néspoli, Novaes e Rosa (2015, p. 151) servem para produzir uma população “adequada” e “bem qualificada”.

¹⁷ A palavra norma, de origem latina, significa esquadro e *normalis* significa perpendicular. Uma norma, uma regra é o que serve para retificar, endireitar. Uma norma se propõe como possibilidade de unificar um diverso, de reabsorver a diferença, de resolver um impasse e não se trata de um conceito estático ou pacífico e sim dinâmico e polêmico. (CANGUILHEM, 2005). Já para o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2009), significa criar normas para; normalizar. E de acordo com a definição do mesmo dicionário, normalizar significa: tornar normal; regularizar; reentrar na ordem; voltar à normalidade. Ou seja, normalizar o corpo, recolocando-o dentro de padrões de visão de mundo da sociedade, que recusa a gordura.

Apesar da mobilização de várias disciplinas acadêmicas - tanto no campo das ciências da saúde como nas ciências humanas e sociais – e da grande diversidade de abordagens sobre o tema obesidade, apenas na década de 1990 o discurso médico passa a conceituá-la enquanto uma moléstia fisiológica (SOBAL, 1995), conferindo legitimidade ao tornar o excesso de peso uma questão propriamente médica.

Assim como na obesidade, a competência médica estende-se a todos os domínios da vida, com o pretexto de melhorar-lhes a qualidade. Nas palavras de Le Breton (2013, p. 30): “uma maneira de reduzir o desvio experimentado entre si e de si”. Fortemente ancorada pela tecnologia, a ciência médica molda, manipula, transforma, medica, transplanta, implanta, extrai e suplementa corpos e seus atores sociais que buscam, incansavelmente, a estética ‘padrão’ e a longevidade terrestre.

Segundo Sobal (1995), nessa medicalização da gordura é possível traçar relações diretas entre obesidade e a transformação do valor social que ela passou a ter nas sociedades ocidentais. O que é muito preocupante, contudo, é como todo esse discurso atinge o mundo social e a vida das pessoas. Assim, o fato que se impõe, independente do campo teórico explicativo, é entender criticamente como se dará a repercussão desse discurso nas pessoas que vivem, internalizam e reproduzem a cultura, ou seja, que precisam carregar consigo toda carga pejorativa de ser o doente.

Para Stenzel (2007), quando o excesso alimentar ganhou o rótulo de patologia, a comida passou a ser vista como droga, sujeita a riscos, a controle rígido, a abstinência e a recuperação. Da mesma forma, o excesso de peso começou a ser descrito como doença e a esta patologia denominou-se obesidade. Se antes violava valores estéticos, agora passou a representar, também, problemas de caráter e de saúde. A obesidade foi, gradativamente, sendo medicalizada e as pessoas com excesso de peso passaram a ser vistas como vítimas de sua doença.

E é nesta direção que hoje o excesso de peso vem adquirindo, pela ciência médica, classificações diagnósticas cada vez mais claras, que o legitima enquanto patologia¹⁸.

¹⁸ Ao mesmo tempo em que se perdem as fronteiras frágeis entre o normal e o patológico, a sociedade, em geral, agarra-se em discursos que insistem em demarcar e definir o que é normal e o que é patológico.

Diagnosticada por meio de uma equação matemática simples, definida como Índice de Massa Corporal (IMC)¹⁹, a condição obesidade pode, ainda, ser classificada em três níveis de gravidade, a saber: obesidade leve ou grau I, moderada ou grau II e grave ou grau III²⁰. Estas gradações permitem, à medicina, uma correlação com os riscos aos quais o indivíduo está inclinado.

Poulain (2013) esclarece que o estabelecimento do IMC como avaliação universal da população pela Organização Mundial da Saúde (OMS) finda, por um lado, a dificuldade científica de diagnóstico da corpulência, tornando possível estabelecer comparações internacionais e desenvolver pesquisas epidemiológicas, conforme prevê, o positivismo do conhecimento científico; porém, por outro lado, vulgariza-se e se liquefaz o corpo social, ou seja, estas classificações tendem a transformar em normas sociais de corpulência ‘aceitáveis’, ‘desejáveis’ ou ‘desviantes’, sustentando, assim, o processo de estigmatização.

Ainda segundo o discurso médico, a obesidade é compreendida como um excesso de gordura corporal, sendo, portanto, uma doença crônica de causa multifatorial que inclui fatores ambientais, genéticos e psíquicos. (COUTINHO e DUALIB, 2006). Em nível considerado grave, por este discurso, ela está relacionada com um maior número de comorbidades – as quais consistem nas doenças causadas, agravadas ou cujos tratamentos são dificultados, pelo excesso de peso como, por exemplo, o diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, e cânceres (colorretal, mama e de endométrio), artropatias e apneia do sono, além do risco iminente de morte. (CABALLERO, 2001; CERCATO *et al.*, 2004).

A preocupação com isso é tão presente no mundo ocidental contemporâneo que pesquisas epidemiológicas são conduzidas (quase que anualmente) a fim de evidenciá-la enquanto um ‘grave problema de saúde pública’ (MOKDAD *et al.*, 1999; SHAFIQUE *et al.*, 2007; BESSESEN, 2008; WANDERLEY; FERREIRA, 2010), já sendo reconhecida pela OMS como uma epidemia global. (WORLD..., 2000).

¹⁹ O Índice de Massa Corporal ou, originalmente, Índice de Quetelet, ou, simplesmente, IMC, foi criado em 1832 pelo cientista, matemático e astrônomo belga Adolphe Quetelet. É calculado pela equação: peso (em quilos) dividido pela altura (em metros) ao quadrado, ou seja, $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$, o resultado desta equação classifica o estado nutricional do indivíduo, podendo variar entre desnutrido grave, passando pelo grau de normalidade (ou eutrofia) até obesidade grave.

²⁰ Algumas referências trazem, ainda, o termo morbidez para classificar a obesidade grau III, portanto, obesidade mórbida.

Percebe-se com esses dados que a epidemiologia, para o conhecimento médico, é a chave para a validação dos conhecimentos relativos à teoria das doenças que, em última instância, fundamentam qualquer intervenção médica. Ela própria, porém, coloca-se como adepta das construções clínicas, porque a evidência direta das relações que a investigação epidemiológica sugere sempre se dá no nível biológico, mesmo que isto faça persistir um (indesejável) grau de subjetividade. (NÉSPOLI; NOVAES e ROSA, 2015).

Estreitamente associada a este campo médico, a estatística, por sua vez, representa uma importante ruptura epistemológica para a epidemiologia, uma vez que permitiu a passagem da descrição das epidemias (razão etimológica da própria denominação da disciplina) para a análise das causas do adoecimento. (CAMARGO Jr., 1992). Entretanto, a crítica referida por Camargo Jr. (1992, p. 222) em relação à busca incansável por esta "evidência objetiva", em especial àquela advinda da utilização "mágica da estatística", evidencia a maneira muito peculiar com que os médicos se apropriam da informação aportada pelo método experimental, transformando inferências em "verdades", mesmo sem, por vezes, possuir a bagagem de conhecimentos adequada para poder interpretar criticamente os dados estatísticos.

A exemplo da 'função' estatística, estimativas mundiais apontam para um bilhão de indivíduos com excesso de peso e 315 milhões com diagnóstico de obesidade. (CATERSON; GILL, 2002). Nos Estados Unidos, houve um aumento da obesidade na população adulta no período de 1999 a 2017 de 30,5% para 39,6%. (FLEGAL *et al.*, 2010; OBESIDADE..., 2017). No Brasil, dados do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2018a) revelam um aumento do excesso de peso de 43,2%, em 2006 para 54,0%, em 2017, sendo maior entre homens (57,3%) que entre mulheres (51,2%) e; da obesidade de 11,6% para 18,9%, respectivamente, sem diferença entre os gêneros. No geral, este crescimento foi observado em todas as cidades, em ambos os gêneros, em todas as faixas etárias e entre todos os níveis de escolaridade (BRASIL, 2013c), porém, ligeiramente maior naqueles com maior idade e menor escolaridade. (BRASIL, 2018a).

Segundo o Consenso Latino Americano de Obesidade, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano devido às doenças associadas a obesidade. (COUTINHO, 1999). Estimativas da OMS indicam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 68% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2012. (WHO, 2014). No Brasil, elas são igualmente

relevantes, tendo sido responsáveis, em 2011, por 68,3% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%). (MALTA *et al.*, 2014). Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006. (MALTA *et al.*, 2006).

Além da população atual ser vigiada, a estatística permite ainda que a população futura seja delineada, em qualquer ponto do globo terrestre; assim, projeções mundiais apontam que em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo pode chegar a 75 milhões. (ASSOCIAÇÃO..., 2016).

Em se tratando de obesidade grave, que constitui parte do objeto empírico deste estudo, pesquisas nacionais também demonstram um crescimento dessa enfermidade – ou assim considerada - de 255%, passando de 0,18% em 1974-1975 (INSTITUTO..., 1977) para 0,64% em 2008-2009 (INSTITUTO..., 2010), especialmente em homens e na região nordeste do país onde houve a evolução mais rápida dos casos, aumentando em 760% no período analisado. A prevalência de obesidade grave obtida neste estudo permitiu o cálculo de, aproximadamente, 1,5 milhões de adultos brasileiros que apresentavam a doença em 2003, os quais, segundo o próprio MS brasileiro, seriam possíveis candidatos para a realização da cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, [2018?]).

De acordo com Oliveira (2013), embora esta situação tenha baixa prevalência na população geral, os gastos a ela atribuídos, no SUS, correspondem a quase $\frac{1}{4}$ dos gastos atribuíveis à obesidade. A autora ainda afirma que os custos referentes à obesidade no país em 2011, foram de cerca de 500 milhões de reais, e correspondem a 1,9% dos gastos do SUS com assistência à saúde de média e alta complexidade no mesmo período.

Além da doença orgânica, a vasta produção médico-científica a respeito da obesidade relata prejuízos do peso excessivo para a qualidade de vida, limitando a prática de atividade física bem como de lazer (SCHMALZ, 2010) e para a saúde mental, favorecendo a insatisfação com a imagem corporal, a depressão, a redução da autoestima (RILEY *et al.*, 1998), o preconceito, o *bullying* (COSTA *et al.*, 2012), dificuldade em lidar com a sexualidade, relações familiares e de trabalho

(SANTOS *et al.*, 2010) levando o indivíduo ao confinamento social, à marginalização e à exclusão.

Diante de todos estes ‘problemas causados pela obesidade’, as discursividades médicas da atualidade recomendam a prevenção desses agravos²¹, por meio da manutenção de um corpo magro através de dietas ‘equilibradas’, prática de exercícios físicos regulares, medicações e, desta forma, estimulam, em boa medida, a lipofobia, desencadeando uma crescente pressão sobre os sujeitos. Como forma de legitimação deste discurso, a indústria da magreza cria, diariamente, diversos produtos que possam auxiliar o sujeito no alcance de tal meta e, por vezes, promete também que, além da saúde, a manutenção da jovialidade e beleza. Paradoxalmente, há uma série de informações, muitas vezes veiculadas sem quaisquer críticas, que visam combater os “males da obesidade” e a insistente difusão pela mídia do padrão de magreza como sendo esteticamente desejado e passível de ser alcançado por todos os sujeitos, bastando que se esforcem.

Com a constante ideia legitimada pelo discurso médico-científico e internalizada em uma cultura hegemônica do culto ao corpo, da ‘juventude eterna’, da promessa de que as pessoas serão mais felizes com menos quilos, vêm crescendo as solicitações para que os sujeitos modifiquem a sua aparência na tentativa de se adaptarem ao padrão corporal idealizado pela sociedade ocidental moderna. Assim, os diversos tratamentos amplamente divulgados e aceitos sem qualquer dimensão crítica por parte dos sujeitos obesos com vistas a conseguir a transição de um corpo obeso para um corpo magro são mais do que práticas médicas utilizadas para o cuidado com a saúde. A medicalização da diferença provoca uma alteração efetiva na forma em que estes sujeitos se percebem e são percebidos.

Embora já mencionada neste capítulo (mas julgamos necessária a retomada desta discussão) a medicalização iniciada em meados do século XIX (FAURE, 2008), amplamente incentivada pelos poderes públicos forneceu aos profissionais médicos o poder de intermediar a gestão dos corpos gerando, na visão do mesmo autor, uma dificuldade em falar de normalidade.

Moulin (2008) chama atenção para o paradoxo da grande aventura do corpo no século XX, no qual o exibicionismo da doença não é mais admissível. Abreviado pelo ‘ideal de decência’, o corpo tornou-se o lugar onde a pessoa deve se

²¹ Ou mesmo, seu tratamento imediato, quando o agravo estiver instalado.

esforçar para parecer saudável, apesar da medicina denunciar em todos os “humanos” uma desordem secreta. Assim, ao declarar que a obesidade é uma doença e que há uma epidemia, o discurso médico está contribuindo, em boa medida, em criar a realidade social da doença, o que culmina em consequências diretas para a vida cotidiana de quem a vive.

Dentre a diversidade de ofertas de tratamentos para a obesidade e suas doenças associadas, a cirurgia bariátrica está entre elas. Programas televisivos têm explorado o cotidiano pré e pós-operatórios de sujeitos ao redor do mundo, popularizando a cirurgia e captando os olhares, tanto da população em geral quanto dos profissionais interessados neste campo, para diversos aspectos importantes inerentes ao procedimento, sem, no entanto, atentar-se profundamente, nas mudanças no corpo e na vida de quem passa por ela.

Embora considerada pelo discurso médico uma alternativa “padrão ouro” quando bem indicada e que, de fato, melhora consideravelmente a qualidade de vida dos sujeitos com excesso grave de peso (CARVALHO *et al.*, 2007; TOLEDO *et al.*, 2010), é possível afirmar que nenhum indivíduo submetido à cirurgia bariátrica passa ileso de algum sofrimento, pois, por consistir numa intervenção cirúrgica, trata-se de um processo doloroso. Impõe, adicionalmente, uma restritiva rotina alimentar nas primeiras semanas que deve (ou deveria) ser mantida ao longo da vida e o risco de desenvolver comportamentos compulsivos além de possíveis complicações orgânicas e emocionais, que podem ser temporárias ou, mesmo, permanentes. (ADAMS *et al.*, 2015; MARCELINO e PATRÍCIO, 2011; JÓIA-NETO; LOPES-JUNIOR e JACOB, 2010; MAGDALENO Jr; CHAIM e TURATO, 2009; KALARCHIAN *et al.*, 2007; BLOOMBERG *et al.*, 2005; MaCGREGOR e RAND, 1993; HSU; BETANCOURT e SULLIVAN, 1996).

Em síntese, o que se procura evidenciar neste subcapítulo é a posição de destaque que os fenômenos saúde e doença adquiriram por meio da replicação do discurso médico-científico e que, em larga medida, direciona grande parte do movimento dos sujeitos em sociedade. Por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, a vida individual, a inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira. Essa forte exigência de discurso interpretativo parece ser, segundo Herzlich (2005), uma das condições de

cristalização de uma representação estruturada, empoderada e legitimada como é a do discurso médico-científico.

Faz-se necessária, no entanto, uma reflexão mais intensa sobre a maneira com a qual profissionais de saúde abordam os fenômenos saúde e doença. No fazer ciência, sempre há proposições verdadeiras e, também, falsas. Mas a verdade que ‘se esconde’, nesse caso, não nasceu da subjetividade dos cientistas, mas do próprio conteúdo epistemológico construído ao longo de todo o seu desenvolvimento em direção à legitimidade de ação sobre os corpos.

Embora a doença esteja sob o comando da medicina, compreende-se que este fenômeno ultrapassa, em muito, este campo científico pois, ao naturalizar o excesso de peso enquanto doença, e portanto, criando sujeitos doentes (ou desviantes de uma normalidade), tanto o discurso biomédico como a sociedade, de uma maneira geral, impedem que esta condição seja compreendida como uma das maneiras possíveis de existência das formas corporais e, também, não permitem a expressão enquanto uma das possíveis experiências do corpo que, em uma leitura subjetiva ela não é, necessariamente, negativa, mas sim, passível de conviver com as demais características intrínsecas e extrínsecas do ser humano.

3.4 A influência das Indústrias Culturais²² da “Obesidade” e da “Magreza”

Como já mencionado, as mudanças experimentadas pela sociedade contemporânea modificaram, consistentemente, a forma de interpretar o mundo e, conseqüentemente, a forma de usufruir de tais mudanças. Tal processo deu-se, em

²² O termo indústria cultural foi empregado pela primeira vez no livro *Dialektik der Aufklärung*, que Adorno e Horkheimer publicaram em 1947, em Amsterdã. Para os autores, a indústria cultural pode ser compreendida como um instrumento de pressão dos discursos hegemônicos sobre o indivíduo através da utilização de elementos culturais que se tornam acessíveis pelos meios de comunicação em massa que se utilizam de estratégias a fim de cooptarem os indivíduos para uma atuação de acordo com os interesses e as necessidades do modo de produção, fazendo a lógica industrial prevalecer em suas vidas. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985). Conforme Costa (2013), a indústria cultural é, portanto, fruto da oportunidade de expansão da lógica do capitalismo sobre a o domínio do cultural, mas também nas esferas da biologia (corpo), da natureza, das relações humanas e do conhecimento.

boa medida, devido ao avanço tecnológico de vários segmentos, destacando-se a ciência médica, que possibilita descobrir ‘precisamente’ e tratar ‘anormalidades’ do sujeito – enquanto ser em desenvolvimento desde o útero materno até o seu último suspiro, além das recomendações de saúde (e conseqüentemente jovialidade, beleza e felicidade) para que o corpo possa aproveitar ao máximo tudo o que a ‘vida moderna’ lhe proporciona.

A indústria aproveita-se desse discurso, legitimando-o de forma a transformar todas essas receitas em mercadorias e serviços que tenderão a ‘auxiliar’ o sujeito nesta empreitada. Grande parte de tudo o que é produzido está relacionado ao corpo ou a serviço dele. Se antes tratava-se de consumir para exibir posição social, agora se busca maior bem-estar, mais qualidade de vida por meio do consumo intimizado, emocional e voltado para satisfações privadas. A nova geração de consumidores, agora de “terceiro grau” (LIPOVETSKY, 2007, p. 24) deambula em centros comerciais gigantes, compra marcas mundiais, procura produtos *light* ou biodinâmicos, exige selo de qualidade, navega em redes sociais, baixa músicas e controla suas finanças pelo telefone celular. Da mesma forma, as indústrias e os serviços evoluíram, empregando novas lógicas de opção, estratégias de personalização dos produtos e dos preços, uma camuflagem para ampliar a mercantilização dos modos de vida, alimentar um pouco mais o *frenesi* das necessidades, avançar um grau na lógica do ‘sempre mais, sempre novo’ que o último século já concretizou.

Assim, assiste-se à expansão do mercado da alma e de sua transformação, do equilíbrio e da autoestima, enquanto proliferam as farmácias da felicidade. (LIPOVETSKY, 2007). Felicidade esta que se transforma em imperativo de euforia, criando vergonha ou mal-estar naqueles que dela se sentem excluídos (como é o caso de tantos grupos que se afastam do suposto ideal, como é o caso de atores sociais em situação de obesidade). O nível de cobrança para buscar a felicidade apresenta-se, por vezes, de maneira sofrida e, praticamente, uma obrigação, mesmo que essa sensação seja por instantes: “o essencial é a intensidade daquele único momento”. (BAUMAN, 2008, p. 67).

Neste próspero mercado, cita-se, sobretudo, a indústria alimentícia, neste trabalho referida enquanto indústria cultural da obesidade, capaz de produzir reações tanto orgânicas quanto emocionais no cruzar de olhos de seus consumidores, gerando grande felicidade/satisfação, instantaneamente, ao processo de ingestão,

seja pelo sabor que lhe agrada ou pela promessa de prevenção/cura dos males da vida.

Para garantir a primeira satisfação – sensorial - que fideliza, em larga medida, seus consumidores, as indústrias alimentícias manipulam ingredientes, sobretudo, o sal, o açúcar e a gordura (extremamente baratos no processo de produção) de forma a aumentar a sua atratividade. Para tanto, cientistas de grandes multinacionais brincam com a distribuição e o formato físico destes ingredientes para manipular sua taxa de absorção, melhorando a sensação bucal e a ‘explosão de sabor’ ao degustá-los.

A expressiva quantidade e variedade de alimentos hipercalóricos e *fast foods* dispostos em redes de restaurantes e, mesmo, nas prateleiras de supermercados e afins demonstra, sem dúvida, o grande interesse da indústria capitalista pelo segmento. Executivos das principais multinacionais, reunidos em Minneapolis (EUA), na década de 1990 (MOSS, 2015), para tratar dos rumos da indústria alimentícia no século seguinte, não se culpavam por criar alimentos hipercalóricos que o público considerava irresistíveis. Os mesmos encontravam consolo no fato de que esses alimentos icônicos lançados em uma “era mais inocente” (especialmente pós-guerra), como por exemplo, o refrigerante, as batatas chips e os alimentos de micro-ondas, haviam sido imaginados apenas como alternativas ocasionais. O que mudou, contudo, foi a sociedade e esta mudança ocorreu, segundo eles, de forma tão drástica que estes lanches e alimentos semiprontos passaram a fazer parte do dia-a-dia dos sujeitos, quando não, de todas as horas. “Não cabe às indústrias, portanto, a responsabilidade de ser a causadora de prejuízos à saúde destas pessoas!”. (MOSS, 2015, p. 18).

Da mesma forma, o psicólogo australiano Robert McBride, em palestra dirigida a executivos de multinacionais do setor alimentício, encorajou os presentes informando de que não há necessidade de temer a noção de prazer, uma vez que grande parte dos consumidores escolhem os produtos nas prateleiras do mercado com base no gosto e na textura que esperam destes alimentos, sem contar, ainda, nos sinais de prazer enviados ao cérebro como recompensa pela escolha dos alimentos mais saborosos. “A prioridade das pessoas não é a nutrição, mas sim, o sabor, a satisfação sensorial”. (McBRIDE apud MOSS, 2015, p. 42).

Desta maneira, a indústria alimentícia fideliza, em larga medida, o público à sua marca, despreocupando-se com a saúde de seus consumidores ao

promover uma alimentação e estilo de vida não saudáveis, prestando, assim, um desserviço à sociedade e ao movimento de responsabilidade social.

Estas atitudes podem acarretar em sérias consequências para os sujeitos e para a sociedade em geral, sobrecarregando, sobretudo, o sistema público de saúde devido o desenvolvimento/agravamento de várias condições. A obesidade é o exemplo mais visível desse processo.

Apesar da preocupação com o avanço da obesidade existente entre os órgãos de saúde, governos e mesmo entre boa parte dos consumidores, a indústria cultural da obesidade se reinventa a cada dia. Uma das suas manobras tem sido o acréscimo de alguns nutrientes em seus produtos, como por exemplo, vitaminas, minerais e fibras ou a redução (irrisória) de sódio ou gorduras *trans* que o tornariam 'mais saudáveis', sem, no entanto, alterar a quantidade total de sal, açúcar e/ou de gordura. Segundo Moss (2015, p. 15), há uma faceta dos alimentos processados que a indústria considera um dogma: "nenhum aperfeiçoamento do perfil nutricional do produto pode reduzir sua atratividade". Este dogma é o responsável por uma das estratégias mais desonestas do setor: reduzir um determinado ingrediente prejudicial como, por exemplo, a gordura e, ao mesmo tempo e, por debaixo 'dos panos', acrescentar mais açúcar para manter as pessoas 'com vontade' de continuar comendo. "Uma jogada sutil, porém, fundamental para garantia da manutenção das vendas". (MOSS, 2015, p. 17).

Seguindo este mesmo raciocínio de 'preocupação' com o avanço da obesidade, a indústria de alimentos vem apostando na alteração do tamanho das embalagens utilizadas, ou seja, do tamanho família - grandes e exageradas - com farto aporte calórico, para embalagens menores, menos calóricas. Esta estratégia de miniaturização dos produtos serve, no entanto, para baratear o preço do produto e, assim, atingir camadas sociais cujas economias são mais limitadas e, também, a geração jovem que se tornará a nova classe média dos países em desenvolvimento. (MOSS, 2015).

Outra manobra importante utilizada diz respeito à criação de extensões da linha de um produto a fim de ganhar mais espaço nas prateleiras do comércio e, sobretudo, aumentar a concorrência entre as indústrias alimentícias do mesmo ramo. Para isso, a adição de sabores e cores cria subprodutos que ganham espaço próprio e, quanto mais os consumidores veem a marca, maior é a probabilidade de comprarem seus produtos. Além disso, outro ponto fundamental para

esta visibilidade é a hierarquia nas prateleiras: os melhores lugares ficam no nível dos olhos, principalmente no meio dos corredores (MOSS, 2015).

Assim, neste jogo de processos e alterações bioquímicas, as sete maiores empresas produtoras de alimentos dos Estados Unidos vendiam, anualmente, nos anos de 2010, 2,1 trilhões de dólares, controlavam cerca de setecentos mil funcionários diretos, catorze milhões de empregos (diretos e indiretos) e um trilhão de dólares em “valor agregado à economia do país”. (MOSS, 2015, p. 78).

Quanto a segunda satisfação – a promessa de prevenção/cura dos males da vida - a indústria desenvolveu um segmento que cresce, de maneira vertiginosa: a linha de produtos ditos para a ‘vida saudável’, que neste trabalho é conceituado como ‘Indústria Cultural da magreza’. Esta linha fragmenta-se em inimagináveis produtos que vão desde alimentos, passando por produtos estéticos e mesmo farmacêuticos, que prometem, em boa medida, deixar ou manter o consumidor esteticamente e/ou metabolicamente saudável.

Na área alimentar, são exemplos deste nicho mercadológico, os alimentos *diet* e *light*, oriundos da década de 1980, criados, originalmente, para atender uma parcela específica da população por fazerem parte de uma categoria de ‘alimentos para fins especiais’ (BRASIL, 1998), ou seja, destinados a um público em condições metabólicas e/ou fisiológicas específicas com determinados agravos à saúde, como é o caso de diabéticos e hipertensos. (CASTRO e FRANCO, 2002). Devido a esta especificidade, estes produtos eram encontrados em lojas especializadas, como farmácias ou seções especiais de alimentos dietéticos. (VILELA, 2000).

Porém, o sucesso de vendas tem levado ao uso indiscriminado desses produtos, podendo ser encontrados, facilmente hoje, em longas prateleiras de supermercados, padarias e, até, em lojas de conveniência. Assim, atualmente, há centenas de produtos a disposição no mercado para uma população em torno de 30 milhões de consumidores, entre os quais se encontram, em maioria, os diabéticos, obesos, hipertensos e hiperlipidêmicos²³, porém, uma grande parcela deste público vem de consumidores que desejam manter o peso e uma boa aparência física. (VILELA, 2000).

²³ Doença em que há elevados níveis de partículas de gordura (lipídeos) no sangue, sobretudo, de colesterol e triglicérides.

A preocupação dos consumidores em manter-se ‘em paz com a balança’ e melhorar sua qualidade de vida fez com que o faturamento de empresas fabricantes deste nicho mercadológico chegasse, em torno de 22 milhões de dólares, em 1992, representando apenas 0,5% dos 42 bilhões de dólares movimentados pelos alimentos convencionais. Já em 2002, este valor alcançou algo em torno de \$2,5 bilhões/ano, que representam cerca de 11% das vendas globais dessas categorias, um crescimento maior que a inflação e em relação aos segmentos tradicionais. (VIEIRA e CORNÉLIO, 2014). No Brasil, estima-se que nos últimos 10 anos, o comércio de alimentos *diet e light* cresceu 800%, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Educação para o Consumo de Alimentos e Congêneres (IBCA). (ARAÚJO, 2010).

Certamente, os alimentos *diet e light* foram os grandes divisores de águas na indústria alimentícia na contemporaneidade. Há, porém, nesta categoria de ‘alimentos saudáveis’, vários outros exemplos a serem citados, no entanto, indubitavelmente, ao final deste trabalho já estarão defasados porque as ‘dietas ou alimentos da moda²⁴’ são muito populares, porém, temporários.

Associada à rede alimentícia, a indústria cultural da magreza apoia-se, também, na indústria farmacêutica/médica e na mídia, que se utilizam desta obsessão atual pela construção da aparência para abarrotarem seus cofres.

Além da atratividade dos produtos, serviços e das promessas de benefícios, essas indústrias investem grande parte de seus lucros em campanhas publicitárias, altamente indutivas, veiculadas na mídia (falada, escrita), *outdoors* e nas redes sociais, além de infiltrarem no dia-a-dia das pessoas na tentativa de sua naturalização como é caso das telenovelas, programas esportivos, infantis e “teleconsultas médicas” (NATANSOHN, 2000, p. 48), salas de espera de consultórios médicos e em salões de beleza e, mesmo, em locais públicos como eventos, jogos, feiras, etc. São os discursos hegemônicos ancorados pela indústria capitalista da obesidade/magreza que bombardeiam os sujeitos em situação de obesidade considerada grave e, também, o restante da sociedade.

Percebe-se, diante de tais fatos, uma mútua verticalização da ‘indústria cultural da obesidade’ e da ‘indústria cultural da magreza’, altamente

²⁴ As dietas da moda podem ser definidas como padrões de comportamento alimentar não usuais adotados entusiasticamente por seus seguidores, podem promover resultados rápidos e atraentes, porém, não sustentáveis. (SHILS *et al.*, 2003).

imbricadas e dependentes. Ambas têm no corpo o seu maior consumidor e disputam espaço entre os mesmos sujeitos, lutando, ferozmente, para conquistar, diariamente, novos e fiéis clientes.

3.5 O reino do *marketing*, propaganda e da publicidade!

Quando se assiste aos comerciais de televisão, ouve-se *spots* de rádio, ou mesmo quando se vê anúncios que inundam jornais e revistas, *outdoors*, painéis em ônibus, táxis e paredes de arranha-céus, cartazes em postes e pontos de parada de coletivos, placas luminosas sobre os relógios digitais e sobre a sinalização de nomes de ruas, painéis eletrônicos de luz e movimento, não há dúvidas do que se trata: estratégias da mídia através do *marketing* e da publicidade. (BENETTI *et al.*, 1995).

A presença constante, cotidiana e crescente das propagandas e mensagens publicitárias em, praticamente, todos os momentos e ambientes da vida, sem dúvida, produzem efeitos que levam às abordagens mais qualitativas do mercado considerando, sobretudo, a criação da necessidade de consumo tanto no cliente fiel como no cliente em potencial.

Para isto, a indústria cultural da mídia composta, genericamente, pelos diferentes meios de comunicação de massa, possui entre outros objetivos a disseminação de ideias, de elementos culturais. Se estabelece como uma estratégia de persuasão ou convencimento da população, despertando nela a necessidade de se estimular alguns aspectos sociais (ALMEIDA *et al.*, 2006) e de realizar, embora ilusoriamente, o seus desejos. Nesta mesma corrente, Baptista (2001 apud ALMEIDA *et al.*, 2006, p. 791) define:

A 'indústria cultural' pode ser entendida como um instrumento de pressão da sociedade sobre o indivíduo através da utilização de elementos culturais que se tornam acessíveis pelo cinema, pela televisão e por outros meios de comunicação de massa. Esses são utilizados como formas de cooptarem os indivíduos para uma atuação de acordo com os interesses e as necessidades do modo de produção, fazendo a lógica industrial prevalecer.

A mídia pode ser considerada, portanto, o terceiro pilar da tríade hegemônica relacionada ao corpo aqui discutido: é a instância que procura persuadir o sujeito ao consumo daquilo que é produzido e reconceituado pelo mercado capitalista, cujas ideias originais partiram, em larga medida, do discurso médico-científico.

No âmbito alimentar, por exemplo, por maior que seja a importância da composição nutricional dos produtos, ela é, apenas, parte do projeto da indústria para moldar os hábitos alimentares e o estilo de vida das pessoas. A outra grande parcela vem do *marketing* e da publicidade. Por vezes, eles são os únicos meios pelo qual a indústria consegue se distinguir de seus concorrentes.

Desta forma, o processo de atração utilizado é muito sofisticado e não deixa nada ao acaso. Algumas das maiores empresas do setor alimentício, por exemplo, utilizam da biotecnologia e neurociência para estudar como os neurônios reagem a determinados alimentos e utilizam destas informações para criar seus *slogans* de sucesso garantido. (MOSS, 2015).

Lyra (2001) corrobora com esta afirmação, destacando que a publicidade é uma poderosa ferramenta para determinar o comportamento dos sujeitos quanto ao consumo, pois ela induz as necessidades. Considerando a realidade econômica e cultural de uma sociedade, a autora aponta que o sucesso dos anúncios publicitários está atrelado ao nível de correspondência com o grupo social e o modo de ressignificação da informação.

A exemplo disto, a maior produtora mundial de sorvetes, utilizando-se da descoberta de que o cérebro é induzido a sensações positivas na presença do açúcar (com mecanismos semelhantes ao da cocaína), transformou esse conhecimento não apenas para a formulação dos seus produtos, como também serviu de elemento 'brilhante de *marketing*' ao vender o sorvete como uma forma "cientificamente comprovada" de alcançar a felicidade. (MOSS, 2015, p.122). De maneira semelhante, uma grande indústria de cereais lançou uma campanha, em 2008, enfatizando que seu produto fazia bem ao cérebro em alusão às pesquisas que indicaram melhor rendimento escolar entre crianças que tomavam café da manhã (independentemente de quais alimentos consumiam neste horário) antes de irem à

escola quando comparadas às que permaneciam em jejum. Assim, o anúncio reforçava:

Um estudo clínico mostrou que crianças que tomam café da manhã reforçado com cereal *²⁵ tem a atenção aumentada em quase 20%. Mantenha seus filhos alimentados. Mantenha seus filhos concentrados. (MOSS, 2015, p. 125).

Como é percebido nestes exemplos e tantos outros mais, os departamentos de *marketing* da indústria alimentícia estão atentos aos alvos psicológicos dos sujeitos, explorando e estudando suas vulnerabilidades e seus anseios.

Para explicar o método de persuasão e, conseqüentemente, a conquista do público, Aldrighi (1995) definiu o modelo ideal para obter sucesso nas peças publicitárias como sendo um processo encadeado, com as seguintes etapas: intervir/ativar as expectativas do consumidor (crenças, desejos, saberes...); produzir mensagens que alimentem estas expectativas; induzir a compra, o consumo ou uso do produto; avaliar as expectativas-positivas (satisfação que representam predisposição para a recepção de novas mensagens favorecendo a fidelidade à marca.

Além disso, Burrowes (2005) relata que mensagens utilizadas pelas peças publicitárias buscam identidade, em geral, sob o ponto de vista linguístico, como, também, sobre o conhecimento de valores junto ao consumidor. Ao se adquirir um produto, se adquire também os valores simbólicos a ele atribuídos. A publicidade, desta forma, pode induzir e/ou ratificar tendências, estimular o consumo, a forma de consumo, quem pode ou o que deve ser consumido (desde que se pague pelo produto) e, ainda, identificar o produto como fator de classificação em um determinado grupo social.

Nesta mesma ótica, Lindolf (1988) destaca que o conteúdo das informações de uma campanha publicitária, associado a imagens de pessoas com elevado poder persuasivo, é moldado, intencionalmente, pelos seus produtores de modo que, o conteúdo apresentado, pouco é analisado e/ou construído pelo público. A explicação de um sentido apresentado hegemônico, segundo o mesmo autor:

²⁵ Por questões éticas, o nome comercial do produto foi propositalmente retirado do texto original pela autora, sendo substituído pelo sinal gráfico *.

[...] presume que os códigos profissionais da mídia são utilizados para desenvolver certas estratégias de conteúdo que, diretamente ou indiretamente, servem aos interesses políticos e econômicos da ordem social dominante. (LINDOLF, 1988, p. 85).

Influenciar as emoções das pessoas também foi a estratégia da grande indústria de refrigerantes. Porém, nesse caso, sem necessitar do apoio de celebridades ou excessivo dinheiro gasto com pesquisas. Seu objetivo foi a “onipresença” (MOSS, 2015, p. 133), ou seja, a ideia de estar em todos os lugares onde aconteciam os momentos especiais da vida. Nesta lógica, a pessoa ‘vivia o momento’ bebendo o produto, naquele contexto emocional. Woodruff, gerente desta empresa por seis décadas, comenta que “aquela foi, se não a estratégia mais brilhante de *marketing* da época, provavelmente uma das duas ou três melhores”. (WOODRUFF apud MOSS, 2015, p. 133). Foi por meio desta peça publicitária que a empresa se tornou a marca mais poderosa do mundo, gerando níveis impressionantes de fidelidade entre os consumidores. (MOSS, 2015).

Além disso, a conveniência dos produtos é o superaditivo que está mudando, em larga medida, a cara dos negócios, sendo eleita pelas indústrias alimentícias como o quarto elemento essencial para a sobrevivência humana além de moradia, roupas e comida.

Segundo Mortimer, CEO²⁶ de uma grande multinacional de cereais, em palestra ministrada na Conferência *Board* para os principais executivos de empresas alimentícias em Nova York (EUA), no ano de 1955, quando afirmou que:

[...] a conveniência deve ser projetada, desenvolvida, incorporada, injetada ou acrescentada aos produtos e serviços cujo objetivo é atender ao público exigente de hoje. Esse é o novo e principal denominador para o acolhimento ou a demanda do consumidor. (MORTIMER apud MOSS, 2015, p. 93).

Mortimer declarou, ainda, que os norte-americanos modernos estão dispostos a pagar bem por esses aditivos nos produtos que consomem porque estão

²⁶ CEO, sigla inglesa de *Chief Executive Officer*, que significa, em português, Diretor Executivo (tradução nossa). Representa o maior cargo organizacional de uma empresa, também podendo ser chamado de presidente. (MARQUES, 2016).

dispostos a fazer uso de suas melhores condições financeiras para comprar vidas mais completas; afinal, nas palavras do CEO:

[...] temos, assim, coisas melhores a fazer com o nosso tempo do que misturar, bater no liquidificador, selecionar, cortar, ralar, medir, cozinhar, servir e todas as outras tarefas envolvidas na rotina diária. (MORTIMER apud MOSS, 2015, p. 93).

A partir daí, o aumento considerável da ‘conveniência’ dos alimentos processados, anunciados por *slogans* como ‘instantâneo’, ‘pronto para cozinhar’ e ‘aqueça e sirva’ – deu início a uma revolução nos hábitos alimentares, inicialmente, dos norte-americanos, trazendo um pouco de ‘magia’ às cozinhas daquele país e, posteriormente, ao restante do planeta.

A exemplo disto, três anos após esta reunião, nascia o mais famoso suco artificial em pó, com os seguintes *slogans*: “Novo! Instantâneo! Basta acrescentar água fria e misturar”, e, ainda: “Nada de espremer. Nada de descongelar. Um sabor revigorante. Sempre a mesma maravilha radiante, copo após copo” (MOSS, 2015, p. 165). Este produto eliminou, em boa medida, mais uma tarefa que as mães precisavam enfrentar no café da manhã. Cerca de três décadas após seu lançamento, as críticas sobre sua composição começaram a pesar sobre as vendas, especialmente vindas de órgãos governamentais de proteção à criança. Diante destas ameaças ao sucesso do produto, a empresa teve outra sacada de mestre: acrescentaram o equivalente a duas colheres de sopa de suco natural e decoraram as embalagens com imagens de laranjas e cerejas frescas. A campanha publicitária inteligente promoveu o frescor como saudável e divertido. Além da pitada de suco natural de verdade, a parte da ‘nutrição’ desse *slogan* foi a vitamina C adicionada à mistura (utilizada com intuito de evitar a oxidação do suco que alteraria o sabor) como o seu principal argumento de vendas. Segundo os próprios executivos da empresa, as mães que compravam este produto eram aplaudidas por oferecerem algo saudável a seus filhos numa bebida que, para as crianças, também era divertida. (MOSS, 2015).

Esses exemplos citados (de tantos outros existentes) demonstram, de forma clara, como a cultura da marca constrói-se com o *marketing* e a publicidade. Para Lipovetsky e Serroy (2011), esta ambiência em que as marcas,

por meio de suas manifestações – símbolo da marca, peças publicitárias, embalagem, produtos, publicidade – estabelecem relações, tanto com outras marcas como com os consumidores, constitui o universo estético por elas delineado. E complementam:

A dimensão estética da marca é lida além da publicidade, pois a própria marca se deixa ver através dos produtos cujo *design* e embalagem são pensados em termos estéticos. (LIPOVETSKY e SERROY, 2011, p. 97).

A cultura da marca, tanto para sua difusão, quanto para a sua comunicação, demanda a participação de *designers*, publicitários, arquitetos e outros profissionais tanto para a elaboração do projeto como para zelar pelas atualizações ou manifestações da marca.

Para a publicidade, portanto, não é o produto que ela divulga ou difunde que está em foco, mas a construção de uma ambiência para a marca ou o produto, um processo de estetização da comunicação, a valorização de um modo de vida ou de um imaginário.

E complementam, ainda:

Inovar, surpreender, divertir, fazer sonhar, comover, criar um mito, e isso pela utilização de efeitos especiais, de imagens sublimes, de jogos rítmicos e de montagem, de sinais de cumplicidade e de interpretações não literais. (LIPOVETSKY e SERROY, 2011, p. 96-97).

Outro ramo da indústria cultural muito forte e marcante na sociedade contemporânea é a indústria da beleza e do emagrecimento. Um ramo próprio que tem por função cuidar da aparência das pessoas, prometendo não apenas o elixir da beleza, mas também, imbricadamente, o da juventude eterna, que se expressa evidentemente pela forma corporal e traduzida por termos como saúde e qualidade de vida.

Assim, os meios de comunicação têm veiculado representações, desejos e expectativas nos sujeitos não apenas pelas imagens que produzem, mas, associam, ainda o uso de notícias e informações alusivas ao estado de saúde da pessoa (com intuito de manter/melhorar a saúde), apropriando-se, por vezes, de um discurso hegemônico, obsessivo e medicalizado da saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Assim, a publicidade não cessa de anunciar e estimular o consumo de produtos dietéticos, práticas alimentares, *fitness*, fármacos, cosméticos, produtos emagrecedores/modeladores, procedimentos estéticos e cirurgias plásticas como soluções para o corpo perfeito, mas que também previna doenças e sinais de envelhecimento. (LUIZ, 2006; VIGARELLO, 2006).

Além da ampla publicidade, estes produtos/serviços estão facilmente disponíveis nas 'prateleiras' de inúmeras lojas e clínicas e, portanto, são possíveis a todos. No entanto, sabe-se que, para muitos, estes mesmos produtos/serviços não surtirão os 'efeitos almejados' ou mesmo, a margem de escolha em certos estratos socioeconômicos da população praticamente inexista.

Em razão disto, a construção imaginária contemporânea de um corpo perfeito (a todo custo) pode gerar várias situações iatrogênicas, por vezes, severas, como problemas relacionados à imagem corporal e, conseqüentemente, aos distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia (OLIVEIRA e HUTZ, 2010; BERGER, 2007; BECKER *et al.*, 2002; STICE *et al.*, 1994); respostas afetivas negativas como culpa, depressão, infelicidade, vergonha, frustração, indignação pela situação (social, econômica) em que está inserido/a podendo estimular ainda mais o estigma e o isolamento social (OLIVEIRA *et al.*, 2010) e, por viverem em um 'comportamento de risco', sentirem-se responsáveis pelo seu eventual adoecimento e do suposto insucesso por não alcançarem a tão sonhada 'boa forma/saúde'. (LUPTON, 1997).

Tendo conhecimento disto, a publicidade exige-se criativa, para que os valores ou sentidos propostos pela marca ou produto transcendam as diferenças sociais e buscam instaurar grupos sociais diversificados. Os alvos ampliam-se, portanto, para todo o corpo social e segmentam-se devido à inclusão em universos específicos de consumo através de linhas e sublinhas comerciais. Em relação à estetização do mundo e o papel das marcas nesse movimento, Lipovetsky e Serroy (2011, p. 11) comentam:

O imaginário cultural não é mais um véu acima do mundo "real", e o mercado integra cada vez mais em sua oferta as dimensões estéticas e criativas. Sem dúvida, o econômico jamais foi totalmente externo à dimensão do imaginário social, sendo o mundo da utilidade material ao mesmo tempo produtor de símbolos e de valores culturais.

Neste sentido, os significados que as marcas/objetos adquirem, a partir dos anúncios publicitários – onde, normalmente, dois objetos se relacionam – por exemplo, vestuário e beleza/inclusão ou, mesmo, alimentos e prazer/inclusão - desencadeiam, nos objetos, uma onda de atribuições, na medida em que um objeto significa ao outro uma forma de dependência. (BAUDRILLARD, 2008).

E por esta perspectiva vai se formando, em boa medida, uma cadeia de consumo: a sociedade valoriza a beleza e a saúde, estas se encontram associadas ao corpo magro (representado pelos/as modelos/as e artistas que são veiculados ao produto/marca), que, por sua vez, relaciona à felicidade (pois apresentam-se, em sua maioria, rindo e divertindo-se) e utilizando roupas e acessórios atuais. Esta junção beleza/magreza/saúde/felicidade tende a desencadear no sujeito o impulso natural de consumo, na medida em que ele se vê tendo a oportunidade de ser/tornar-se mais belo, magro, saudável e/ou feliz.

Na esteira desta discussão, Feathersone (1995), baseado na teoria de Baudrillard, chama atenção para o deslocamento da ênfase da produção para a reprodução, especificamente de signos, imagens e simulações por meio da mídia, abolindo a distinção entre a imagem e a realidade, tornando, o consumo, um elemento essencialmente cultural e o corpo, o protagonista deste consumo, sendo, portanto, elemento central na busca de sentidos e referências mais estáveis, sempre baseado (mesmo que camuflado) no discurso médico, hegemônico.

Para Januário e Cascais (2012), é inegável o papel dos meios de comunicação na configuração dos modelos estéticos populares na percepção da imagem corporal pois, a publicidade estabelece um diálogo entre os acontecimentos sociais, as tendências, os desejos, as expectativas e o comportamento da audiência. Neste sentido, a criatividade da publicidade, mais do que ‘traduzir’ passivamente a realidade socioeconômica, política e cultural da sociedade na qual está inserida, pode ser, também, considerada como agente ativo social. A máxima: “Você é o que você usa (ou consome – acréscimo da pesquisadora)”, utilizada por William Thourlby, consultor norte-americano, autor do livro com o mesmo título é utilizada por pessoas de todo o mundo, e representa, claramente, a lógica da inclusão, vista pela dialética do consumo.

Diante de tal realidade, Acevedo e colaboradores (2009) entrevistaram publicitários de São Paulo sobre sua postura ética frente às pressões do ambiente social e profissional na criação de peças publicitárias, e destacaram: as

preocupações com o desrespeito ao ser humano na forma de preconceito, ofensa, discriminação ou menosprezo; preocupação com a comunicação para as crianças e; que se deveria, de um modo geral, desestimular à comercialização de produtos prejudiciais à saúde nas diferentes faixas etárias. Entretanto, de um modo geral, os publicitários entrevistados são contrários a restrições impostas à propaganda como forma de inibir o consumo de alguns produtos ou serviços, pois consideram que a publicidade é decorrente da existência dos mesmos. Para eles, *a priori*, não deveria haver produção e comercialização desses produtos e serviços, mas já que existe, a propaganda também existirá, ou seja, apesar de concordarem que há abusos publicitários, não fazem nada para mudar o panorama.

Em relação às diferentes visões do poder da propaganda na sociedade, verificou-se, nesta mesma pesquisa (ACEVEDO *et al.*, 2009), que a maioria dos entrevistados entende a publicidade como reflexo da sociedade. Alguns, no entanto, disseram que não criam imagens, apenas reproduzem as existentes. Todavia, outra grande parcela considera que sua atuação pode criar, influenciar ou ditar comportamentos sociais.

Apoiando-se a estes achados e relacionando-os com possíveis consequências sociais e culturais da publicidade, Lipovetsky (2004), faz uma constante crítica ao papel de instrumento de manipulação da sociedade. Já Pollay (1986, p. 77) refere os efeitos da publicidade enquanto “invasivos”, já que são difíceis de evitar e seus efeitos sociais como “profundos e inescapáveis”. O autor elenca, ainda, os efeitos socialmente indesejáveis ou prejudiciais, destacando o materialismo como meio para a felicidade; a busca de *status*; os estereótipos sociais; o egoísmo; a preocupação com a sexualidade e o conformismo.

Neto e Pinto (1998) analisaram anúncios televisivos portugueses transmitidos em dias de semana ao longo de um ano. Entre os resultados, destaca-se às características das personagens em que a raça foi a menos evidenciada e a idade a mais exacerbada (sobretudo jovens), seguida do gênero, em que as mulheres (na sua grande maioria, magras, belas e jovens) são mais retratadas nos anúncios ligados a produtos do corpo, lar e brinquedos, enquanto os homens (seguindo as mesmas características físicas das mulheres) surgem, principalmente, em anúncios de automóveis, esportes, produtos alimentares e bebidas.

Estes resultados corroboram com os estudos realizados na América do Norte (McARTHUR e RESKO, 1975), Austrália, França, Dinamarca, Inglaterra e

Itália (FURNHAM e MAK, 1999), países que compõem o Norte global (SOUSA SANTOS, 2002) e que, influenciam, em larga medida, o outro lado da linha, ou seja, o Sul global. Para Giddens (1991), esta importação de modelos globais, em todas as dimensões da vida humana, transforma os espaços locais e, que, ao alterar a vida cotidiana dos sujeitos, acaba por gerar uma alteração na existência do sujeito, pois, pulveriza a dimensão simbólica, transformando os modos de produção, de hábitos, de valores, promovendo um desenraizamento cultural que, na visão de Andrade (2003) pode gerar um mundo de incertezas e de riscos produzidos, o qual se desdobra na perda da liberdade e da identidade humana.

Embora tenha-se passado mais de duas décadas da realização destes estudos, é interessante observar como as representações em função do gênero e seus corpos ainda têm um impacto importante no mercado atual. Para Goffman (1979, p. 42), os estereótipos de gênero²⁷ “estão incutidos na sociedade atual e estão a ser claramente assumidos no consumo midiático como reprodutora das realidades sociais e das ideologias”.

Assim, ao considerar os significados corporais utilizados na publicidade, percebe-se uma mercadoria impregnada de significações próprias, do imaginário esperado de um determinado público. Segundo Wykes e Gunter (2005, p. 62), o que a sociedade pós-moderna requer de personagens mulheres ao divulgar sua marca através da publicidade, por exemplo, é que sejam sexuais, independentes, carreiristas e, no entanto, mantenham suas “caraterísticas tradicionais da feminilidade”, ou seja, sejam dóceis, maternais e sempre jovens, brancas, lindas e magras.

Contudo, em tempos contemporâneos, o corpo masculino, tardiamente utilizado pela publicidade, ganha cada vez mais espaço e, também, tem sido alvo de um crescente processo de disciplina corpórea (semelhante ao feminino) com ênfase no aspeto físico, sobretudo, a virilidade, a robustez e o vigor físico associado, em boa medida, ao *status* econômico. (VALE DE ALMEIDA, 1995 apud FREITAS, 1997).

²⁷ Segundo Erving Goffman (1979), os estereótipos de gênero podem ser entendidos como representações generalizadas e socialmente valorizadas de homens e mulheres que devem fazer e ser, ou seja, os seus papéis e identidades sociais. Estas convenções socialmente valorizadas são muitas vezes traduzidas como ‘espelho’ da realidade e reduzidas a estereótipos.

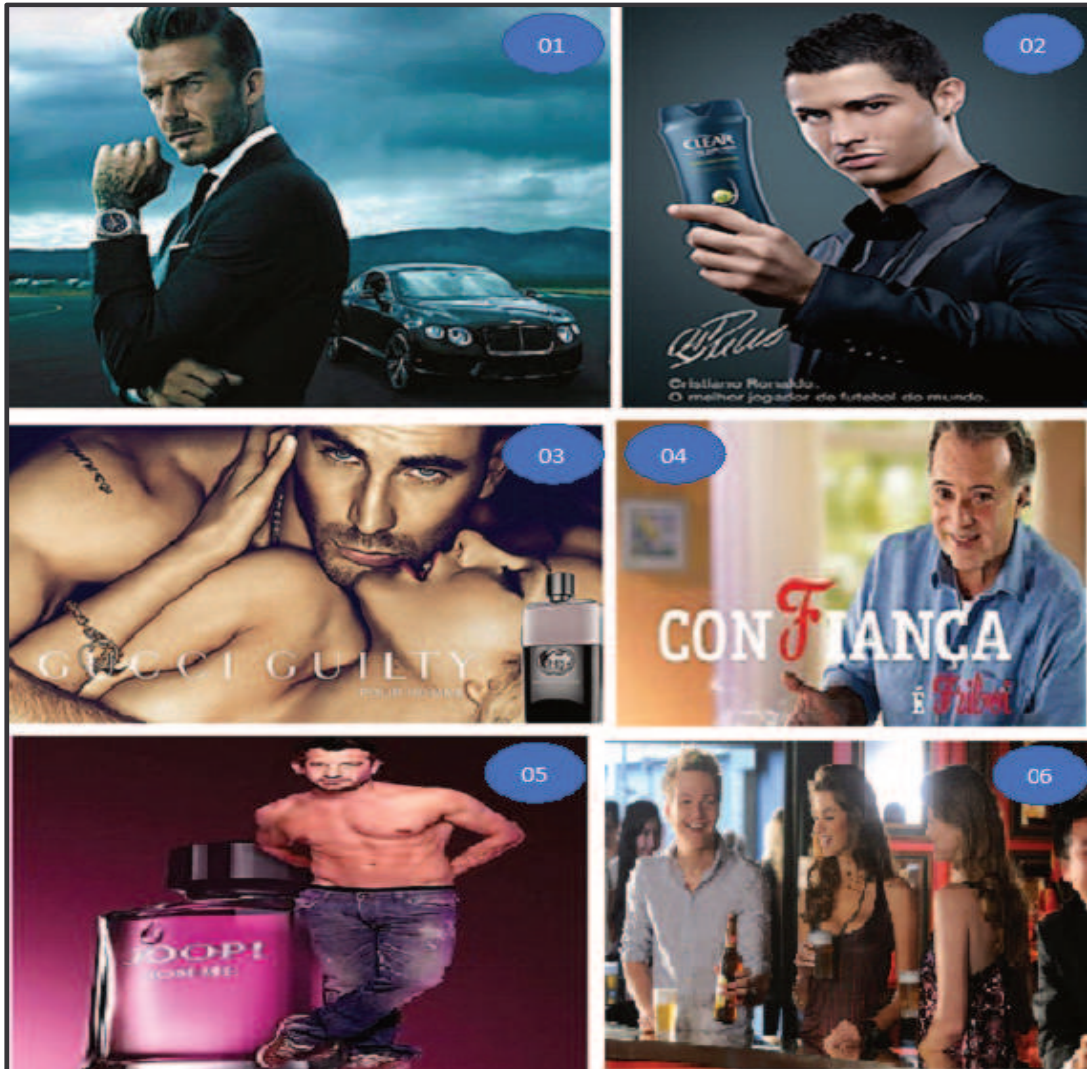
Os quadros, a seguir, demonstram alguns exemplos de anúncios publicitários em que a mulher – magra e belo (QUADRO 1) e o homem – sarado e belo (QUADRO 2) são as personagens principais e que reforçam tais características.

Quadro 1 – Exemplos de anúncios publicitários veiculados na mídia em que a mulher é a personagem principal.



Fonte: Fotos divulgação. 1. Dez...(2015); 2. Andretta (2017); 3. Fátima...(2014); 4. Super...(2017); 5. Cabelo...(2012); 6. Emagrecentro...(2018); 7. Câmara (2016).

Quadro 2 – Exemplos de anúncios publicitários veiculados na mídia em que o homem é a personagem principal.



Fonte: Fotos Divulgação. 1. Anúncios... ([2018?]); 2. Luciano (2011); 3. Stocco ([2018?]) 4. Tavares (2017); 5. Fragrância...(2011); 6. Dez...(2013).

Nestes anúncios, especialmente aqueles voltados para o público masculino, as mulheres podem ser observadas como objeto decorativo e atrativo para o olhar masculino e a ênfase é dada, sobretudo, no 'corpo-aparência' como destaca Mota–Ribeiro (2005). Fato que é menos percebido na imagem do masculino para seu próprio consumo, ressaltando, conforme Foucault (2009), a expressão e sustentáculo das relações de poder/saber que se articulam na história da sociedade ocidental e ressalta a realidade política, biológica e histórica.

Em termos gerais, a publicidade aumenta, em boa medida, o desejo que cada um possui de ter um corpo semelhante ao que ela sugere de forma repetitiva, e, conseqüentemente, o status que ela sugere segundo os ideais fornecidos. (MONTEFUSCO; SEVERIANO e TELLES, 2009; CASTRO, 2007; NOVAES; VILHENA e LEMGRUBER, 2003).

Um levantamento realizado pela agência brasileira Heads com mais de duas mil propagandas nacionais exibidas em intervalos comerciais de duas emissoras de grande audiência (uma aberta e outra fechada) demonstrou que 90% dos/as protagonistas das campanhas publicitárias são brancos/as; 36% dos comerciais exibidos apresentam algum estereótipo de gênero – afetando principalmente mulheres, seguido dos homens. O levantamento mostrou, ainda, que 100% das propagandas de calçados e de cuidados com o bebê reforçam ideias há tempo estabelecidas sobre a posição feminina na sociedade, o mesmo ocorrendo com segmentos como produtos de beleza (em 77% dos casos) e itens de limpeza (em 82% das inserções). (SCHELLER, 2016).

Em se tratando de personagens obesas, a publicidade se não nula, é ínfima. De acordo com este mesmo estudo (SCHELLER, 2016), uma pequena parcela de personagens se encaixa na categoria ‘diversa’ em que reúne pessoas de diferentes origens raciais interagindo, porém, sem nenhuma alusão às diferentes formas corporais.

Pelo exibicionismo corporal ideal, a publicidade dispõe, também, de uma figuração oportunizada pela era da tecnociência atual (MARCUIZZO; PICH e DITTRICH, 2012), exemplo disto, é a possibilidade da edição gráfica do sujeito por meio de programas computacionais, que, por sua vez, desempenha papel fundamental na construção de imagens midiáticas que expõem corpos belos e joviais, livres de ‘imperfeições’ que, segundo Sibilia (2006), constituem uma poderosa fonte de imagem corporal no mundo contemporâneo. O papel da mídia digital reforça e divulga os valores e atributos voltados para a busca de instrumentos que permitam a construção do corpo a partir da visualidade de um corpo manipulado e transformado em mercadoria. Esses valores creditam, ao ser imperfeito, a conquista de um corpo belo, jovem e magro ao *status* social, mesmo que o/a modelo esteja fazendo uso de bebida alcoólica ou qualquer outra mercadoria potencialmente nociva.

Os resultados encontrados neste levantamento corroboram com diversos outros trabalhos (CASTRO, 2007; ANDRADE, 2003; SERRA e SANTOS,

2003) identificando a maior prevalência dos corpos magros/belos nas peças publicitárias.

Embora a proporção de personagens em situação de obesidade seja ínfima, a indústria cultural se ‘preocupa’ com esta grande parcela ascendente da população, pois, é um público que, como consumidor, deve ser bem tratado e ter à sua disposição diferentes produtos que o atendam, como roupas, dietas, produtos, serviços, *spas*, sapatos, móveis especiais e que possam suportar o seu peso. Almeida ratifica tal afirmação:

[...] o ‘corpo obeso’ no mundo do capital fica à mercê das imposições da Indústria Cultural e assim, se por um lado este corpo é um produto esteticamente indesejado pelo fato de não corresponder ao padrão estético imposto pela sociedade, do outro é um produto extremamente interessante, uma vez que é um corpo consumista, seja de tratamentos – estético, medicamentoso, dietoterápico – ou até mesmo de alimentos. (ALMEIDA, 2005, apud ALMEIDA *et al.*, 2006, p. 1).

Com isso, amplia-se, a ‘passos largos’, a indústria cultural da obesidade/magreza, afinal, segundo Mendonça (2005 apud ALMEIDA *et al.*, 2006, p. 26), é necessário:

[...] saciar os ‘anseios estéticos’ criados pela mídia utilizando-se de seus modismos, aparecendo para animar o universo dos obesos, dar esperanças e ‘faturar’ muito dinheiro. O fato é que é cada vez mais crescente o número de pessoas ávidas por emagrecer. Naturalmente, cresce o número de pessoas interessadas neste ‘mercado’, oferecendo soluções milagrosas, que prometem emagrecer rápido e sem esforço.

Assim, para a fabricação do corpo, o mercado torna-se fonte inesgotável. Muito antes da propaganda atingir a relevância social que tem hoje, Marx (1985, p. 32) já apontava que a produção não se limita a fornecer um objeto material à necessidade, mas antes fornece uma necessidade ao objeto material: “a produção não cria somente um objeto para o sujeito, mas também um sujeito para o objeto”. Isto ajuda a explicar como a vigilância sobre o corpo e saúde tem implicado em um elevado consumo de inúmeros produtos, muitos desnecessários. E, uma vez que o estilo de vida organizado em torno da busca e exaltação da boa forma é uma promessa que nunca encontra seu triunfo, o mercado e consumo da beleza se reafirmam cada vez mais.

Portanto, é possível afirmar que a publicidade e o *marketing*, através dos meios de comunicação de massa, completam a corrente que liga o conceito de saúde à beleza/magreza ao processo de produção dessas mercadorias e este ao de criação dos desejos e aspirações de se obtê-las.

O grande nó desta corrente refere-se ao fato de que essa multiplicação das técnicas corporais e a difusão crescente de modelos de beleza provocam, em boa medida, uma pressão ainda mais prescritiva sobre o autocontrole, suscitando, cada vez mais, o desenvolvimento de distorções da imagem corporal (NOVAES; VILHENA e LEMGRUSER, 2003) e outros sentimentos negativos.

Na tentativa de atenuar tais impactos e, contrariando outros autores que afirmam que a publicidade é reflexo da sociedade, Campelo (1996) afirma que o corpo é protagonizado, revelado e criado pela publicidade. Sua função é transmitir os valores e ideias dos anunciantes, estar sempre à disposição do que o mercado publicitário quer vender. É um corpo impalpável, pois é 'glorioso' demais, não tem cheiros, 'pelancas', rugas, tem apenas características congeladas dirigidas pelo mercado. Apesar desta explicação 'artística' sobre o corpo na publicidade, a informação que chega ao público, sobretudo, naqueles que possuem "corpos diferentes" (HOFF, 2012, p. 31), como é o caso de sujeitos em situação de obesidade é, em larga medida, distorcida. Ou seja, pode acentuar o estigma, pois a relação de interdependência entre propaganda e público influencia a autoimagem e a auto representação dos sujeitos: "o primeiro incute no segundo uma sensação de inferioridade e de falta de virtudes e, assim, alimenta uma autoimagem de inferioridade, reafirmando sua identidade como pior". (ELIAS, 1998, p. 15).

Por fim, sem ter a pretensão de esgotar tal assunto (pois é fato praticamente impossível), julga-se que o culto ao corpo, vivido mais intensamente neste último século, conta com uma base material concreta: o discurso médico-científico, sustentável e que, paralelamente, sustenta as demais discursividades hegemônicas. Todos estes discursos, segundo Castro (2007), perpassam à sociedade enquanto ideologia, doutrina, sistema de valores, disputa de interesses econômicos e, ainda, como cultura, ou seja, processo social de definição e remodelação de suas vidas por meio da corporeidade.

3.6 O Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas de atenção ao indivíduo em situação de obesidade²⁸

Historicamente, as políticas públicas brasileiras, em sua grande maioria, sofreram (e ainda sofrem) influências do contexto político-social e dos momentos econômicos da sociedade. A exemplo disto, Polignano (2005) demonstra que as ações relacionadas à saúde propostas pelo governo procuraram, em boa medida, atender a grupos sociais determinados - localizados em regiões socioeconômicas de maior destaque (dentro da estrutura social vigente) e, preferencialmente, direcionadas para os aglomerados urbanos em detrimento a grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização – e, às situações de endemias ou epidemias que se apresentam(ram) como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto.

A motivação básica para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi (tentar) atender às necessidades e aos anseios da população, historicamente desassistida em saúde, por meio da ampliação dos serviços e de cobertura populacional (PAIVA e TEIXEIRA, 2014) não apenas em momentos críticos, mas um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente com a saúde coletiva, integrando-o como um dos direitos da cidadania. (POLIGNANO, 2005).

Especialmente a partir do final da década de 1970, os debates em torno da saúde se acirraram, impulsionados por um cenário de grandes transformações políticas e sociais, sobretudo, através da luta pelo retorno ao regime democrático (PAIVA e TEIXEIRA, 2014) que culminou, às custas de muito sangue, com a promulgação da nova Constituição Federal, em outubro de 1988 (BRASIL, 1988), o que impulsionou este processo. No contexto pela busca da implantação de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde com a promessa de oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito às ações e serviços de promoção,

²⁸ Neste subcapítulo, a obesidade será tratada enquanto o objeto central de estudo, conforme é apresentada pelas políticas públicas aqui mencionadas.

proteção e recuperação da saúde (Lei Federal nº 8.080/1990, art. 7 – BRASIL, 1990), tornando-se prioridade para os governos, enquanto sistema de saúde nacional, como forma de preservar a vida. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil.

Para muitos autores, no entanto, a assistência integral à saúde permanece como um dos grandes desafios e, antes disto, uma das ‘bandeiras de luta’ do chamado Movimento Sanitário ou Sanitarista (GOMES, 2004), na medida em que seja necessário que os serviços de saúde devam funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida, que o leva a adoecer e a morrer. Neste contexto, o atendimento deve ser feito para o sujeito, a sua saúde e não somente para a sua doença, além disso, as ações devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura (PINHEIRO e MATOS, 2006; CAMPOS, 2004). Para falar-se no direito à saúde, segundo Behring (2000), é necessária, ainda, a compreensão das políticas públicas presentes que circundam o âmbito das ciências sociais, da ciência política e da economia política.

A partir desta (fundamental) compreensão, a Atenção Básica (AB)²⁹ e os diversos níveis de especialidades - média e alta complexidade³⁰ precisam estar disponíveis para garantir esta assistência e devem ser, naturalmente, de boa qualidade e humanizadas. (CABRAL *et al.*, 2011).

²⁹ A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção em saúde do SUS e caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, empregando tecnologia de baixa densidade. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde por meio de um conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica para cuidar da população no ambiente em que vive. Na AB estão incluídos, por exemplo: a Estratégia Saúde da Família (ESF); Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua e o Programa Saúde na Escola (PSE) (que compõem a Política Nacional da Atenção Básica) (BRASIL, 2012a). Além das políticas: Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Equipes de; e; Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), dentre outras. (BRASIL, [2018?]; BRASIL, 2012a).

³⁰ A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Já a alta complexidade é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e elevado custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados por meio de hospitalizações, cirurgias e demais tratamentos invasivos, como por exemplo, tratamento oncológico, renal crônico, cirurgia bariátrica, dentre outros. (BRASIL, 2011a).

De uma maneira geral, as políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde se voltam, em boa medida, para as recomendações do modelo biomédico. O tema obesidade, especificamente assume prioridade na agenda nacional, na última década, especialmente diante dos estudos epidemiológicos que demonstram a sua magnitude e a associação com DCNT, especialmente as cardiovasculares (MALTA *et al.*, 2014).

Seguindo, portanto, as mesmas definições de obesidade da OMS (WHO, 2000), no Brasil, diferentes documentos do governo a concebem, simultaneamente, como doença e fator de risco para outras doenças, enquanto condição crônica multifatorial complexa (BRASIL, 2006a; 2011b; 2013a; 2013b, 2014a; 2014b) e, ainda, como manifestação da insegurança alimentar e nutricional. (BRASIL, 2011b; 2013b).

Quanto aos fatores condicionantes da obesidade, nos documentos oficiais, destacam-se a alimentação rica em gorduras e açúcares e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados³¹, associados à inatividade física, ainda que se reconheça a complexidade dos processos subjacentes. (BRASIL 2011b; 2013b; 2014a; 2014b).

Devido à transição nutricional³² vivenciada no Brasil, a partir da década de 1980, em que a obesidade foi, progressivamente, superando os casos de desnutrição, segundo o discurso biomédico, a perspectiva de articular políticas em torno de uma 'agenda única de nutrição', com enfoque na promoção da alimentação adequada e saudável, foi considerada estratégica para enfrentar, simultaneamente, deficiências nutricionais e obesidade.

Assim, a fim de posicionar a questão da alimentação e nutrição na agenda do SUS, o MS, na década de 1990, criou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2013a), definindo diretrizes para organizar as ações de

³¹ Os alimentos ultraprocessados são formulações da indústria, elaborados, em sua maioria ou totalmente, a partir de ingredientes (gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) e sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes) e, em sua maioria, altamente calóricos (BRASIL, 2014a).

³² Segundo Escoda (2002), o processo de transição nutricional consiste na substituição de um padrão de doenças e mortes característico de um estágio histórico de subdesenvolvimento econômico, social e de saúde (fome e subnutrição) por um outro padrão (obesidade e demais DCNT) devido, sobretudo, a um salto quali e quantitativo no modelo de desenvolvimento econômico-social, implicando entre outros fatores, na melhoria dos indicadores de saúde e na maior oferta de alimentos, principalmente, dos processados e ultraprocessados.

prevenção e tratamento da obesidade no SUS. Esta política visa difundir informações, facilitar e proteger a adesão a práticas alimentares saudáveis, como a rotulagem nutricional obrigatória em todos os gêneros alimentícios distribuídos/vendidos no país, os Guias Alimentares para a População Brasileira e a regulamentação da publicidade de alimentos. (BRASIL, 2013a; 2014a).

Os Guias Alimentares apresentam um conjunto de informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, preparo e consumo dos alimentos. São importantes instrumentos de educação alimentar e nutricional para promover a saúde de sujeitos, famílias e comunidades. Esses documentos são atualizados constantemente de acordo com as mudanças econômicas, políticas, sociais, culturais e demográficas ocorridas no País, o que influencia na alteração do padrão alimentar e nutricional da população. Os Guias disponíveis para subsidiar o trabalho das equipes na rede são: o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2002) e o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014a). Esses documentos apresentam os “Dez passos para uma alimentação saudável”. (BRASIL, 2002; 2014a; 2014d).

Considerando a variedade cultural da alimentação no Brasil, foi publicado, também, o manual “Alimentos Regionais Brasileiros”. (BRASIL, 2015a). Esse documento se destina a apoiar os profissionais de saúde na promoção da alimentação adequada e saudável nos territórios de forma apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos sujeitos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente.

Em 2012, a PNAN foi revisada, abordando a temática da obesidade de forma mais contundente estabelecendo propostas de reorganização da prevenção e do tratamento da obesidade como “Linha de Cuidado³³” prioritária das Redes de Atenção à Saúde dos sujeitos com doenças crônicas estabelecendo diretrizes relacionadas ao cuidado integral, à investigação e monitoramento dos principais determinantes de obesidade, à utilização de sistemas de informação, à articulação

³³ A linha de cuidado estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS. As linhas definem a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da rede em nível primário, secundário e terciário, além de sistemas de apoio para definir estas ações. Esta Linha de Cuidado não é, apenas, por protocolos estabelecidos, mas principalmente, pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita. (BRASIL, 2014e).

intersetorial, à garantia de financiamento adequado, à formação de profissionais e à garantia de oferta de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive de práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2013b). Para isso, foram revisados os Cadernos de Atenção Básica, criados em 2006 (BRASIL, 2006a), sendo o número 38 voltado, especificamente, para a situação de obesidade (BRASIL, 2014b) e a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (BRASIL, 2013b; 2014b; 2014e).

Estes Cadernos de Atenção Básica têm como objetivo fornecer apoio técnico para a organização do cuidado, bem como do processo de trabalho dos profissionais e equipes da AB. Essas publicações são atualizadas periodicamente e, os profissionais de saúde podem utilizar o material em suas equipes de saúde, assim como os professores e os pesquisadores de universidades podem usar para formação de força de trabalho para a AB. (BRASIL, 2014d).

Embora a intersetorialidade seja enunciada, a abordagem da obesidade no âmbito da saúde é reforçada em uma perspectiva de ações mais individualizadas (BRASIL, 2014b), com ênfase no manejo alimentar e nutricional. (BRASIL, 2006a; 2012a; 2014a). Estes manuais propõem um olhar generalista, em que o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação intersetorial podem dar suporte às equipes e resolutividade aos problemas de saúde. Desta forma, o profissional necessita desenvolver “habilidades técnicas, sensibilidade, reflexão crítica, criatividade, visão interdisciplinar, cooperatividade, transformando a sua prática”. (BRASIL, 2006a, p. 35).

Assim, a Linha de Cuidado para a obesidade estabelece como diretriz a articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, visando apoiar sujeitos e comunidades em prol da adoção de modos de vida saudáveis. (BRASIL, 2013b; 2014d). O desafio, neste sentido, é auxiliar as pessoas a buscarem uma adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando as mudanças possíveis, sem, no entanto, deixar que esses cuidados se tornem mais um fator de estresse cotidiano. (BRASIL, 2014d).

Neste sentido, outra ação do MS foi a implantação e implementação do programa Academia da Saúde nos municípios brasileiros. Constitui-se em espaços de convivência, de práticas corporais de lazer e esporte em espaços chamados polos, com equipamentos, estrutura e profissionais qualificados voltados para o incentivo de modos de vida mais saudáveis. (BRASIL, 2013d).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) - originalmente Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (BRASIL, 1997) talvez seja, entre todas as políticas públicas de saúde, a que mais se destaca enquanto sua pluralidade no atendimento ao sujeito, enquanto ser social, é considerada com um importante marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS)³⁴ brasileira pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente, tipicamente curativo e hospitalocêntrico. (BRASIL, 1997; 2012a). Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial. (ARANTES; SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Para tanto, o território deve ser dividido possibilitando a sua cobertura pelas equipes, que contam com um médico da família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)³⁵. Além desses, outros profissionais **podem**³⁶ ser incorporados às equipes (BRASIL, 1997), como, por exemplo, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e educadores físicos. O profissional nutricionista foi previsto apenas em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, ou NASF, (BRASIL, 2008) que tem como proposta prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pela ESF como apoiar essas equipes na efetivação da rede de serviços e ampliar sua abrangência, visando melhorar a qualidade da assistência à população no nível da AB que, na visão do MS, ainda carece de ações mais eficazes. (ANJOS *et al.*, 2013).

Segundo Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016), a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregando princípios

³⁴ A Atenção Primária à Saúde (APS) foi discutida em nível mundial em Alma-Ata, capital da República do Cazaquistão na ocasião da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela OMS e UNICEF em 1978. Desta conferência, resultou a adoção da Declaração de Alma-Ata que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. (MENDES, 2004).

³⁵ Segundo Fortes e Spinetti (2004), os ACS exercem importante papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais.

³⁶ Grifo nosso. O MS não considera obrigatória a presença de outros profissionais de saúde para compor a equipe multiprofissional da ESF, apenas informa que demais profissionais podem ser incluídos, conforme critérios e/ou necessidades das Secretarias Municipais de Saúde, apoiando, de certo modo e medida, a centralidade médica no cuidado.

fundamentais para uma APS abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção. Além disso, tem contribuído para a implantação de processos avaliativos que são úteis no seu aperfeiçoamento. E, no aspecto técnico-assistencial tem se destacado ao obter melhor desempenho, quando comparado ao modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária.

Em se tratando de crianças, o SUS também desenvolve estratégias intersetoriais para o enfrentamento da obesidade infantil por meio da Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (EAAB) (BRASIL, 2015b), conhecida como 'Estratégia Amamenta e Alimenta', que qualifica o processo de trabalho dos profissionais da AB para o fortalecimento das ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar para crianças menores de 2 anos, contribuindo para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; a Portaria Interministerial no 1.010/2006, que institui diretrizes para a alimentação saudável nas cantinas de escolas da rede privada de ensino (BRASIL, 2006b), em âmbito nacional, por meio do acordo de cooperação técnica firmado entre o MS e a Federação Nacional das Escolas Particulares (FENEP). Para isso, foi elaborado e distribuído o "Manual das Cantinas Escolares Saudáveis: promovendo a alimentação saudável". Também foi desenvolvido um curso de Educação à Distância (EAD) na RedeNutri³⁷ para apoiar os cantineiros e os donos de cantinas a transformarem seus estabelecimentos em ambiente mais saudável; e, também o Programa Saúde na Escola (PSE), que envolve os Ministérios da Educação e da Saúde e prevê ações para o ambiente escolar englobando a avaliação antropométrica, promoção da segurança alimentar e nutricional, práticas corporais e de atividade física. (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) (BRASIL, 2006c; 2014c) foi criada em 2006 e, embora não trate diretamente sobre a obesidade, dialoga com as políticas acima citadas, uma vez que considera a alimentação adequada e saudável e as práticas corporais e de atividade física como prioritárias, abordando-as

³⁷ A Rede de Alimentação e Nutrição do SUS (RedeNutri) (www.redenutri.com.br) proporciona aos profissionais de saúde um espaço virtual para consulta de informações, qualificação, integração de conhecimento, construção de um consenso de competências e habilidades por meio de formação a distância e disponibilização de materiais. (BRASIL, 2014d).

em uma perspectiva que transcende, mas não exclui ações individualizadas. A PNaPS destaca a relação desses dois pilares com a promoção da saúde, a segurança alimentar e nutricional, a redução da pobreza, a inclusão social e a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Reforça, ainda, a importância de se considerar a “autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios”, uma vez que as escolhas individuais estão determinadas pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais. (BRASIL, 2006c; 2014c, p.12).

Em permanente diálogo com as demais políticas, com outros setores governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, e, principalmente, com as especificidades sanitárias, a PNaPS (BRASIL, 2014c) aponta os temas prioritários para a promoção da saúde que se baseiam em: Formação e Educação permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e atividades físicas; Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados; Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção da mobilidade segura, da cultura da paz e dos direitos humanos e; ainda, a Promoção do desenvolvimento sustentável.

Segundo Dias e colaboradores (2017), desde a institucionalização da PNaPS, vários acontecimentos desenharam novos cenários, interferindo na discussão da promoção da saúde. Os autores destacam as agendas sociais coordenadas pela Casa Civil da Presidência da República; a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável – RIO+20; a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde; a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde com a Declaração de Helsinque sobre o tema: “Saúde em Todas as Políticas”; o Plano Brasil Sem Miséria; o Plano da Década de Segurança Viária – 2011 a 2020; e o Fórum Econômico Mundial, com a discussão sobre o desafio de enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis.

Ocorreram, também, mudanças na legislação, incluindo a publicação do Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), dispendo sobre a articulação interfederativa, com ênfase na equidade entre as regiões de saúde (BRASIL, 2011c), e da Lei Complementar nº 141, de 2012, que normatizou a Emenda Constitucional nº 29 estabelecendo os critérios de rateio e transferência de recursos na saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde). (BRASIL, 2012b).

Em 2006, ainda, foi instituído o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) que organiza ações implementadas por diferentes ministérios, abarcando desde a produção até o consumo de alimentos. O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) integram o SISAN. Entre 2011 e 2014, a CAISAN protagonizou a formulação do Plano Intersetorial de Combate à Obesidade, que subsidiou a “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Combate à Obesidade: recomendações para estados e municípios” (EIPCO). (CÂMARA..., 2014; BRASIL, 2014d).

Sua implementação, segundo Dias e colaboradores (2017), é complexa, pois a EIPCO propõe que as políticas de segurança alimentar e nutricional e alimentação vinculem a garantia do acesso aos alimentos com a adequação de toda a cadeia alimentar e reforcem o papel do Estado na proteção à saúde por meio de funções regulatórias e mediadoras das políticas públicas setoriais. Além disso, para Burlandy (2009), o diálogo entre instituições com práticas distintas implica um processo político e decisório complexo, atravessado por múltiplos conflitos de interesses, sobretudo, comerciais, pois influencia, diretamente, o mercado de alimentos.

A propósito, relacionado ao mercado alimentício, um Projeto de Lei (PL) em debate no senado federal se refere à alteração dos rótulos de alimentos processados e ultraprocessados. O primeiro (PL nº 2313/2019 - que altera o Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969 - refere-se a obrigatoriedade de um selo de advertência informando aos consumidores sobre nutrientes em excesso (tais como açúcar, sódio, gorduras, etc.) e sobre a presença de corantes e gorduras *trans* em qualquer quantidade. Além disso, a PL prevê, ainda, que nesses produtos não devam constar informações nutricionais que induzam à ideia de alimento saudável e nem qualquer comunicação direcionada ao público infantil. (KAJURU, 2019). Para várias entidades relacionadas ao tema e ao encontro do Código de Defesa do Consumidor (CDC), a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam é um direito básico do consumidor. E é também uma ferramenta útil de orientação para as melhores escolhas alimentares, podendo contribuir para conter os agravos relacionadas à alimentação não saudável. (INSTITUTO..., 2018a).

Por outro lado, o projeto de lei (PL nº 34, de 2015 – que altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005) que desobriga produtores de alimentos de informar ao consumidor sobre a presença de componentes transgênicos nas embalagens de alimentos, restringindo a necessidade de alerta para produtos em que a substância transgênica supere 1% da composição (HEINZE, 2015), foi aprovado pela Comissão do Meio Ambiente em 2018. Tal aprovação demonstra novamente a força do mercado capitalista em manipular a esfera política e toda a sociedade (INSTITUTO..., 2018b).

Contudo, com base nas políticas públicas recentes, é possível infletir que, ao extrapolar a esfera da saúde pública, a obesidade passa a ser reconhecida, em certa medida, como um problema social. Como expressões dessa inflexão, destacam-se: a ampliação dos conceitos sobre os fatores condicionantes da obesidade; o deslocamento do foco das “soluções” para os modos de produzir, abastecer, comercializar e acessar os alimentos; os avanços na perspectiva da alimentação e nutrição como direito; o fortalecimento dos espaços institucionais para a intersetorialidade, bem como das bases legais da segurança alimentar e nutricional visando, inclusive, potencializar a intervenção do Estado nas práticas comerciais. (CÂMARA..., 2014).

Em se tratando, especificamente, do indivíduo em situação de obesidade considerada grave, objeto empírico deste trabalho, o MS prevê, ainda, o tratamento cirúrgico pelo SUS, conhecido mais popularmente, como cirurgia bariátrica. O Anexo I da Portaria nº 424 de 2013 (BRASIL, 2013b) estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Em linhas gerais, foram reajustados os valores de repasse do SUS às instituições que atuam em sistema de colaboração para assistência cirúrgica ao indivíduo obeso, novas regras para a definição do público alvo da cirurgia (entre elas a redução da idade mínima dos procedimentos de 18 anos para 16 anos), ampliou-se a gama de técnicas gastroplásticas cobertas pelo SUS, incluindo a partir de 2017, a cirurgia por videolaparoscopia³⁸ (BRASIL, 2017a) e a cobertura de

³⁸ Trata-se de uma técnica cirúrgica minimamente invasiva realizada com auxílio de uma endocâmera abdominal tendo muitas vantagens quando comparada à técnica cirúrgica de corte ou, também conhecida, como cirurgia aberta. Entre as vantagens estão: o menor tempo de internação hospitalar pós-operatória (em geral, 2 dias *versus* 4 dias, respectivamente); menos invasiva, ou seja, na cirurgia videolaparoscópica são realizadas cinco a seis pequenas incisões no abdômen de 0,5cm e 1cm para a introdução das cânulas por onde serão introduzidas as pinças e a câmera para auxiliar na realização do procedimento, na cirurgia aberta esta incisão pode variar de 15cm a 30cm; menores

procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras para corrigir a flacidez da pele e mamas decorrente do emagrecimento rápido e de grandes proporções.

Segundo Sjöström *et al.* (2007), Buchwald *et al.* (2004) e Diniz *et al.* (2008), a cirurgia bariátrica é um método que promove perda de peso e reduz as comorbidades associadas a essa enfermidade sendo indicada a sujeitos em situação de obesidade grave (grau III) ou grau II com presença de comorbidades e que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na AB e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por, no mínimo, dois anos e que tenham seguido todos os protocolos clínicos descritos pelo SUS. (BRASIL, 2013b).

A cirurgia bariátrica vem crescendo expressivamente no Brasil, que é considerado, atualmente, o segundo país com mais cirurgias realizadas. Estima-se que entre 2003 e 2010, o número de cirurgias de redução do estômago aumentou 375% (TOREZAN, 2013) e de 2012 a 2017, houve um crescimento de 46,7%, totalizando 105.642 mil cirurgias em 2017. Do número total de cirurgias realizadas no Brasil, estima-se que 13,5% sejam feitas pelo SUS. (SOCIEDADE..., 2018).

3.6.1 Os desafios e limitações do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas de atenção ao indivíduo em situação de obesidade

Considerando que o SUS é apenas uma das partes da agenda da reforma sanitária (PAIVA e TEIXEIRA, 2014), Paim (2008, p. 34) reconhece os avanços expressos pela qualidade de determinadas iniciativas e programas do atual sistema de saúde; porém, chama a atenção para um processo de esfriamento dos ideais reformistas, que se expressariam na forma de certo “conformismo” em torno da realidade sanitária, seja na ausência de “proposições mais radicais da reforma”.

Segundo esse mesmo autor, a radicalização da reforma envolveria, também, a instalação de um movimento político com capacidade de produzir mudança

riscos de complicações como hérnias e infecção da ferida cirúrgica; menos dor pós-operatória e; menor tempo de recuperação possibilitando um retorno precoce às atividades. (SOCIEDADE..., 2017).

na estrutura da sociedade capitalista, rumo a um modelo de sociedade mais comprometido com a desigualdade e com a produção de doença e com as más condições de vida que assolam a população do país. (PAIM, 2008; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Como observado no capítulo anterior, embora o enfrentamento da obesidade pelo poder público no Brasil, historicamente vinculado ao setor saúde, venha se reconfigurando a partir de novas abordagens protagonizadas por outras instâncias, como o SISAN, estas ações demandam, além da articulação dentro do SUS, também, uma articulação entre o conjunto de ministérios que integram o SISAN e com o próprio mercado. Este diálogo entre as instituições, com práticas distintas, implica um processo político e decisório bastante complexo, atravessado por múltiplos conflitos, tanto de interesses políticos quanto comerciais. (BURLANDY, 2009; SCHUTZ e MIOTO, 2010).

Nessa linha de compreensão, Campos (2007, p. 1873) considera que o SUS é “quase um híbrido entre duas tradições”³⁹. Resta, contudo, segundo o mesmo autor, descobrir se tal “híbrido” favorece a saúde da maioria ou ao interesse empresarial e corporativo liberal-privatista. Também se esta tal hibridez, ainda que necessária à sobrevivência do SUS, não lhe retirou potência e possibilidades de reproduzir-se enquanto unidade única, uma vez que os prestadores privados, representados pela ordem liberal-privatista, se manifestam como resistência permanente ao SUS, mesmo estando dentro do SUS e, ao mesmo tempo, dentro do imaginário dominante da época de globalização capitalista neoliberal.

Atentando-se puramente às políticas públicas e corroborando com o conceito de Campos (2007), Dias e colaboradores (2017) comentam que medidas que estimulem sujeitos a modificarem, por si sós, as suas práticas alimentares e de atividade física podem ser mais facilmente adotadas pelos governos, pois se alinham aos interesses e às estratégias de *marketing* da indústria de alimentos (LANG e RAYNER, 2007; BURLANDY *et al.*, 2014) uma vez que ‘o problema pode ser jogado

³⁹ Campos (2007) considera que as diretrizes do SUS foram pensadas, originalmente, considerando dois modelos de sistemas de saúde da época (a qual ele denomina de tradição): o primeiro baseado no desenho socializante da tradição europeia dos sistemas nacionais, construída em articulação com a luta dos trabalhadores e intelectuais em prol de políticas públicas com base, em boa medida, no bem-estar social e; o segundo modelo, baseado na tradição norte-americana, liberal-privatista apoiado pela indústria e pelos prestadores privados, tendo nos médicos, entre outros profissionais, o seu principal intelectual orgânico, particularmente quando se trata de definir as formas concretas de organização da atenção e da oferta de serviços.

sobre as costas dos sujeitos sendo eles os responsáveis pela sua própria condição' (grifo nosso). Por outro lado, medidas que visam às transformações dos ambientes obesogênicos, como a regulamentação da publicidade de alimentos e a implantação efetiva da regionalização dos alimentos, podem afetar, negativamente, estes mesmos interesses comerciais. (BURLANDY, 2009). Ambas são igualmente importantes, mas sua operacionalização impõe grandes desafios políticos e de gestão.

Apesar da visão negativa, Dornelles, Anton e Pizzinato (2014) acreditam que as políticas públicas e ações intersetoriais devam proporcionar ambientes estimuladores, que apoiem e mantenham padrões saudáveis de alimentação e atividade física, sendo por meio de medidas fiscais, que tornem mais acessíveis os alimentos saudáveis, de normas mais explícitas que regule, de fato, a publicidade de alimentos não saudáveis e de intervenções no planejamento urbano que facilitem a prática cotidiana de atividade física, com uma ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público em políticas intersetoriais articuladas, criando espaços de troca e construção constante de saberes, linguagens e práticas, buscando o desenvolvimento pessoal e social, habilitando a população para opções por uma vida mais saudável, significa fazer com que, em cada um dos microssistemas, sejam organizadas ações de Promoção da Saúde e se efetive, de fato, as leis e políticas públicas relacionadas à alimentação em todos os municípios brasileiros.

Hoje o desafio é, ainda, superar o modelo biomédico que vê o indivíduo e organiza o cuidado de maneira fragmentada, focada no tratamento da doença já instalada, por meio de consultas individuais, intervenções medicamentosas e cirúrgicas. Mesmo que pudessem ser massificadas, não seriam suficientes para abarcar os principais condicionantes dos problemas. Além disso, sem a pretensão de desconsiderar a importância das medidas individualizadas, reconhece-se, no entanto, que determinados segmentos que conformam o complexo industrial da saúde têm forte peso de influência no processo decisório governamental. (GADELHA, 2003). Portanto, a medicalização da obesidade deve ser analisada à luz desse contexto de disputas de interesses em torno dos recursos públicos.

Com relação a cirurgia bariátrica - que deveria ser a última alternativa de tratamento para casos de obesidade extrema – tem sido amplamente incentivada por profissionais e serviços, uma vez que são subsidiados pelo sistema. Apesar dos benefícios quando bem indicada, os sujeitos submetidos a ela devem seguir uma série

de etapas, como aderir ao tratamento medicamentoso pós-operatório pelo resto da vida, adotar todas as fases da dieta pós-cirúrgica e, conseqüentemente, manter a mudança dos hábitos alimentares e pratica de exercícios físicos regularmente, além de comparecer as consultas da agenda pós-bariátrica, entre outros (sem mencionar os riscos existentes em um procedimento cirúrgico de grande porte). Entretanto, por vezes, os usuários enfrentam desafios e dificuldades no seguimento do tratamento, dito necessário. (SCHERER; SANTOS e BELLINI, [2019?]).

A exemplo disto, os suplementos vitamínicos - que devem ser utilizados continuamente, pois a absorção de vitaminas pelo organismo fica comprometida após a cirurgia - não são fornecidos pelo Estado. Seguir uma alimentação saudável – com carnes magras, frutas, verduras e alimentos integrais - reflete em elevação dos custos quando comparada a uma dieta de menor qualidade nutricional – com refrigerantes e sucos artificiais, pães, biscoitos produzidos com farinha refinada, etc (além de continuarem sendo bombardeados, diariamente, com anúncios publicitários desta categoria). Ou seja, estes sujeitos continuam, em boa medida, sendo submetidos às mesmas pressões ambientais obesogênicas. (BORGES e PORTO, 2014; FRANCISCO e DIEZ-GARCIA, 2015).

Além disso, a cirurgia bariátrica pode ocasionar sérias complicações como alterações nutricionais, clínicas, sociais e psiquiátricas (STEYER *et al.*, 2016; MALINOWSKI, 2006) que demandam mais cuidado na AB; além de não impedir o reganho de peso ao longo dos anos posteriores ao procedimento. (NOVAIS *et al.*, 2010; BASTOS *et al.*, 2013).

Outro desafio importante relacionado ao modelo de atenção à saúde diz respeito ao fato de que, na maioria das vezes, a resolutividade adequada dos problemas de saúde, principalmente aqueles de ordem crônica, parecem não serem atingidos, pois, na visão dos autores Moyses S.J., Moyses S.T. e Krempel (2004) e; Heidmann *et al.* (2006), a concepção reducionista de saúde, ou seja, a mera ausência de doença parece, ainda, sobressair sobre o objetivo da promoção da saúde, por parte, dos usuários que são influenciados, em boa medida, pelos profissionais de saúde.

Este ‘erro de entendimento’ sobre a relevância do papel curativo sobre o de promoção da saúde (em que o primeiro é notadamente mais importante que o segundo) gera, sobremaneira, uma sobrecarga de recursos financeiros e humanos de hospitais e clínicas, sem evidenciar, as longas filas de espera pelas quais

os sujeitos são submetidos, seja pela falta de profissionais e/ou, mesmo, de estrutura. A exemplo disto, cita-se o número insuficiente (ou mesmo nulo para algumas cidades) de profissionais nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais, endocrinologistas, psiquiatras na rede para o atendimento à pessoa em situação de obesidade (DORNELLES e ANTON, 2013; CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2012; CABRAL *et al.*, 2011; PÁDUA e BOOG, 2006), evidenciando, claramente, a desigualdade de acesso da população.

A questão da integralidade de atenção à saúde, neste sentido, deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade, é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, passando pela secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar.

Além disso, a burocratização de rotinas e protocolos pelos quais transita o usuário no SUS também pode fornecer subsídios importantes para a compreensão de como o SUS vem lidando com a questão da obesidade. O processo de referência e contra-referência, embora na visão do sistema seja adequado, pois o usuário não fica retido apenas a um nível de atenção, pode vir a confundir-lo e desmotivá-lo. Se ele/a não transita de forma fluente e resolutiva, acaba sendo comum a perda do encaminhamento devido ao tempo de espera ou a dificuldade de conseguir a consulta pela inexistência do serviço ou de especialistas na atenção secundária, serviços inviabilizados por infraestrutura ou equipamentos sucateados e falta de alguns profissionais nas equipes multidisciplinares gerando insegurança e até mesmo frustração em manter o tratamento. (DORNELLES e ANTON, 2013; MOSCON e KRÜGER, 2010).

Em meio a estas deficiências do sistema, os profissionais de saúde seguem, em boa medida, atuando com a difícil tarefa de escolher aqueles que serão beneficiados pelo atendimento das especificidades. Na grande maioria das vezes, o cotidiano assistencial é tomado pela lógica das emergências e situações agudas vigentes no panorama atual da saúde, fazendo com que os profissionais consigam encaminhar apenas as situações mais graves para atendimento especializado. (DORNELLES e ANTON, 2013).

No caso específico de Cascavel – PR, campo empírico deste trabalho, com uma estimativa populacional em 2017 de 319.608 habitantes (INSTITUTO...,

2017), dispunha, para o mesmo período, de 2 profissionais Nutricionista, 02 Assistentes Sociais, 2 Endocrinologistas, 2 Psiquiatras, 3 Psicólogos e nenhum Educador Físico para atendimento a toda demanda de sujeitos adultos/idosos no Centro de Atendimento Especializado (CAE)⁴⁰ (CASCAVEL, 2019), não sendo, portanto, um serviço exclusivo para os casos de sujeitos em situação de obesidade grave, que, segundo informações da 10ª Regional de Saúde, 319 pessoas estão cadastradas e encontram-se na fila de espera para realização da cirurgia bariátrica. (PARANÁ, 2018).

Neste ínterim, Silva (2018) discute a precarização nos processos de trabalho através de um retrocesso e desmonte da política pública no Brasil, especificamente através da aprovação da emenda à Constituição nº55, denominada como PEC 55⁴¹ (SENADO FEDERAL, 2016) que sintetiza o ataque neoliberal contra dois dos principais instrumentos de justiça social do País, a saúde e a educação, por meio da limitação drástica dos gastos públicos nestas áreas por duas décadas.

O que tem se observado, a partir desta emenda constitucional, segundo a autora, é o aumento de novos modelos de gerenciamento e privatização da saúde por meio das Organizações Sociais da Saúde (OSSs)⁴² causando diversas implicações sobre os direitos do trabalhador como instabilidade empregatícia e baixa remuneração; prejuízos na qualidade do serviço devido a pressão pelo alcance de metas de produção; falta de condições de trabalho e; terceirizações de prestadores de serviços, por contratos temporários (SILVA, 2018) ocasionando elevada rotatividade e baixo vínculo com o usuário.

Também, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b) que trata da reorganização da AB, no âmbito do SUS, foi revisada pelo MS e aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite. As principais mudanças relacionam-se ao reconhecimento de outros formatos de equipe, a exemplo dos Agentes de Combate às Endemias (ACE); recomendações de prazos para implantação após o credenciamento pela gestão municipal. Amplia o atendimento dos profissionais do NASF que, além de apoiarem as equipes da ESF, também deverão auxiliar os ACS e

⁴⁰ Os sujeitos adultos/idosos atendidos por este centro – CAE – são provenientes de atendimentos prévios ocorridos em uma das 36 Unidades de Saúde distribuídas no município de Cascavel, sendo 18 UBS, 9 USF na área urbana e 9 USF na área rural. (CASCAVEL, [2014?]).

⁴¹ Proposta de Emenda Constitucional. (SENADO FEDERAL, 2016).

⁴² As OSSs são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que devem atuar em parceria com o Estado e tem como função colaborar de forma complementar, a consolidação do SUS. (SILVA, 2018).

ACEs. Sobre estas duas equipes, o texto define, também, o papel e suas responsabilidades, embora não deixa claro o número de ACS nas equipes e restringe sua atuação em áreas reconhecidas como vulneráveis e com risco epidemiológico.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2017) critica o novo texto e teme que o MS tire o foco da ESF como modelo de organização do SUS, redirecionando o financiamento para outros modelos de equipes e, com isso, reorganizando a AB em princípios opostos aos da Atenção Primária em Saúde. Outras críticas giram em torno da ameaça em reduzir a presença do ACS na AB e, conseqüentemente, enfraquecer o elo entre o serviço e a comunidade uma vez que eles estão inseridos no cotidiano e, portanto, conhecem as necessidades do território e a população usuária do serviço. (SILVA, 2018).

Nesta corrente, Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) argumenta que os desafios para o aprimoramento da ESF estão condicionados a fatores complexos e que, por isso, exigem um maior esforço político-institucional, como as questões ligadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Ações mais consistentes também precisam ser implantadas para fortalecer a ESF como porta de entrada preferencial e melhorar a organização do acesso aos demais níveis de atenção. Requerem-se, paralelamente, ações de planejamento com participação social nas questões organizativas de modo a atender às reais necessidades da população, buscando superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico. Nessa perspectiva, para os autores supracitados, outro desafio para a garantia dos cuidados integrais está no alcance do equilíbrio adequado entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária para enfrentar os determinantes sociais.

Outra medida provisória que vem sendo discutida em 2019 – em que várias organizações e entidades tem reagido de forma extremamente negativa (ABRASCO, 2019; CONSELHO..., 2019) - é a extinção, pelo governo vigente, da estrutura ministerial do CONSEA (BRASIL, 2019a), instituído em 1993. A medida provisória retira, entre outros poderes, a autonomia do CONSEA de convocar conferências nacionais com foco na segurança alimentar e nutricional (SAN). Altera também a composição do CONSEA e revoga a atribuição do conselho de acompanhar, articular e monitorar a Política e o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A medida provisória teve vigência imediata e seguiu para

apreciação Senado Federal. Devido a grande pressão de entidades ligadas ao tema, o CONSEA extinto, por aproximadamente 70 dias, foi reativado por meio da MP nº 870, de 2019⁴³, porém, desta vez, alocado no Ministério da Cidadania. (BRASIL, 2019b).

Segundo a redação original da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, O CONSEA é um órgão consultivo que integrava o SISAN, estrutura intersetorial responsável por implementar e gerir a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, envolvendo assuntos como o combate à fome, agricultura familiar, controle de agrotóxicos, merenda escolar, agricultura familiar, entre outros.

Importante ressaltar que em 2014 o Brasil saiu do mapa mundial da fome, segundo relatório global da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). Os avanços no combate à fome e pobreza decorrem, segundo a FAO, da priorização da agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) a partir de 2003, dando destaque ao lançamento da Estratégia Fome Zero, à recriação do CONSEA, à institucionalização da política de SAN e à implementação, de forma articulada, de políticas de proteção social e de fomento à produção agrícola. Segundo relatório de 2014, a colaboração entre ministérios e setores é um desafio, porém, o CONSEA e a CAISAN cumpriram suas funções como mecanismos de coordenação de estratégias interministeriais conjuntas. (AVELINO e REIS, [2019?]).

Outro projeto de lei em fase de discussão, a PL nº 6.299, de 2002 (BRASIL, 2018b), nomeada popularmente como a “PL do veneno” refere-se à atualização da Lei nº 7.802 de 1989, que trata dos processos relacionados ao uso, liberação e fiscalização dos agrotóxicos no país. O projeto prevê, maior flexibilização e agilidade no processo de registro de agrotóxicos por meio de várias medidas, como a substituição do termo “agrotóxico” para “defensivos agrícolas” e “produtos fitossanitários”, de forma a induzir a aceitação por parte da população e órgãos frente a sua característica eufemista. Além disso, as análises para novos produtos e autorização de registros passam a ficar coordenadas pelo Ministério da Agricultura e não mais pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a

⁴³ A MP nº 870, de 2019, foi aprovada em 28 de maio de 2019 pelo Senado Federal e tem como objetivos estabelecer a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Antes de transformar-se em lei, esta MP deve, ainda, retornar à Câmara dos Deputados para sanção (ou veto); promulgação e; sanção (ou veto) presidencial. (BRASIL, 2019b).

desburocratização para registros e liberação de novos produtos, inclusive, agrotóxicos idênticos e/ou similares a outros já registrados e; os produtos com "risco aceitável" passam a ser permitidos e apenas produtos com "risco inaceitável" podem ser barrados (BRASIL, 2018b; PROJETO...[2019?]), uma forma clara de privilegiar o lucro em detrimento à saúde das pessoas. Até o dia 21 de maio de 2019, foram liberados 169 novos agrotóxicos (sem mencionar os 28 registros publicados no Diário Oficial da União em janeiro de 2019, que haviam sido concedidos no fim de 2018). (MELO, 2019).

Na visão de várias entidades, entre elas, o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), a ANVISA, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério Público Federal (MPF) o texto revela um grande retrocesso na produção de alimentos saudáveis e seguros, além potencializar os riscos à saúde humana e ambiental pelos efeitos tóxicos de produtos pela flexibilização dos limites considerados seguros. (PROJETO...[2019?]).

Diante da diversidade de concepções, de soluções possíveis e de interesses em disputa, os governos disseminam determinados tipos de intervenção com base em justificativas e argumentos específicos que operam como estratégias de convencimento. Conforme Burlandy e colaboradores (2014), o discurso governamental, simultaneamente técnico e político, pode ser apropriado de forma distinta pelos sujeitos envolvidos na ação política, dando margem a ambiguidades que prejudicam a ampliação dos serviços com qualidade.

Em suma, sem a pretensão de esgotar o assunto, no conjunto das políticas aqui analisadas sobre o tema alimentação/nutrição e obesidade, foram observadas propostas do setor saúde que privilegiam ações individualizantes que podem comprometer a integralidade da AB e do SUS, se não houver um compromisso explícito de gestores e profissionais de saúde com oferta ampla e de qualidade, conforme as necessidades de saúde da população. Menicucci (2011) discute o panorama geral brasileiro e demonstra que ainda há desigualdades nas condições de saúde e no acesso à atenção à saúde, devido a variação na oferta de serviços associada à disponibilidade de recursos. Além disso, segundo a autora, estreitamentos do próprio sistema dificultam, em alguma medida, que a universalidade e equidade não sejam, ainda, realidade do SUS em todo o território nacional.

4 OBJETIVOS

Diante desses desafios, expressos nos capítulos anteriores, assumimos como objetivos deste estudo os seguintes:

4.1 Objetivo Geral

- Compreender o processo de constituição das representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, inseridos no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP/UNIOESTE) frente às suas trajetórias de vida e aos seus itinerários terapêuticos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar os diferentes discursos que afetam, positiva e negativamente, os sujeitos em situação de obesidade considerada grave, inseridos no SOCB-HUOP/UNIOESTE;
- Analisar, pela perspectiva dos/as usuários/as em situação de obesidade considerada grave, como as discursividades hegemônicas influenciam o seu cotidiano em relação às situações de exclusão e inclusão baseadas na compleição corporal;
- Identificar como as representações sociais dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave operam de modo a afetar suas dinâmicas de interações sociais;
- Investigar como ocorre o acesso e a efetividade dos serviços de saúde para usuários/as considerados em situação de obesidade grave;

- Desvelar potencialidades e fragilidades na efetivação do direito humano à saúde entre usuários/as, sob a ótica da garantia dos direitos constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população;
- Delinear os itinerários terapêuticos e os nós críticos da Rede de serviços, na ótica dos/as usuários/as em situação de obesidade grave, na perspectiva da humanização e integralidade.

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

5.1 Teorização Metodológica e Delineamento Geral da Pesquisa

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa, que visa à análise em profundidade de um processo de construção e transformação das representações dos sujeitos participantes, com foco no problema de como a ação e o pensamento se interligam na dinâmica social das suas interações.

Dentre as várias categorias qualitativas de investigação, optou-se neste trabalho por utilizar as Representações Sociais (MOSCOVICI, 2010) por serem compreendidas como entidades sociais e mentais, construídas coletivamente por meio de um conjunto de saberes (ciência, senso comum, ideologias) enquanto mediadora entre o saber progresso dos sujeitos sociais e as ressignificações atribuídas a esses conhecimentos no cotidiano. A partir das interações com as instituições, com a mídia, com os diferentes grupos, com o sistema econômico e todas as dimensões que constituem o mundo vivido e tecem os fios da trama social, acontece a construção daquilo que se chama de *realidade*, podendo os grupos sociais atuarem sobre o mundo. (MOSCOVICI, 2010; VERONESE e GUARESCHI, 2007).

Segundo De Certeau (1994), é impossível pensar, falar e agir fora de “representações”. O mundo epistemológico é constituído de “pedaços de saberes”, de crenças, de senso comum, de interações. Assim, a Teoria das Representações Sociais permite revelar seus pressupostos ontológicos, isto é, sua constituição intrínseca como conjunto de saberes imateriais e sociais, por um lado; e, permite discutir seus pressupostos epistemológicos, mostrando como sua dialogicidade e dialética fazem dela uma teoria do conhecimento.

5.1.1 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais foi idealizada e desenvolvida pelo psicólogo social romeno, radicado na França, Serge Moscovici, com seu trabalho pioneiro intitulado '*La Psychanalyse, son image et son public*⁴⁴', de 1961. Moscovici buscava compreender o processo de difusão da psicanálise na sociedade parisiense e, especialmente, sua apropriação por essa comunidade e os modos pelos quais orientava as formas de pensar, sentir e agir (MARTINS; CARVALHO e ANTUNES-ROCHA, 2014). Trata-se, portanto, de uma forma sociológica de psicologia social inspirada na concepção de representações coletivas de Durkheim⁴⁵, constituindo em uma importante crítica sobre a natureza individualizante de grande parte das pesquisas em psicologia social na América do Norte (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995) que procurava se expandir também na Europa. Moscovici duvidava que esta tendência individualista pudesse abranger, verdadeiramente, o "social".

É neste contexto que Moscovici inicia suas pesquisas na busca de uma nova teoria que pudesse superar dicotomias, como entre o individual e o social, o externo e o interno, ao mesmo tempo, que pudesse abarcar novos contextos sociais. (VERONESE e GUARESCHI, 2007). A tese de Moscovici, portanto, vem para abrir um espaço novo, um novo domínio temático e uma nova abordagem deste domínio, o que lhe faz tentar garantir a descoberta e originalidade (como é visto o discurso científico). Assim, o autor busca resgatar um "escotoma cultural e histórico⁴⁶" na esfera da ciência (SACKS, 1997, p. 54), indicando ser uma "versão contemporânea do senso

⁴⁴ Expressão em francês que significa: 'Psicanálise, sua imagem e seu público' (tradução nossa).

⁴⁵ As representações coletivas em Durkheim apresentavam razoável estabilidade e uma relativa suspensão no tocante às representações individuais. Consistiam, portanto, conforme Arruda (2002) em um grande guarda-chuva que abrigava crenças, mitos, imagens, e também o idioma, o direito, a religião, ou seja, as tradições passadas de geração para geração. São, portanto, homogêneas, pois são produzidas nas sociedades menos complexas, mais estáticas e tradicionais em que as mudanças são processadas mais lentamente ao passo que as representações sociais apresentadas por Moscovici possuem maior diversidade e dinamismo pois, são produzidas nas sociedades contemporâneas caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. (FARR, 1998).

⁴⁶ Sacks utiliza a ideia neurológica de escotoma (esquecimento) para explicar lacunas, esquecimentos, hiatos, no desenvolvimento do pensamento científico.

comum” (LEME, 1995, p. 47), se colocando “no entremeio entre conhecimento científico e ideologia⁴⁷”. (VERONESE e GUARESCHI, 2007, p. 33).

O que a Teoria das Representações Sociais procura fazer, dentro de uma dimensão social, é demonstrar que ciência e senso comum são irreduzíveis um ao outro, pois são modos distintos de compreender o mundo e de se relacionar com ele. Assim, o senso comum “não é substituído pelas teorias científicas e pela lógica; ele continua a descrever as relações comuns entre os indivíduos, explica suas atividades e comportamento normal, molda seus intercâmbios no dia-a-dia”. (MOSCOVICI, 2010, p. 199).

Para isso, Moscovici procurou atualizar o conceito durkheimiano (pouco operacional para o período atual) a fim de trazê-lo para as condições atuais, de sociedades contemporâneas imersas na intensa estratificação do trabalho, nas quais, a dimensão da especialização bem como a velocidade da informação, tornaram-se componentes decisivas nas vidas das pessoas e dos grupos. Apesar disso, o autor preferiu preservar o conceito de representação e substituir o conceito “coletivo”, de conotação mais cultural, estática e positivista, para o conceito de “social”. (MOSCOVICI, 1978; GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995).

Atualizar significa, ao mesmo tempo, tornar o conceito operacional para ser aplicável em sociedades com essas características, sociedades em que a velocidade da informação não lhes concede o tempo de sedimentar-se em tradição, na quais se impõe um processamento constante da novidade uma vez que ninguém tem acesso a todo o saber. (ARRUDA, 2002). Assim, Moscovici considera que:

O processo social no conjunto é um processo de familiarização pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a realidade tem como única razão fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece. (MOSCOVICI, 1961 apud ARRUDA, 2002, p. 137).

⁴⁷ Para Moscovici, os procedimentos científicos tentavam resumir a ciência a um conhecimento reificado, constatável e racionalizado. Por outro lado, a ideologia significava os enganos e distorções da realidade que, como entendiam os marxistas da época, deveriam ser esclarecidos e combatidos. A Teoria das Representações Sociais, como teoria do conhecimento era algo diferente de ambos. Assim como a linguagem é polissêmica, o conhecimento também é polifásico, ou seja, as pessoas são capazes de utilizar diferentes modos de pensamento e diferentes representações, de acordo com o grupo a que pertencem e ao momento que respondem. (VERONESE e GUARESCHI, 2007).

Moscovici comenta, ainda, que todas as interações humanas, sejam elas entre duas pessoas ou entre grupos, pressupõem representações. Uma vez criadas, no entanto, adquirem vida própria e circulam, se encontram, se atraem ou se repelem dando oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem ou se transformam. As representações, portanto, são criadas para filtrar a informação que provém do meio ambiente e dessa maneira controlam o comportamento individual. (MOSCOVICI, 2010).

Apesar das várias conceituações da Teoria das Representações Sociais existentes na literatura (SPINK, 1995; ARRUDA, 2002), a definição mais consensual entre os pesquisadores do campo é a de Denise Jodelet (2001, p. 22), quando menciona que:

As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Corroborando com a conceituação de Jodelet, Viana (2008) comenta que as RS são teorias sobre elementos da realidade social, são um modo de conhecimento, saberes populares e do senso comum⁴⁸, elaboradas e partilhadas coletivamente, legitimadas pela conversação interpessoal cotidiana com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os sujeitos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que, sem dúvida, modificam os dois.

⁴⁸ Para Viana (2008), senso comum é o “saber popular” ou o “conhecimento vulgar”. O termo senso comum surge no século XVIII no contexto das ideias políticas e filosóficas, representando o combate ideológico da burguesia emergente contra o irracionalismo monárquico. É um senso natural, razoável, prudente, um senso que é burguês e teve sua valorização filosófica até o momento de ascensão ao poder pela burguesia. Após isso, o conceito filosófico de senso comum foi correspondentemente desvalorizado sendo reconhecido como superficial e ilusório a partir da chegada do discurso científico. É contra ele que as ciências sociais nascem no século XIX. (SOUSA SANTOS, 1995). O nascimento do positivismo marca a busca da ruptura da ciência com o senso comum. Augusto Comte seria o primeiro a declarar a necessidade da ruptura entre senso comum e ciência e Durkheim o primeiro, na esfera das ciências sociais, a sistematizar isto em uma ideologia científica. A partir do novo contexto marcado pelo fim da Segunda Guerra Mundial e pela nova estabilidade do capitalismo na Europa Ocidental bem como dos novos interesses surgidos na sociedade contemporânea, surge o projeto de uma “sociologia fenomenológica” que trará uma nova abordagem sociológica do senso comum concebendo como um mundo de intersubjetividade no qual os sujeitos possuem o dom de atribuir significado e, dessa forma, de interagir. O senso comum, para Schutz (BAUMAN, 1977) não é mais tido como um saber falso e sim um saber verdadeiro, já que a intenção que fornece a essência.

A Teoria das Representações Sociais está intimamente relacionada com o estudo dos registros simbólicos sociais. (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995). Em outras palavras, esta teoria diz respeito ao estudo das trocas simbólicas desenvolvidas nos ambientes sociais, nas relações interpessoais, influenciando na construção do conhecimento que é partilhado pelos sujeitos. Um dos objetivos primordiais das RS é tornar familiar algo até então desconhecido, possibilitando a classificação, categorização e nomeação de ideias e acontecimentos inéditos, ou pelo menos, não se deparado. Tal processo permite a compreensão, manipulação e interiorização do novo, unindo-o a valores, ideias e teorias já assimiladas, preexistentes e aceitas pela sociedade. É possível, segundo Moscovici (2010), encontrar o hiato entre o que se sabe e o que existe, a diferença que separa a proliferação do imaginário e o rigor do simbólico.

Desta forma, a Teoria das Representações Sociais é uma opção para descrição e compreensão de fenômenos sociais, pois reproduzem pensamentos e comportamentos comuns a um grupo de sujeitos. Neste sentido, Félix e colaboradores (2016) expõem que a Teoria das Representações Sociais é um aporte teórico que estuda este fenômeno, por meio daquilo que as pessoas e os grupos sociais, no curso de suas vidas cotidianas, constroem como saberes sobre si mesmas, sobre os outros e sobre os diversos objetos sociais que lhes são relevantes.

Assim, o objeto social investigado pela Teoria das Representações Sociais encontra-se no trânsito da interação sujeito – grupo social, sendo transformado mutualmente por essa relação. Trata-se, portanto, de uma perspectiva que compreende o sujeito como ativo na construção e reconstrução coletiva do conhecimento, que se dá através das trocas comunicacionais e do seu pertencimento grupal.

As RS, portanto, têm funções específicas, como a de orientar condutas, explicar a realidade social, justificar tomadas de posição, além de definir identidades, ao mesmo tempo em que preserva as particularidades dos grupos. (MOSCOVICI, 2010). Desta forma, salienta-se que as elas são dinâmicas, flexíveis, transformando-se continuamente, pois há a liberdade pela qual se vale a linguagem para projetá-la em um espaço simbólico e direcioná-la para associações diversas. Moscovici complementa, ainda:

No final das contas, ela produz os comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cerca e nos provoca, e o significado das respostas a dar-lhes. Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (...) elas possuem uma função constitutiva da realidade, da única realidade que conhecíamos por experiência e na qual a maioria das pessoas se movimenta (...) é alternativamente, o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado. (MOSCOVICI, 1978, p. 67).

Contudo, seria um erro concluir que as RS se resumem em meras “opiniões sobre”, mitos, pareceres ou “imagens de” (MOSCOVICI, 1978, p. 50), pois são conhecimentos desenvolvidos por um grupo de sujeitos e que se constituíram ao longo do tempo, sendo uma construção social da realidade, que emana da sociedade e que para ela volta. Importante explicitar que o conhecimento se consolida no tempo, porém não é estagnado, pelo contrário; novos conhecimentos vão sendo gerados em um sistema de trocas possibilitado pela linguagem manifestando formas de pensar permeadas pelo universo sociocultural e histórico destes sujeitos.

5.2 O campo do estudo

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP/UNIOESTE), em funcionamento nas dependências do ambulatório multiprofissional do HUOP, no município de Cascavel, região oeste paranaense.

Cascavel possui uma área territorial de 2.100,831 km², sendo o quinto município mais populoso do estado, com uma estimativa populacional de cerca de 316.608 habitantes em 2017 (INSTITUTO..., 2017) e um grau de urbanização de 94,36% em 2010. Sua área rural é composta por 8 distritos administrativos sendo eles: Distrito Sede, Espigão Azul, Juvínópolis, Rio do Salto, São João do Oeste, São Salvador, Sete e Sede Alvorada. Está a uma distância de 491 km da capital do Estado (Curitiba), de cerca de 136 km do município de fronteira com Paraguai e Argentina (Foz do Iguaçu) e 585 km do litoral (Paranaguá). A atividade econômica de referência é a agricultura, com destaque para aos setores agropecuário e agroindustrial.

Também possui um arranjo produtivo local baseado em empresas prestadoras de serviços, comerciais e industriais.

Cascavel é considerado pólo regional de saúde para o oeste e sudoeste do estado do Paraná, abrigando a 10ª Regional de Saúde que estabelece as referências dos serviços de média e alta complexidade e os Consórcios Intermunicipais de Saúde que atenderão a população destas regiões.

Cascavel é considerado, ainda, um importante polo universitário, apresentando sete Instituições de Ensino Superior, sendo uma pública e seis privadas, formando, em média, 18 mil novos profissionais anualmente. (CASCAVEL, [2014?]). Uma das Instituições de Ensino Superior citadas é a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), pública e a de maior abrangência devido sua formação regional multicampi, ou seja, formada por 07 *campi*, localizados nos municípios da região Oeste e Sudoeste do estado paranaense, sendo eles: Cascavel⁴⁹, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, Marechal Cândido Rondon, Santa Helena e Toledo. (BOLETIM..., 2017).

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), por sua vez, é um órgão suplementar da UNIOESTE, caracterizado como hospital de ensino, público, credenciado pelo MS e Ministério da Educação que atende exclusivamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) através de seus 204 leitos hospitalares ativos e outros serviços ambulatoriais como de exames laboratoriais e de imagem e consultas. Em razão de sua capacidade operacional, classifica-se como um hospital de médio porte e alta complexidade com atendimento de urgência e emergência para as Regiões Oeste e Sudoeste do estado do Paraná. (DADOS..., 2016).

Como já mencionado, nas dependências do ambulatório multiprofissional do HUOP ocorre, desde 2012, o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP) que é parte integrante do projeto de pesquisa/extensão intitulado “Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região Oeste do Paraná” criado em 2014.

Neste serviço, participam uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta pelas especialidades de assistência social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, nutrologia e psicologia (alguns desses

⁴⁹ Em Cascavel está localizada a Reitoria, o Campus de Cascavel e o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). (BOLETIM..., 2017).

profissionais são professores da UNIOESTE), além de doutorandos, mestrandos, residentes e graduandos de diversos cursos da área da saúde.

Inicialmente, o serviço foi baseado em consultas individuais com as diferentes especialidades, porém, a partir de setembro de 2015 foi iniciado o novo modelo com reuniões em grupo. No período da realização deste estudo, o ambulatório atendia 34 sujeitos em situação de obesidade considerada grave por meio de reuniões mensais do grupo interdisciplinar de educação em saúde.

As reuniões de grupo aconteciam uma vez ao mês. Desde a mudança do tipo de atendimento (alteração do atendimento individual para grupal) em setembro de 2015, ocorreram 18 reuniões, sendo a primeira em setembro de 2015 e a última em maio de 2017. Durante os encontros foram abordadas estratégias para promover a redução do peso corporal e melhora da qualidade de vida através de pactuação de metas coletivas e individuais, troca de experiências, atividades de autoconhecimento, além de aulas e palestras sobre reeducação alimentar, mudança de estilo de vida, prática de atividade física, autocuidado, ansiedade e outros temas julgados relevantes pela equipe multiprofissional. Além disso, os/as participantes foram incentivados/as a atuarem como multiplicadores dos conhecimentos sobre estilo de vida saudável em seu território familiar e social.

5.3 Os Sujeitos do estudo

Participaram da pesquisa 20 sujeitos adultos, de ambos os sexos, que apresentavam obesidade considerada grave, diagnosticada pelo $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$, (WHO, 2000) em atendimento interdisciplinar no SOCB-HUOP/UNIOESTE e que aguardavam, em atendimento, a realização da cirurgia bariátrica.

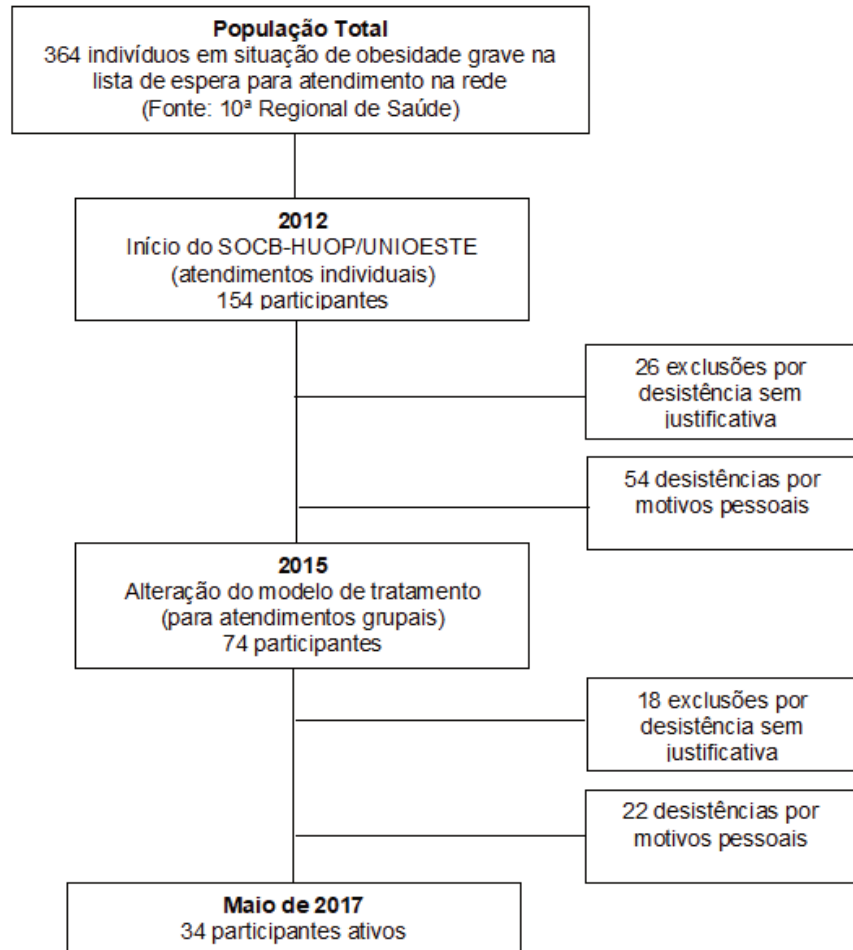
Os/as participantes do SOCB-HUOP/UNIOESTE foram selecionados/as a partir de uma lista de espera fornecida pela 10ª Regional de Saúde, cuja sede localiza-se em Cascavel-PR. Os critérios de seleção foram baseados no IMC e a posição cronológica na lista de espera, em que se obedeceu a ordem de maior tempo até os de menor tempo.

A 10ª Regional de Saúde abrange 24 municípios da região oeste paranaense, além do próprio município de Cascavel. Até o final do ano de 2017, 319

personais estavam cadastradas e encontravam-se na fila de espera para realização da cirurgia bariátrica. (PARANÁ, 2018).

No início do serviço em 2012, 154 sujeitos estavam sendo acompanhados pela equipe. Na ocasião da mudança do modelo de tratamento, todos os participantes foram convidados a iniciar no novo programa, porém, apenas 74 compareceram às reuniões mensais. Ao longo das reuniões realizadas, 26 sujeitos foram excluídos devido à ausência sem justificativa e 18 desistiram de participar, por motivos pessoais, permanecendo na época das entrevistas 34 sujeitos, conforme Figura 1.

Figura 1 – Organograma de seleção dos participantes para o Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB-HUOP/UNIOESTE), período 2012 a 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

Como demonstrado no organograma acima, no mês de maio de 2017, 34 sujeitos participavam do SOCB-HUOP/UNIOESTE. Destes, 29 eram mulheres e 5 eram homens.

5.4 Coleta de dados

Partindo da orientação da pesquisa qualitativa, foram utilizadas como técnicas de coleta de dados o Grupo Focal e a Entrevista em Profundidade⁵⁰.

O grupo focal, segundo Morgan (1997), é uma técnica de pesquisa que produz dados por meio das interações entre os sujeitos, ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. O grupo focal pode ser caracterizado, também, como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e RS de grupos humanos. (VEIGA e GONDIM, 2001).

Além disso, Guareschi (1997) aponta que a grande vantagem dos grupos focais é que eles oferecem oportunidade de verificar uma interação sobre determinado tópico, num período, sendo apropriados para temas referentes a atitudes e opiniões. Neste trabalho realizou-se um (01) grupo focal com onze (11) participantes.

Já a entrevista em profundidade foi realizada como forma de complementar as informações obtidas pelo grupo focal. A pesquisadora entrevistou outros nove (09) sujeitos em situação de obesidade considerada grave inseridos no serviço com auxílio de um roteiro de temas semi-estruturado (APÊNDICE A) que conferiu à ela certo grau de liberdade e, ao mesmo tempo, forneceu uma orientação previa em relação aos temas de interesse a serem explorados ao longo das entrevistas e, também, a possibilidade de intervenções para focar assuntos de relevância para a pesquisa.

A entrevista em profundidade, na concepção de Richardson (2012), visa que o sujeito entrevistado possa discorrer livremente, nas suas próprias palavras, em relação aos temas de interesse que o entrevistador coloca para iniciar o processo de interação. Não há, porém, o estabelecimento de uma relação rigidamente estruturada de perguntas ou mesmo dos temas. Depende, assim, do entrevistador que deve orientar e estimular a discussão dos temas pré-estabelecidos para entrevista, enquanto o sujeito entrevistado tem total liberdade de expressar-se.

⁵⁰ Também denominada de “entrevista guiada” (RICHARDSON, 2012, p. 210) ou ainda “entrevista por pautas”. (GIL, 1999, p. 120).

Por sua amplitude e flexibilidade, a entrevista possibilita a investigação de determinado assunto e a captação de informações necessárias ao estudo, proporcionando menor distorção da realidade a ser pesquisada. (LAKATOS e MARCONI, 2007). Além disso, permite “[...] orientar uma ‘conversa com finalidade’ devendo ser o facilitador da abertura, da ampliação e do aprofundamento da comunicação” (MINAYO, 2004, p. 99). Possibilita ao entrevistado, ainda, espontaneidade nas respostas, fluência do discurso e possibilidade de expressão das emoções e sentimentos, podendo inclusive ser registrado pelo entrevistador para posterior análise.

O entrevistador, na perspectiva de Gil (1999), faz poucas perguntas diretas, deixando o entrevistado falar livremente à medida que se refere aos temas previamente assinalados. Entretanto, quando se afastar demais do assunto a se discutir, o entrevistador deve intervir, de maneira sutil, para preservar a espontaneidade do processo.

Os/as participantes foram entrevistados/as no mesmo dia da reunião mensal, logo após o seu término. A entrevista foi realizada em sala individualizada na própria estrutura do ambulatório, livre de interrupções e/ou qualquer outro fator de dispersão. O grupo focal, por sua vez, foi previamente agendado em data alheia à reunião mensal do grupo em virtude do maior tempo necessário para sua realização.

Todas as falas foram gravadas com o auxílio de gravador portátil após a permissão dos sujeitos, a fim de permitir a transcrição literal e maximizar a fidedignidade na exposição das falas. O material multimídia gerado a partir das gravações foi arquivado durante cinco anos em vários tipos de mídia removível, por questões de segurança digital (*CD-ROM*, *pen-drive* e *HD Externo*), permitindo à pesquisadora recorrer às falas para esclarecimentos adicionais.

O número de sujeitos para a entrevista foi definido pelo processo conhecido como amostragem por saturação ou princípio da exaustão de conteúdo. De acordo com este método, a inclusão de novos participantes no estudo foi concluída quando o conteúdo das entrevistas concomitantemente transcritas for repetitiva e não trazer mais nenhuma contribuição em termos de ideias, segundo avaliação da investigadora. (FONTANELLA; RICAS e TURATO, 2008).

O grupo focal foi constituído a partir do convite prévio da pesquisadora aos participantes em um momento cedido pela equipe do SOCB-HUOP durante a reunião mensal. Na ocasião, a pesquisadora esclareceu os objetivos da

pesquisa, a garantia dos cuidados para a não identificação dos mesmos e, também, sobre a não obrigatoriedade da sua participação.

Após a realização das entrevistas e do grupo focal, todos os sujeitos responderam a um questionário semi-estruturado (APÊNDICE B) sobre os determinantes sociais da saúde, ou seja, as condições de vida e trabalho que de alguma forma condicionam sua saúde, neles podem estar incluídos os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. (CARRAPATO; CORREIA e GARCIA, 2017). Os determinantes aqui utilizados, foram baseados no modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead (1991)⁵¹, adotados como referência pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil a partir de 2006.

5.5 Tratamento dos dados

Imediatamente após a realização dos grupos focais e das entrevistas-narrativas, foi realizada a transcrição das falas. De modo a afinar a escuta deixando aflorar os temas, atentando para a construção, para a retórica, permitindo que os investimentos cognitivo-afetivos emerjam (SPINK, 1995), foi realizada a leitura flutuante do material, intercalando a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito.

Durante a leitura/escuta, foi necessário atentar às características do discurso que podem dar pistas valiosas quanto à construção das representações. Neste sentido, Potter e Whetherell (1987 apud SPINK, 1995) sugerem incluir entre essas características a variação, ou seja, as versões contraditórias que emergem no discurso e que são indicadores valiosos sobre a forma como o discurso se orienta

⁵¹ Neste modelo conceitual, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), os determinantes são agrupados em um esquema gráfico sob diferentes camadas, iniciadas pelas características individuais dos sujeitos, passando pelas camadas que representam os seus comportamentos e estilos de vida individuais. As camadas intermediárias são representadas pelas redes comunitárias e de apoio e, também, os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos sujeitos, finalizando pela camada que expressa os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, sociais e ambientais. Este modelo pode ser visualizado no Apêndice D deste trabalho.

para a ação, o que revela constelações representacionais; os detalhes sutis, como silêncios, hesitações, lapsos, risos, que demonstram importantes pistas quanto ao investimento afetivo presente; e a retórica, ou a organização do discurso de modo a argumentar contra ou a favor de versões dos fatos, interpretações da realidade.

A partir das transcrições, o tratamento dos dados qualitativos foi realizado por meio da técnica de análise de conteúdo temática segundo proposta de Laurence Bardin (2011). Trata-se de um método de análise que compreende um conjunto de técnicas que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens capaz de formar indicadores que permitam tornar válidas inferências sobre dados de determinado contexto.

Esta técnica de análise de conteúdo temática pressupõe a realização de três fases: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise, após a transcrição integral das entrevistas e grupos focais, editaram-se as falas para retirar os 'vícios de linguagem' (*né, tá, tipo assim* etc), a fim de conferir maior fluidez à leitura dos discursos, sem, contudo, alterar seu sentido e conteúdo. Os documentos produzidos foram reunidos, dando-se origem ao *corpus* analítico, codificados e organizados, considerando-se as regras de exaustividade, não seletividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na sequência, o *corpus* foi submetido à leitura flutuante, que consiste num procedimento para se estabelecer contato com os documentos, deixando-se invadir por impressões.

A codificação consistiu em dar um código a cada sujeito entrevistado e a cada um dos grupos focais para fins de preservação do anonimato e apresentação dos fragmentos de discurso na apresentação dos resultados. Desta forma, adotou-se a letra E – de entrevistado, seguido por um algarismo arábico e para os participantes do grupo focal, adotou-se a G – de grupo focal, seguido por um algarismo arábico.

A etapa de exploração do material teve por objetivo destacar os recortes de ordem semântica do *corpus*, enumerá-los e categorizá-los. Nesta etapa, inicialmente, procedeu-se com o destacamento das unidades de registro (UR)⁵², correspondentes, neste estudo, a termos-chave; na sequência, as UR foram

⁺⁵² A unidade de registro (UR) é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando à categorização e a contagem frequencial.

contabilizadas e agrupadas em unidades de contexto (UC)⁵³, neste estudo, correspondeu aos recortes das falas, e, estas, por sua vez, deram origem às categorias temáticas, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de unidades de registro (UR) por categoria e subcategoria temática.

| Categorias/subcategorias | Total UR | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| | N | %* |
| Os gatilhos da obesidade | 19 | 15,8 |
| Gravidez | 5 | 4,2 |
| Hábitos de vida | 5 | 4,2 |
| Ocorrência traumática | 7 | 5,8 |
| Hereditariedade | 2 | 1,7 |
| Descobrimo-se obeso | 8 | 6,7 |
| Percebendo-se obeso | 5 | 4,2 |
| A descoberta da obesidade a partir do outro | 3 | 2,5 |
| A obesidade é doença | 10 | 8,3 |
| Sou doente porque sou obeso | 6 | 5,0 |
| Sou doente por causa das doenças associadas à obesidade | 4 | 3,3 |
| Os ecos da obesidade | 26 | 21,7 |
| As limitações | 8 | 6,7 |
| Baixa autoestima | 5 | 4,2 |
| Discriminação: o olhar do outro sobre o meu corpo | 13 | 10,8 |
| Cultura de aceitação da obesidade | 3 | 2,5 |
| As tecituras da rede social | 17 | 14,2 |
| Família: uma parceira de cuidados | 7 | 5,8 |
| Família que magoa | 5 | 4,2 |
| Amigos, nem sempre amigos | 2 | 1,7 |
| O empregador como um aliado | 3 | 2,5 |
| Indústria cultural da magreza: como pensam as representações sociais de sujeitos em situação de obesidade, considerada grave | 11 | 9,2 |
| As propagandas são enganosas | 6 | 5,0 |
| O magro como representante da obesidade | 4 | 3,3 |
| Eu quero, mas não posso comprar | 1 | 0,8 |
| As tentativas de emagrecer: métodos da moda | 5 | 4,2 |
| A Via Crucis para o tratamento da obesidade | 21 | 17,5 |
| Os itinerários terapêuticos (IT) dos sujeitos em situação de obesidade, considerada grave | 12 | 10,0 |
| Os profissionais de saúde como fonte de preconceito | 5 | 4,2 |
| Hospital Universitário: o fim da <i>Via Crucis</i> | 4 | 3,3 |
| Total | | 120 |

*Percentual em relação ao total de UR.

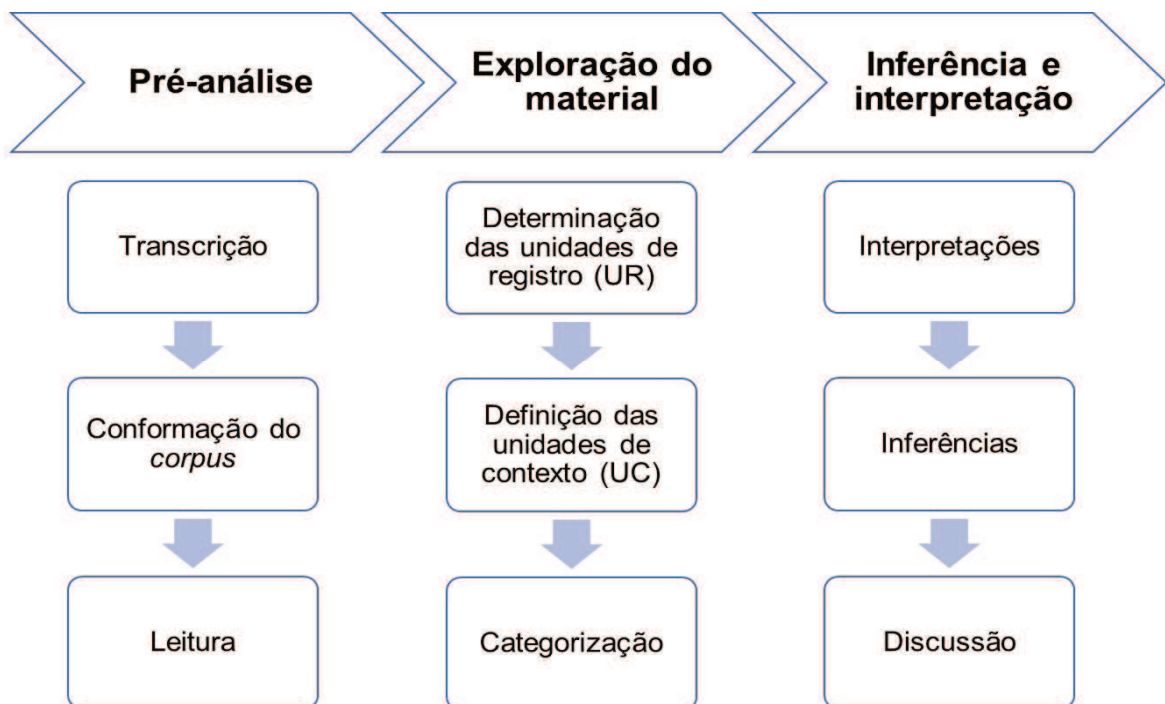
Fonte: elaborado pela autora.

⁵³ A unidade de contexto (UC) serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem.

Além disso, como forma de ilustrar as palavras mais manifestadas nos extratos de texto que compuseram as categorias, foi utilizada a estratégia de representação visual conhecida como Nuvem de Palavras, que oferece a possibilidade de classificação hierárquica de maneira proporcional, por incidência. Para isto, utilizou-se o programa de informática *Wordle*® (FEINBERG, 2014), de livre acesso.

E, finalmente, na última fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica do material. O resumo das etapas de tratamento dos dados encontra-se ilustrado na Figura 2.

Figura 2 - Etapas desenvolvidas para o tratamento dos dados por meio da análise de conteúdo sugerido por Bardin (2011).



Fonte: elaborado pela autora, inspirado em Bardin (2011).

5.6 Aspectos Éticos e Legais

Este trabalho de pesquisa está vinculado ao projeto de pesquisa intitulado “Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região Oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná” que está cadastrado no site da Plataforma Brasil e, recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) (CEP nº 1.180.202) (ANEXO A).

Como a pesquisa envolveu diretamente seres humanos, foram considerados os princípios éticos e legais baseados na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996). Os sujeitos foram informados a respeito dos objetivos e contribuições do estudo, dos possíveis desconfortos, riscos possíveis e dos benefícios esperados; da garantia de esclarecimento antes e no decorrer da pesquisa; da metodologia empregada; da liberdade que eles têm em recusar a participar ou de retirar seus consentimentos em qualquer fase da pesquisa; da garantia do sigilo assegurando sua privacidade, com o uso de nomes fictícios ou codificados. Após estes esclarecimentos, foi solicitado aos/as participantes que consentiram em participar voluntariamente do estudo, sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

As vias impressas dos Termos de Consentimento assinadas pelos/as participantes e pela pesquisadora, bem como os formulários preenchidos a mão foram arquivados junto com os materiais do projeto de pesquisa e, por segurança, foram digitalizados e arquivados juntamente com o material das gravações.

6 VIDAS CONTADAS E HISTÓRIAS VIVIDAS: Os resultados da pesquisa

O estudo dos saberes na vida cotidiana dos sujeitos representa não apenas o seu mundo subjetivo, mas, também, intersubjetivo e objetivo, que ligam estes conhecimentos às pessoas e aos contextos públicos em que são produzidos. Assim, todo conhecimento corresponde uma relação entre as pessoas e entre pessoas e seus ambientes, que é tanto sociocultural quanto natural. (JOVCHELOVITCH, 2011).

Dessa forma, o conhecimento possui razões que lhe são próprias e respondem a necessidades particulares das pessoas que o produzem e praticam; simultaneamente, projeta identidades, valores e modos de vida em campos sociais diversos.

Para tanto, todo empreendimento científico, segundo Bourdieu (1996), se inspira na convicção de que não se pode capturar a lógica mais profunda do mundo social a não ser submergindo na particularidade de uma realidade empírica.

Portanto, permitir que grupos e sujeitos falem e tenham voz no processo de pesquisa é fundamental para o processo dialógico em desvendar aquelas representações que foram subestimadas, deslocadas ou que se tornaram invisíveis pelos discursos hegemônicos. Conforme Jovchelovitch (2011, p. 260): “há um potencial emancipatório contido na tarefa de reconhecer a validade dos saberes de uma comunidade e de estabelecer com eles um diálogo crítico”.

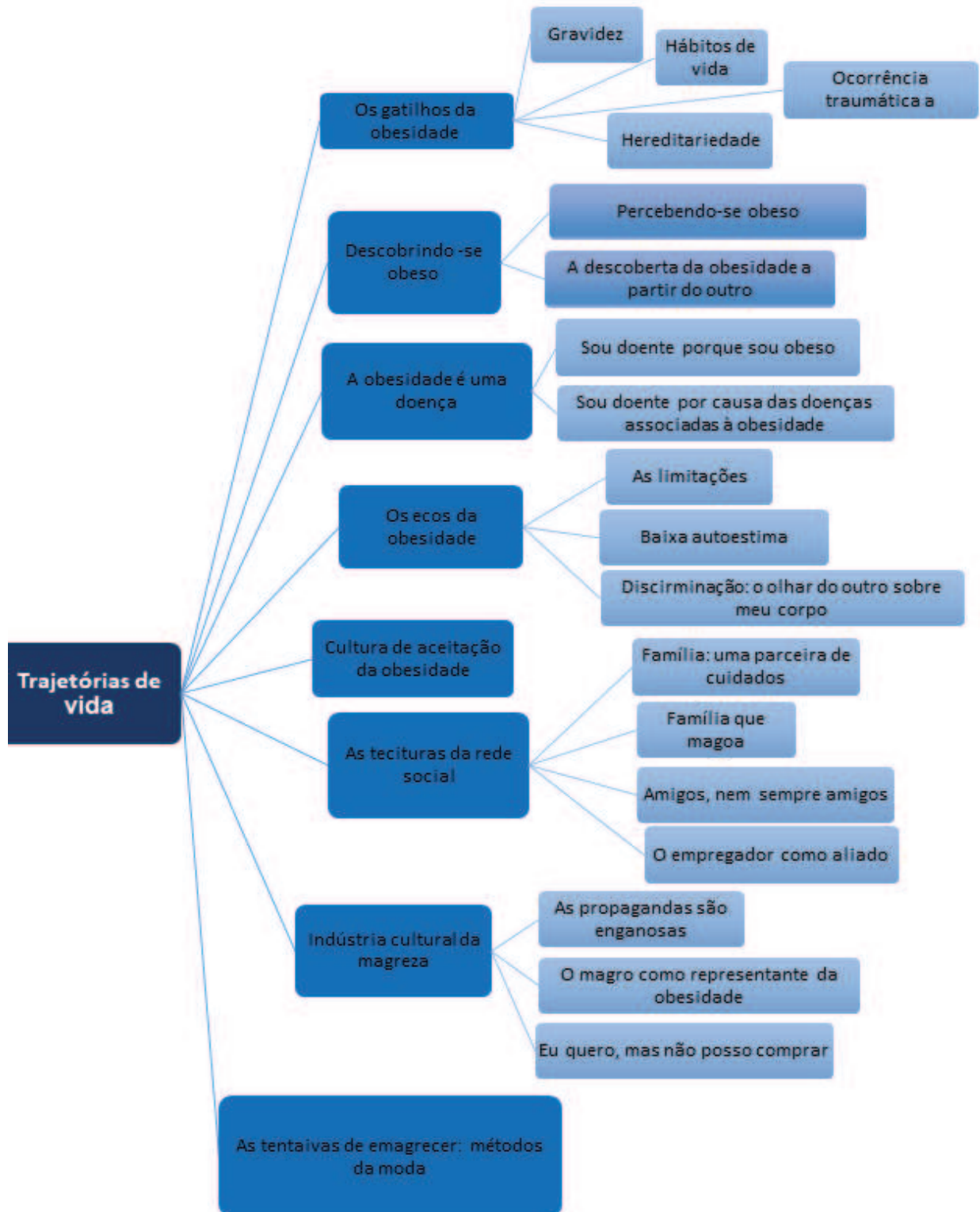
Assim, conforme o título deste capítulo, que vem de encontro aos objetivos propostos neste trabalho, dar-se-á início à análise e discussão do *corpus* da pesquisa acerca das RS de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, inseridos no Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB HUOP/UNIOESTE). A fim de responder tais inquietações, foi necessário dar voz aos/as usuários/as deste serviço e permitir que pudessem pensar a respeito de sua realidade, trazendo informações importantes que constituem a trama de elementos que compõem todo o processo de constituição das RS frente às suas trajetórias de vida e os seus itinerários terapêuticos no contexto do SUS.

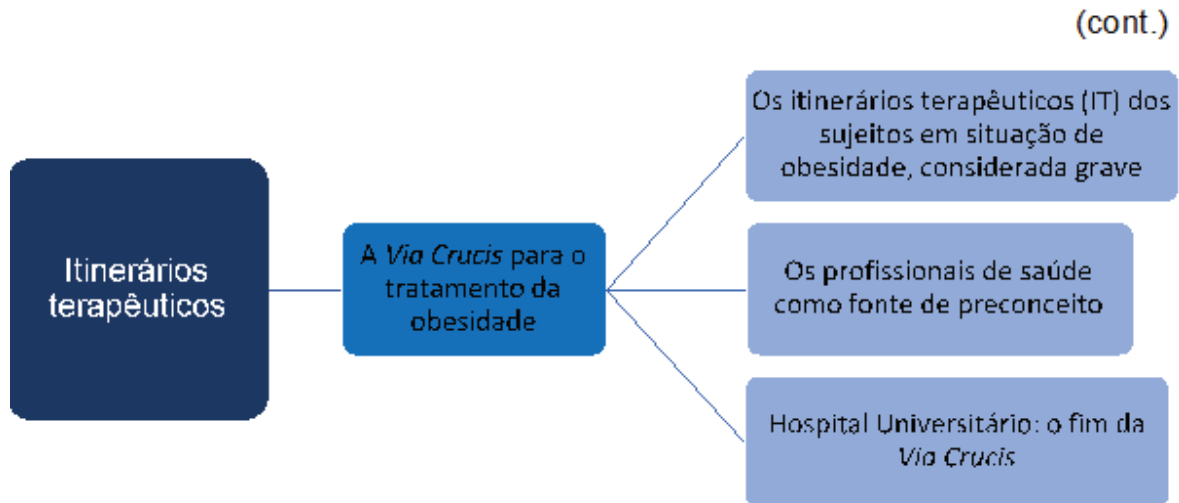
Além disso, o roteiro semi-estruturado permitiu acessar campos representacionais, pois os/as entrevistados/as falaram livremente, sem pressa e/ou pressão. Desse modo, pôde-se penetrar em conteúdos difíceis de serem acessados

pelos métodos objetivos usuais, de forma a tornar possível a realização de interpretações e inferências sobre as entrevistas e grupo focal. À luz do método dialético-crítico, pode-se privilegiar o que revelaram as falas, interconctando-as em relação à realidade macro e microssocial, além de buscar um sentido amplo para cada resposta, o que só foi possível através do levantamento de estudos teóricos e investigações, servindo de base para a fundamentação teórica desta pesquisa.

De acordo com os resultados a Figura 3 demonstra o organograma das categorias e subcategorias que serão discutidas neste trabalho.

Figura 3 - Categorias e subcategorias temáticas formuladas a partir dos depoimentos dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave participantes do estudo. Cascavel – PR, 2017.





Fonte: Elaborado pela autora.

Ao longo dos discursos dos/as entrevistados/as, foi possível inferir que o tema obesidade circunda suas vidas de forma bastante marcante, tornando-se central e regulador de grande parte de seus pensamentos e comportamentos, desde, em alguns casos, a infância, persistindo até a vida adulta; trazendo, em boa medida, uma série de consequências, dificuldades para suas vidas.

A partir deste estudo, emergiram, também, informações importantes sobre o modo de vida e de seus “determinantes sociais da saúde” (GARBOIS; SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO, 2014, p. 1174) que integram a vida cotidiana e impactam, direta ou indiretamente, nas relações sociais. Com esse entendimento, destaca-se, conforme Nogueira (2011), a importância de medidas sociais que almejem a equidade em saúde, a qual é reconhecida como direito humano, sem quaisquer restrições de ordem econômica, social, étnica ou política.

Para tanto, é essencial conhecer a população que utiliza os serviços, saber de suas vidas, de suas necessidades sociais, de suas condições de trabalho e renda, de acesso à educação, à informação de qualidade, à alimentação e tudo o que diz respeito e que impacta, diretamente, na saúde e na trama das relações sociais. Como afirma Heller (2008, p. 24):

o cotidiano é insuprimível da vida dos homens. Em toda a sociedade e em qualquer momento histórico, os homens vivem o cotidiano. É ele o espaço de reprodução do ser em sua singularidade”.

Sendo assim, a seguir, apresenta-se uma breve caracterização dos sujeitos, em termos de alguns elementos de seus determinantes sociais da saúde⁵⁴. Optou-se por articular as temáticas que emergiram das entrevistas em profundidade e do grupo focal a partir de uma análise mais ampla, integrada à discussão geral dos resultados. A partir delas, pode-se reconhecer os laços de interdependência em relação ao fenômeno estudado. Assim, optou-se por não separar os discursos individuais dos coletivos, uma vez que eles se mostraram complementares e integrados à discussão geral dos resultados.

6.1 O processo de constituição das representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, inseridos no SOCB-HUOP/UNIOESTE

Foram incluídos na pesquisa 20 sujeitos, sendo 09 participantes da entrevista em profundidade e 11 do grupo focal. Não houve recusa de participação por parte dos sujeitos, ao contrário: todos os convidados sentiram-se entusiasmados e, aceitaram, prontamente, ao convite. Pelo fato dos sujeitos e a pesquisadora serem conhecidos devido o contato próximo nas reuniões em grupo do serviço, acredita-se que tenha facilitado suas participações neste trabalho e o compartilhamento de sentimentos, por vezes, muito íntimos. Todos/as sentiram-se a vontade ao longo das entrevistas e grupo focal, fato percebido pela alegria com que chegavam ao encontro e, também, no compartilhamento de brincadeiras e risos, tornando o ambiente leve e agradável. Especialmente entre os participantes do grupo focal, percebeu-se o interesse em ouvir ativamente os colegas e movimentos de auxílio mútuo por meio de demonstrações de apoio e afeto, sobretudo, nas situações angustiantes de seus relatos (em que determinados momentos resultavam em emoção e lágrimas).

⁵⁴ De forma detalhada, os determinantes sociais das representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, encontram-se na Tabela Resumo, localizada no Apêndice D deste trabalho.

A fim de aproximar os leitores aos sujeitos da pesquisa, será descrito um breve perfil dos participantes: a maioria auto identificou-se do gênero feminino e branca. Cinco participantes auto identificaram-se como negros. Suas idades variaram entre 23 a 63 anos. Grande parte do grupo relatou estar casado/a e uma pequena parcela relatou ser solteiro/a, viúva/a e separado/a. No geral, a maioria possuía filhos que variaram entre 1 a 4, sendo que grande parte deles não residiam no mesmo domicílio, por já serem independentes; apenas 8 participantes relataram ter filhos menores de idade e que residiam no mesmo domicílio. Ao falarem sobre eles, todos os descreveram de maneira orgulhosa (com mudança visível da feição). Alguns participantes, relataram, ainda, serem avós(ôs) em que também deixou-se perceber a alegria com que referiram-se a eles. Um terço dos/as participantes não possuíam filhos. (TABELA 2).

Tabela 2 - Perfil sócio-demográfico dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes da pesquisa. SOCB- HUOP/UNIOESTE. Cascavel, PR, 2017.

| Variáveis | N = 20 | % |
|---------------------------------------|---------------|----------|
| Gênero auto referido | | |
| Feminino | 16 | 80 |
| Masculino | 4 | 20 |
| Raça auto referida | | |
| Branca | 15 | 75 |
| Negra | 5 | 25 |
| Faixa etária (em anos) | | |
| 20 – 29 | 1 | 5 |
| 30 – 49 | 11 | 55 |
| 50 – 59 | 5 | 25 |
| ≥ 60 | 3 | 15 |
| Estado civil | | |
| Solteiro/a | 4 | 20 |
| Casado/a | 12 | 60 |
| Viúvo/a | 3 | 15 |
| Divorciado/a | 1 | 5 |
| Filhos | | |
| Não tem filhos | 6 | 30 |
| 1-2 | 11 | 55 |
| 3-4 | 3 | 15 |
| Idade dos filhos (em anos) | | |
| < 18 | 8 | 40 |
| ≥18 | 12 | 60 |
| Local de residência dos filhos | | |
| Mesmo domicílio dos pais | 8 | 40 |
| Outro domicílio | 12 | 60 |

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Pouco mais da metade dos/as entrevistados/as (55%, n=11) residiam em bairros periféricos urbanos de Cascavel e os/as demais (45%, n=9) em municípios da região oeste do estado, sendo 8 sujeitos na área urbana (em bairros periféricos) e 1 na área rural (TABELA 3). Dos/as 20 participantes, 13 relataram morar no mesmo

local há mais de cinco anos e, os/as demais (n=7) entre 8 meses a 4 anos. É importante ressaltar que os sujeitos que residiam em outras cidades vizinhas precisavam fazer uma longa viagem para cumprir a agenda de acompanhamentos, na maioria das vezes, saindo de madrugada de suas casas. E mesmo para aqueles que residiam em Cascavel, as vindas para o hospital pôde representar certa dificuldade no tocante ao uso do transporte coletivo, como se constatou nos relatos a seguir:

“Eu já perdi a reunião porque o motorista do ônibus não me esperou para embarcar, eu sei que estava um pouco atrasada, mas ele me viu vindo em direção ao ponto pelo retrovisor, eu não consigo correr, mas ele podia ter me esperado”. (G9).

“Ah, os motoristas dos ônibus não têm paciência com a gente, têm uns que tem, mas têm outros ... [balança a cabeça em tom negativo], só falta arremessar a gente, não dá tempo nem de sentar que eles já saem arrancando. Eu mesmo, tenho dificuldade em subir no ônibus, prefiro aqueles com elevador, mas faz muito tempo que não passa aquele, acho até que saiu de circulação, então, no degrau (do ônibus), eu demoro para subir, as vezes, preciso até de ajuda, mas tem motorista que não tem paciência e, mesmo, os passageiros, você percebe que tem uns que te olham com cara feia”. (G7).

“Eu nem pego lotação, eu com essa dor na perna, não consigo nem subir, com o ônibus da saúde eu nem venho, eu venho com a van que tem a rampinha que é dos cadeirantes ou com carro pequeno!”. (G8).

“Se a gente sai de casa, as pessoas já olham meio atravessado, eu entrava pela porta passando o dedo (referindo-se ao ônibus), agora eu entro pela porta de trás, porque [...] o pessoal fica zombando da minha gordura”. (E8)

Estas falas revelam muito do modo como esses sujeitos enfrentam situações cotidianas e que podem impactar, negativamente, suas vidas. A falta de acessibilidade em meios de transporte público, prédios e demais estabelecimentos públicos, calçadas, enfim, e o desrespeito pronunciado dos órgãos públicos e, mesmo, da população em geral, fazem deste ‘ambiente naturalizado’ uma ameaça real à liberdade individual, ou seja, negligencia as necessidades humanas, violando as condições básicas de um indivíduo viver democraticamente em sociedade, lhe causando, em boa medida, sua exclusão. Para Barroco (2005), a relação entre o indivíduo e a sociedade, na vida cotidiana, deve acontecer de modo espontâneo e

acrítico e, geralmente, apreendido através de uma identificação mediata, que neste caso real, precisa ser mais bem lapidada.

Apesar das dificuldades relatadas por alguns sujeitos com relação ao transporte, todos referiram gostar do local em que moram, sobretudo, devido à segurança e tranquilidade, seguido das condições do bairro (pavimentação, UBS, mercadinhos e escolas próximos de suas casas). Um entrevistado, residente na zona rural, referiu gostar do local em que mora devido a tranquilidade e a qualidade de vida que o campo lhe propicia, segundo ele:

“Ah... lá tem ar puro, lá não tem poluição, não tem barulho de carro, buzina não tem, lá tem o leite fresquinho, salada a vontade, espaço para as crianças brincarem, tem muita árvore, muita fruta, lá é tudo de bom!”. (G10).

As condições de moradia também são elementos importantes que compõem o “quadro” dos determinantes sociais da saúde. Após as entrevistas e grupo focal, perguntou-se aos sujeitos sobre as condições de sua moradia e 14 entrevistados informaram residir em casas de alvenaria e 6 em casas de madeira, todos os residentes na área urbana referiram possuir sistema de tratamento de água e luz elétrica; 13 possuíam sistema de esgoto, 11 sistema de coleta de lixo implantados, 16 moravam em ruas pavimentadas com iluminação pública. Apenas os residentes de Cascavel referiram possuir transporte público em seus bairros. O sujeito que morava na zona rural, referiu ter água de poço artesiano em sua propriedade que é transportada até o seu domicílio por motor elétrico, fossa séptica para dejetos e luz elétrica da rede estadual. A maioria (n=16) residia em casa alugada, 3 de sua propriedade (quitada) e 1 informou que a casa é cedida por familiares. A média de habitantes na casa foi de 2,47 pessoas (mínimo 1 e máximo 6 habitantes/domicílio), constituídas, especialmente, por cônjuge, filhos e pais; 3 entrevistados/as relataram morar sozinhos/as e somente 1 participante relatou residir com os pais (Tabela 3).

Tabela 3 – Local e condições de moradia dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes da pesquisa. SOCB-HUOP/UNIOESTE. Cascavel, PR, 2017.

| Variáveis | N = 20 | % |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-----|
| Local de residência | | |
| Cascavel | 11 | 55 |
| Outros municípios da região oeste do Paraná | 9 | 45 |
| Zona Urbana | 19 | 95 |
| Zona Rural | 1 | 5 |
| Bairros Centrais | 0 | 0 |
| Bairros Periféricos | 20 ¹ | 100 |
| Infra-estrutura do local em que reside | | |
| Esgoto | 13 | 65 |
| Sistema de água tratada | 19 ² | 95 |
| Luz elétrica | 20 | 100 |
| Coleta de lixo | 11 | 55 |
| Pavimentação | 16 | 80 |
| Iluminação pública | 16 | 80 |
| Transporte público | 11 | 55 |
| Condição da moradia | | |
| Própria | 3 | 15 |
| Alugada | 16 | 80 |
| Cedida | 1 | 5 |
| Madeira | 6 | 30 |
| Alvenaria | 14 | 70 |
| Número de habitantes por domicílio³ | | |
| 1 | 3 | 15 |
| 2-3 | 16 | 80 |
| ≥4 | 1 | 5 |
| Tempo de moradia no domicílio (em anos) | | |
| ≥ 5 | 13 | 65 |
| 1-4 | 5 | 25 |
| ≤ 1 | 2 | 10 |

¹ Incluindo o residente em zona rural.

² O participante residente na zona rural possui água de poço artesiano.

³ Número de habitantes no domicílio do/a entrevistado/a no momento da entrevista

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pela autora.

O local onde as pessoas vivem afeta, diretamente, a saúde e a possibilidade de gozar de uma vida próspera. Habitação de qualidade, água limpa e condições sanitárias são direitos humanos e necessidades básicas para uma vida saudável. O modelo corrente de urbanização, especialmente de grandes centros urbanos, pode colocar desafios significativos, particularmente os relacionados com as alterações climáticas e poluição, fato não observado nas falas dos participantes, provavelmente porque, como já mencionado, dos 20 entrevistados, 9 residem em cidades cuja população estimada para 2018 varia entre 5 mil e 33 mil habitantes (INSTITUTO..., 2017), ou seja, municípios muito pequenos, onde o índice de poluição provavelmente seja baixo, porém, pela baixa infraestrutura, eventuais problemas podem não ser percebidos com tanta nitidez pela sua população. No caso dos residentes em Cascavel, a situação parece um pouco melhor, devido a existência de maior infraestrutura.

Como afirma Carvalho (2013), para garantir a igualdade na saúde, comunidades e vizinhanças devem assegurar o acesso a bens básicos, que sejam socialmente coesos, concebidos para promover bem-estar físico e psicológico e que protejam o ambiente natural. É preciso colocar a saúde e a igualdade na saúde no centro das atenções da administração e do planejamento urbano, garantindo a disponibilidade de habitação de custo suportável, investindo na requalificação de bairros degradados, incluindo como prioridade o abastecimento de água e condições de saneamento, eletricidade e pavimentação das vias de comunicação para todos os lares, independentemente da sua capacidade financeira.

O mesmo autor chama atenção, ainda, para a necessidade de promover a igualdade na saúde entre zonas rurais e urbanas mediante o investimento sustentado no desenvolvimento rural, abordando as políticas e processos de exclusão que conduzem à pobreza rural, à ausência de propriedade e à migração. (CARVALHO, 2013).

A falta destas condições mínimas de infraestrutura demonstra muito as dificuldades e, mesmo, a vulnerabilidade de saúde a que a população está submetida. Quando existem buracos nas vias públicas, esgoto a céu aberto, enchentes, lixo nas ruas, a saúde da população que convive com essas realidades também fica comprometida. Nessas condições, também é difícil fazer uso de espaços públicos, para práticas de atividades ao ar livre. Isso também diz respeito aos determinantes sociais da saúde, porque são essas condições de vida e moradia que

vão, em parte, determinar a saúde da população que convive com essas realidades diariamente, não sendo possível mantê-la quando se vive em condições insalubres, exposto aos mais variados tipos de problemas. Como observado nos resultados apresentados, os sujeitos entrevistados parecem não sofrer com estas questões.

Em relação às formas de lazer, prática de atividades esportivas e culturais, os/as entrevistados/as falaram livremente sobre como buscavam informações, quais as principais fontes, se praticavam atividade física e quais atividades culturais acessavam e/ou participavam como lazer ou forma de convívio comunitário, que também pôde ser considerado lazer. As falas a seguir demonstraram sentimentos de sofrimento, não apenas físico, mas sobretudo emocional. Em grande medida, devido às limitações e ao preconceito vivenciado, o que os/as levaram, muitas vezes, ao confinamento social:

“As coisas que eu quero fazer eu não consigo; às vezes quero sair com os filhos, ir a algum lugar, passear lá no lago, lá no zoológico, já tem que ver o dia que eu posso ir, porque tem dia que a gente não consegue ir de tanta dor nas pernas por causa do peso. É bem difícil!”. (E2).

“Eu tinha uma amiga, que hoje é falecida, a gente saía para bailinho, essas coisas, tinha eu, ela e uma prima que morava com a gente. A gente saía junto, mas lá, era cada uma para um canto, elas duas e eu para outro canto, porque elas não queriam ficar perto de uma gorda. [...] se eu fosse me apegar a isso, eu estaria numa depressão bem profunda”. (E1).

“Eu não gosto de sair na rua, vou só na igreja aos domingos e já volto para casa, quando preciso de alguma coisa, peço para o meu filho buscar no mercado, farmácia, loja, tudo. Cansei das pessoas me olhar com cara de desprezo”. (E8).

“Eu gostava de caminhar e de ir no ‘estica velho’ (referindo-se à academia ao ar livre), tem uma bem pertinho da minha casa, me fazia bem! Mas sempre que eu estava lá, ouvia piadinhas e aquelas caras de deboche. Teve um dia que uma pessoa chegou para mim e disse: nada disso adianta para você, você precisa é de uma cirurgia para emagrecer!”. (G1).

Em geral, sujeitos em situação de obesidade são retratadas na mídia através de sub-representações e estereótipos humorísticos (YOSHINO, 2010) que se estendem aos movimentos de rua; especialmente as mulheres obesas são menos retratadas em relacionamentos românticos, ao contrário das magras. (CHEN e

BROWN, 2005). Entre os sujeitos pesquisados, encontrou-se homens que contaram experiências semelhantes. Para os que estavam solteiros na época da entrevista, percebeu-se que a obesidade foi um forte fator limitante para viver as relações afetivas plenamente. Os relatos mostraram claramente dificuldade para lidar com essas questões, discriminação, ausência de autoestima e preconceito:

“Se eu fosse brigar por causa de sarro ou apelido, Deus me livre! Então a gente aguenta, né, a gente vai indo...[...] eu ia na discoteca no sábado à noite, eu gostava de dançar, mas você ia convidar uma guria e ela não queria dançar, imagina o porquê? Porque o cara é gordo! Então eu fui parando, parando, parando e nunca mais fui. Parei de fazer as coisas que eu gosto por causa do sarro”. (G6).

Para Heller (2008), a vida cotidiana é a vida do homem inteiro, com todos os seus aspectos de individualidade e subjetividade, em que se colocam em funcionamento todos os sentidos, sentimentos e habilidades manipulativas e manipuláveis. Para o autor, fazem parte do cotidiano: o trabalho, lazer e descanso, atividades sociais, intelectuais e organização da vida privada em todos as suas nuances. A vida cotidiana, portanto, se insere na história, se modifica e modifica as relações sociais. Mas a direção dessas modificações, segundo Netto e Carvalho (2010, p. 29) depende estritamente da “consciência que os homens portam de sua ‘essência’ e dos valores presentes ou não em seu desenvolvimento”.

Wanderley (2001), no entanto, comenta que o olhar subjetivo do outro (que exclui) gera grande impacto no cotidiano das pessoas, sobretudo daquelas em situação de obesidade, na reprodução social dos pressupostos da exclusão em relação ao corpo em excesso. Isso afeta diretamente na própria naturalização do fenômeno da exclusão e no papel do estigma que servem para explicitar, especificamente no caso da obesidade, a natureza da incidência dos mecanismos que promovem o ciclo de reprodução da exclusão, representado pela aceitação tanto ao olhar social normativo, como do próprio excluído. O que se observa, ao analisar os relatos acima, são afirmações do tipo “*isso é assim e não há nada para fazer*”, ou seja, há uma fragilização dos vínculos sociais, de um conformismo com os fenômenos e a percepção da exclusão como uma fatalidade. Este caráter natural do fenômeno vem

contribuir com o denominado “ciclo de exclusão”, no sentido de reforçá-lo e reproduzi-lo. (WANDERLEY, 2001, p. 24).

Este ciclo de exclusão ocorre, todavia, não por aprovação de quem o vivencia, pois nas falas dos/as participantes, é possível inferir a crítica em relação aos acontecimentos vivenciados no cotidiano e possibilita, em boa medida, compreender a dinâmica social e os sentimentos de angústia, frustração, isolamento e solidão que permeia suas vidas.

Estes sentimentos negativos observados nos depoimentos acima tende a ocorrer pois, conforme Berger e Luckmann (2004), a realidade da vida cotidiana é partilhada por todos e não é possível existir sem estar continuamente em interação e comunicação com esses outros. Quando esta relação social é face a face, a subjetividade do outro fica acessível por meio de inúmeros símbolos, principalmente corporais, pois é o corpo que primeiro impõe sua presença.

Assim, a partir desta premissa, espaços são abertos para a internalização e reprodução dos estereótipos sociais atribuídos ao excesso de gordura corporal. Ser um/a portador/a de estigma ou ser uma referência negativa na sociedade significa ter, em larga medida, seus movimentos sendo observados constantemente pelos outros, induzindo, neste caso, os sujeitos em situação de obesidade a procurarem controlar suas ações para não chamar mais a atenção para seu atributo que, como já mencionado, é visível na interação social.

Goffman (1988) também tenta explicar esta situação, destacando que, quando ‘normais’⁵⁵ e estigmatizados se encontram, imediatamente ambos os lados enfrentam as causas e os efeitos do estigma. A pessoa estigmatizada pode descobrir que se sente insegura diante dos ‘normais’, nesse caso, surge no/a estigmatizado/a a sensação de dúvida quanto aos outros sobre o quê realmente estão pensando dele/a.

Mesmo sem esse conhecimento em relação às pessoas, os/as entrevistados/as demonstraram esta mesma tendência de auto exclusão ao se depararem com os atos, pensamentos e falas destes sujeitos ‘normais’.

Embora a identidade seja um processo em construção, instável e cambiante (SILVA, 2000), Cucho (1999) remete a identidade a uma norma de vinculação, baseada em oposições simbólicas de modo que a identidade social de um indivíduo se caracteriza pelo conjunto de suas vinculações em um sistema social, ou

⁵⁵ Erving Goffman (1988, p. 8) denomina como normais aqueles sujeitos que “não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão”.

seja, a uma classe sexual, a uma classe de idade ou a aparência física. Assim, a identidade permite que o indivíduo “se localize em um sistema social e seja localizado socialmente” (CUCHE, 1999, p. 177), podendo ser, positivo quanto pejorativo. Na perspectiva de Haraway e Kunzru (2009), as identidades parecem contraditórias, parciais e estratégicas. Hoje em dia, fatores como as relações que envolvem os corpos (o tamanho, a forma, as transformações, as marcas) passam a ter um importante papel na construção e reconstrução das identidades. Na visão de Woodward (2000), o corpo é um dos locais envolvidos no estabelecimento das fronteiras que definem quem é o indivíduo, servindo de fundamento para a identidade.

Segundo a concepção de Hall (2000), a partir do final do século XX, transformações nas sociedades estão fragmentando, cada vez mais as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça, nacionalidade e estética corporal. Essas transformações estão também mudando as identidades pessoais, abalando a ideia de sujeitos unicamente integrados.

Essa linha de argumentação leva a pensar que, na medida em que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, há um confronto com uma variedade cambiante de identidades possíveis, com cada uma das quais se pode identificar (ao menos temporariamente) e ser identificado socialmente. Sendo assim, conforme Almeida (2013), em todo o contexto social de interação a pessoa identifica outras, mas é também identificada, constituindo as identidades.

No caso dos sujeitos em situação de obesidade, protagonistas deste trabalho, o processo de construção de suas identidades permaneceu, em larga medida, calcificado apenas no atributo físico posicionado pelas expectativas e restrições sociais dos outros, anulando todas as demais possíveis identidades. O efeito sociológico disso, segundo Goffman (1988), é um afastamento das relações sociais perante o indivíduo dificultando a possibilidade de atenção aos seus outros atributos e, ainda, o autoconvencimento de que, ele próprio não possui atributos para ser aceito, incorporando a auto rejeição, além da própria rejeição social.

A partir deste único atributo, o sujeito em situação de obesidade é comumente associado a uma multiplicidade de estereótipos, por vezes, depreciativos, e que são, em grande parte, legitimados pelos discursos hegemônicos e reproduzidos nas relações sociais. Goffman (1988, p. 15) afirma que “tendemos a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original”. Assim, não é incomum o sujeito ser

visto como doente, descuidado, lento, relaxado em sua aparência ou, mesmo, improdutivo no setor trabalho.

Corroborando com a ideia de Goffman, Lara (1998) demonstra que a identidade parte da definição de quem é o “outro”, ou seja:

Somos nós que decidimos como é o outro, o que é que lhe falta, de que necessita, quais são suas carências e suas aspirações. Somos nós que construímos suas imagens para classificá-los, para excluí-los, para protegê-los de sua presença incômoda, para enquadrá-lo em nossas instituições e, conseqüentemente, para finalmente submetê-los em nossas práticas. Sendo assim, os outros não são outra coisa que aquilo que nós fizemos e vamos fazendo deles. Justamente isto e não outra coisa é o que nós somos: aquilo que os outros fizeram e estão fazendo de nós. (LARA, 1998, p. 186).

Assim, é possível inferir, ainda, que o reconhecimento deste “outro” só é possível a partir do reconhecimento da diferença. Neste caso, se por um lado, alguém é identificado como “magro”, implica dizer, também, por outro lado, que há pessoas “não magras”.

Deste modo, percebe-se que a relação entre o conceito de identidade e o de diferença é de estreita dependência (ALMEIDA, 2013), sendo a diferença o que separa uma identidade da outra, estabelecendo distinções, frequentemente, na forma de oposições, tanto por meio de sistemas simbólicos de representação quanto por meio de formas de exclusão social e estigmatização. (WOODWARD, 2000).

Corroborando com essa concepção, Silva (2000) destaca que a afirmação de uma identidade e a marcação da diferença implica, sempre, em operações de inclusão e de exclusão. De modo que a identidade e a diferença se traduzem, assim, em declarações sobre quem está incluído e quem está excluído.

Com relação a escolaridade (Tabela 4), a média escolar referida pelos/as entrevistados/as foi de, apenas, 5,8 anos; 9 relataram possuir entre 2 a 4 anos de estudo, metade deles/as referiram escolaridade entre 5 a 8 anos e apenas 1 participante tinha o ensino superior completo. Na ocasião das entrevistas, nenhum indivíduo relatou estar estudando.

Com relação à ocupação e renda na época das entrevistas (Tabela 4), 3 sujeitos estavam aposentados/as, sendo duas aposentadorias por idade e uma adquirida em virtude das complicações de saúde relacionadas à obesidade, 7

possuíam trabalho no sistema formal de mercado, sendo 3 empregados no funcionalismo público municipal, 2 desempenhavam funções informais de cuidador/a de idosos e babá; 7 não exerciam atividade remunerada, sendo donas de casa e 1 entrevistado referiu ser agricultor, proprietário do local, porém, não contribui com o INSS⁵⁶.

A renda per capita dos participantes na época das entrevistas era, em média, de R\$617,70. Metade dos entrevistados possuía uma renda per capita de até R\$550,00, 8 entre R\$551,00 a R\$1.000,00 e, apenas 2 possuíam renda per capita superior a R\$1.000,00. Nenhum participante relatou participar de programas e/ou receber benefícios do governo federal/estadual.

⁵⁶ Instituto Nacional de Segurança Social.

Tabela 4 – Escolaridade, ocupação e renda dos sujeitos em situação de obesidade, considerada grave, participantes da pesquisa. SOCB-HUOP/UNIOESTE. Cascavel, PR, 2017.

| Variáveis | N = 20 | % |
|---------------------------------------------------------------|--------|----|
| Escolaridade (em anos) | | |
| 2 – 4 | 9 | 45 |
| 5 – 8 | 50 | 50 |
| 9 – 12 | 0 | 0 |
| 13 – 17 | 1 | 5 |
| Ocupação atual | | |
| Aposentado/a | 3 | 15 |
| Trabalho formal com carteira assinada | 7 | 35 |
| Trabalho informal | 2 | 10 |
| Agricultor | 1 | 5 |
| Dona de casa | 7 | 35 |
| Renda per capita mensal atual auto referida (em reais) | | |
| Até 550,00 | 9 | 45 |
| 551,00 – 1.000,00 | 8 | 45 |
| 1.001,00 – 1.100,00 | 2 | 10 |
| > 1.100,00 | 0 | 0 |
| Renda familiar mensal atual auto referida (em reais) | | |
| Até 500,00 | 0 | 0 |
| 551,00 – 1.000,00 | 7 | 35 |
| 1.001,00 – 1.500,00 | 6 | 30 |
| 1.501,00 – 2.000,00 | 6 | 30 |
| > 2.000,00 | 1 | 5 |

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Analisando a renda dos/as entrevistados/as, ressalta-se que a maioria apresentava uma renda podendo ser considerada baixa, pois grande parte (45%, n=9) vivia com renda per capita mensal de até 550 reais⁵⁷. É um valor baixo, especialmente ao considerar que grande parte deste dinheiro é direcionado à sobrevivência da

⁵⁷ Baseado em Danni *et al.* (2004) em análise do arcabouço regulamentar sobre baixa renda, enquadraram-se nesta categoria aqueles cujos domicílios apresentem renda per capita inferior a meio salário-mínimo. Embora os dados da presente pesquisa esteja um pouco acima deste valor na época das entrevistas/grupo focal.

família e, também, para compra de medicamentos direcionados às situações decorrentes da obesidade, como é observado nos depoimentos a seguir:

“Não sou saudável! Tenho muita dor no corpo, muita dor nas costas, muita dor no joelho, minha coluna deu um desvio assim (mostra uma curva para esquerda) que nem o doutor falou, o ortopedista falou que não tem o que fazer, não tem cirurgia, não tem nada, é só emagrecer, por isso ele me encaminhou para cá! A minha diabetes está controlada, 109, não passa disso, mas estou tomando muitos remédios!”. (E2).

“Meio doente. [...] Eu tenho muita dor na coluna, minha perna também dói muito, também tenho problema no rim, problema no fígado, por isso que eu estou querendo fazer (a cirurgia)! O problema maior é para minha saúde. Eu tomo muito remédio, todo mês eu tenho que pendurar uma notinha na farmácia! Então, por isso é que eu acho que eu sou doente. Eu ando bastante, eu quase não paro, mas aí começou essa dor na perna e essa carne aqui (apontando para a extremidade do pé) é adormecida, eu quase não sinto ela, dói os dedos e a sola (do pé) e eu não tinha isso”. (E5).

“A única coisa que eu tomo são os remédios da depressão, que agora é mais para tirar a ansiedade, e o da pressão, que agora eu estou tomando certinho, então eu acho que não tenho mais pressão alta, as vezes não tem no posto (UBS), aí a gente tem que comprar, não posso ficar sem, especialmente os da depressão”. (E9).

E mesmo para aqueles cuja renda per capita mensal é superior a R\$550,00, não se pode garantir que não sejam atingidos por alguma situação de pobreza, pois esta é entendida não só pela renda, mas, também, pelo acesso a outros elementos que se configuram importantes para garantir a digna sobrevivência de uma família, tal qual refere Yazbek (2010):

Embora a renda se configure como elemento essencial para a identificação da pobreza, o acesso a bens, recursos e serviços sociais, ao lado de outros meios complementares de sobrevivência, precisa ser considerado para definir situações de pobreza. (YAZBEK, 2010, p. 153).

Portanto, a pobreza também se manifesta por meio da falta de acesso a informações, falta de acesso a determinados bens e serviços, o que restringe também o acesso a certos direitos. No caso das RS de sujeitos em situação de

obesidade considerada grave, a questão da renda é também, bastante importante no que tange não, apenas, a subsistência, mas ainda, à manutenção do tratamento clínico e, mesmo, para o tratamento pós-cirúrgico.

É possível inferir, com base nos determinantes sociais apresentados, que os participantes deste estudo, apresentavam, em algum grau, uma vulnerabilidade social decorrente de contingências humanas, geradas por deficiências e fatores sociais, de convívio humano capazes de diminuir ou minimizar (em variados graus) sua construção enquanto sujeito social. (SPOSATI, 2009).

Sem a pretensão de esgotar ou contemplar toda a gama de significados sobre o termo vulnerabilidade, é necessário, no entanto, apropriar-se de alguns conceitos, a fim de transcender o enfoque sobre indicadores de renda ou carências, mais comumente utilizado para designar a vulnerabilidade. A partir disso, há que ressaltar algumas outras reflexões elaboradas ao longo do trabalho no que tange, sobretudo, à discriminação e ao preconceito vivenciados diariamente por estes sujeitos que, diante disto, também tornam-se vulneráveis. Assim, conforme Yazbek (2010), é possível definir vulnerabilidade enquanto um tema que produz e reproduz a desigualdade nos planos social, político, econômico e cultural. A mesma autora continua:

Um lugar onde são desqualificados por suas crenças, seu modo de se expressar e seu comportamento social, sinais de “qualidades negativas” e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social. Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social. (YAZBEK, 2010,, p. 153).

De uma forma mais generalizante, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), considera a vulnerabilidade de uma população quando esta vive em situações:

[...] decorrentes da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos), e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionados ou de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, entre outras). (BRASIL, 2005, p. 33).

O conceito utilizado na PNAS pode ser mais bem explorado, levando a pensar que o conceito de vulnerabilidade pode se tornar um termo mais complexo, pois, segundo Rocha (2007), é constituído por diferentes concepções e dimensões que podem voltar-se para o enfoque econômico, ambiental, de saúde, de direitos, entre tantos outros. Ainda que essa temática venha sendo trabalhada ao longo de anos, cabe salientar que ela consiste em um conceito em construção, tendo em vista sua magnitude e complexidade.

6.2 Os gatilhos da obesidade

Embora a definição de obesidade, seus fatores de risco e complicações serem bem conceituados pela ciência médica, na prática e no cotidiano de grande parte da população, esses conceitos são desconhecidos, mal compreendidos (ou reinterpretados) e/ou, em boa medida, negligenciados pela influência do sistema social e dos discursos hegemônicos levando a crer que há, ainda, muito caminho a ser percorrido no processo de aceitação das diferenças.

Diante disto, como será visto, essa categoria é composta pelos depoimentos que fornecem elementos representacionais importantes sobre as causas da obesidade, na visão dos/as entrevistados/as. Neste tópico, observa-se que as explicações sobre a causa da obesidade se sustentam em uma visão reducionista do fenômeno saúde e doença. O olhar sobre a obesidade é visto, em boa medida, como problema físico ou emocional, como biológico ou psicossocial, mas, excepcionalmente, como fenômeno com várias dimensões inter-relacionadas. Neste reconhecimento da compreensão das causas da obesidade, pelos sujeitos, atores da pesquisa, é possível entender muitas atitudes e práticas deste grupo.

Nos discursos, foi possível observar que o início da obesidade ocorreu de forma similar entre os sujeitos, especialmente devido às mudanças ocorridas em suas vidas que lhe causaram, de certa forma, pressão psicológica. Para eles, os gatilhos para o início do processo de ganho de peso foram: a *experiência da gestação*, os *hábitos de vida*, os *eventos traumáticos* pelos quais passaram e a *hereditariedade*, tornando-se esses, portanto, elementos representacionais significativos.

6.2.1 Gravidez

A gravidez é um momento de transição natural que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano; entretanto, para muitos autores, é um período que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões da vida, sobretudo, no tocante à nova definição de papéis. (CAMACHO *et al.*, 2006). Além disso, a gravidez pode acarretar mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas, econômicas e mesmo sociais, e estas podem ser temporárias ou permanentes. (FALCONE *et al.*, 2005). Neste período, muitas gestantes podem demonstrar tristeza ou ansiedade ao invés de alegria, pois trata-se de uma experiência sempre inédita e, que reflete, em um aumento vertiginoso da responsabilidade. A literatura vem demonstrando que o período gravídico-puerperal é a fase em que pode haver maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o seu bem-estar e prevenir dificuldades futuras para ela e o/a filho/a. Para Maldonado (2017), a intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais e culturais. Em muitos casos, a gestação é um período de transição entre a adolescência e a vida adulta, como verifica-se nas falas a seguir de algumas entrevistadas:

“Eu nunca fui uma criança magra, mas aos 21 anos eu casei e em 6 meses eu engravidei, tive minha primeira filha; e quando ela tinha 1 aninho e 3 meses, eu engravidei de novo e tive que fazer laqueadura com 23 anos. Neste tempo eu comecei a ganhar peso. Tive que deixar minha filha com minha mãe por um tempo porque tive muitos problemas de saúde, meu marido trabalhava e chegava cansado e cada vez o peso aumentou mais, mesmo quando eu estava em acompanhamento com a nutricionista; eu não conseguia perder peso”. (G1).

“Depois que eu tive os filhos. Depois da primeira filha eu comecei a engordar, engordar; depois que ela nasceu, começou aquele peso e eu não consegui mais voltar ao peso anterior. Eu tinha muita preocupação, não sabia se estava fazendo certo, meu marido pouco me ajudava”. (E2).

“Quando eu ganhei a minha filha eu não pesava tanto, pesava no máximo 83kg. Depois que eu ganhei ela eu fui engordando e não parei mais”. (E8).

“Depois que eu tive neném, que foi com 24 anos, é que me caiu essa barriga”. (E1).

“Depois que eu tive meu último menino, faz uns 14, 15 ou 16 anos. Antes disso eu era gordinha, mas não obesa. Meu peso variava entre 69kg e 74kg, eu nunca tinha passado disso”. (E6).

O nascimento de um filho, sobretudo o primogênito, pode acarretar em uma transição importante na vida do casal, especialmente da mulher já que, histórica e culturalmente, lhe é concebido o papel idealizado e imposto de principal responsável pela criança. (STAUDT e WAGNER, 2008). Além do apelo cultural, a mulher está “respaldada” pelo senso comum de que a ela compete a tarefa de educação na família (WAGNER, 2002) e isto pode se tornar um estresse físico e mental. (CAMACHO *et al.*, 2006). Miranda, Dias e Brenes (2007) corroboram com Camacho ao relatar que a gravidez constitui o evento de vida mais complexo da experiência humana, podendo ser considerado um agente estressor que produz alterações biopsicossociais na mulher, cujas repercussões são diretamente influenciadas pela carga genética, pelo desenvolvimento psicológico e pela estrutura social que a cerca.

As duas falas iniciais retratam bem isso. As diversas formas de vivenciar os papéis que se desempenha no contexto social, influenciam e são influenciadas pelas partes que os constituem, caracterizando um dinamismo relacional não apenas entre os sujeitos, mas entre eles e a cultura e, entre os sujeitos e suas crenças, seus modos de pensar, ser e agir, além da própria influência de pensamentos, crenças e valores daqueles que lhe cercam. (STAUDT e WAGNER, 2008; MORAES, 2004). Deutsch (2001) considera, ainda, o fato de que os aspectos legais, apesar de toda a evolução, ainda contribuem para a manutenção de um modelo mais tradicional de parentalidade, pois se encontram fortemente atrelados às dicotomias diante dos gêneros masculino e feminino.

As três falas posteriores retratam o mal-estar do ganho ponderal pelas entrevistadas. Percebe-se que o aumento progressivo do peso após a gestação causa maior angústia a partir do momento que, conforme a classificação do discurso médico, os níveis de peso chegam a, então denominada, obesidade. A partir desses relatos reais foi possível inferir como o discurso médico sobre a obesidade ultrapassa os

muros da biomedicina disseminando seu saber a outros campos, conseguindo produzir conceitos e parâmetros que serão incorporados por todo o corpo social, interferindo no cotidiano das pessoas e produzindo normas que modelam a própria vida social.

Na visão de Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011), o saber médico, portanto, não é neutro, como supunha o positivismo, pelo contrário: seus conceitos podem ser vividos como atributos individuais e reproduzidos pelos próprios sujeitos enquanto defeitos pessoais, embora sejam fenômenos culturais, subjetivos e construídos no meio social. (CAMPOS *et al.*, 2016).

6.2.2 Hábitos de vida

Esta categoria temática demonstrou-se relevante pois trouxe à tona elementos representacionais significativos. Como pode-se perceber nos depoimentos, as mudanças nos hábitos de vida podem, em boa medida, trazer ansiedade, medo e preocupação para quem vive esta experiência, podendo interferir, negativamente, no processo de sociabilidade e, mesmo, no modo de ver e agir sobre si mesmo/a:

“Depois que fui para a cidade trabalhar de empregada, e na cidade tudo é diferente. Como se diz, lá no sítio a gente tinha uma vida diferente, uma coisa mais natural que..., e aí vai para a cidade morar sozinha e só vai achando o que é mais fácil, vai mais para os salgadinhos, essas coisas assim”. (E2).

Para muitos autores, a migração é uma dinâmica comumente observada no curso de vida dos sujeitos. Ela pode ser tanto positiva, tornando-se uma oportunidade de mobilidade social por meio de aprendizado sociocultural, quanto negativa no sentido de perda de suas redes sociais originais, podendo resultar em um isolamento social e, mesmo, simbólico. (MARQUES, 2013). A migração neste caso, do meio rural para o urbano, entre classes subalternas e classes superiores, revelam grandes mudanças de cotidiano na vida da entrevistada, tendo que conviver com hábitos culturais diversos, em meios sociais, por vezes, distintos e desiguais.

A partir do depoimento acima, foi possível realçar várias outras questões que podem, em boa medida, compreender o processo de transição do modo de vida desta entrevistada. O tipo de atividade ocupacional exercido por ela ao migrar para a cidade, por vezes, informal e de baixa remuneração (FERREIRA *et al.*, 2010; FERREIRA e MAGALHÃES, 2011) pode influenciar nas suas práticas alimentares e formas de consumo. Yoshino (2010) refere que a comensalidade contemporânea necessita de adaptação dos sujeitos ao meio urbano, ajustando a alimentação à questões de tempo, espaço e possibilidades financeiras.

De acordo com Netto e Braz (2006, p. 74), a divisão social do trabalho faz com que a própria ação dos humanos se torne um poder alienado deles e a eles oposto, que os subjulga, em vez de serem eles/elas a dominá-lo. Assim que o trabalho começa a ser distribuído, cada sujeito tem uma atividade determinada e exclusiva que lhe é imposta e a qual não pode sair se não quiser perder seus meios de subsistência. E essa fixação da atividade social, segundo os autores, “escapa ao nosso controle, contraria as nossas expectativas e aniquila os nossos cálculos”. E isso tem forte relação com o estresse, promotor de problemas de ordem psíquica e psicológica, como ansiedade e depressão, interferindo no modo de vida.

Ainda neste sentido, é fundamental apresentar os escritos de Vera Navarro (2006) ao analisar a relação entre o trabalho, saúde e tempo livre dos trabalhadores na sociedade capitalista. A autora afirma que o contexto da precarização do trabalho propiciou o crescimento da incidência, entre os trabalhadores, de doenças como a depressão, a síndrome do pânico, o estresse, fumo e alcoolismo, dentre outros transtornos que apresentam comprovada relação com as precárias condições de trabalho.

Ainda de acordo com Navarro (2006, p. 56):

A análise da equação trabalho/saúde/tempo livre nos dias atuais passa, pois, pela compreensão da lógica que rege a intensificação do trabalho na sociedade capitalista contemporânea. Lógica esta que desemprega, extingue empregos formais e cria toda sorte de trabalhos precários; lógica que produz tecnologias altamente sofisticadas que permitem o aumento nos ganhos de produtividade, diminuição do tempo necessário para a produção e, ao mesmo tempo, amplia a jornada de trabalho e intensifica a utilização de horas extras em prejuízo da saúde e do tempo livre das pessoas.

O fato desta participante passar a morar sozinha, lhe recaiu exclusivamente a responsabilidade de subsistência: aluguel, contas de água e luz, de

mercado, etc, e de organização do modo vida, de lazer e das condições de vida, atividades que antes, provavelmente, se diluiriam com o restante de sua família. O fato da entrevistada morar sozinha lhe permitiu, também, autonomia para escolher alimentos diante da profusão de oferta, mesmo que estes possam não ser considerados saudáveis.

Outro elemento do campo representacional, referido pelos/as depoentes enquanto gatilho para o início da obesidade, foi a época da infância, sobretudo, o início da vida escolar. Segundo Tounian (2008), assim que o excesso de peso é reconhecido, não apenas pela própria criança, mas pelos seus pares, ela torna-se alvo de zombarias. A obesidade infantil talvez seja o fenômeno social que mais agrega 'vítimas'. Tais representações, quando por meio do *bullying*, inscrevem marcas depreciativas nos sujeitos, sejam esses pertencentes à escola ou a qualquer outro lugar social, podem carregar por toda a trajetória de sua vida, como é observado no relato a seguir:

“Desde a infância, desde quando eu comecei a ir à escola, que eu não conseguia fazer as atividades [físicas] que os outros faziam, eu tinha vergonha, aí eu me fechei: não ia brincar, me fechei, ficava no corredor paradinha, esperando a próxima aula, não ia me mexer [...]. Eu poderia ter tido incentivo, naquele tempo a gente não tinha a obrigação de fazer a educação física, então eu não tive aquele incentivo de alguém me dizer: ‘vamos!’. [...]. No ano 2000, minha mãe caiu e quebrou o fêmur, daí eu saí do emprego de zeladora para cuidar da mãe, e foi onde eu fiquei mais sedentária. Eu não tinha motivo para sair, não podia sair. Eu gosto de baile, aí eu ia de vez em quando [...], mas quase não saía, ou saía rapidinho para ir ao comércio e já voltava [...]”. (E9)

Observou-se neste depoimento, a falta de confiança e segurança vivenciada pela criança em seu meio, importantes ferramentas para o desenvolvimento da personalidade e da identidade. Para Giddens (1991), essa segurança é a crença que a maioria dos seres humanos tem na continuidade de sua auto identidade e na constância dos ambientes de ação social e material em que vivem, ou seja, uma sensação de confiança inquestionável nas pessoas e coisas ao redor. Trata-se de um fenômeno emocional, não exclusivamente cognitivo, e está enraizado no inconsciente, não em formas racionais de ação. (FREUD, 2011).

Assim, uma pessoa que tenha interiorizado uma visão de mundo que inclua a insegurança e a vulnerabilidade recorrerá, rotineiramente, mesmo na ausência de ameaça genuína, às reações adequadas a um encontro imediato com o perigo, o medo, derivado desta percepção de mundo; e, na visão de Bauman (2008), acaba por adquirir uma capacidade de autopropulsão.

Desta forma, o *medo*, segundo Bauman (2008), é o nome atribuído às dúvidas, à falta de compreensão da ameaça que atinge o indivíduo e do que deve ser feito em relação a ele, para fazê-lo parar, ou mesmo, enfrentá-lo.

Outro aspecto de relevância ao analisar esse relato foi a falta de apoio e a participação dos pais na vida escolar dos filhos colaborando com a escola no sentido de se obter um trabalho de classe mais equilibrado. A presença dos pais na vida escolar permite, entre vários aspectos, melhorar a adaptação da criança à escola, fortalecer o vínculo família-escola (LIPPITZ e LEVERING, 2002 apud CHECHIA e ANDRADE, 2005) e, por serem atores sociais, mantêm redes sociais que podem afetar o papel da educação dos filhos, reduzindo, por exemplo, sentimentos e ações de violência e preconceito. (SHELDON e HOPKINS, 2002; MAPP, 2003). Chechia e Andrade (2005) advertem, ainda, para a necessidade de que a família fortaleça o conhecimento e o significado de escola para a criança e que a escola possa confirmar esses significados e conhecimentos, contribuindo, sobretudo, com a isonomia das crianças, fortalecendo a base das relações sociais.

Chechia e Andrade (2005) argumentam, no entanto, que alguns pais pouco podem ajudar na vida escolar de seus filhos, pois se recolhem na ignorância, na inferioridade e demonstram carência de orientação, muitas vezes, por não serem instruídos para agir e orientá-los. Contudo, neste caso, a escola e seus professores devem atentar-se a motivar a família para o convívio escolar e, fortalecer na criança, a estima positiva enquanto ser e sujeito social.

Sem esses apoios, a criança pode se limitar ao crescimento e desenvolvimento pessoal; especialmente, quando sofre algum tipo de preconceito no ambiente escolar, como foi o caso do relato acima. Assim, sem apoio emocional e sem deixar transparecer, a criança vai modificando seu comportamento evitando situações que a colocam em dificuldade, em particular a atividade física ou as circunstâncias nas quais ela precisa mostrar seu corpo. A dificuldade de manter boas relações sociais e, mesmo, a redução de atividades escolares como, por exemplo, a atividade física, acarretam em diminuição da autoconfiança que podem, em boa

medida, persistir até a fase adulta comprometendo sua subjetividade e as relações sociais.

Para alguns entrevistados/as, o fato de “comer demais” foi a explicação referida enquanto fator para o seu ganho de peso:

“Até os 55 anos eu pesava 56kg, mas daí fui relaxando e comendo muito! Comia mesmo, não vou falar que não comia! Fazia muita misturada, de tudo quanto era coisa. [...] Aí eu chegava em casa depois do trabalho e pensava: ‘eu trabalhei tanto! Eu mereço!’, daí eu fazia um macarrão bem caprichado [...]. Eu comia muita massa. E daí foi indo, foi indo e só engordando! [...] Eu cheguei a pesar 109kg”. (G2)

“Nas gravidezes eu comia muita coisa errada, era batata, pizza, essas coisas assim, aí eu engordava [...]. Eu trabalhava numa lanchonete de escola, eu saía de casa já tomada café, chegava às 10 horas, tinha a comida das crianças, e eu comia! Chegava meio dia, comia de novo! Lanche da tarde, comia de novo! Macarrão, pão, essas coisas assim! Então, eu acho que, para mim, foi a comida mesmo que me levou a obesidade”. (G11).

“Eu sempre fui gordinha, eu nasci gorda e, antigamente, os pais achavam bonito, principalmente o pai. [...] A gente morava num sítio, e a gente era muito pobre, e lá a gente comprava aqueles sacos de açúcar e minha mãe fazia balinhas com ele, ela derretia o açúcar e fazia balinha e eu comia o dia todo. Eu chegava do colégio e já ia direto comer balinha. Então, quando eu já tinha idade de começar a sair e reparar em tudo... ‘você é gorda!’, ‘você é isso e aquilo!’. E eu sempre trabalhei em cozinha, em restaurante, imagina eu lá, [...] e naquela época existia a Tubaína⁵⁸, e eu tomava o tempo todo! E eu fui só aumentando (ganhando peso)”. (G9).

Observou-se em todos os depoimentos acima, a relação do alimento enquanto “excesso” ou “carência” de qualidade, pela escolha entre “correto” e “incorreto”, pela “boa ou má alimentação”. Estes conceitos enraizados culturalmente por meio do discurso médico-científico são baseados na dualidade entre o certo e o errado. Petersen (1997) chama a atenção para a ocorrência, neste processo, de uma espécie de dissolução das fronteiras entre os saudáveis e não saudáveis uma vez que todas as coisas passam a ser fontes potenciais de risco e todos podem os sujeitos são vistos como ‘em risco’.

⁵⁸ Tubaína (ou também conhecida como turbaína) é um tipo de refrigerante regional, típico do interior do estado de São Paulo, tradicionalmente à base de guaraná, com flavorizantes e aromatizantes de *tutti-frutti*. (TUBAÍNA...2018).

Nesse arcabouço, o saber médico, científico e epidemiológico é rotineiramente empregado como a ‘verdade’ para construir os ‘problemas’ alimentares ou de saúde que levam os sujeitos ao desvio e, portanto, ao adoecimento. Estes conceitos internalizam em suas consciências, moldando sentimentos de inadequação ao mundo devido **suas**⁵⁹ escolhas ‘erradas’. Diante dessas escolhas, a sociedade acusa o indivíduo como sendo único responsável pela deformação de seu corpo e pelo espaço que ele ocupa - afinal é ele quem decide o quê e quanto comer, evidenciando, claramente, o julgamento moral enquanto marca corporal de compulsividade, desleixo e/ou preguiça. (STENZEL, 2007).

6.2.3 Ocorrência traumática

A busca de uma causalidade para a condição de obesidade em alguns participantes está associada a uma prévia ocorrência de um evento, nestes casos, indesejáveis, como foi a experiência de morte de familiares e separação familiar, o que desencadeou ansiedade e, em alguns casos, depressão:

“Quando minha esposa morreu, vai fazer 24 anos já (voz baixa, tristeza). Então, quando ela morreu, ela deixou o menino com 1 ano e meio, ela morreu com 18 anos. [...] aí eu fui pegando aquela ansiedade, que é difícil (sorriso). Eu comecei a comer demais, fui engordando, fui engordando e cheguei aos 167kg”. (E3).

“(Suspiro) foi muita coisa que aconteceu na minha vida! Para começar, eu perdi minha mãe com 14 anos e logo eu casei, com 16 anos e tive a minha filha. [...] E tempos depois a minha avó faleceu também, então, foi assim: uma coisa levando a outra!”. (G8).

“Depois de alguns anos veio a separação do meu primeiro casamento! Eu concordo que, às vezes, é a comida mesmo, porque a gente não se controla, não é porque a gente come demais, mas se você não se controla, que nem eu, quando eu não estava bem, acaba comendo demais. [...] eu não estava bem psicologicamente, era ansiedade! Comia, comia, comia por causa da ansiedade, daquela tristeza da separação; por ter que levar meu

⁵⁹ Grifo nosso.

filho ao psicólogo por causa da separação e eu fui (mostra com as mãos o aumento do seu tamanho corporal)". (G11).

"Meu pai foi embora! Meus irmãos se dispersaram pelo mundo afora. Nos dois primeiros anos foi indo, mas depois... o escape é comer. Você não tem a intenção de comer tanto naquele momento que você vai comer, você nem come tanto naquela hora, mas daqui a pouco "você come uma coisinha ali, belisca uma coisa e belisca outra! Tem dias que você não sabe o que fazer para passar o tempo e você está sozinha, você não tem ninguém, e você vai beliscando e daí vai indo [...]. Eu vim embora para cá para passear, mas aí não me deixaram mais voltar, aí foi outro sofrimento! Porque eu sentia um luto, porque lá [morava no Mato Grosso] eu tinha casa, minha família lá e eu fiquei sem nada aqui! Não me deixaram voltar porque era muito longe, eram dois dias e meio de viagem e só eu que estava lá, então me obrigaram a ficar aqui! Então eu passei um ano e pouco assim... eu engordei os 50kg que eu tinha conseguido perder e ainda ganhei mais 20kg de presente!". (G8).

Outros eventos considerados traumáticos pelos sujeitos entrevistados foram o acidente automobilístico, situações de perigo e descoberta de doenças:

"Há uns oito anos atrás (pausa). Na verdade, eu nunca fui magrinha, né? Mas até 8 anos atrás eu conseguia controlar com a alimentação, com dieta, com atividade física. A partir do momento que eu sofri um acidente, e eu já estava com 84kg, já não era magra, já estava com sobrepeso, daí eu não consegui mais voltar para o peso que eu tinha antes nem consegui manter. Esse acidente lesionou bastante, corri o risco de ter amputada a minha perna [...]. Fiquei afastada por uns seis meses, depois não conseguia andar direito, porque a lesão comeu a cartilagem. Daí quando eu voltei para o trabalho eu estava com 110kg, 115kg. [...] E teve a depressão, porque não é só a obesidade, só o peso, tem a depressão e várias outras coisas, ansiedade, e tudo vai acarretando". (E7).

"Eu fui embora para o Mato Grosso, e lá eu fiquei isolada de todo mundo! Lá eu trabalhava numa firma que o pessoal invadiu. A gente saiu, graças a Deus, com vida, mas saímos de lá só com a roupa do corpo, então foi um baque muito grande. Quando você está no meio do tiroteio, você pensa até que na no meio de uma novela: nossa! Era muito tiro, muito tiro, mas, graças a Deus a gente escapou daquilo ali e... com esses eventos eu fui ganhando mais peso". (G8).

"Quando eu estava com uns 60 anos, eu estava com 64, 65kg, estava bom; aí depois eu descobri que eu estava com a pressão alta e aí eu comecei a engordar e não parei mais! Eu sempre fui magra, quando eu me casei eu estava com 47kg, daí em diante... foi muita doença, muita coisarada, e eu fui deixando de mim". (G5).

6.2.4 Hereditariedade

Para a ciência médica, como já foi abordado neste trabalho, a coexistência de obesidade em vários membros da mesma família confirma a participação da herança genética na incidência da obesidade. (FERNANDES; FUJIWARA e MELO, 2011). Nos depoimentos abaixo, verifica-se, claramente, a reprodução do discurso médico pelos/as depoentes no sentido de que a obesidade e os padrões corporais da família são consideradas como uma herança, sendo possível, portanto, prever seu “destino” ao observar outros corpos familiares:

“Eu sempre fui gordinha, desde criança. Na minha família somos gordos e grandes. Com o passar dos anos eu fui engordando cada vez mais”. (G1).

“A família tem a propensão de ter a obesidade”. (G1).

As alterações genéticas como fator etiológico da obesidade são consenso, segundo a ciência médica, por exercerem uma importante influência no acúmulo excessivo de gordura corporal. Um evidente sinal disso são as ‘experiências científicas’ que comparam duas pessoas que comem a mesma quantidade de comida, entretanto, uma engorda e a outra não. Essa influência também pode ser vista em famílias nas quais vários membros têm problemas com a balança, mesmo tendo estilos de vida bastante diferentes. Entretanto, por melhor que a teoria genética para a obesidade seja a mais aceita e, também, a menos contestável, é preciso atentar aos múltiplos fatores que podem elevar o peso de um sujeito. Aqui se apresenta mais um problema em relação à epistemologia da ciência médica, muitas vezes generalizante. É importante ponderar que a obesidade tem diversas causas que envolvem também fatores psicológicos, nutricionais, socioeconômicos e culturais, destacando, portanto, seu caráter multifatorial, apontando-a como resultante de vários fatores internos e ambientais, atuantes, na maioria dos casos, de forma combinada.

Assim, é preciso discutir a etiologia da obesidade relacionando os seguintes fatores: 1 - mecanismos genéticos, fisiológicos e hereditários (DALCASTAGNÉ *et al.*, 2008; GOUVEIA *et al.*, 2007), responsáveis por alterações de genes, hormônios e do próprio sistema neural que influenciam os sinais de curto e

longo prazo relacionados à saciedade e à regulação do peso corporal. Mas também, e não menos importantes: 2 - questões socioeconômicas (GOUVEIA *et al.*, 2007; CAMPOS; LEITE e ALMEIDA, 2006; STUNKARD e SORENSEN, 1993) e; 3 – questões demográficas (WANDERLEY e FERREIRA, 2010; OLIVEIRA; VELASQUEZ-MELENDZ e KAC, 2007) por promoverem mudanças na alimentação e no estilo de vida dos sujeitos (FARIAS JÚNIOR e SILVA, 2008; MENDONÇA e ANJOS, 2004) ao longo dos anos, devido a uma série de elementos que é preciso considerar, são alguns deles: a divisão social do trabalho, as ampliações do mercado consumidor e da diversidade dos produtos nas prateleiras, o barateamento dos produtos (sobretudo de alimentos ricos em farinhas refinadas e gorduras), o aumento do poder aquisitivo de parcela da população, além do avanço das tecnologias de trabalho e de bem-estar que minimizaram o recurso manual aumentando, a incidência de sedentarismo. Finalmente, 4 - fatores de ordem psicológica e psíquica, ligados às questões comportamentais que resultam em estresse, baixa autoestima, ansiedade e depressão. (DALCASTAGNÉ *et al.*, 2008; KEHER *et al.*, 2007; OLIVEIRA; VELASQUEZ-MELENDZ e KAC, 2007). Em síntese, é a junção de vários destes fatores que atuam de forma confluyente e que, portanto, influenciam o ganho de peso de um sujeito. Nesta esteira, Stunkard (2006, p. 28) complementa:

Os determinantes genéticos e ambientais da obesidade não estão em conflito. Não é uma questão de genes ou de ambiente ou de genes *versus* ambiente, mas de genes e ambiente; nenhum deles atua sozinho para determinar o prognóstico clínico. Pelo contrário, este prognóstico é determinado pela combinação de vulnerabilidade genética e eventos ambientais diversos.

Nesta busca desenfreada pela descoberta da causa-efeito, é fato que a discussão sobre obesidade não pode ficar restrita ao âmbito da genética, isoladamente das condições sociais. Não é possível responder à pergunta: a obesidade é uma questão genética ou social? Dicotomizar para explicar não dá conta da complexidade da questão. Se pensarmos em mutação genética de forma isolada, o problema do reducionismo certamente permanece presente.

Assim, entende-se que para a ciência médica, é preciso que seu discurso seja verificado dentro de suas possibilidades epistemológicas. Como em qualquer ciência, no seu bojo há uma vontade de chegar ao final, à explicação que

ninguém chegou, à verdade (FOUCAULT, 2004b). Entretanto, para cada tentativa, há suas consequências que repercutem nas interações da vida cotidiana. Afinal, ninguém gostaria de ser chamado de “mutante”, uma pessoa que nasceu com uma doença inscrita nos genes.

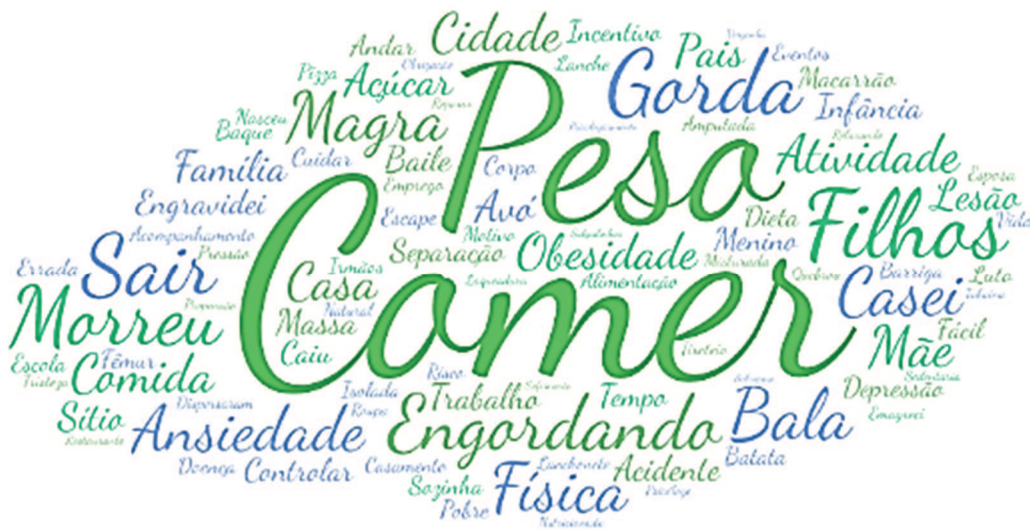
Corroborando com esta reflexão, Costa (2004) em análise crítica sobre a prospecção genética para a explicação de qualquer predicado humano, o autor chama a atenção ao fato de que a capacidade que as pesquisas genéticas têm de vir a reforçar, eventualmente, pressupostos discriminatórios. E se isso ocorrer, mesmo que as pesquisas sejam corretas do ponto de vista técnico-científico, podem ser consideradas eticamente questionáveis:

Quando um pesquisador afirma que vai descobrir qual é o gene da depressão, ou descobrir o que faz o negro ser diferente do branco, ou qual é o gene da homossexualidade, etc., o que ele está fazendo é, de início, criar categorias sociais e morais, como as do deprimido, do negro, do branco, do homossexual, do obeso, etc. (...) Em face da transformação da família, criam-se os "guetos identitários". Ou seja, de um lado está o núcleo produtivo, "respeitável"; de outro, surgem os guetos dos exilados da cidade: os guetos gays, de negros, de lésbicas, de sadomasoquistas, de velhos, de terceira idade, de obesos etc. (...) Como veem, nem tudo que se apresenta como "pura ciência" não é tão puro assim. (COSTA, 2004, p. 141-143).

Como observado nos depoimentos, pode-se inferir que o desenvolvimento da obesidade deve ser analisado não como algo natural na sociedade devido a um “comportamento inadequado” ou um “gene alterado” mas que depende, principalmente, de vários determinantes biológicos e sociais – intrínseco e extrínseco ao sujeito - passando assim, a um nível mais complexo de interações cujos fatores estão enraizados, em boa medida, na estrutura e funcionamento da sociedade capitalista e no sistema de organização social em que vivem estas representações.

A Nuvem de Palavras abaixo (Figura 4) deixa evidente os conceitos mais manifestados nos extratos de texto que compuseram esta categoria.

Figura 4 – Nuvem de palavras que compôs a categoria ‘Gatilhos da obesidade’.



Fonte: elaborado pela autora.

Apesar da maioria dos entrevistados referirem uma unicausalidade para a situação de obesidade, a nuvem de palavras acima demonstra uma predominância de sentimentos sobre o ato de comer (comer bala, comida, açúcar, massa, batata, lanche, controlar, macarrão etc.) seguido das relações da aparência física (peso, gorda, magra, engordando, física, obesidade), o que reforça o pensamento sobre a balança ética das quais se equilibram os/as entrevistados/as. Nas palavras de Stenzel (2007), transgredindo às prescrições culturais.

Segundo esta autora, a transgressão às normas de como portar-se, como cuidar bem do corpo ou como bem consumir é “uma ameaça ao equilíbrio prescrito pela Modernidade”. (STENZEL, 2007, p. 94). Portanto, qualquer tendência ao excesso é vista de forma negativa, pois consumir em excesso ou ter um peso em excesso é uma forma de transgredir. Assim, o sujeito pós-moderno vive em uma constante tensão: por um lado a ética do consumo que induz ao excesso e, por outro, a ética do controle, que reprime e cria sentimentos desconfortáveis diante de todo e qualquer excesso.

Em síntese, a partir dos discursos sobre os gatilhos da obesidade para os participantes incute-se que as experiências de vida, a tradição familiar e de grupo fornece ao sujeito uma relação de causa-efeito que consiste no acúmulo de

conhecimentos emaranhado e intricado pela prática social. A situação de obesidade passa a ter uma relação conflituosa com o social, fazendo com as pessoas elaborem uma teoria causal constituindo um modelo explicativo desta condição. E, para elaborá-las, conforme Adam e Herzlich (2001), o sujeito se apoia numa multiplicidade de elementos disponíveis no seu contexto sociocultural, mas que serão apropriados de diferentes formas em virtude da distribuição desigual e das singularidades da trajetória de vida de cada pessoa.

6.3 Descobrimo-se obeso

Esta categoria gera campos representacionais como ilustram os depoimentos a seguir:

“Eu fui percebendo que eu estava engordando, mas não me incomodava porque eu sempre fui cheinha, toda cheinha, então eu não me incomodava. A gente começou a prestar atenção depois da menstruação. Começou a aumentar o número da roupa, essas coisas, daí a gente vai percebendo, né?”. (E1).

“Ninguém chega para a gente e fala que você está gordo, né? (risos). A gente percebe pelas roupas que já não servem mais e depois pelas coisas que você fazia e agora sente dificuldade para fazer, como trabalhar, por exemplo”. (E2).

“A pessoa se sente. Quando estava engordando, estava sentindo, foi quando eu estava no período de recuperação por causa do meu acidente. E quando eu voltei para o meu trabalho, as pessoas, meus colegas do meu trabalho diziam: ‘nossa, como você engordou?’”. (E7).

“Eu mesma percebi que eu estava engordando”. (E8).

Nota-se que este processo de vivência do ganho de peso não prejudicou ou anulou seus modos de vivenciar o mundo; para eles/as, até então, não se tratava de algo prejudicial a sua saúde, ou seja, não relacionavam o “excesso” corporal com doença, propriamente.

Para Yoshino (2010), o processo da “construção social da saúde” intermediada pelo corpo a partir da objetividade cartesiana, provocou transformações nas maneiras de sentir, pensar e agir, contribuindo para a mudança dos padrões corporais através dos tempos. Atualmente, o sujeito é facilmente classificado como “normal” ou “anormal” pelos olhares de si ou dos outros, como demonstra, claramente, o depoimento a seguir:

“A gente se percebe, mas sempre tem alguém que fala: ‘Como você está gorda!’”. (E6).

É importante destacar, no depoimento acima, como, muitas vezes, reforça-se a negatividade de uma determinada identidade e nem se percebe, como por exemplo quando se utilizam rotineiramente palavras estereotipadas para se referir a um sujeito em situação de obesidade. Com essas atitudes discursivas, não se está descrevendo, apenas, a compleição corporal de uma pessoa, mas, ao contrário, está inserindo-a em um plano discursivo que contribui ainda mais para produzir, de forma negativa, sua identidade social.

Estes conceitos arraigados que a sociedade contemporânea mantém, encara o corpo enquanto um artefato modulável, cujas ‘peças’ podem ser facilmente substituídas, na medida em que ocorrem ‘desajustes’. Assim, esta supervalorização da magreza, na qual a sociedade deslumbra, transforma a gordura em um símbolo de falência moral e o obeso, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar uma marca moral indesejável, ou seja, um estigma, na medida em que as pessoas atribuem juízos de valores pejorativos a esta condição.

Na perspectiva das ciências humanas e sociais, este depoimento é de extrema relevância na medida em que a quantidade de gordura corporal desqualifica o sujeito devido à não-adequação aos padrões vigentes de aparência física (MATTOS e LUZ, 2009). Nessa lógica, o corpo magro parece ser o único tipo de corpo valorizado e reconhecido como legítimo na sociedade atual e, isso pode gerar sofrimento e adoecimento nos sujeitos que não se enquadram nos padrões hegemônicos de beleza.

Assim, o lidar com a percepção do corpo do outro cria-se trepidações e sofrimentos para si. O corpo de uma pessoa com obesidade reflete, como um espelho, o *Ser* do *Outro*. Refletindo sobre o indivíduo, pode-se inferir que este está envolvido com o mundo e, simultaneamente, com o outro em uma ligação que é difícil limitar fronteiras. Ao se projetar no mundo, se desenha, também, as condutas dos outros. O mundo social, na visão de Merleau-Ponty (2006) deve ser redescoberto na dimensão da existência e o indivíduo situado em relação a esse mundo social, pois o social já existe quando conhecemos ou julgamos.

Quando a descoberta da obesidade ocorre a partir do outro, pode-se apreender e interpretar a experiência sob diferentes olhares. A partir das interações estabelecidas com os outros sujeitos, o indivíduo pode redimensionar sua relação com o mundo a sua volta, abrindo ou fechando possibilidades de acesso ao mundo da experiência vivida pelo outro sujeito/corpo, como se observa nos relatos a seguir:

“Foi aquele médico. Eu não tinha essa noção”. (E3).

“Eu fui perceber quando eu tentei engravidar e não consegui. [...] e quando eu fui consultar com o ortopedista, ele me disse que era por causa do peso e que eu tinha que emagrecer”. (E5).

“Quando eu vim fazer uma consulta aqui em Cascavel, que o médico falou que eu estava com os pulmões cheio de gordura, coração cheio de gordura, tudo cheio de gordura. Foi aí que eu vi que eu tava gorda...”. (E8).

A condição de obesidade é vivida somente pela pessoa que a possui, entretanto, o meio em que vive pode participar (mais ou menos empaticamente) desse processo, sobretudo, a figura do médico, o ‘detentor do conhecimento’.

Percebe-se como o sujeito passa a receber o *status* de doente e que essa gordura nociva deve ser, imediatamente, removida. Assim, faz-se necessário buscar tratamentos “efetivos” para esta patologia, pelas mais diversas formas de controle, para atingir o modelo de normalidade que seria a consonância entre saúde e beleza, através de exercício, consumo de drogas e práticas alimentares desgastantes (MISKOLCI, 2006), com o intuito de transformá-lo e adequá-lo aos padrões considerados normais.

De acordo com o paradigma biomédico, as doenças são como objetos concretos, muitas vezes despidos de seus significados social, cultural, emocional ou psíquico; isso faz com que a visão do médico, enquanto profissional de saúde, seja muito diferente da visão dos sujeitos sobre o mesmo processo, da suposta doença enquanto vivência, encarnada em seu corpo.

Assim, instituída como saber, a medicina, por seu discurso, fornece uma configuração concreta à sua prática, assegurando com isso, a hegemonia do saber ao fazer uma leitura dos 'seus pacientes', que diferem, muitas vezes, da sua auto percepção. Como observado nestes depoimentos, o discurso médico tem, em sua essência, a necessidade de explicar tudo, independentemente de quais serão as consequências dessa explicação nas esferas da vida social. Nesta perspectiva, é para a doença que o saber médico precisa propor um atributo, e não para o indivíduo, dada a autoridade científica que lhe é conferida. Conforme Costa (2004, p. 142):

[...] cada vez que falamos em público, falamos em nome de uma comunidade que detém, em grande parte, o poder de dizer a 'verdade', e creio que aí está nossa responsabilidade.

Segundo Foucault (2003), no entanto, o problema da medicina moderna em se apoiar na racionalidade anátomo-clínica se dá pelo fato de que, para conhecer uma determinada verdade sobre um fato patológico, o clínico deve abstrair a pessoa doente, pois seu foco é a doença. Como a principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente, o autor aponta que a prática clínica deveria ir muito além das evidências anatômicas e fisiopatológicas avaliando com estranheza esta soberania médica, afinal este:

[...] dirige-se ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que oculta este visível, mostrando-o; conseqüentemente, para conhecer, ele deve reconhecer. (FOUCAULT, 2003, p. 126).

Helman (2006) também demonstra que médicos e 'pacientes', mesmo situando-os na mesma origem social e cultural, veem os problemas da saúde de maneira diferente. Suas perspectivas podem estar baseadas em diversos paradigmas

explicativos, nos quais são empregados distintos sistemas de comprovação e avaliação sobre o processo de adoecer ou de estar saudável. A ciência médica, reafirma o autor, está pautada em uma orientação da descoberta e da quantificação das informações orgânicas dos sujeitos e não para fatores menos mensuráveis como os sociais e emocionais.

A obesidade é simbólica nesse sentido, pois o fato de se possuir um excesso de gordura (de acordo com preceitos cientificamente quantificáveis) leva a uma busca de outras doenças cujo diagnóstico é, objetivamente, relacionado a esse estado físico. Ou seja, se for gordo, associa-se diretamente ao colesterol elevado, a diabetes, problemas cardíacos, ortopédicos, etc. A compreensão em relação à vivência da pessoa obesa não se faz tão necessária, pelo contrário, a partir dos rótulos de doença, se cria outras possibilidades (por vezes, negativas e dolorosas) de um novo modo de existir com seu corpo.

Assim, o saber e a prática médica definem os termos do encontro da pessoa com sua doença. As consultas, exames e tratamentos compõem a experiência e seu conteúdo concreto. O diagnóstico e o prognóstico são os elementos essenciais a partir dos quais a pessoa em situação de obesidade tenderá ajustar-se à ruptura que, tantas vezes, a doença provoca. A realidade biológica fica, assim, socialmente modelada pelos cuidados de que é objeto. Conforme Adam e Herzlich (2001, p. 12):

Ao diagnosticar uma doença, enfim, o médico simplesmente decodifica um estado orgânico. Ao declarar que uma pessoa está doente, ele faz um julgamento que transcende seu estado orgânico e que, repercutindo sobre sua identidade, lhe determina um lugar na sociedade. Pelo estudo das instituições e profissões médicas, de seu funcionamento, podemos perceber, portanto, como uma ciência, colocada diariamente em prática por profissionais, interfere na sociedade.

Essa discussão chama atenção para o poder do discurso médico de "criar" doenças e doentes, já que, ao ser diagnosticado/a como doente se torna, em boa medida, estigmatizado/a para a sociedade. Ao declarar que a obesidade é uma doença e que há uma epidemia, o discurso médico está contribuindo para criar a realidade social desta condição, o que culmina em consequências diretas para a vida cotidiana do sujeito que a vive, ao passo de que, fugindo à "normalidade" o sujeito necessitará ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente.

Julgamos por isso tratar de discurso ‘hegemônico’ justamente porque seus saberes carregam em si o poder de interferir em práticas eminentemente sociais. Desta forma, os problemas da vida passam, quase que rotineiramente, a ser vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. O que foge ao comum, ao conhecido e ao valorizado, é o diferente e isso provoca estranheza, desconfiança, medo e repulsa. (TUNES e RAAD, 2006).

A Nuvem de Palavras criada a partir dos depoimentos dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, que compuseram esta categoria, demonstrou bem este sentimento de deslocamento do Eu-sujeito, para o Corpo Objeto-Eu, ou seja, o sujeito e suas múltiplas e cambiantes identidades se transforma em uma nova configuração reducionista, uma porção isolável, porém, central que é um corpo em excesso.

Figura 5 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘Descobrimo-se obeso’.



Fonte: elaborado pela autora.

Segundo Merleau-Ponty (2006, p. 205), o ser humano define-se pelo corpo e isto significa que a subjetividade coincide com os processos corporais. Mas, para ele, é preciso considerar que: “ser corpo é estar atado a um certo mundo”, e continua: “Quer se trate do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tenho outro meio de conhecer o corpo humano senão vivê-lo”. (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 269).

A partir desta reflexão, é fundamental buscar ultrapassar as relações de causalidade, argumentando que, na compreensão dos fenômenos, não se admite uma explicação puramente fisiológica, psicológica ou mista, mas da ordem da *vivência no mundo*.

Portanto, neste trabalho, sugere-se uma reflexão profunda sobre a vontade de definir a "verdade", na busca causal da obesidade que podem levar, de algum modo e medida, paradigmas que limitam o conhecimento das relações que envolvem os seres humanos e excluem outros condicionamentos inseridos no processo saúde-doença. Em suma, a então, diagnosticada "obesidade" pode provocar mudanças nos hábitos do indivíduo e no meio em que ele vive, influenciando na motivação e capacidade de lidar com seu corpo. Nesta lógica, o indivíduo deixa de ser o *Eu* para se tornar o *Obeso* e todas as consequências disto.

6.4 A obesidade é doença

Como já abordado em capítulos anteriores, a obesidade é compreendida enquanto doença, a partir do modelo médico já discutido neste trabalho. A partir desse raciocínio, esta categoria temática aborda como as RS dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave absorvem e reproduzem este discurso, transferindo-o para suas vidas cotidianas cujos resultados podem trazer consequências para sua subjetividade, ao mesmo tempo em que contribuem para mantê-la e/ou reconstruí-la.

6.4.1 Sou doente porque sou obeso/a

No bojo dessa lógica argumentativa, pode-se afirmar que o estado de saúde de uma pessoa em situação de obesidade está vinculado diretamente ao patológico, mesmo havendo uma normalidade fisiológica e/ou psicológica em seu corpo, ou quando o sujeito se sente bem, e não doente. No âmbito dessas

representações, a compleição corporal, em si, já se constitui uma desordem patológica, como é possível observar nos relatos abaixo:

“Não sou saudável! Tenho muita dor no corpo, muita dor nas costas, muita dor no joelho, minha coluna deu um desvio assim (mostra uma curva para esquerda) que nem o doutor falou, o ortopedista falou que não tem o que fazer, não tem cirurgia, não tem nada, é só emagrecer, por isso ele me encaminhou para cá! A minha diabetes está controlada, 109, não passa disso, mas estou tomando remédio!”. (E2).

“Doente. Falta de ar por tudo”. (E3).

“Meio doente. [...] eu tenho muita dor na coluna, minha perna também dói muito, também tenho problema no rim, problema no fígado, por isso que eu estou querendo fazer (a cirurgia)! O problema maior é para minha saúde. Então, por isso é que eu acho que eu sou doente. Eu ando bastante, eu quase não paro, mas aí começou essa dor na perna e essa carne aqui (apontando para a extremidade do pé) é adormecida, eu quase não sinto ela, dói os dedos e a sola (do pé) e eu não tinha isso”. (E5).

“Sim (enfática)! Indiretamente, sim! Porque a pessoa obesa vive cheia de limitação”. (E7).

“Eu sou uma pessoa doente, porque a gordura é doença, né? Eu penso assim, porque a gente faz de tudo para emagrecer e não consegue! Para mim é uma doença!”. (E8).

“Eu acho que sim! Talvez seja por causa disso que a obesidade é considerada uma doença e que as pessoas tão mudando um pouco a maneira de pensar sobre as pessoas que são obesas, porque antes as pessoas só relacionavam a obesidade à alimentação, ao comer demais”. (G8).

Nos relatos acima, todos/as consideraram a obesidade como doença corroborando com o discurso médico no âmbito do qual formaram seu campo representacional; mantendo-o, assim, culturalmente enraizado.

Estar doente, vulgarmente, pode significar ser tóxico ou indesejável, ou ainda ser socialmente depreciado, pois o projeto reflexivo de construção da identidade no qual o corpo desempenha um papel central, pode estar comprometido na sua singularização. (CUNHA, 2014). O que seria desejável, segundo Canguilhem (2009, p. 144), é uma vida longa de experiências das sensações agradáveis, a capacidade de relacionar-se trocando vivências e sentimentos, é a possibilidade

eficiente de utilizar de sua capacidade física e mental, é a ausência de dor ou sofrimento, é um estado no qual o corpo sente o mínimo de desconforto e se percebe enquanto um “ser no mundo”.

Para Soares Neto (2005), a partir da replicação destes discursos sobre ser doente, os sujeitos tornam-se os próprios agentes de regras da saúde:, consciente ou inconscientemente; também dos comportamentos, dos desejos e da beleza. Foucault (2009; 2006), diante disto, afirma que o poder exercido pelos discursos da verdade não é externo, repressor ou violento, mas sutil, pois produz sob panos as subjetividades, isto é, produz o próprio sujeito.

Por meio da temática do biopoder (FOUCAULT, 2009; 2006), é possível compreender as duas linhas de forças envolvidas na produção de subjetividades que, diretamente, se interligam de forma a haver uma perfeita complementação: de um lado da linha, o poder totalizante, o qual cria aparatos estatais capazes de governar populações, tendo o combate a obesidade uma meta da saúde⁶⁰, ou seja, um ato de biopolítica⁶¹, na medida em que a vida, efetivamente, se tornou uma preocupação política, ou seja, um alvo privilegiado do poder; na outra ponta da linha, encontram-se as técnicas individualizantes, consistentes em saberes e práticas destinados a dirigirem os sujeitos de modo permanente e detalhado, direcionando o sujeito no que, como e quando deve comer, quantos minutos diários de atividade física deve praticar, os exames de sangue, imagem, cardiológicos e demais “*check ups*” periódicos que devem ser realizados para manter-se dentro da “normalidade” esperada⁶². Em outras palavras, a biopolítica pode ser encarada como um ato de medicalização social dos sujeitos em sociedade, independentemente da compleição corporal. (NEVES e MENDONÇA, 2014).

⁶⁰ Como visto no capítulo “o Sistema Único de Saúde (SUS) as políticas públicas de atenção ao indivíduo em situação de obesidade”, presente neste trabalho.

⁶¹ Para Foucault (2004a), a biopolítica, seria uma nova (ou outra) tecnologia de poder; ela desenvolve mecanismos com funções diferentes dos mecanismos disciplinares. Ela produz previsões, estimativas, estatísticas, demografias e medições globais. Trata-se, portanto, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo (gordo, por exemplo), enquanto indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global, ou seja, a gordura como algo que afeta a vida, o homem como espécie, como ser biológico. Na biopolítica, é preciso baixar a morbidade e, para isso, é preciso aumentar a longevidade e estimular novas formas de viver. É preciso criar dietas, medicamentos e protocolos de exercícios visando o emagrecimento.

⁶² Apoiando-se em Foucault, o conceito de biopoder mostra-se relevante para a compreensão da sociedade atual, pois permite evidenciar a ação dessas duas linhas de forças, tendo em vista a importância assumida pela ciência médica e pela biotecnologia nas últimas décadas, cujos saberes e técnicas de manipulação da vida conheceram um vertiginoso desenvolvimento. (FURTADO e CAMILO, 2016).

Deleuze (1992, p. 221) também se tornou relevante neste ponto da análise, na medida em que a “Sociedade de Controle” auxilia a pensar em como o processo de regulação ininterrupta e ‘naturalizada’ transcende a vida das pessoas de uma maneira em geral, mas, sobretudo, aquelas em situação de obesidade. Tal regulação, protagonizada pelo discurso científico e estimulada pela mídia e indústria cultural da magreza, legitima o corpo gordo como um corpo marcado pela falência moral, e que, portanto, deve ser corrigido, alterado e aperfeiçoado. (MATTOS, 2007).

Há nestes discursos, portanto, uma tentativa de (re)formulação teórica sobre as normas biológicas, desconsiderando-se as diferenças estéticas como diferenças socioculturais. Como consequência, cita o preconceito, o estigma, a exclusão; afinal, o corpo obeso torna-se, para Foucault (2009; 2006), um perigo político/biológico que deve ser erradicado. Assim, o sujeito em situação de obesidade é “convocado”, através de mecanismos regulamentadores já citados, a mudar de vida, caso contrário, será eliminado da sociedade.

Por ora, nesse contexto empírico, é fato que as pessoas em situação de obesidade internalizaram, de certa forma, o discurso médico-científico sobre sua situação, embora não tenham total certeza se a obesidade é, de fato, uma doença, percebe-se, no entanto, que há um descontentamento discursivo fortemente influenciado pelo conhecimento engendrado deste discurso e reproduzido socialmente.

Além disso, como será visto a seguir, quando questionados/as sobre o estar doente frente ao próprio corpo, para alguns/as, há uma vinculação com outros agravos de saúde não, necessariamente, possuindo relação direta com a obesidade em si. Embora a ciência médica afirme, veementemente, que esse estado corporal se apresenta como a porta de entrada para todos os males futuros, para os/as participantes, é uma dúvida compartilhada que paira sobre algumas destas vidas.

6.4.2 Sou doente por causa das doenças associadas à obesidade

Vivemos em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um remédio para os males da saúde e mesmo da vida, que atualmente está, cada vez mais, sob o poder da prescrição médica. De acordo com Adam e Herzlich

(2001), na sociedade moderna contemporânea a doença implica o contato direto com o discurso médico. Consultar um médico e seguir suas prescrições, principalmente farmacológicas, é uma tendência, quase imediata, de quem fica doente ou sente algo estranho no organismo. Para muitos, chega a ser uma obrigação moral: é necessário ser um bom paciente. Os cuidados em relação aos males da vida além de ser um direito, são também, considerados um dever. Apesar disto, quando o diagnóstico de doença vem, este pode 'pesar' sobre a vida de quem o vive, como observado nos relatos abaixo:

“Eu já fui bem saudável porque eu mesmo sendo gorda eu jogava bola, jogava muito vôlei, sempre trabalhei muito, mas hoje com diabetes eu me seguro um pouco mais, hoje eu me considero mais doente”. (E1).

“Eu acho que é porque depois que eu comecei a ser obesa mesmo, eu nunca tive diabetes e agora eu tenho diabetes, esse...colesterol, foi tudo de um tempo para cá, não sei se conforme a idade, também, né? Pode ser, mas eu acho que foi mais pela obesidade”. (E6).

“Eu não tinha nada de problema, hoje eu tenho pressão alta, tenho diabetes, tenho colesterol, são coisas que eu não tinha e com a obesidade... uma coisa vai levando a outra e só vai piorando”. (G8).

“Eu não sei, porque as coisas que me atrapalham mais são os joelhos [...]. Mas como eu gosto de dançar, daí a gente já cansa mais, se não, parece que eu estou bem de saúde, dá impressão que eu estou bem. A única coisa que eu tomo são os remédios da depressão, que agora é mais para tirar a ansiedade, e o da pressão, que agora eu estou tomando certinho, então eu acho que não tenho mais pressão alta”. (E9).

Esta compreensão de doença, no campo das representações sociais, insere-se no paradigma da biomedicina, explicativo por excelência. Segundo os autores Alves e Rabelo (1999, p. 171), a experiência da enfermidade é entendida como a "forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação".

Como nos depoimentos, alguns/as participantes representavam-se como doentes porque eram obesos/as, outros/as em razão das doenças que se

discurso médico não é algo neutro e, como já foi dito, pode ter consequências desfavoráveis para as pessoas. A estratégia visual apresentada acima permite identificar, claramente, o conceito chave dos conhecimentos/sentimentos vividos por sujeitos que elaboraram as RS: a dor, não apenas física, limitante e incapacitante, mas, sobretudo, emocional e abalável que induz o sujeito, mesmo estando assintomático, a adentrar em uma posição de inferioridade e, por vezes, intitula-se como tal, justamente porque os discursos hegemônicos influenciam, em larga medida, as práticas socioculturais.

Portanto, é preciso refletir sobre a importância do aspecto social na determinação dos estados de saúde, isso não quer dizer que se possa substituir uma explicação biológica pela social (ou *vice-versa*). Existe uma imbricação entre os fenômenos biológicos e sociais e torna-se necessário pensar em termos de causas e efeitos biopsicossociais para explicar as condições de saúde. Pertencer a uma cultura fornece às pessoas os limites dentro dos quais se operam interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em particular, a da ideia de doença, seus sintomas e as consequências para vida em sociedade.

6.5 Os ecos da obesidade

Em uma sociedade cuja a imagem corporal é muito valorizada, os sujeitos em situação de obesidade, por vezes, não se sentem inseridos neste perfil pela (impressão de) impossibilidade em construir uma imagem agradável aos seus olhos e, sobretudo, aos olhares dos outros. A “condição social é o produto direto do corpo” (LE BRETON, 2006, p. 17) e este é, por sua vez, o “vetor semântico pelo qual a evidencia da relação com o mundo é construída”. (LE BRETON, 2006, p. 7).

Portanto, essa insuficiência (que é exclusiva do sujeito, na visão da sociedade e dos discursos hegemônicos) permite ser vista, de forma bastante clara, por meio do sofrimento nos relatos, ao longo das entrevistas. Este sofrimento não apenas limitado ao isolamento social, ao preconceito e ao estigma (que por si só, já seria suficiente), mas engloba, ainda, outras fontes como o próprio desconforto físico

em si que leva, frequentemente, à limitações nas atividades diárias, ou seja, à restrições da vida:

“A obesidade é muito difícil. A gente que é obeso não pode fazer nada, trabalhar, essas coisas; não podia fazer nada. Eu mesmo não podia andar nem nada. É muito difícil [...] antigamente eu não podia fazer nada, porque dava muita falta de ar, aquela fadiga (fisionomia de cansaço), para andar aquele pedacinho que a gente andou agora mesmo (referindo-se ao trajeto até a sala de entrevista), Nossa Senhora! dava aquela fadiga, eu não conseguia andar”. (E3).

“Eu acho que ser obeso é muito ruim para todas as pessoas, porque limita a gente a fazer um monte de coisa, por exemplo, para fazer uma caminhada não tem condições”. (G8).

“Tudo, né? Com limitações no andar, com limitações no sentar numa cadeira, com limitações em ir a algum lugar [...]. Eu vejo um monte de limitações para mim e para todas as pessoas que são obesas”. (E7).

“[...] A pessoa obesa vive cheia de limitação”. (E7).

Neste ponto de discussão, acredita-se ser oportuno mencionar o modelo de satisfação da qualidade de vida⁶³ de Calman (1984, p. 124). Para este autor, qualidade de vida é um conceito difícil de definir e medir, pois, segundo ele, trata-se de um “hiato entre expectativas e realizações”; ou seja, procura mensurar a diferença, ou a lacuna, em um período entre as esperanças e expectativas do indivíduo e as experiências efetivamente vivenciadas por ele.

Sendo assim, qualidade de vida assenta-se em características fundamentais, como a multidimensionalidade e a subjetividade. (SCHALOCK e VERDUGO, 2009). Multidimensionalidade, uma vez que para avaliá-la é importante

⁶³ O que se entende por qualidade de vida tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos. As primeiras referências à expressão remontam à Grécia Antiga, onde filósofos como Aristóteles consideravam que “boa vida” designava “a vida que está de acordo com as virtudes, com o bem maior, o bem supremo” (PIMENTEL, 2006 apud CUNHA, RELVAS, 2016, p. 96), ou seja, de uma filosofia ou arte para viver enquanto, atualmente, considera-se um conceito generalista que invadiu ambientes diferenciados, desde a ecologia à organização do trabalho, passando, sobretudo, pela área das ciências da saúde. Especialmente, a partir da década de 90, apoiado pela Organização Mundial da Saúde, o conceito qualidade de vida constituiu-se o principal marco evolutivo passando a integrar, de forma mais intensa, os discursos formais e informais entre as pessoas e a mídia em geral, assistindo-se, simultaneamente, ao aumento da quantidade de investigações sobre esta temática e sua relação com questões sociais, culturais e biológicas o que demonstra o quanto este construto é amplo, diversificado e complexo. (GORDIA *et al.*, 2011).

ponderar diversos aspectos relativos aos domínios físico, funcional, psicológico e social do indivíduo (HAAN *et al.*, 1993); e subjetividade, dado que sua avaliação resulta da percepção que o indivíduo tem desses domínios. (OLSON *et al.*, 1983).

Embora não se tenha abordado, diretamente, esta temática com os sujeitos do estudo, ao longo dos seus depoimentos, pode-se intuir que a situação de obesidade influencia de forma marcante vários domínios de suas vidas e, por vezes, é definidor do sujeito. Segundo Perez (2017), o indivíduo se coloca na sociedade através de suas relações sociais e de suas atividades, pelo o que proporciona para o meio.

Não foi possível definir se os/as participantes possuem ou não qualidade de vida pois, como foi mencionado, não foi questionada tal impressão nos/as entrevistados/as. Porém, faz-se importante destacar que o estudo demonstrou pontos de relevância⁶⁴ sobre a vivência da obesidade no meio social demonstrando, em boa medida, o laborioso trabalho dos sujeitos em desempenhar os papéis sociais (enquanto trabalhador/a, membro da família, cidadão/ã, amigo/a, etc.) que são fundamentais qualificadores da vida:

“Aí, também, depois de uns 3, 4 anos, quando eu fui morar em Gramado [bairro periférico de Cascavel] eu perdi peso, daí eu conseguia trabalhar; eu adoro trabalhar de doméstica. Mas depois eu já não podia porque as mulheres já não me chamavam mais porque eu era muito gorda! Tinham medo de eu trabalhar e me machucar, porque eu estava muito acima do peso”. (E8).

“A obesidade me prejudica muito, porque eu tenho muita dor nas pernas, eu não tenho vontade de fazer as coisas”. (E6).

“Não é fácil a pessoa viver com obesidade, limita você de tudo!”. (G1).

“Tristeza, né? Porque a obesidade não é uma coisa que traz algum benefício, ela sempre traz um ônus, sempre traz uma dificuldade, ela não vem sozinha, ela vem com uma dificuldade. Então, eu acho que quando se fala em obesidade, eu acho triste, porque ela tira a tua qualidade de vida, ela tira a tua paz, ela tira tua felicidade, de uma forma geral”. (E7).

⁶⁴ O critério de relevância adotado neste trabalho foi o número de aparições sobre a situação de obesidade e os prejuízos ocasionados por ela nos domínios de suas vidas.

“Eu não quero me sentir uma encostada porque não consigo fazer as coisas que quero. Eu gostaria muito de ser útil, trabalhar e viver minha vida com meus filhos, aproveitá-los!”. (G6).

De acordo com estes depoimentos, encontrou-se percepções proeminentes, norteadoras do entendimento e da vivência destes sujeitos sobre a qualidade de vida geral, sendo que tais temas se relacionaram, diretamente, com a situação de obesidade e seus desdobramentos (preconceito, exclusão, estigma, dor, limitações físicas, etc). A Nuvem de Palavras, abaixo, resume, de fato, os ecos da obesidade para quem a vivencia:

Figura 7 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘Ecos da obesidade’.



Fonte: elaborado pela autora.

O sentimento de dependência, limitação e invalidez são fatores importantes na construção da imagem corporal e identidade do indivíduo nesse contexto. Tavares (2003) refere que sentir-se capaz, reconhecido e valorizado em sua singularidade são fatores fundamentais na integridade da identidade corporal, o que, segundo a autora:

[...] é ponto de partida para desenvolvimento de uma imagem corporal integrada e positiva. Garante a vivência de sua impulsividade em um contexto prazeroso em que sua energia vital flui nas atividades em que realiza. (TAVARES, 2003, p. 101).

Assim, a situação de obesidade pode gerar, em boa medida, ecos destrutivos (por vezes permanentes) ao sujeito que a vivencia. pois além das limitações físicas (e seus desdobramentos como dor e certas disfunções orgânicas), pode sofrer estigma, discriminação e preconceito, a não ocupação de papéis e funções em seu contexto de vida e de sociedade pode fazer com que o sujeito sintasse desintegrado de sua identidade e de seu significado enquanto ser existencial, fazendo com que o mesmo viva oculto em um submundo, ou seja, despotencializado em suas múltiplas possibilidades e desejos.

6.5.1 Autoestima baixa

Conforme a literatura, a autoestima é, sem dúvida, um dos temas mais ambíguos e discutidos nas ciências humanas, sobretudo, na psicologia, justamente em virtude da gama de significações que ela engloba.

Neste trabalho, a autoestima foi uma categoria temática bastante comentada tornando-se um importante elemento representacional para o estudo de modo a complementar os ecos da obesidade, na visão das RS de sujeitos em situação de obesidade considerada grave.

Muitos autores utilizam o termo autoestima indistintamente às terminologias de auto aceitação, auto ajuste, autovalorização e autoconceito, para expressar a definição, positiva ou negativa, que o sujeito tem de si mesmo (ORTEGA RUIZ; MÍNGUEZ VALLEJOS e RODES BRAVO, 2000) segundo as qualidades que a si atribui. (MUSITU *et al.*, 1996). O conceito refere-se a retornos referentes aos seus sentimentos e ações nas relações interpessoais por ele estabelecidas (FLORIANI; MARCANTE e BRAGGIO, 2010); é, portanto, o fundamento da capacidade do ser humano de reagir ativa e positivamente às oportunidades da vida. (BRANDEN, 1994).

Além disso, a autoestima está intimamente ligada ao conceito de imagem corporal ou autoimagem, pois estão, sem dúvida, imbricadas. Segundo Schilder (1994), a imagem corporal pode ser definida como a ideia que se tem a respeito do corpo, englobando aspectos afetivos, fisiológicos, sociais e libidinais. Cash e Pruzinsky (1990) acreditam que ela se relaciona com as experiências pessoais do sujeito sobre sua aparência e o funcionamento do seu corpo, estando intimamente “ligada à autoestima e à estabilidade emocional”. (WYKES e GUNER, 2005, p. 2).

Segundo Cunha (2014), esta percepção realiza-se em um determinado contexto social, por referência a outros, portanto, a autoimagem é, por natureza, um fenômeno psicossocial, do indivíduo em sociedade, ou do ator, na medida em que chega a fingir uma imagem que deseja para si ou que imagina possuir.

Corroborando com esta afirmação, Turner (2000) compreende a imagem corporal num contexto social, formando-se por referência aos outros e levando o sujeito a desempenhar os seus vários papéis, ou seja, nas palavras de Goffman (2002), seu *Eu* representacional.

A aparência pessoal está intimamente ligada com a satisfação ou insatisfação da pessoa. Quando existe a satisfação com a aparência, a pessoa se gosta, se aceita, e ela só quer manter a sua autoestima e autoimagem, conseqüentemente a sua qualidade de vida. Quando existe insatisfação, a pessoa busca incansavelmente recursos da estética e nunca está contente com ela mesma, quando deveria tratar o seu interior. Nos dois casos, tanto da satisfação quanto da insatisfação pessoal, a pessoa busca pelos recursos da estética conforme as normas existentes. (FLORIANI; MARCANTE e BRAGGIO, 2010, p.1)

Assim, com base nestas definições, foi possível detectar, ao longo dos depoimentos, em que medida a imagem corporal e a autoestima permeiam as falas dos/as entrevistados/as. Nestes relatos, as reflexões sobre as frequentes e invariadas críticas e olhares dos outros sobre suas vidas e seus corpos resultaram, em boa medida, num importante fator para a definição negativa da autoimagem /autoestima, determinando com isso, um processo de estigmatização referente à autodesvalorização⁶⁵:

⁶⁵ Mesmo que esta autodesvalorização seja provocada pela discriminação sobre o indivíduo atribuída pelos estereótipos negativos com base em características físicas e pessoais que ele possui, as quais são consideradas socialmente inaceitáveis. (LINK e PHELAN, 2001; CORRIGAN e WATSON, 2002).

“Ah, eu penso tudo! Eu não posso me olhar no espelho, eu me acho feia, barriguda, roupa para mim é muito difícil achar, e eu, às vezes, não saio de casa por causa disso”. (E8).

“E a autoestima também, hum, só vai (sinalizando com a mão uma queda), não tem nada de alta, é baixa estima, né?”. (G8).

“A pessoa pode falar: ‘ah, eu sou uma gordinha feliz!’. Não é, não é feliz (desabafo), você acaba não tendo uma felicidade. Eu acho que você não pode ser uma pessoa encanada, não pode deixar de comer uma coisa porque vai engordar, mas eu acho que a pessoa... o gordo não é feliz”. (E7).

“É tanta crítica que a autoestima acaba, não tem!”. (G6).

Por estes recortes, não há dúvidas sobre o papel relevante do meio social como fator determinante da autoestima desses sujeitos. Isso ocorre, pois a sociedade ocidental contemporânea transformou o mundo em imagem, não existindo dissociado dela. “As imagens constituem o mundo” (COSTA, 2004, p. 11) e, partindo desta premissa, no tocante a imagem humana, nas representações contemporâneas das normas de beleza o que prevalece é a imagem de pessoas saudáveis e, conseqüentemente, de sucesso e, para isso, é fundamental que a estética corporal seja, obrigatoriamente, magra⁶⁶. (SANT’ANNA, 2001; 2000). É a chamada “sociedade do espetáculo - que define o programa da classe dirigente que preside sua constituição”. (DEBORD, 2003, p. 27).

Entre os/as entrevistados/as, a exemplo do relato do sujeito E8, a vestimenta se tornou um item frequentemente citado, especialmente pelas mulheres. A citação surgiu na abordagem de temas distintos ao longo das entrevistas/grupo focal. Mas ao aprofundar a análise sobre essa questão, entende-se que a valorização da roupa é relacionada à simbologia que ela traduz, pois é ela o invólucro do corpo. Além disso, a análise do vestuário (e a moda que o dirige) atua como suporte para experiências diversificadas de *status*. De acordo com Bergamo (2007), as roupas

⁶⁶ Na visão de Denise Sant’Anna, a magreza desejável pela sociedade de consumo é assiduamente ofertada por meio da mega indústria da beleza, do lazer e da saúde por meio do comércio de cremes, suplementos, medicamentos e procedimentos destinados ao emagrecimento e à manutenção da boa forma que se banalizam juntamente com a massificação dos programas de televisão preocupados em aconselhar cada um a “adquirir um corpo belo e saudável”. Como se, doravante, fosse preciso, mais do que nunca, tomar consciência de que o corpo é algo que se adquire, se conquista e se constrói. Mesmo sabendo que, por vezes, este ideal corporal não poderá ser alcançado por muitos uma vez que depende de questões econômicas, mas, sobretudo, genéticas.

conferem o entendimento da magia socialmente atribuída e a trama entrelaçada de valores de todo tipo que nelas se misturam; entre elas sobressaem os discursos da 'elegância', do 'bom gosto' emitido por consultores de moda e difundido largamente na mídia. Também o da 'atitude' que perpassa o consumo de roupas por parte das camadas populares; assim, as roupas (e seus usuários) têm, em grande medida, experiências sociais positivas. (BERGAMO, 2007, p. 14).

Segundo Bourdieu (2006, p. 32), o campo da moda produz os "atos e agentes que se julgam importantes para si e para os outros" e são, também, parte importante da sociedade do espetáculo, por isso tal preocupação, em outras palavras: a urgência de inclusão. A moda, desde um bom tempo, sabidamente valoriza a magreza, que é ratificada diariamente pela mídia, haja visto que as principais modelos e protagonistas serem meninas e mulheres magras.

Face a este confronto com os outros, existe, ainda, um certo confronto interno, entre o que se imagina ser, o que se vê no espelho e através dos outros. Esta realidade considerada parcialmente - na qual a imagem corporal se destacou frente às demais características - refletiu em sua própria unidade geral um pseudo mundo à parte, objeto de frustração, pois, quando o sujeito percebeu que pertence a uma categoria socialmente desvalorizada, podendo antecipar a desvalorização e a discriminação, sem que elas ocorressem efetivamente, realçando o sentimento de vergonha e levando o sujeito a rever suas conceituações a respeito de si. Criou-se, assim, um círculo vicioso, em que a internalização deste estigma conduziu à diminuição da autoestima, prejudicando as relações sociais e, conseqüentemente, reforçando seu isolamento social.

Pelo relatado, é notável que o reconhecimento e a aceitação sociais são fatores psicológicos bastante presentes para a formação da autoimagem e, conseqüentemente, da autoestima destes sujeitos.

A imagem corporal também foi elucidada nos depoimentos dos/as participantes. Segundo Schilder (1994), ela é enfatizada pelos aspectos sociais, uma vez que todos os ângulos da imagem corporal são desenvolvidos e construídos nas e pelas relações sociais. Assim, não é surpresa que parte dos/as entrevistados/as relatem sua frustração e negatividade ao comentarem sobre sua imagem corporal/autoestima uma vez que, para sentir-se bem e possuir sucesso social, é necessário ter o padrão de beleza considerado bonito e ideal segundo os discursos

hegemônicos. (FERNANDES e BARBOSA, 2016; CUNHA, 2014; COSTA, 2004; BIDDLE; FOX e BOUCHER, 2000).

Em uma analogia com o espelho físico, Braudrillard (1997, p. 56) refere que há uma transferência das relações do sujeito consigo mesmo e com o mundo. A sua imagem refletida no espelho permanece como uma tela de fundo na vida de cada indivíduo. Compreender o sujeito preso nele próprio requer a compreensão do que reflete e do que é refletido. Segundo o autor, este duplo é o que importa, mas, a possibilidade de harmonia para o duplo requer uma “estrutura lógica, dialética de reconciliação, de construção de regras e leis de transformação e de auto reconhecimento”.

Ortega Ruiz, Mínguez Vallejos e Rodes Bravo (2000) complementam, ainda, que a autoestima não deveria ser considerada enquanto resultado da soma de influências externas sobre o sujeito, pois se fosse assim, ao modificar estas, também mudaria o conceito de imagem corporal e autoestima, o que na prática, nem sempre acontece.

Estas seriam, portanto, parte do conjunto, pois o indivíduo constrói suas percepções a partir das experiências, mas, o mais importante, na visão destes autores, é o papel ativo do sujeito frente ao que é vivenciado, pois, às vezes, as experiências negativas de um indivíduo não têm um efeito negativo em sua autoavaliação, mas, pelo contrário, são integradas positivamente e se tornam uma força motriz para novos projetos e autovalorização. Diante disto, os autores complementam:

Y es el descubrimiento de la persona como valor, el reconocimiento de su dignidad, lo que constituye la raíz y el fundamento básico de las demás valoraciones. Independientemente de las cualidades físicas y psíquicas que se puedan tener, de las habilidades y destrezas, o de los éxitos y fracasos que pueden influir en la autoestima, en toda persona hay algo más radical que permanece inalterable, y que le hace digno de todo reconocimiento y dignidad, de una autoestima profunda: el valor inalienable de ser persona. Y éste es el que nos mide a todos por igual: a blancos y negros, inteligentes y torpes, capaces y disminuidos, etc. (ORTEGA RUIZ; MÍNGUEZ VALLEJOS e RODES BRAVO, 2000, p. 49)

Embora o reconhecimento da dignidade humana seja (ou deveria ser) um dos pilares da autovalorização, a pressão diária vivida por estes ‘desviantes’ diante da ‘massa dominante’ (DANTAS, 2011) - na qual a dignidade, somente, não é mais

requisito fundamental de aceitabilidade social⁶⁷ - gera diversas consequências negativas para os sujeitos estigmatizados, destacando-se a internalização do estigma, que ocorre à medida que o indivíduo se torna consciente de sua condição e do estigma associado a essa condição e, então, passa a concordar com este, acomodando os estereótipos negativos a si próprio (CORRIGAN, 1998; CORRIGAN e WATSON, 2002) podendo levá-lo a auto exclusão atingindo e deteriorando, sobremaneira, sua identidade. (CORRIGAN e WASSEL, 2008). Para alguns sujeitos, a preocupação em ser aceito é tão grande, que todas as outras faces que poderiam ser desenvolvidas e/ou aperfeiçoadas são, por vezes, deixadas de lado, ou seja, desinvestidas, literalmente.

É válido ressaltar, ainda, a relação existente entre autoestima e autoconfiança, pois, segundo os autores Floriani, Marcante e Braggio (2010), é esperado uma maior confiança na tomada de decisões em pessoas que possuem autoestima elevada quando comparada aquelas com autoestima baixa.

Portanto, neste sentido, faz-se importante refletir que um sujeito com autoestima baixa pode apresentar, em boa medida, restrição das oportunidades de vida por meio de carências de projetos e metas (tanto pessoais como profissionais) o que pode alterar, negativamente, seu futuro e suas possibilidades de realização e satisfação. (CORRIGAN e WASSEL, 2008; ORTEGA RUIZ; MÍNGUEZ VALLEJOS e RODES BRAVO, 2000).

Alguns autores sugerem, ainda, dificuldade de acesso aos serviços de saúde (LI *et al.*, 2009) e, também, impacto negativo em aspectos psicossociais como no funcionamento social, na esperança, auto eficácia e autoestima (CORRIGAN e WASSEL, 2008), ou seja, consequências estas, irreparáveis, para a vida e suas relações sociais.

⁶⁷ Segundo Debord (2003, p. 15), as sociedades nas quais imperam as condições modernas de produção, são anunciadas como uma imensa acumulação de espetáculos, ou seja, “tudo o que era diretamente vivido se esvai na fumaça da representação”. Conforme o autor, este “espetáculo” não é um adereço decorativo, mas, sim, o coração da irrealidade da sociedade real. Sob todas as suas formas particulares de informação ou propaganda, publicidade ou consumo direto do entretenimento, o espetáculo constitui o modelo presente da vida socialmente dominante. Ele é, portanto, “a afirmação onipresente da escolha já feita na produção e no seu consumo”. (DEBORD, 2003, p. 10).

6.5.2 Discriminação: o olhar do outro sobre o meu corpo

O olhar externo foi outra categoria muito ressaltada pelos sujeitos participantes do estudo. Eles/as exemplificaram situações cotidianas demonstrando como este olhar desqualifica, em boa medida, suas vidas por meio de conceitos pré-estabelecidos. Conceitos estes não apenas de imagem corporal, mas também de caráter, uma vez que, estes olhares externos frequentemente atribuíam juízos de valores pejorativos ao excesso de peso, associando-o à preguiça e ao descontrole. Segundo Poulain (2013), a apresentação social distante do esperado causa incômodo aos olhares, gerando, conseqüentemente, sofrimento a quem é observado (vinculado a uma certeza de fatos, de que a sociedade está lhe observando), como pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir:

“Eu sempre achei muito difícil. Eu sempre sentia muito das pessoas, eu sentia muito bullying, eu me sentia mal, achava que ninguém gostava de mim”. (E9).

“Ah, eu passava na rua e tinha umas meninas que tiravam sarro de mim, sabe aquela risadinha de deboche? Eu ficava quietinha porque eu pesava 130kg. Hoje essas meninas, que já são adolescentes, estão obesas também! Então, não adianta você rir, porque o dia de amanhã ninguém sabe, né?”. (G11).

“Os outros não deixam você se reerguer, eles pisam em cima mesmo, sem dó! Tem prazer em massacrar! Não só a pessoa que é obesa, todos, em geral, que tem alguma diferença. Quando alguma coisa não está no padrão de beleza, sofre discriminação. E a gente não fica de fora dessa turma. Tiram sarro, fazem piadinha sem graça, piadas que magoam e a gente tem que passar por cima, ficar quieta. Você vai falar o quê? [...] Um dia eu estava passando para ir no mercado, tinham uns homens separando uns tijolos numa construção, aí um falou assim: ‘oh, o botijão (de gás) tá!’”. (G8).

“Quando você sai na rua, você parece um condenado, tem 500 pessoas cuidando, 500 pessoas olhando. [...] Quando você está no mercado, comprando uma coisa, as pessoas estão ali cuidando do teu carrinho, como se fosse assim (expressão de repreensão), é complicado, mas é assim mesmo!”. (E7).

“Ah, tem discriminação. [...] As pessoas olham para gente e acham que a gente relaxou: ‘ah, você relaxou!’, ‘você come errado, você tá comendo tudo errado, você está cada dia mais gordo!’. [...] Eu estava em um outro lugar, e encontrei uma conhecida que também é gordinha e ela chegou, me

olhou de cima a baixo e falou: 'como que você é gorda se você come só salada?'. Eu estava almoçando e eu falei assim: 'eu como salada porque eu tenho um acompanhamento com uma nutricionista. Você quer o endereço?' (risos). Eu brinquei, né? A mulher olhou para mim e falou: 'mas eu não sou obesa!' E você lida com isso no dia a dia!'. (G4).

"Você acaba se tornando um referencial, você é um referencial: na fila do supermercado ou do banco, numa praça, você sempre é um referencial: tipo assim: ficou ficar atrás daquela gordinha ali [...]". (G5).

Observa-se que o estigma da gordura é uma construção social engendrada em discursos hegemônicos que propagam verdades essencialmente estigmatizantes sobre a pessoa com obesidade que, como já mencionado, a desqualifica, na medida em que as pessoas atribuem juízos de valores ao excesso de peso.

Para Goffman (1988), as redes de relações sociais estabelecidas entre os sujeitos em sociedade estabelecem os meios de categorizar os outros a partir de um total de atributos considerados comuns ou normais para seus membros. Inúmeros ambientes sociais podem contribuir para determinar critérios e estereótipos específicos às pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas e, por consequência, aceitas. Do contrário, o estigma é lançado havendo um traço que se pode impor à atenção e causar afastamento, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus, portanto, nas palavras do autor "uma característica diferente da que havíamos previsto". (GOFFMAN, 1988, p. 14).

Há, nesse sentido, uma gestão da aparência nos processos de individualização do sujeito, na medida em que ele elege seu corpo, isto é, sua aparência, como um valor moral. Na visão de Duret e Roussel (2003), as construções pessoais e coletivas inserem-se, portanto, nas representações contemporâneas das normas de beleza que excluem o gordo, tornando-o marginalizado e estigmatizado.

Isso fez com que esses sujeitos sentissem, diariamente, as mensagens estereotipadas e preconceituosas criadas e legitimadas pela presença física que os marca de forma quase definitiva ao longo da vida. É importante, portanto, discutir como se configura o olhar social normativo que trabalha para excluir e que está presente nas narrativas destes sujeitos. Este se relaciona com um olhar padronizado que exclui sujeitos em situação de obesidade dos contextos de interação social.

As consequências do estigma da obesidade são notadamente incorporadas às falas dos/as participantes, considerando a obesidade algo negativo e feio, mesmo a partir de um olhar subjetivo que se direciona para uma internalização do estigma e para a auto exclusão.

Na esteira da discussão, Scherer e colaboradores (2014) reforçam estas consequências ao informar que diferenciar alguém por alguma característica pessoal significa não permitir que essa pessoa possa usufruir plenamente de seus direitos ou da igualdade de oportunidades. Significa criar barreiras para sua plena realização. Pessoas com obesidade devem se ajustar a um contexto onde os critérios, os princípios e os modelos estão distantes de sua realidade, nesse contexto, a obesidade e suas prováveis consequências tornam-se condições limitadoras e excludentes.

Na configuração da sociedade moderna, ainda e, sob a ótica da unidade fisiológica da imagem corporal, estão presentes, na moda das roupas – como já abordado neste trabalho – questões de acessibilidade e usabilidade de produtos algumas das objeções que os sujeitos em situação de obesidade encontram ao se distanciarem do estereótipo considerado normal, como são exemplificados nos relatos a seguir:

“Eu já cheguei em loja onde eu falava bem assim: ‘aquela blusinha é tão bonitinha, você tem um tamanho maior?’, e respondem: ‘Não! Para teu tamanho eu não tenho!’. [...] Só que a vendedora que está te falando também é gorda, só que ela não vê que ela está fazendo discriminação”. (G4).

“Já entrei em loja e eu não fui nem atendida [...] Tem loja que a gente chega lá, olha e não vem ninguém! Você fica, assim, até incomodada, você vê as pessoas mexendo no celular, às vezes conversando enquanto você está ali esperando. Aí eu pego e saio! Dá vontade de nunca mais entrar naquela loja!”. (E2).

“Me incomoda muito, porque por toda parte que a gente vai, se vai comprar uma roupa... é discriminado: ‘aquí não tem roupa pra você’; você vai passar numa roleta de lotação, você não consegue passar e eles não querem deixar você passar lá na frente e o mais difícil é a turma que fica zombando da gente na rua e a gente tem que ficar quieto”. (G7).

Como exemplificado, as reações que os/as participantes do estudo têm ao cruzarem seus olhares, podem ser traduzidas sob a ótica de um poder agindo sobre a diferença, que deriva de uma moralização ou normatização identitária.

No tocante às dificuldades de acessibilidade e usabilidade de produtos, assim como no relato do/a participante G7 acima, foi possível afirmar que os sujeitos deste estudo já experimentaram situações em que houve o confronto da percepção que tinham do espaço ocupado pelo seu corpo com a real proporção deste no ambiente, tendo como desfecho o embaraço e a vergonha diante da exposição pública da sua forma não adequada aos padrões da sociedade. Isso pode ser visto em mais alguns exemplos abaixo:

"Teve uma vez que eu fui tomar um chopinho em um barzinho da cidade⁶⁸. Ali tem uns cadeirões altos. Aí eu sentei, me encostei e comecei a tomar o chopp. De repente a cadeira quebrou. Mas o pior que não foi o assento da cadeira, foi o braço dela! Daí todos ao redor falavam: olha ali o gordinho que quebrou a cadeira. Foi só apoiar pra sentar que quebrou o braço. Mas a cadeira era apertada mesmo. Eu me senti horrível, queria fazer igual aquele avestruz que abre um buraco e se enfia dentro". (G9).

"Um dia desses fui sair com um amigo no carro dele, era uma camioneta dessas grandes, sabe? Mas aí, eu não consegui subir nela, ela era muito alta!! Foi aquele sarro!". (E1).

"E estes dias que precisei ir no banheiro de uma loja, meu Deus, o que era aquilo? Não consegui entrar de tão apertado que ele era: quando abri a porta ela já quase encostava na privada, não tinha espaço para me mexer, aí pensei: ou faço com a porta aberta mesmo ou vou ter que me segurar até conseguir chegar em casa! Aquele dia foi um sufoco!". (G8).

Neste sentido, Sant'Anna (2001) explica que muitas vezes os espaços públicos e seus equipamentos são os primeiros a excluir a presença de pessoas em situação de obesidade. São inúmeros os exemplos como cinemas, teatros, aviões, ônibus, cadeiras, poltronas, carros e restaurantes que costumam ser mais confortáveis aos magros e pequenos.

⁶⁸ Por questões éticas, o nome do estabelecimento comercial foi propositalmente retirado do depoimento pela autora do trabalho. Desta forma, houve uma pequena alteração do texto original incluindo a expressão "...em um barzinho da cidade", para que a leitura e compreensão do texto permanecessem claras aos leitores.

A sociedade, de uma maneira geral, que se preocupa em regular os desvios do corpo poupando suas energias para incluir e acomodar em suas estruturas corpos considerados diferentes e desviantes, quase que obrigando as pessoas a procurar formas para conseguir o emagrecimento (mesmo que, para muitos, não será possível).

As narrativas acima, portanto, refletiram em um estigma corporal em particular, que não pode ser escondido ao olhar externo, mas ao contrário, por sua própria constituição não foi **permitido**⁶⁹ circularem nos espaços sociais.

Corroborando com vários trabalhos (PEREZ, 2017; ALMEIDA, 2013; MARCUZZO; PICH e DITTRICH, 2012; YOSHINO, 2010), ao longo das entrevistas e do grupo focal deste estudo foi possível compreender a importância que o olhar externo tem sobre a vida de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, e conseqüentemente de suas RS, chegando ao ponto, em alguns exemplos, como os citados abaixo, do sujeito procurar incutir alguma alteração patológica em seu corpo/vida a fim de justificar sua aparência corporal:

“Você vai se servir e as pessoas estão sempre olhando a tua alimentação. Se uma pessoa magra vai lá e serve um prato enorme, ninguém olha, uma gordinha vai lá e come um lanche, pode ser um lanche menor, um copo de coca (cola) menor e aí todo mundo já fala: ‘é por isso que é gorda’. Mas não é bem assim (exaltada). Não é só a comida”. (E7).

“O pensamento das pessoas em relação à pessoa obesa... eles têm o pensamento completamente fora de... porque, assim, todos eles pensam que se a gente é obeso é porque você come muito, porque você come demais, e não é assim. Às vezes você tem um distúrbio, alguma coisa. Sempre existe uma discriminação em relação à obesidade”. (G1).

Ainda na questão de reconhecimento a partir do olhar social externo, nas falas a seguir, verificou-se a importância do emagrecimento enquanto fenômeno

⁶⁹ Grifo nosso. A palavra faz alusão à expressão de permissão legal; como por exemplo, em estabelecimentos comerciais em que a cadeira do restaurante pode quebrar ou lojas cujos modelos de roupas ou calçados não dispõem de tamanhos variados ou, ainda, espaço interno dos veículos. Há muitos exemplos em que há incompatibilidade entre o que é oferecido socialmente e o peso corporal que impede o livre-arbítrio do sujeito em situação de obesidade. Portanto, se democracia e liberdade constituem, atualmente, os pilares político-jurídicos mais importantes do Estado Democrático de Direito, conseqüentemente, a ausência de uma ou de outra resulta na impossibilidade do cidadão existir em toda a sua plenitude. (ALVES, 2005).

fundamental para a constituição da identidade, pois, acreditavam que, apenas com o emagrecimento, seria possível uma maior interação com o seu ambiente social (próximo ou distante) garantindo-lhes, inclusive, melhora da autoestima. Duas falas, em especial, chamaram a atenção pois referiram-se a esta mudança de olhar frente ao fenômeno do emagrecimento:

“Tem muito bullying. A turma faz muito bullying em cima das pessoas gordas [...] Mas agora, graças a Deus, que eu emagreci bastante, as pessoas me veem com outros olhos, não ficam tirando sarro igual antigamente”. (E3).

“[...] como eu estou ficando mais magra, todo mundo nota e diz que estou ótima, que estou melhor. A gente é mais elogiada”. (G9).

Estas falas corroboram com Mattos e Luz (2009) quando informam que a aparência física está diretamente relacionada à confiança que as pessoas depositam no sujeito. De fato, nestes relatos (e, mesmo, durante as entrevistas/grupo focal) demonstrou-se como a visão do outro interfere na autoestima e na autoconfiança dos sujeitos deste estudo.

Nesta mesma direção, o estigma relacionado à obesidade, diferentemente de qualquer outro (por exemplo: sardas, altura excessiva, etc) tem a seu favor toda a lógica discursiva da área médica científica e cultural. Afinal, é fato que alguém com o rosto repleto de sardas ou excessivamente alto sofre com as consequências desse tipo de corpo, entretanto, não existe nenhuma pesquisa científica afirmando que uma pessoa com estas características seja doente. Opostamente, a produção discursiva médica-científica e cultural enfatizam a cada segundo os males e prejuízos de se ter excesso de gordura acumulada. O que leva, em boa medida, uma legitimação no mundo social do estigma e da discriminação da pessoa em situação de obesidade o que é, justamente, o poder que os discursos exercem sobre os significados sociais atribuídos ao corpo gordo.

6.6 As tecituras da rede social

Esta categoria aponta as RS dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave frente às tecituras da rede social: família, amigos e companheiros de vida e de trabalho. De maneira mais importante, a família foi compreendida como uma parceria de cuidados, como será visto a seguir.

6.6.1 Família: uma parceira de cuidados

A família é considerada, por muitos autores, um sistema aberto, ou seja, em constante transformação, cujo papel principal é (ou deveria ser) a proteção psicossocial de seus membros e a transmissão de sua cultura aos seus descendentes (LASCH, 1991). Nessa perspectiva, Scherer *et al.* (2017) citam a família enquanto fundamental para o processo de desenvolvimento humano e socialização.

Nesta corrente, Sarti (2004) comenta que há em seus membros uma tendência ao etnocentrismo (seja como for composta, vivida e organizada), pois olha-se para o outro a partir das próprias referências, espelhando a realidade exterior naquilo que é ‘familiar’, sem enxergá-la em sua maneira de se explicar a si mesma. Traduz-se o estranho em termos ‘familiares’, o que impede o movimento de estranhamento necessário para relativizar o próprio olhar.

Assim, nesta corrente foram os depoimentos dos/as participantes ao referirem-se às suas famílias enquanto uma espécie de porto-seguro:

“Minha mãe, meu pai, meu marido... Meu marido sempre fala: ‘eu gosto de você do jeito que você é! Se você engordar, se você emagrecer, você é sempre a mesma para mim!’. Minha mãe também nunca se importou, meu pai. [...] Minha família me apoia no que for necessário, menos cirurgia (risos). Eu sempre tive o apoio do meu marido; a minha mãe sempre me levantando: quando eu dizia que estava gorda, ela dizia: ‘não, você está bem, você é bonita, você é gorda inteira’. [...] o meu pai, o meu marido, a minha mãe e o meu irmão nunca se importaram. E tem uma prima que morou com a gente [...] ela é magrinha, magrinha, uma vara, e um dia eu

cheguei em casa e ela estava dentro das minhas roupas, ficou um balaio (risos), mas ela falava: 'eu queria ser gorda igual você!', e a gente sempre falava: 'para com isso!', porque ela é linda; e ela sempre chegava para mim e dizia: 'eu te acho linda!', aquilo era pra mim... o jeito dela chegar pra mim e falar, assim, na simplicidade dela, porque ela é uma pessoa bem simples, ela falava assim: 'eu queria ser bonita igual você!'. E eu achava ela linda, igual ela é. Isso é um motivo para gente... parar em pé!'. (E1).

"Meu marido é muito tranquilo. Quando eu faço aquelas dietas loucas, ele fala para eu não fazer: 'eu te conheci você não era tão gordinha assim, mas não tem problema nenhum'. Ele é bem compreensível". (E7).

Na esteira dos pensamentos de Sarti (2004), segundo os depoimentos, a família teve a função de dar sentido às relações entre os sujeitos e servir de espaço de elaboração das experiências vividas. Assim, a família atuou como uma espécie de filtro através do qual se vê e se dá significado ao mundo, mesmo que, para o mundo fora dessas paredes, o filtro não garanta a proteção necessária.

É possível observar nestes discursos a franca naturalização das relações sociais diante do sujeito em situação de obesidade. Essa naturalização, segundo Sarti (2004), acontece de forma mais clara em relação à família do que a outras instituições sociais, porque a família é o espaço social onde se realizam os fatos da vida vinculados ao corpo biológico, como o nascimento, a amamentação, o crescimento, o acasalamento, o envelhecimento e a morte.

Isto pode ser também observado nas falas a seguir, em que a família apresentou, claramente, demonstrações de preocupação, solidariedade, afeto e companheirismo frente ao sujeito obeso:

"A minha família... eles nunca me falaram 'você tá gorda'. Mas sempre falaram para eu me cuidar. Quando eu falei para eles que eu vinha aqui para a primeira reunião para fazer redução do estômago, minha irmã falou: 'tenta regime, tenta fazer tudo certinho para não chegar a fazer a redução. Não é porque você está um pouquinho fora do peso que você vai fazer uma coisa que é perigosa, pensa nos filhos'. Da parte da minha família nunca me trataram diferente". (E2).

"Eu sempre tive incentivo de uma irmã minha que mora lá em Joinville. Ela falou que se eu precisar, o dia que eu fizer a cirurgia, que ela vem ficar comigo. E é interessante que depois de 2014, que eu tinha a minha filha já com 4-6 anos, ela começou a falar: 'mãe, vamos fazer exercício! Mãe, eu não vou comer mais isso!'. Ela parou de comer tanto doce, ela quis cuidar dela e de mim também, nós duas, junto. [...] O meu filho e a minha nora me

incentivam bastante, minha filha de 10 anos, esses me ajudam muito nessa parte. Minha nora já veio comigo numa reunião (referindo-se ao ambulatório, em um dia que familiares foram convidados a participar da reunião em grupo) e me ajudou [...] deu uma dica. Ela me incentiva muito [...]. Meu filho diz que eu estou bonita [...] isso me faz bem!". (E9).

O relacionamento afetivo do cônjuge também exerceu um papel importante para o acolhimento, fornecendo um suporte emocional:

"Meu marido ajuda muito em casa. Ele tinha colesterol e diabetes alterado também. Aí, junto, nós mudamos muito a nossa alimentação, mudou sal, mudou a carne, até comprei aquela grelha para assar". (E5).

Corroborando com os relatos, Sarti (1999) comenta que em toda experiência de dor (fisiológica e/ou emocional, internalizada ou externalizada), especialmente, no tocante ao tema obesidade⁷⁰, é fundamental considerar a importância da família, pois dela vem as primeiras referências de significado que estruturam as experiências vividas. Isto é mais evidente nas situações com crianças pequenas, por não se expressarem verbalmente, mas pode ser igualmente relevante em todas as fases da vida, mesmo na adulta, pois todos inserem-se numa realidade social, arquitetando a trama das relações que fazem da dor uma experiência com um significado a ser buscado/compartilhado/amenizado.

Desta forma, a dor como realidade social, segundo Sarti (2001), é simbolizada, mediante os distintos lugares sociais dos indivíduos. Dentro de uma mesma sociedade, os sujeitos são portadores de condições sociais diferenciadas, de acordo com as diferenças sociais, entre elas, as de gênero, de classe e etnia ou, mesmo, de aparência corpórea e isso, (des)qualifica a realidade da dor.

E assim, pode haver maior ou menor tolerância à ela, conforme aquilo que do indivíduo se espera, segundo seu lugar social e, segundo as expectativas de quem o cerca (baseada nas expectativas/normativas culturais hegemônicas). Isto

⁷⁰ Pois, conforme verificado em várias passagens deste trabalho, os sujeitos em situação de obesidade, sofrem, constantemente, dores fisiológicas e emocionais provocadas pela condição em si, mas sobretudo, pelas relações sociais da diferença e do estigma.

pode ser observado no relato a seguir, em que o sentimento de compaixão diante da dor do outro pode ser manifestada como evidência de uma desigualdade, revelando uma distinção social entre quem sofre e os que não sofrem, como sugeriu Hannah Arendt (1971 apud AGUIAR, 2004) sobre a questão social. É possível inferir, portanto, que não há a real compreensão deste discurso, por parte dos/as participantes deste estudo, enquanto uma tentativa de normatização dos hábitos:

“A família da gente acaba sendo a base, acaba sendo um reflexo. Mas há uma cobrança, há uma preocupação: ‘nossa, você engordou demais’, ‘nossa, tem que parar de comer’. Até na hora de servir em casa: ‘oh, não está comendo demais? Não está repetindo muito?’”. (E7).

Quando o sujeito que sofre percebe esta manifestação de desigualdade, há nele um sentimento de mais dor, ou mais frustração, perda de referência; sobretudo quando ela vem de quem menos se espera: a família. É o que tratará o subcapítulo a seguir.

6.6.2 Família que magoa

Segundo os depoimentos, os familiares de grande parte dos entrevistados demonstraram, frequentemente, preocupação diante da situação, mas sobretudo, cobrança pela ‘falta de cuidado’ com o corpo. E, mesmo de forma indireta, acusaram a responsabilização individual pela condição da obesidade:

“Tem aquelas pessoas, um tio, uma tia que sempre falam: ‘nossa, você tá muito gorda!’, e acaba magoando a gente, porque a gente não é assim porque quer! Se fosse para a gente está do jeito que quisesse, eu era magrinha, eu era bonita”. (E1).

“A família do meu marido me trata diferente. Esses dias atrás, eu fiquei tão sentida com meu cunhado lá de Curitiba; ele ligou para mim e falou assim (começando a chorar): ‘como é que você está?’, eu disse: ‘ah, eu estou com dor nas pernas e tal’, aí ele falou: ‘mas é porque você é gorda!’. Eu fiquei muito sentida! Eu falei lá em casa: ‘da próxima vez que ele ligar eu não vou mais atender o telefone, eu não atendo!’. Eles sempre ligam lá em

casa, aí eu peço para meu piá (filho) atender e ele vai lá e atende, aí ele vem e fala baixinho: 'mãe, é o tio!', e eu peço para ele dizer que eu não estou. Foi a segunda vez que ele fez isso: 'você não para de dizer que está com dor nas pernas, com dor nas costas, é porque você é muito gorda! Tem que emagrecer! Você come demais! Você é isso, você é aquilo!'. E ele acabou ficando doente e queria dinheiro emprestado, mandei meu marido não emprestar: ué, ele não é magro? Ele que vá trabalhar!'. Por que ele vai precisar do dinheiro dos gordos agora?'. (E2).

"Eles olham como se a gente não tivesse limite, eles acham que não é doença. Acham que a gente pode parar de comer a hora que a gente quiser, eu sinto isso. [...] Eles não ligam muito para minha obesidade. Eles acham que eu poderia fazer... (pausa) que eu tenho que emagrecer porque eu posso. Esse meu piá (filho) de Curitiba disse: 'eu não quero que a mãe opere, pode fazer, mas eu não vou ajudar a cuidar, eu não quero que a mãe faça!'" (E6).

"Ah, eles falam mal também, eles não falam perto de mim, mas eles falam. Eu já ouvi. Um dia eu briguei com a minha filha, e ela me chamava de gorda e não sei o quê". (E8).

"[...] Mas eles acham que eu não posso fazer certas coisas por estar gorda. Eu ainda me sinto um pouco, sei lá... Eles vão na piscina e não me levam (risos), acham desculpa, dizem não tem espaço no carro, vão em mais gente e eu sempre vou ficando... Então ainda tem essa parte. E eu tenho uma irmã mais velha que a gente já brigou e eu já bati nela por causa de ela mexer com minha parte de gordo, sabe? Ela tem um jeito de falar que me ofende [...]. Outro dia eu peguei o celular e fui filmando a minha casa nova [...], e aí eu estava filmando e mostrando a parte em cima do fogão, não era a comida que eu estava mostrando, mesmo assim ela falou: 'por isso que é gordinha'. Isso que me dói! Quando eu fui lá na casa dela, com outra minha irmã, essa mais querida minha, nós fomos na praia, me senti muito bem, nós fomos na praia com ela, me senti muito bem, ninguém falou nada sobre... ninguém mexeu na minha ferida [...] mas outro dia que fomos na casa do meu sobrinho, filho dela, e a gente estava lá com mais pessoas, que a gente não conhecia [...] aí minha sobrinha fez duas nega maluca (bolo) [...] e senti vontade de pegar mais um pedaço, e ela (a irmã) teve que tocar na minha ferida. Olhou para mim e falou: 'por isso que está gorda' e ficou repetindo (suspirando)". (E9).

Nestes relatos, as pessoas que criticaram foram, em geral, de parentesco fora do núcleo familiar, ou mesmo, aqueles que moravam, geograficamente, distantes do convívio podendo não compreender, de fato, a realidade de sua vivência.

Estes exemplos citados corroboram com a legitimação imposta pelos discursos médico-científico e cultural de que a obesidade é algo totalmente controlável e, puramente individual, passível de ser debatida ‘em grupo’ – como se a vida privada de cada sujeito estivesse constantemente em pauta – tornando suas vidas enquanto um espaço poroso, perpassado por forças das relações familiares e societárias.

6.6.3 Amigos, nem sempre amigos

Cientistas sociais vêm documentando há décadas os benefícios dos relacionamentos interpessoais. (BELL, 1981; COLE e BRADAC, 1996). Alguns estudos demonstram que sujeitos socialmente integrados vivem por mais tempo (FEHR, 1996), são menos solitários e possuem maior grau de satisfação, tendo, portanto, papel importante na felicidade pessoal e na promoção da saúde. (ARGYLE, 2001). Entretanto, neste estudo, quando questionados/as acerca das inter-relações de amizade, os sujeitos em situação de obesidade manifestaram, em várias situações no decorrer de suas falas, sentimento de tristeza ao lembrar do comportamento dos então “amigos” frente a sua aparência:

“Já senti bastante preconceito. Não dá para chamar de amigo, um colega, que ali no trabalho, vamos supor assim: somos todos amigos, mas chega final de semana, para sair, aí eu já não sirvo. Não é que eu não sei me arrumar, na verdade a gente não usa a roupa que gosta, a gente usa o que serve, então, muitas vezes, você não tem a roupa de balada, você não tem uma coisa assim, então você fica de fora. Tem essa diferença!”. (E1).

Como já mencionado, a amizade é importante em todo o ciclo da vida dos sujeitos. Ela se baseia, sobretudo, em valores e interesses mútuos. (CHRISTAKIS e FOWLER, 2007). Segundo Fehr (1996), as amizades se formam, desenvolvem e mantêm através da inter-relação dos fatores ambientais (proximidade geográfica); situacionais (probabilidade de interação, frequência de contato, dependência e disponibilidade); diádicos (apreço mútuo no julgamento inicial de um indivíduo sobre

o outro e abertura para revelar assuntos particulares) e, por último, individuais em que se considera a faixa etária, habilidade social, responsividade, timidez, similaridade de interesses, comportamentos, valores e, a aparência física.

Segundo a literatura, ainda, um dos fatores que favorece a aproximação das pessoas é a atração física. Inúmeros trabalhos vêm demonstrando sua influência nos relacionamentos humanos. (SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2010; THOMPSON *et al.*, 2007). Na esteira desta discussão, Chistakis e Fowler (2007) encontraram em seus estudos que, apesar da proximidade geográfica, sujeitos em situação de obesidade eram menos citados como amigos quando comparados aqueles sem obesidade, fato que não coincide nas inter-relações de maiores distâncias em que a densidade corpórea não afeta na escolha das amizades, sugerindo com isso, a importância da aparência física como fator de inclusão/exclusão nas relações sociais.

Esta importância dada ao corpo, enquanto objeto de estudo, mediando as relações sociais ocorre ao longo de toda a história. (VIGARELLO, 2012). Assim, embora seja caracterizado como um objeto físico, que materializa a existência humana, o corpo também é formado por um componente simbólico, o qual é afetado pelo movimento das sociedades (JODELET, 1994; JUSTO *et al.*, 2014), cujos discursos hegemônicos de cada época influenciam/modificam/normatizam os padrões de saúde e de beleza.

Assim, na contemporaneidade, pessoas consideradas fisicamente atraentes são vistas como mais simpáticas e com maior desenvoltura social e tendem a ser as mais populares. Com isso, as pessoas conceituadas como 'belas' são valorizadas e favorecidas, desenvolvendo, por consequência, maior confiança social. (MYERS, 2000). Têm qualidades que os outros apreciam por pensar que são mais felizes, sexualmente mais atraentes, extrovertidas, inteligentes e mais bem-sucedidas aumentando ou perpetuando com isso o estigma e a rejeição social. Como pode ser exemplificado no relato a seguir:

“Os amigos, eles são complicados (lágrima, voz apertada). Porque os amigos gostam de você, então, se você vai entrar no carro, eles colocam o banco para trás, se vai num lugar, já procuram um lugar para sentar mais próximo para você não andar muito, os amigos que eu tenho são bem poucos, são pessoas que realmente gostam. Mas tem aqueles: ‘nossa,

“você está bem gordinha, daqui uns dias não vai mais caber no carro, vou ter que comprar um carro maior”. Os amigos deveriam agir de uma outra forma: ‘oh fulano, você tem que fazer uma dieta’, porque amigo não é só para te apoiar em tudo, também é te fazer entender que você precisa emagrecer. Os amigos vão te aceitando para não te ofender, para não te magoar, para não... eles vão te aceitando. Não é que nem uma pessoa de fora, que não gosta de você, que vê somente a tua obesidade. Amigos não veem só a tua obesidade, não veem com quantos quilos a mais você está; eles nem lembram mais de como eu era, não estão nem aí com a parte de fora (choro)”. (E7).

Neste depoimento, há indícios de que nesta relação social houve um movimento de tolerância da aparência, reduzindo as tensões entre o sujeito e a sociedade quanto ao medo, ansiedade por auxiliarem a suportar situações estressantes e compartilharem as mesmas experiências de vida, mesmo embora ocorrendo de maneira sarcástica. Apesar disto, ficou claro que o/a participante da pesquisa não esteve totalmente satisfeito/a com esta amizade, devido a falta de afeto, apoio e solidariedade que, segundo Bell (1981), também são fatores primordiais para fortalecer os laços afetivos.

6.6.4 O empregador como um aliado

Nesta subcategoria temática, contrariando o que grande parte da literatura relata sobre a frequente discriminação e assédio moral⁷¹ no ambiente de trabalho (LEVRINI e PAPA, 2016; CARDOSO, 2007; MOLON, 2005), os/as participantes deste estudo demonstraram em seus relatos que muitos de seus empregadores os/as apoiam em relação à sua saúde e aparência física:

“Minha patroa está me apoiando muito”. (E5).

⁷¹ Há vários conceitos utilizados pela literatura para definir assédio moral. Entretanto, para este trabalho, seguiu-se a conceituação de Martins (2008, p. 434): “uma conduta ilícita, de forma repetitiva, de natureza psicológica, causando ofensa à dignidade, à personalidade e à integridade do trabalhador. [...] causa humilhação e constrangimento ao trabalhador”.

“Lá é muito bom e minha patroa é muito boa também. [...] hoje eu não poderia estar aqui porque tem uma colega em licença maternidade e outra de atestado. Mas aí, eu vou levar todas estas folhas que vocês me deram e o cronograma de reuniões e vou dar tudo para minha patroa ver e aí, ela já sabe o que eu vou fazer. Ela não se importa, ela quer o meu bem! [...] eu já estou nesse trabalho há cinco anos. Todo mundo me apoia, nunca ninguém lá dentro me disse alguma coisa... ao contrário. O dono de lá sempre fala que eu estou bem, que eu estou bonita, nunca gorda!”. (E5).

Embora os relatos demonstrem haver a aceitação e apoio, neste último depoimento, em especial, foi possível inferir que, veladamente, os empregadores apoiavam seus funcionários na medida em que esperavam deles alguma mudança relacionada ao seu *status* corporal, seja pela preocupação com sua saúde, propriamente, ou pelo julgamento de melhorar o rendimento no trabalho.

Segundo Rogers (1983 apud LEVRINI e PAPA, 2016, p. 174), a aceitação incondicional é o acolhimento do outro de forma integral, sem que lhe sejam colocadas quaisquer condições, sem barreiras e sem julgá-lo pelo que é, age, sente, pensa ou fala. Um sentimento difícil, porém, passível de acontecer se o sujeito estiver disposto.

No entanto, se não for por amor, que seja pelo dever: a Constituição Federal de 1988 apresenta em seu artigo 1º, os princípios que devem reger as relações jurídicas e, entre eles, o princípio da dignidade da pessoa humana, como norteador de todas as relações envolvendo pessoas (BRASIL, 1988).

Atualmente, no entanto, este artigo da constituição não está totalmente e, naturalmente difundido na sociedade (pois, na visão da autora, o princípio de dignidade deveria estar intrínseco nas pessoas, não havendo necessidade de leis), pois vive-se uma realidade em que a Lei rejeita energeticamente todo tipo de preconceito e discriminação e, ainda, busca pela diversidade, mas os valores sociais no cotidiano da vida, em boa medida, ainda se contradizem.

Pesquisando na jurisprudência brasileira, existem relativamente poucos precedentes encontrados especificamente sobre a discriminação da estética corporal (LEVRINI e PAPA, 2016) (embora acredita-se que deva haver subnotificação dos casos, ou pelo fato do empregado não conhecer, de fato, a lei e seus direitos ou, por medo de maiores represálias, como, por exemplo, perseguições e a perda do próprio emprego). Apesar disto, o fato de haver alguns casos, mesmo que sejam

poucos, revela que essa é uma situação que está presente no ambiente trabalhista e que, portanto, deve ser mais aprofundada, emergencialmente.

A lei 9.029/95 (BRASIL, 1995), que trata mais especificamente sobre a discriminação em relações de emprego, prevê no artigo 1º que: “fica proibida a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade”, não prevendo, porém, a prática discriminatória e limitativa por motivo de estética corporal.

Para além das leis brasileiras, as convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT), também, não trazem, ainda, a proteção explícita contra a discriminação por obesidade – ou estética corporal. (DUTRA, 2001). Por outro lado, a Convenção nº. 111 da OIT, instrumento mais exaustivo sobre o tema, trata precisamente da discriminação fundada em raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social. Contudo, apesar de não citar abertamente, esta convenção, diferentemente das leis mencionadas, já avança no sentido de que não limita a discriminação a esses fatores, mas afirma que se inclui no conceito de discriminação qualquer distinção que tenha por efeito destruir a igualdade de oportunidades em matéria de emprego. (ANTUNES e ALVES, 2004).

Apesar destas (poucas) iniciativas por parte do Poder Judiciário, é fato que tais situações ainda ocorram, frequentemente, no ambiente de trabalho de forma velada ou, mesmo, estampada como anúncios de publicidade, como é observado no seguinte depoimento:

“Eu já trabalhei numa lanchonete como chapeira e minha chefe sempre jogava na minha cara: ‘você tem um rosto tão bonito, pena que é gorda!’. É triste para gente, mas ela sempre, sempre, sempre jogou na minha cara! [...] vai baixando a moral da gente, né?”. (E1).

Diariamente, os sujeitos em situação de obesidade sofrem todos os tipos de preconceitos e se defrontam com todos os tipos de comentários de cunho pejorativo e pouco dignos, tanto no âmbito familiar como fora dele. O que pode se interpretar disso tudo é que o obeso é, em larga medida, responsabilizado pelo seu estado, ademais de sua falta de autocontrole e vontade de mudar.

Assim, a gordura, enquanto estigma, é uma construção social que desclassifica as pessoas, ao passo que esses mesmos sujeitos atribuem juízos de valores desfavoráveis ao excesso de gordura corporal. Sob esse aspecto, acontece a gerência do visual nas formas de individualização do indivíduo, na medida em que ele escolhe sua aparência como um valor moral. Mattos e Luz (2009) informam que as construções pessoais e coletivas estão enraizadas nas representações contemporâneas das normas de beleza que excluem o gordo, tornando-o marginalizado. Os autores complementam, ainda:

A estética, enquanto forma física hegemônica de beleza, tem-se tornado o critério sociocultural privilegiado de enquadramento dos sujeitos para determinar se realmente são “saudáveis”, ou se precisam realizar alguma “atividade física”. A responsabilidade com a aparência passa a ser cada vez mais do próprio do indivíduo, na medida em que ele mesmo deve se vigiar e controlar seu comportamento, a fim de evitar constrangimentos morais e sociais. (MATTOS e LUZ, 2009, p. 495).

Diversos estudos mostram que o assédio moral vindo de um superior hierárquico tem consequências muito mais graves sobre a saúde do que o assédio horizontal (colegas de idêntico grau na escala hierárquica), pois a vítima se sente ainda mais isolada e tem mais dificuldade para achar a solução do problema. (GUEDES, 2003; GOSDAL, 2003). Na esteira desta discussão, a autora Marie-France Hirigoyen (2000, p. 57) completa:

Ao longo da vida há encontros estimulantes, que nos incitam a dar o melhor de nós mesmos, mas há igualmente encontros que nos minam e podem terminar nos aniquilando. Um indivíduo pode conseguir destruir outro por um processo de contínuo e atormentante assédio moral. Pode mesmo acontecer que o ardor furioso desta luta acabe em verdadeiro assassinato psíquico. Todos nós já fomos testemunhas de ataques perversos em um nível ou outro, seja entre um casal, dentro das famílias, dentro das empresas, ou mesmo na vida política e social. No entanto, nossa sociedade mostra-se cega diante dessa forma de violência indireta. A pretexto de tolerância, tornamo-nos complacentes.

As atitudes tomadas por pessoas ditas ‘normais’, com relação àquelas estigmatizadas, são identificadas à medida que a sociedade necessita suavizá-las. É bastante evidente no depoimento da participante deste estudo, a humilhação diária

vivida por ela em virtude de sua corpôlência. Esta necessidade de rebaixamento do outro se faz tão importante na vida desta empregadora que ela nem disfarça seu desagrado contrariando o que Schutz (1989, p. 75) sugere como “normas das boas maneiras e da etiqueta social”, ou seja, o que seres humanos, de uma maneira geral, fazem naturalmente diante de tais situações agindo de modo esperado, independentemente de quais sejam os verdadeiros sentimentos a fim de “responder às exigências sociais”.

Ainda de acordo com o depoimento acima, acredita-se que a função de um líder dentro de uma empresa deveria ser de motivar os colaboradores e não ações contrárias. Nesta direção, Robbins (1999) demonstra que a motivação pode ser baseada em iniciativas práticas que faça florescer nos colaboradores a autoestima e a criatividade, criando um clima de confiança e seriedade. A razão das pessoas se submeterem a um sistema de organização (fora a óbvia necessidade de remuneração), baseia-se no fato de que exista um sistema de interação, que facilita o processo de troca ou de reciprocidade entre as pessoas.

A administração de recursos humanos, portanto, deve considerar o indivíduo como um ser social, um sujeito que necessita fazer parte de um grupo social, de interação, para conviver. E para isso, o ambiente de trabalho é um dos mais relevantes nesse contexto devido a aproximação das pessoas. (ANTUNES e ALVES, 2004).

Seguindo na esteira desta discussão, o depoimento a seguir foi outro exemplo claro de discriminação pela estética corporal, porém, agora, ela ocorreu durante a disputa por uma vaga de emprego:

“Teve uma vez que eu estava numa seleção para caixa de supermercado. Tinha eu e mais duas meninas. A mulher de lá conversou bastante comigo e só ficou pedindo se eu tinha muito problema de saúde. No final, eu não fui contratada, talvez ela pensou que eu ia pegar muito atestado ou sei lá o que ela deve ter pensado! Até foi bom, porque naquele mercado, coitados dos caixas, trabalham em pé, num cubículo, acho que eu nem caberia lá! (risos)”. (G2).

Na medida em que o pensamento cultural da sociedade de ser belo é ser aceito, saudável e bem-sucedido profissionalmente, algumas empresas passaram a buscar, em grande escala, empregados dentro deste padrão estético a fim de

transmitir ao mercado consumidor uma imagem atraente e de sucesso. Mas, não apenas por isso: Coutinho (2007) sugere que ser 'bonito' é um quesito positivo simplesmente por ser contagiante, por demonstrar sucesso naquilo que faz. Se a imagem demonstra o que a pessoa é, a imagem do belo demonstra um desejado estilo de viver e chama a atenção do público consumidor e, conseqüentemente, da própria empresa, ainda que seja um julgamento equivocado.

A exemplo deste depoimento, Cardoso (2008) comenta que na fase pré-contratual, é possível encontrar maior incidência de discriminação por critérios estéticos; mas, por preceder ao vínculo empregatício, dificilmente é comprovada e punida. Muitas vezes, ainda, o candidato, com temor de não ser selecionado, se insurge contra invasões do empregador na sua esfera subjetiva ou de imagem.

Este depoimento pode expressar, ainda, a ideia de que a pessoa em situação de obesidade é mais doente e por isso se afasta mais rotineiramente do trabalho, ou ainda, nas entrelinhas, que o sujeito, por não gozar de seu pleno vigor físico, poderá ser mais lento no desempenho das atividades. (FERREIRA e MAGALHÃES, 2005). Tais concepções demonstram a relação do corpo com o trabalho e enfatizam a noção do corpo utilitário, apto (ou não) à execução das tarefas laborais. (BOLTANSKI, 2004).

Estas situações e tantas outras das quais os sujeitos em situação de obesidade deste trabalho vivenciam em decorrência da supervalorização do corpo magro pela sociedade, tende a afetar as suas vidas de forma a causar obstáculos não apenas na vida afetiva, mas também, nas disputas profissionais, caracterizando, claramente, a desigualdade social. (MARCUIZZO; PICH e DITTRICH, 2012).

Segundo a literatura, devido às dificuldades quanto à sua aceitação, geralmente os sujeitos em situação de obesidade tendem a estudar menos, o que, por consequência, acarreta em salários mais baixos ao ingressarem no mercado de trabalho. Por conseguinte, esses mesmos sujeitos podem se deparar com obstáculos (mais que outras pessoas), inclusive para exercer algumas funções, não somente devido às suas limitações físicas, mas também em decorrência do seu padrão corporal. (SEGAL e FANDIÑO, 2002).

A obesidade, como condição em si, não torna deficiente ou inválido quem quer que seja. Contudo, o (pre)conceito da sociedade e dos discursos hegemônicos de que a situação de obesidade impede o indivíduo de participar, em

Além disso, mais que as leis, a sociedade contemporânea deveria considerar que a promoção da diversidade/pluralidade e o combate à discriminação são duas metades de um todo, ou seja, são estratégias que se complementam, pois, a primeira, trata da construção da promoção e a segunda, conota o desmonte da discriminação. Tem que haver os dois para que se possa garantir a igualdade nas relações sociais.

Existe uma reprovação formal de quaisquer tipos de discriminação no ambiente organizacional, porém nem sempre houve processos e ferramentas para se diminuir tais comportamentos. Torna-se mais fácil, portanto, incentivar os empregadores a pensar de forma a promover a diversidade/pluralidade, pois aborda a realidade da exclusão de uma maneira positiva. Segundo Myers (2003), essa promoção não enfatiza aquilo que se quer refugar, mas sim, o que se quer favorecer, incitando discussões e práticas embasadas em valores éticos que, atualmente, estão em parte ofuscados.

6.7 Indústria cultural da magreza: como se constituem as representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave

Acredita-se que a mídia, por sua extensão, formatação, poder de penetração e circulação dos mais variados discursos, constitui-se em um dos principais meios de difusão e legitimação do culto ao corpo como tendência de comportamento (CASTRO, 2007) e, também, por isso, é uma relevante instância produtora de subjetividades, haja visto o constante processo de redefinição do *self* na cultura contemporânea, implicando na (re)construção diária dos modos e estilos de vida.

Assim, como já discutido anteriormente, o corpo destaca-se enquanto ator principal na trama social por meio dos chamados “regimes do corpo” (CASTRO (2007, p. 16), baseados, segundo a autora, no consumo de mercadorias (cosméticos, medicamentos, vestuário, adornos, dietas, etc) e modos de vida (postura, modos de agir e de falar, práticas de exercícios físicos, estilos de vida, etc) que são seguidos a partir dos discursos hegemônicos médico-científico e cultural sexista que se utilizam, sobremaneira, da mídia para sua divulgação.

Estes discursos são, na alguma medida, regulados pela economia de mercado dos cosméticos, fármacos e produtos alimentícios em geral, a qual dita e propaga aquilo que “pode e deve” funcionar como um medicamento ou como um “bem maior” para a saúde; desse modo, conforme declaram Sant’Anna (2002) e Vigarello (2006), investindo no controle e estimulação dos corpos, além dos valores societários elitistas. (ORTEGA, 2003).

Para Castro (2007), esta obsessão pela construção da aparência surge como espécie de resposta à instabilidade, fragmentação e efemeridade que marcam a vida social e ajuda a compreender a centralidade assumida pelo culto ao corpo na cultura contemporânea.

Portanto, partindo desta premissa, esta categoria temática manifestou os pensamentos dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, em relação à indústria cultural da magreza, ou seja, ao consumo de produtos para o corpo e as estratégias de divulgação pela mídia, propaganda e *marketing*.

6.7.1 As propagandas são enganosas

O título deste subcapítulo evidenciou a opinião de grande parte dos/as entrevistados/as em relação às propagandas de produtos para o corpo:

“Depende, tem umas que falam sobre a obesidade e tem umas que estão na mídia só para vender os produtos deles. [...] Tem umas propagandas que a gente vê que são muito mentirosas, que são mais para vender produto do que para ajudar as pessoas. Mas eu não me incomodo porque eu sei que não é para mim”. (E3).

“Eu vejo como uma ilusão! Que aquilo ali é só para vender produtos!”. (G1).

“Eu acho que é mentira, mas também não dou muita importância para isso”. (E5).

“Eu acho que é só comércio, não resolve nada”. (E8).

“Eu acho que não resolve nada, porque, assim, se você vai comprar uma coisa, por exemplo, um shake, aí você tem que tomar no café da manhã, no almoço e na janta, claro que emagrece porque você para de comer para

tomar o shake. Se você fecha a boca e reaprende a comer você também pode emagrecer! Não tem nada a ver com a marca que você está tomando". (G8).

A mídia e a indústria cultural da magreza são aspectos estruturantes da prática do culto ao corpo. A primeira, por mediar a temática, mantendo-a presente na vida cotidiana, levando ao/à leitor/a os 'lançamentos', as descobertas 'tecnológicas e científicas', ditando e incorporando tendências, hábitos e estilos. A segunda, por garantir a materialidade da tendência de comportamento que, como todo perfil comportamental e/ou simbólico – só existe se existirem objetos e produtos consumíveis. O grande desafio, contudo, superando a lógica capitalista, é: como chegam estas informações e são absorvidas pelo público em geral, em especial, pelos sujeitos em situação de obesidade?

Analisando os depoimentos acima, é possível inferir que, apesar de não consumirem tais produtos, por acreditarem que as 'promessas' divulgadas são falsas, há uma certa dúvida entre a real ação e/ou benefício do produto/serviço divulgado, o que pode despertar em algum momento de suas vidas (a depender da intensidade de estímulos publicitários) a vontade de experimentá-los.

E este é o grande nó da questão: até que ponto é possível defender-se das estratégias de indução ao consumo? Uma vez que os principais artifícios utilizados nas mensagens publicitárias expressam felicidade, vitalidade, disposição, saúde física e mental; com características atribuídas ao produto de superioridade, credibilidade, confiança, alta qualidade, inovação e benefícios à saúde. Para complementar, utilizam-se de personalidades da mídia (felizes, magras e belas) conferindo sua legitimidade. Em suma, o prazer, a satisfação e a saúde como álibis do incentivo ao consumo.

Daí a dimensão cultural da propaganda/publicidade: ela mobiliza o imaginário coletivo e reconstrói saberes e crenças legitimados socialmente. Isso significa que a publicidade recorre às normas sociais interiorizadas pelos sujeitos, normas aceitas pelo grupo e que apresentam instruções de comportamentos esperados. (LYSARDO-DIAS, 2007).

Assim, quando se defronta com a publicidade de produtos relacionados ao corpo, à saúde e beleza, como medicamentos, alimentos, vestuário, cosméticos serviços e outros, pode-se inculcar uma relação direta entre esses

elementos que necessita ser analisada à luz de parâmetros éticos que levem em conta o direito à informação adequada e à saúde (incluindo os riscos), permitindo uma maior e melhor aproximação de ações que possibilitem minimizar os riscos advindos do consumo induzido de forma indiscriminada ou, mesmo, ilusória.

Alguns participantes, no entanto, deixaram-se seduzir pelos jogos da mídia e publicidade, conforme demonstra o relato abaixo:

“Eu acho que são enganosas. Eu já tentei essas dietas que saem, tentei fazer, mas não adianta, eu sei que eu vou me iludir com uma coisa que eu não vou conseguir. Mas eu não fico triste não”. (E7).

Em se tratando de propagandas de suplementos alimentares, são vários os exemplos de que estes produtos são associados à imagem de artistas e atletas famosos (magros, belos e felizes), imprimindo ao alimento o *status* de milagroso. Em tais situações, exime o consumidor da culpa pelo consumo do produto, pois o alimento contribuiria para a boa forma física, além de ser saboroso. Em alguns casos, sugere-se ao consumidor a substituição de refeições (naturais) pelo produto (manipulados industrialmente), com a justificativa de que refeições ‘hipercalóricas’ são impeditivas para aqueles que almejam tornarem-se parecidos com as personalidades da mídia.

Este último exemplo, em especial, pode gerar, entre outros agravos, a distorção por parte do consumidor quanto a função cultural, simbólica e social que a alimentação exerce (LUZ, 2012; CARVALHO; LUZ e PRADO, 2011; MONTANARI, 2008; ORTIZ, 1994), ao substituir os componentes socioculturais da comida e da comensalidade (POLLAN, 2008) por um fenômeno puramente racional ao minimizar o ato de se alimentar a um ato de nutrir, ou seja, ingerir nutrientes, um processo mecânico, individualista e medicalizado. (VIANA *et al.*, 2017; CAMARGO Jr, 2013; RODRIGUES, 2007; LIMA, 1997).

Além disso, substituir um café da manhã (com alimentos de verdade – pão, queijo, leite, fruta, etc.) ou um almoço (com alimentos de verdade – arroz, feijão, carne, salada, etc) por um produto industrializado – uma pílula ou um shake – como são conhecidos, cujo valor nutricional real é questionável⁷², torna-o um dependente

⁷² Não apenas o valor nutricional é questionável, mas também, outras características desses produtos ditos “emagrecedores” como por exemplo: a qualidade dos nutrientes; o seu grau de manipulação

em potencial do sistema, uma vez que, para ‘matar a sua fome e permanecer magro’ é necessário a perpetuação do seu consumo, fato que pode usurpar, sobremaneira, um percentual significativo do orçamento do consumidor/a ou, mesmo, de sua família.

Marins, Araújo e Jacob (2011) corroboram com Chaud e Marchioni (2004) ao demonstrarem que conteúdos equivocados sobre alimentação, nutrição, suplementos alimentares e de emagrecimento são frequentemente disseminados pela mídia. Os autores justificam que a divulgação da informação está mais pautada em critérios publicitários que informativos sobre as características nutricionais acerca do produto, não possibilitando os esclarecimentos importantes e necessários para os consumidores.

Como se não fosse suficiente, grande parte da mídia faz uso, ainda, de aparatos tecnológicos para tentar lubridiar o ‘cliente em potencial’, ao editar a imagem dos/as atores/atrizes em programas computacionais, reparando as imperfeições dos corpos e acentuando outros atributos. Neste quesito, a mídia não poupa esforços: por meio da inteligência artificial e das ‘mãos virtuais’ não apenas as silhuetas corporais são ‘afinadas’ como também maquia, aumenta musculatura, bronzeia a pele, apaga as rugas, tingem cabelos, alonga traços, branqueia dentes ou recria sorrisos. Tudo dotado de um poder de transformação para garantir a estética ideal. (SOKOLOSKI, 2010). Fato que, por vezes, coloca em dúvida a real naturalidade daquela pessoa, como refere o depoimento a seguir:

“Esses dias a gente folheou uma revista, aqueles corpinhos, aquelas roupas, eu sei que vai cair bem nela, mas será que ela está mesmo com aquele corpo, será que não é tudo coisa de computador” (E7).

Sokoloski (2010, não paginado) demonstra que a “ditadura do corpo perfeito”⁷³ passa a ser mostrada, em boa medida, na linguagem desses *softwares*, ou seja, um produto de mercado. Entra, assim a era do “corpo digitalizado”. Corpos e rostos que seduzem, esculpidos com o cuidado da máquina inteligente, o então

a ponto de poder interferir/prejudicar o funcionamento normal do organismo; a toxicidade química dos estabilizadores e conservantes; a experiência sensorial (olfato, paladar, consistência); o preço a ser pago por tal “benefício” entre outras questões.

⁷³ Ou, segundo Berger (2007, p. 122): “utopia do corpo”.

desejado por muitos mortais: o *Photoshop*! Esse mágico “doutor”, sem diploma de papel, mas que rouba a cena em favor do imaginário humano. Dá cores e constrói contornos, produzindo um encantamento visual e, talvez, distanciando o homem da razão. Sai a frieza do bisturi físico para dar espaço ao calor da imagem fabricada, ao alcance das competentes mãos que conduzem os prazeres da tecnologia tátil virtual.

Lemos (2008, p. 17) relaciona este ‘poder’ a um novo momento histórico que vem determinar um inesperado comportamento cultural em que as novas tecnologias parecem caminhar para uma forma de onipresença, misturando-se de maneira radical e, quase imperceptível, ao ambiente cultural através do “devir micro (tornar-se invisível) e do devir estético (tornar-se belo)”, fortemente endossados pelo saber médico, pois, verbos como esculpir, modelar e transformar são originalmente utilizados pela ciência médica-científica, porém, esta agora, sob o pretexto de saúde, bem-estar e, em última instância, de felicidade (mesmo que paradoxal).

Assim, as imagens (mais que os textos e falas) têm um papel novo e central na cultura de consumo. Para Baudrillard (1997, p. 61), a concentração, a densidade, a abrangência da produção de imagens na sociedade contemporânea nos empurra para uma sociedade qualitativamente nova, denominado por ele de “o mundo simulacional”, no qual se aboliu a distinção entre realidade e imagem, estetizando-se a vida cotidiana. Tudo se transforma em espetáculo que, para o autor, não é um conjunto de imagens, mas uma relação entre pessoas, mediada por imagens.

Debord (2003, p. 15) na esteira desta discussão enfatiza que “o espetáculo é a afirmação da aparência”. Ele se apresenta com expressiva e indiscutível positividade, não diz nada além de “o que aparece é bom, o que é bom aparece”, mesmo que isto não lhes garanta a imortalidade, mas contribui para a sensação, mesmo ilusória e virtualizada, do impedimento do fim no mundo dos mortais. (BAUDRILLARD, 1997).

Isto tende a ocorrer pois, a tendência à personalização dos produtos e dos serviços desenvolve-se em uma economia em que se impõe a preeminência da inovação sobre a produção. Assim, o mercado globalizado de hoje evolui, na medida em que evolui seus consumidores (LIPOVETSKY, 2007), se é corpo magro que o cliente quer, corpos magros serão vendidos, mesmo que, por instantes, se lembre de que, por vezes, as propagandas utilizadas sejam enganosas.

6.7.2 O magro como representante da obesidade

Esta subcategoria temática demonstrou, na perspectiva dos/as entrevistados/as, como a mídia lida com esta dicotomia (magreza/obesidade) uma vez que usufrui, em sua maioria, de pessoas magras, com corpos enquadrados no modelo socialmente aceitável de beleza, em seus programas e comerciais em geral:

“Eu fico pensando o porquê de eles não colocarem um gordinho para fazer a propaganda. Eles não fazem isso! Eles colocam aquelas modelos magras porque são bonitas. Mas eu não corro atrás dessas coisas de remédio porque eu sou contra tomar medicação. Para falar a verdade, eu tenho medo de tomar uma medicação e depois ela prejudicar a minha saúde. Você vai tomar um remédio que nem sabe direito para que é que serve só porque tem uma modelo dizendo que é bom?”. (E2).

“Colocam uma magrinha para falar de peso!”. (E8).

“Não tem como não afetar, né? [...] às vezes tem uma propaganda, de uma (pausa breve, tentando lembrar), uma cinta ou propaganda de um medicamento para emagrecer, e eles colocam uma pessoa de corpo perfeito. Por que eles não colocam uma pessoa obesa? [...] eles vendem um produto que nem eles consomem e que eles sabem que não faz efeito. Então, é complicado”. (E4).

Nas imagens midiáticas dos corpos ‘publicitários’, os padrões de beleza são tão imperiosamente obedecidos que, por mais que variem as personagens fotografadas, nas imagens, todos os corpos continuam parecidos esteticamente por causa das semelhanças físicas dos corpos representados. Assim, o que se apresenta na imagem, segundo Santaella (2004), é o corpo homogeneizado como lugar de produção de signo.

Corroborando com esta afirmação, Sant’Anna (2001, p. 70) pontua que “a multiplicação de imagens sobre corpos saudáveis e sempre belos é mais rápida do que a produção do real de saúde”, e que esta maratona rumo à juventude/beleza alcança, indistintamente, jovens e idosos das mais diversas classes sociais, “mas estes não conseguem ver o pódio, porque se trata de uma corrida infinita”. E assim, o

carrossel da indústria cultural da magreza completa o círculo, pois o mercado expande à medida que seus consumidores se encontram insatisfeitos.

Referindo-se especificamente às personagens das peças publicitárias, também referenciadas como ‘*top models*’, Etoff (1999, p. 21) chama a atenção para o fato delas virarem quase “anomalias genéticas” - quando da finalização da imagem manipulada, pois, em determinadas situações, são desproporcionais e, portanto, irreais. Apesar disto, corpo e face são projetadas para excitar e agradar, mesmo não sendo reais. E continua: “[...] até mesmo elas apresentam as marcas da imperfeição humana”. O interessante é que, complementa a autora, apesar das pessoas terem consciência disso e dos riscos que a saúde possa sofrer, ainda assim, esse padrão estético de magreza é o desejado por muitos/as.

Estes tais ‘estereótipos⁷⁴’ são tão comuns na mídia que chegam ao ponto de se tornarem, praticamente, naturalizados no cotidiano das redes sociais. Não somente as marcas ‘consagradas’ utilizam de tais estratégias de *marketing* como, também, a publicidade local de várias cidades do globo terrestre (GALENO e SILVA, 2015; CASTRO, 2015; JANUÁRIO, 2014; BEDRAN, 2008) contribuindo, de certa maneira, para construção da memória individual e coletiva dos habitantes da cidade e do fortalecimento do estigma da diferença.

A exemplo disto, o estudo de Nunes e Silva publicado em 2017 sobre as representações da mulher na publicidade na capital potiguara evidenciou, claramente, os padrões de beleza adotados pela publicidade local: corpos magros com medidas inatingíveis pela maioria das mulheres e que não contemplam, assim, a maioria das natalenses. Os resultados deste estudo demonstraram, ainda, a ausência de representações da mulher negra ou da mulher de ascendência indígena nos *outdoors* analisados, mesmo que estas etnias sejam encontradas em porções majoritárias da população local.

Como possíveis consequências deste fato, Sodré (2006) afirma que a mídia representa mais que linguagem, tecnologia ou simples equipamento que transmite ideologia; trata-se de um importante instrumento de direcionamento ou de

⁷⁴ Etimologicamente, a palavra estereótipo vem de *stereos* que, em grego, significa “sólido”. Portanto, o termo comporta em si uma referência ao que foi pré-determinado e encontra-se fixado, cristalizado. (LYSARDO-DIAS, 2007). Na perspectiva da psicologia social, Moscovici (1972) refere que estereótipo tem a ver com as imagens preconcebidas que se cristalizam em um grupo social e que interferem na maneira como os membros desse grupo gerenciam a convivência.

criação de subjetividade nos sujeitos, interferindo, em boa medida, na forma de ver, interpretar e de se mostrar ao mundo (ou se esconder/ser escondido).

Assim, a mídia vai articulando imagens e discursos que dialogam com diferentes domínios da produção humana e que participam da rede intertextual que caracteriza a vida social. Desta forma, na perspectiva de Bakhtin (1997), a produção cultural se baseia em representações coletivas que circulam na sociedade e que, de alguma forma, estão relacionadas ao imaginário de uma época. Sob esse viés da interdiscursividade, todo discurso é compreendido como resultado de um movimento de articulação de outros discursos que lhe são anteriores, discursos sociais atravessados por dizeres coletivamente instituídos.

E é nesta corrente que se aproximou o depoimento a seguir. Nota-se, por parte deste/a participante que, embora confirme a desvalorização e quase nula participação de personagens 'fora do estereótipo idealizado' nas peças publicitárias, ela é necessária para o envolvimento emocional e capitalista dos interlocutores:

“Há uma desvalorização da pessoa obesa, por mais que tenha hoje (obesos em propagandas) porque a publicidade acaba sendo pressionada a colocar (o obeso) em destaque [...] porque você não trabalha só pra gente magra, você trabalha pra todos os tipos de pessoas, gordas, baixas, altas, negras, então o mercado publicitário tenta inserir essas pessoas no contexto desses novos produtos, só que ainda acho muito pequeno e também inadequado”. (E7).

A apropriação desses 'outros' discursos e materiais visuais procura criar, conforme Lysardo-Dias (2007), uma identificação entre os interlocutores: quanto mais conhecida for a referência linguística ou icônica, maior a garantia de reconhecimento dela e, conseqüentemente, mais eficaz será o procedimento de incorporação daquele discurso citado em termos de captação e persuasão do público a que se dirige. As referências serão mais eficientes a medida que forem mais familiares, pois o reconhecimento se dará de maneira mais rápida por demandar menor esforço cognitivo.

Então, por este argumento, o “inclusivo” tende a aparecer em (algumas) peças publicitárias, afinal, a mídia tem a necessidade de buscar ampliar cada vez mais sua audiência - da qual depende para sobreviver em um mercado

extremamente competitivo. E entrada de modelos ‘não convencionais’ (mesmo que ainda muito pequenas) pode levar a uma atualização das tradições ou pode, ainda, favorecer o estabelecimento de novos padrões de pensamento e de conduta alterando o estereótipo que, neste momento, atuaria como “elemento polifuncional”. (LYSARDO-DIAS, 2007, p. 28-29). Ele tanto favorece a percepção do conhecimento que é proposto em termos informacionais, quanto apresenta uma ‘leitura’ já assimilada do real, além de aproximar os sujeitos interlocutores que se sentem familiarizados por partilharem de antemão a mesma visão de mundo ou valores comuns.

Outra justificativa no que tange o rompimento e a subversão de certos estereótipos pela mídia, seria uma estratégia utilizada para captar o público alvo através do estranhamento que chama a atenção pela presença do inusitado, pelo choque causado por aquilo que foge às expectativas impostas pelos padrões vigentes, um rompimento dos automatismos culturais. Dessa maneira, a reprodução que garante a existência do estereótipo é substituída pela sua desconstrução; em outros termos, a imagem já consagrada e amplamente difundida é reformulada, dando origem a uma descaracterização do convencional, que não perde alguns de seus traços sob pena de não ser reconhecido. Trata-se de um caso de heterogeneidade discursiva porque a publicidade estabelece um diálogo entre um dizer convencional e consensual e o novo dizer que ela propõe, que é fruto da subversão do primeiro.

De uma forma ou de outra, para Lysardo-Dias (2007, p. 30), a mídia “se serve de estereótipos cuja eficácia depende da maneira como são mobilizados e do poder de sedução que exercem junto ao público a que ela se destina”.

Se, para muitos, a mídia representa um poder paralelo, capaz de transgredir estereótipos e auxiliar na polinização da diversidade, a publicidade poderia reforçar essa tese se for analisada como um mecanismo capaz de questionar a ordem vigente. Entretanto, são duvidosos seus propósitos, pois sabe-se que, em larga medida, o compromisso maior da publicidade é com o lucro que ela pode proporcionar ao anunciante, por meio da ampliação de sua audiência, garantindo o poder argumentativo e persuasivo de sua mensagem para incrementar o consumo de produtos e serviços.

Na visão de Rachel Moreno (2008), por outro lado, esta aparente aceitação de uma maior diversidade pela mídia, seja de modelos ou de pensamento, ocorre a duras penas. Sem que haja um espaço para demonstrar o que a diversidade

realmente significa, ela vai sendo neutralizada no mesmo processo de diluição das outras informações.

Para transgredir, a publicidade deveria assumir uma dimensão cultural inovadora passível de gerar um impacto e incidir sobre os sujeitos através da proposição de algo que contesta um paradigma já estabelecido. Desta forma, a familiaridade de um discurso já incorporado seria substituída por uma nova representação que demanda mudança nas normas de percepção do indivíduo. Mas, para Lysardo-Dias (2007), essa transgressão pode ficar restrita a um determinado nível, sem que haja a proposta de uma subversão efetiva de valores e comportamentos. Nesse caso, segundo a autora, haveria apenas um redirecionamento das informações mobilizadas, sem que os 'sistemas padronizados' fossem alterados.

Se transgredir significa infringir, violar ou desobedecer (FERREIRA, 2009), uma publicidade transgressora é aquela que viola normas culturais e as evidências sociais já naturalizadas e impõe um novo olhar, uma publicidade capaz de gerar uma outra leitura da trama social.

De qualquer maneira, para Lysardo-Dias (2007), quando a publicidade desconstrói um estereótipo, ela não se distancia completamente do modelo rompido, pois preserva elementos que permitem ver um através do outro, ou seja, na visão de Lipovetsky (2007), o universo da mídia oferece uma ilustração eloquente ao exibir tudo o que existe de invejável neste mundo. Artimanhas propositais que incitam o consumo.

6.7.3 Eu quero, mas não posso comprar

Para alguns sujeitos deste estudo, a publicidade de produtos e serviços para o corpo desencadeiou, em alguma medida, um sentimento de frustração⁷⁵ por despertar nele/a a vontade de comprar o que, na ocasião, não se podia:

⁷⁵ De acordo com Hamburger (1964), quaisquer que sejam os objetivos de uma pessoa, eles devem ser satisfeitos, assim, um motivo não satisfeito dentro de um período razoável é um motivo frustrado. A frustração pode vir de inúmeras fontes, sendo, segundo a autora, as principais: os obstáculos

“Muitas vezes eu fico triste porque eu não tenho dinheiro para eu tentar, para eu comprar aquilo, para eu tentar ver se dá certo. A parte financeira sempre me cortou... eu queria fazer aquilo, mas não tinha dinheiro; uma academia, não tinha dinheiro”. (E9).

Segundo Guattari (1990), as novas formas de produção da vida – impulsionadas pelas rápidas transformações ‘técnico-científicas’ e pelos avanços dos meios de comunicação - contribuem, sobremaneira, para o esfacelamento das subjetividades, engendrando formas cada vez mais expropriadas do sujeito através do ritmo frenético imposto pelo modo imperialista do capitalismo mundializado: ‘precisa-se de tudo para (sobre)viver!

Em muitos casos, o hiperconsumo não ocorre simplesmente pela conquista do objeto em si, mas “superconsume-se o espetáculo hiperbólico” da felicidade das celebridades aguçando a imaginação dos espectadores rumo a também conquistarem sensações similares (por vezes ilusórias mas, sempre passageiras). (LIPOVETSKY, 2007, p. 312).

Assim, como já discutido anteriormente, este império apoia-se no poder de penetração da mídia e da publicidade que alcança todos os seres humanos, invariavelmente: crianças a idosos, de todos os gêneros, classes sociais e níveis de escolaridade, em praticamente todo o globo terrestre. Como afirma Bauman (2008, p.23), o “fetichismo da subjetividade nas mercadorias oculta a realidade demasiada comodificada da sociedade de consumidores”. Afinal, quem não quer encarnar a plenitude da vida?⁷⁶

Em se tratando de mercadorias e serviços para o corpo, Featherstone (1995) já demonstrava na década de 1990, o quanto a experiência estética dominava

ambientes que impedem a consecução do objetivo; as desvantagens ou limitações pessoais que tornam o objetivo inatingível e os conflitos motivacionais subjetivos que impedem o indivíduo de satisfazer um motivo quando ele tenta satisfazer outro. No caso das RS de sujeitos em situação de obesidade, objeto empírico do estudo, é possível infletir que os obstáculos são tanto iguais ou superiores ao número de produtos para o corpo lançados no mercado, visto que estes sujeitos vivenciam, quase que diariamente, o estigma da obesidade e suas consequências.

⁷⁶ Ampliando os comentários de Bauman, Lipovetsky (2007, p. 313) chama a atenção para outro foco: a superexposição das imagens da felicidade na qual a mídia exhibe cotidianamente por meio de seus personagens fazendo brilhar os modelos da vida feliz, tornando “mais belos os mais belos e mais desejáveis os mais desejáveis”. Neste caso, o foco deixa de ser a mercadoria e torna-se a cobiça pela luxuosa cenografia e pela felicidade.

o cotidiano dos sujeitos conferindo-lhes o sentido e possibilitando a auto expressão e a construção de um estilo de vida.

Com o passar de, aproximadamente 30 anos, a situação não é diferente: a reportagem de Janaina Lepri, em 2014, demonstra que no Brasil, houve um crescimento de 7% da produção de produtos para o corpo, sobretudo de cosméticos, no primeiro semestre de 2014. Em relação ao ano anterior, isso representou um aumento do faturamento em 12,6%, o equivalente a R\$ 19,5 bilhões de reais. “Um cenário bastante animador para a indústria, dado o desaceleramento econômico que vivia (e ainda vive) o país”, comenta a repórter.

Este aumento exacerbado pelo culto ao corpo tende a ocorrer porque situações antes consideradas normais de serem enfrentadas durante a vida estão sendo, majoritariamente, tratadas e ‘solucionadas’ pela medicina e indústria da beleza. Busca-se os últimos tratamentos de emagrecimento, o novo ácido capaz de retardar o envelhecimento, a cirurgia capaz de transformar o corpo em obra de arte - encontrada em revistas e passarelas da moda.

Nesta corrente, o corpo vem, cada vez mais, sendo medicalizado e tratado por uma não aceitação do mesmo enquanto um processo natural de contínua mudança. Desta forma, as pessoas tendem a ir se rendendo aos modismos dos discursos hegemônicos tornando o corpo um objeto, esquecendo o seu caráter temporal e histórico. (DANTAS, 2011). É a nova economia em favor da produção de imagens, símbolos e arranjos, por intermédio, especialmente, do controle que exerce sobre a publicidade e as sondagens, alienando, massificando e normalizando o modelo global. (VASCONCELOS; SUDI, I. e SUDI, N., 2004).

No caso do depoimento acima, percebeu-se a forte influência da mídia sobre o sujeito da pesquisa no tocante às possibilidades de ‘soluções de que precisaria’ para o seu problema de excesso: seja pelo produto não comprado – pois gostaria de tê-lo experimentado ou; pela academia não inscrita – como se, apenas o local físico, fosse suficiente para motivá-la.

Segundo o/a entrevistado/a, sua fragilidade financeira o/a impede de alcançar tais objetivos. Observou-se, nesta fala, uma tendência a culpabilização por seu ‘estado’, fato que o/a fez absorver (novamente) o problema como sendo exclusivamente seu, cujo culpado de estar nesta situação (de excesso de peso) e ‘fazer nada’ foi a privação de recursos e não a indução deste sentimento pelos

bombardeios constantes dos impulsos motivacionais ‘milagrosos’ provocados pela mídia.

Hamburger (1964) discorre sobre a relação praticamente proposital entre propaganda e frustração. É no contínuo apelo, visando despertar necessidades, que a propaganda frustra. Segundo a autora, os sujeitos são expostos continuamente, a todo o tipo de apelo: seus motivos fisiológicos e sociais são exaustivamente explorados e os produtos oferecidos, em grande parte, ilusórios, obsoletos ou voláteis em um curto espaço de tempo. Assim, satisfação e insatisfação vão se sucedendo e novos sentimentos sendo produzidos e experimentados (HELLER e FEHÉR, 1998) numa roda gigante embalada por uma “felicidade paradoxal”. (LIPOVETSKY, 2007, p. 17).

Desta forma, a frustração – intencionalmente provocada, torna os sujeitos, em larga medida, permanentemente insatisfeitos e sempre “fora de equilíbrio”, desejando/necessitando substituir alguma coisa, mais nova e diferente. Algumas dessas necessidades podem ser satisfeitas, mas não todas, além do que a propaganda está sempre presente para suscitar novas necessidades derivadas. É o poder dos canais de comunicação de massa exercido sobre o sujeito que se utilizam das representações e símbolos enquanto a substância “sobre as quais ações são definidas”. (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1995, p. 20).

Abordando especificamente os sujeitos em situação de obesidade, objeto de reflexão em nível empírico, observou-se mais acentuadamente essa dialética entre satisfação e insatisfação e, portanto, frustração. Pois, além da ‘necessidade’ de aquisição dos bens materiais e serviços, houve também a vital necessidade de ‘possuir’ a beleza corporal idealizada, associada (utopicamente) aos valores de saúde e juventude.

Deste modo, Goffman (1988, p. 56) demonstra que a negação e insatisfação com o próprio corpo traduz um mal-estar interiorizado de “uma ruptura entre si e o que se exige de si”, revelando insatisfações permanentes, uma tradução da opressão social que surge mesmo quando apenas o indivíduo e o espelho estão em cena.

Na esteira desta discussão, Felicetti Lordani; Ruscheinsky e Veronese (2017, p. 219) apropriando-se das reflexões de Baudrillard (2008, p. 22) sobre o desejo socialmente expandido da aquisição de ‘tudo’ pela “sociedade do consumo”, os autores comentam que, inclusive, as “demandas da ordem do impossível – como um

corpo magro e ‘sarado’ para todos –, são transformadas quase em ‘deveres’, passando as pessoas a ‘precisarem’ delas com urgência”, transformando, de maneira habilidosa, o supérfluo em necessidade vital para a existência e permanência nessa mesma sociedade de acordo com as categorias sociais.

Assim, conforme os autores:

[...] se constrói a sociedade pelo molde da insaciabilidade, da constante insatisfação, em que uma necessidade preliminarmente satisfeita gera automaticamente outra necessidade, criando, assim, um ciclo vicioso inesgotável e inimaginável de necessidades na busca utópica pela satisfação plena, pelo atendimento das demandas, pela suposta inadequação de seus corpos. (FELICETTI LORDANI; RUSCHEINSKY e VERONESE, 2017, p. 219).

Baudrillard (1997, p. 78), diante de tal exposição, procura explicar quão preocupante é esta “ausência do sujeito” na tomada de decisões. O autor alega estar se vivendo na supremacia dos objetos, em um mundo onde o que importa são as aparências. Neste “império das aparências”, a cultura da passagem faz com que as coisas desapareçam facilmente, mas “os verdadeiros desaparecidos são os milhões de telespectadores que esperam ser arrancados da inexistência”.

Nesta perspectiva, a serviço da vaidade e da atitude de pertencimento, vive-se uma “servidão voluntária”, numa sociedade que institui normas de beleza e que seduz o homem pelas constantes novidades que brotam no mercado. Há na ditadura das imagens uma ditadura irônica que também promove um “gozo estético perverso”. (BAUDRILLARD, 1991, p. 153). Na mesma corrente, Bauman (2008) comenta que a publicidade (e suas estratégias) vende, não somente produtos que ‘suprem as necessidades individuais’, mas também, promove posições sociais e felicidade.

Ressalta-se, também, outro ponto de discussão pertinente sobre o fomento da frustração pela mídia: numa economia como a do Brasil (e tantos outros países ‘subdesenvolvidos’), em que grande parte da população ainda precisa de praticamente tudo, em termos de saúde, educação, saneamento básico, segurança e qualidade de vida, a constante incitação da propaganda contribui para incutir nos sujeitos o desejo de adquirir os símbolos de conforto e progresso. Mas, quando esses símbolos são negados à maior parte da população, o que se cria, para muitos grupos sociais, é uma consciência mais nítida das diferenças de classe e da injustiça social

na distribuição da riqueza (HAMBURGER, 1964), portanto, outra possível fonte de frustração.

No subcapítulo a seguir, outras possíveis fontes de frustração foram analisadas à luz das RS.

6.7.4 As tentativas de emagrecer: métodos da moda

Os sujeitos que vivenciam algum desconforto físico ou emocional possuem muitas maneiras de buscar ajuda ou se auto ajudarem. Elas podem procurar um profissional de saúde, tomar um remédio caseiro, conselho de amigos ou de familiares, assim como consultar um curandeiro ou um pastor. As revistas e *sites* também disponibilizam todo o tipo de ajuda para os males da vida. São livres para utilizar todos os recursos ou parte deles, como afirma Helman (2006), quanto maior e mais complexa a sociedade em que se vive, maior é a disponibilidade das alternativas terapêuticas. É muito comum, ainda, a existência do pluralismo terapêutico⁷⁷ (LOPES, 2010) como pode ser analisado no depoimento a seguir:

“Eu tentei fazer dieta, tudo por conta ou porque é orientado, porque as pessoas acabam te orientando ou te informando qual seria a melhor dieta ou coisa parecida, então você tenta seguir. Tentei fazer a dieta do carboidrato, tentei fazer acupuntura, única coisa que eu nunca fui muito é de tomar medicamento para emagrecer, a não ser um chá, uma coisa mais fitoterápica: um chá de hibisco, um chá de gengibre, essas coisas, mas, medicamento de fórmula eu nunca fui de tomar. Eu já tomei uma época... (silêncio). Médico que receitou, médico conhecido: ‘ah, eu vou te dar uma receita de sibutramina’, mas não médico de posto”. (E7).

⁷⁷ Segundo a autora, o pluralismo terapêutico categoriza o uso conjugado ou alternado de recursos farmacológicos e naturais nas trajetórias terapêuticas dos sujeitos. Ele engloba um quadro de práticas e lógicas de consumo que enuncia novas problemáticas sociológicas e, cuja exploração analítica e conceitual se afigura decisiva para apreender as dinâmicas sociais e os nexos de causalidade que moldam as atuais práticas e trajetórias medicamentosas dos sujeitos. (LOPES, 2010).

Todos os sujeitos referiram alguma (até mesmo muitas) tentativa para emagrecer através de uma variedade de alternativas terapêuticas disponíveis em seu meio social ao longo de suas trajetórias vividas.

Algumas pessoas mencionaram a atividade física enquanto coadjuvante nas estratégias para emagrecer (embora, relatassem em paralelo a limitação motora). As mulheres efetivamente buscaram mais recursos (uso de chás, dietas, atividade física e medicamentos) se comparado aos homens⁷⁸, que se mostraram mais restritos nas suas escolhas, permanecendo entre dietas e atividade física.

A busca pelas diversas estratégias terapêuticas para emagrecer apresentado pelas mulheres deste estudo reforça o sentimento – ainda maior - de frustração com a própria imagem e a busca por uma aparência mais próxima dos padrões repetidos à exaustão pela mídia que é alimentada pelos discursos hegemônicos da indústria e medicina.

Sobre este último discurso (das ciências médicas), é latente sua influência no processo de medicalização da obesidade, especialmente após sua mudança de nomenclatura e conceito, passando a identifica-la enquanto doença. (CONRAD, 1992; MACKENBACK, 2009).

Conrad e Schneider (1992) consideram que modificar o nome de uma condição é parte imprescindível para o processo de medicalização, pois auxilia no reforço ao significado negativo, até então, construído socialmente, para um com melhor prestígio: o científico.

Apoiada a esta mudança de significado, a ‘ciência da obesidade’, ganha cada vez mais adeptos pois várias instituições fornecem o suporte efetivo, seja pelas universidades, institutos de pesquisa, indústrias farmacêuticas e a própria mídia responsável pela divulgação (em todos os níveis de compreensão – revistas, cursos e congressos científicos, instituições de legitimação⁷⁹ e os meios de comunicação em massa que ‘traduzem’ os conceitos técnicos em acessíveis a população ‘leiga’).

⁷⁸ Importante salientar a baixa prevalência de homens neste estudo em comparação às mulheres, o que pode limitar tais reflexões.

⁷⁹ As organizações médicas alcançam maior legitimidade e autoridade através de ligações com órgãos oficiais dos governos internacionais e nacionais. A OMS, por exemplo, autoridade médica mundial, viabiliza pesquisas (muitas das quais subsidiadas pela indústria farmacêutica); oferece conferências e consensos sobre questões relacionadas à saúde. Além disso, audiências, depoimentos de especialistas, políticas públicas e divulgação nos meios de comunicação em massa são maneiras de tornar público todos os créditos médicos sobre a prevenção e tratamento da obesidade.

Somente no depoimento acima foi mencionado o uso da acupuntura enquanto estratégia de tratamento. Sob este quesito, é válido informar que, desde 2006, o MS brasileiro reconhece a importância das Terapias Integrativas e Complementares (PIC) para o tratamento de diversas situações, das quais a acupuntura é constituinte, juntamente com a homeopatia e a fitoterapia, estando implantadas nos serviços de saúde que integram o SUS. (BRASIL, 2015c). Apesar disto, não é possível afirmar onde este tratamento foi realizado, se na rede pública ou privada.

Outro ponto que chamou a atenção no depoimento acima referiu-se ao uso de medicamento: “[...] eu nunca fui muito é de tomar medicamento para emagrecer”, causando uma impressão de que tais fármacos (para emagrecer) eram facilmente adquiridos (por prescrição ou não) e, sobretudo, consumidos por sua livre decisão. É válido informar que tais drogas para emagrecer ocasiona danos à vida dos sujeitos pelos possíveis efeitos adversos/colaterais. No depoimento, no entanto, não houve demonstração de conhecimento ou preocupação sobre estas questões. Outro relato também confirmou o uso ‘naturalizado’ de medicamentos:

“Eu comecei a tomar uns remédios por conta própria”. (E8).

No Brasil, o tratamento farmacológico da obesidade é, na maioria, controlado, ou seja, deve ser prescrito por profissional médico e só pode ser vendido mediante a retenção da receita. Além disso, antes de prescrever, o profissional deve (ou deveria) analisar, cuidadosamente, todos os parâmetros de indicação, para isso, faz-se necessária uma avaliação clínica minuciosa para definição do problema, especificação dos objetivos terapêuticos, seleção do tratamento mais eficaz e seguro para o sujeito, com transparência na prescrição, esclarecimentos e disponibilidade do profissional para possíveis reações adversas. (MADRUGA e SOUZA, 2011; VRIES *et al.*, 1994).

De um modo geral, estes medicamentos podem auxiliar no emagrecimento pela redução da ingesta alimentar ou pela redução na absorção de nutrientes. Fazem parte deste grupo, por exemplo, os anorexígenos (a base de

anfetaminas); os inibidores seletivos de lipase pancreática⁸⁰ e; os termogênicos (cafeína, efedrina, etc) que atuam, respectivamente, no sistema nervoso central inibindo o apetite; em nível intestinal reduzindo a absorção de gorduras da dieta e; de maneira sistêmica, aumentando o gasto energético. Porém, todos podem causar efeitos colaterais – de intensidade leve a grave – como irritação, insônia, ansiedade, agressividade, angústia, inquietude, pânico, taquicardia, dependência, dilatação brônquica, constrição periférica dos vasos sanguíneos, dilatação das pupilas; incontinência fecal, deficiências vitamínicas lipossolúveis (A, D, E, K), perda muscular e complicações renais e cardíacas. (WEINTRAUB, 1992; WHO, 1997; UTRILLA, 2000; RODGERS; TSCHÖP e WILDING, 2012).

Além disso, as associações de duas ou mais drogas em regimes de emagrecimento são totalmente contraindicadas (WEINTRAUB, 1992), no entanto, vários trabalhos demonstram que esta conduta é frequentemente utilizada o que pode potencializar os efeitos colaterais. (FERRARI *et al.*, 2013; CARNEIRO; GUERRA Jr e ACURCIO, 2008). Além disso, hormônio da tireoide, diuréticos, laxativos e sedativos não tem lugar no tratamento medicamentoso (RODGERS; TSCHÖP e WILDING, 2012), apesar de serem prescritos por oportunistas e utilizados inadvertidamente. Muitas pessoas chegam, ainda, a compartilhar a medicação prescrita, com amigos e parentes, sem acompanhamento necessário. (CARNEIRO; GUERRA Jr e ACURCIO, 2008; SILVA e CAMPESATTO-MELLA, 2008; MELO e OLIVEIRA, 2011). Neste estudo, conforme observado nos depoimentos, a automedicação pode ser interpretada enquanto uma resposta importante à insatisfação com seu corpo.

Outra possível justificativa do uso farmacológico naturalizado pelos/as sujeitos participantes vem do fato de residirem em municípios próximos a região de fronteira com o Paraguai e Argentina (Cascavel, por exemplo, fica a uma distância aproximada da 120Km), cujos municípios fronteiriços destes países são famosos por suas zonas de livre comércio (de tudo). O acesso a estes medicamentos pode ser demasiadamente facilitado, uma vez que não há obrigatoriedade de prescrição

⁸⁰ A lipase pancreática é um tipo de proteína (enzima) produzida pelo pâncreas responsável pela digestão (quebra) das moléculas de gordura em moléculas menores (ácido graxo e glicerol) passíveis de serem absorvidas pela mucosa intestinal. Imediatamente após a ingestão alimentar, por induções hormonais, a lipase pancreática é liberada na primeira porção do intestino delgado (duodeno) onde desempenha suas funções. Na ausência ou deficiência desta enzima, o corpo não absorve a gordura alimentar sendo totalmente eliminada pelas fezes. (SHILS *et al.*, 2003).

médica, sendo, portanto, passíveis de serem adquiridos em qualquer estabelecimento comercial farmacêutico por qualquer interessado/a.

Independentemente de como adquiriram tais fármacos, neste trabalho, dar-se-á importância ao (possível) papel destes produtos na construção das subjetividades. Lefèvre (1991) comenta que um dos sentidos do medicamento, difundido socialmente, está relacionado ao de mercadoria que, ao ser consumida, é capaz de satisfazer uma necessidade e de conduzir o sujeito de um estado 'ruim' para um estado 'bom', ou seja, de um provável estado de não saúde/insatisfação, para um estado de saúde/satisfação.

É importante ressaltar que a função simbólica do medicamento, pode variar conforme a situação social do sujeito. Assim, um medicamento pode ter um significado para o prescritor e um outro diferente para o/a usuário/a. No trabalho de Melo e Oliveira (2011) com mulheres usuárias de psicotrópicos anorexígenos, foi possível verificar que o medicamento para emagrecer estava associado à ideia da magia, do 'milagre', sendo algo necessário e fundamental na busca pelo corpo magro e aceito socialmente. Ou seja, na perspectiva destas mulheres, ele constitui em um ponto de apoio, uma 'bengala', que auxilia ou que conduz ao objetivo final, que é (ou deveria ser) o emagrecimento.

Na esteira da discussão, Lefèvre demonstra que as relações simbólicas mantidas com o medicamento perpassam não só pelo usuário, mas pode, também, perpassar pela rede de relações sociais como a família, os vizinhos, o farmacêutico e o médico prescritor. Como alguns estudos sugerem, aspectos como a estrutura familiar (MISHARA, 1997) e a percepção das redes sociais (PERODEAU e GAULBAUD DU FORT, 2000) são fatores que influenciam, sobremaneira, a decisão de utilizar ou não um medicamento.

Para Lopes (2010), a função simbólica do medicamento tem muito em comum com o processo permanente de reconfiguração da relação de apropriação e comparação entre os discursos hegemônicos, as outras fontes de informação e canais de difusão e, os universos 'leigos'. A "farmacologização"⁸¹ do cotidiano" (WILLIAMS *et al.*, p. 851), ocorre de maneira livre pois, sua (real) função se confunde na medida

⁸¹ Embora vários autores teorizem, nas últimas décadas, o conceito de farmacologização, utilizar-se-á, neste estudo, as contribuições de Williams e colaboradores (2008, p. 851) que a definem como "a transformação de condições humanas em questões farmacológicas passíveis de tratamento ou melhoria". A gênese da farmacologização, tanto quanto as condições da sua progressiva disseminação social, tem a sua matriz inscrita no processo de medicalização.

em que “as formas complexas e contraditórias de percepção e de resposta face ao risco que os indivíduos assumem no dia-a-dia dos seus contextos circunstancialmente situados”. (LOPES, 2010, p. 27).

É possível infletir que a disseminação e o crescente consumo farmacológico tornaram-se diretamente correlatos da expansão da medicalização, isto é, de condições humanas que, ao serem transformadas em problemas médicos, se tornam elegíveis para ser geridas farmacologicamente. Além disso, na medicalização, o enfoque não é apenas a doença, mas também, a focalização crescente sobre a prevenção e promoção da saúde por meio do incremento das capacidades naturais – físicas e cognitivas – e sobre o combate à sua natural deterioração. (LOPES e RODRIGUES, 2015). Esta dupla dependência entre ambos os fenômenos é designada por Abraham (2010, p. 604) como “*medicalization-pharmaceuticalization complex*”, justificando a indissociabilidade estrutural destes processos.

Dando continuidade a pluralização terapêutica referida pelos sujeitos deste trabalho, a dieta alimentar também foi uma alternativa encontrada por vários depoentes, conforme os exemplos abaixo:

“Ultimamente eu estava fazendo a dieta do carboidrato, comia carne e salada e de manhã eu comia só um ovo cozido, foi aí que eu emagreci 4kg! [...] só que a gente sabe que não é o certo, né? Foi por conta mesmo!”. (E1).

“Antes eu fazia minhas dietas loucas, e eu conseguia emagrecer um pouquinho, fazia um mês, emagrecia um pouquinho e depois engordava tudo de novo”. (E2).

“Já tomei chá, essas coisas. Você emagrece, mas depois volta tudo de novo. Não vale nada essas coisas, tem que fechar a boca mesmo (sorriso)”. (E3).

Pode-se observar que algumas tentativas deram algum resultado, mesmo que temporário, ou seja, houve uma perda de peso após a adoção de terapêutica isolada ou combinada, mas não com a efetividade esperada. Um quadro comum aos/às entrevistados/as desenhou-se na alternância entre perdas e ganhos de peso sem conseguir uma estabilização desejada reforçando a ideia de que a

obesidade é uma condição multifatorial e não se consegue seguir a conhecida e simplista recomendação: ‘coma menos, perca mais’.

Apesar desta insuficiência, o regime dietético vem se multiplicando no dia a dia da população, com variados codinomes e especificidades. Estas multivariadas condutas emagrecedoras incrustadas no cotidiano dissimulam, em boa medida, o controle permanente que se traçou no panorama recente da ‘reconfiguração do corpo’, que é, conforme Seixas e Birman (2012, p. 18), “um bem a ser conservado e um patrimônio a ser valorizado”.

Desta forma, o corpo vem se constituindo no epicentro da consolidação de um discurso que visa ao controle e à normalização, regulando a pluralidade que a biologia impõe à ordem da vida. Logo, ‘coma menos, perca mais’ torna-se um dos (vários) atos ‘fundamentais’ à vida, mesmo que para isso, sob o ponto de vista subjetivo, leve a um aumento do sofrimento, ligado ao sentimento de insuficiência.

Para Featherstone (1995), a pluralização terapêutica vivenciada contemporaneamente aproxima-se a cultura de consumo, que, por sua vez, comporta a mercantilização da resposta aos requisitos sociais do cotidiano e de produção de novas necessidades. Assim, fazer algo representaria a resposta para alcançar uma dada imagem (de esforço, luta e iniciativa) ou um dado estilo de vida, social e culturalmente expectáveis. É também no quadro destes novos usos que se dilui a tradicional demarcação entre objeto terapêutico e objeto de consumo, assim como o valor simbólico desta distinção na (auto)regulação cotidiana.

A Nuvem de Palavras abaixo, evidenciou as principais condutas terapêuticas empregadas pelos/as participantes deste estudo na ‘luta pelo emagrecimento’ demonstrando claramente que esta condição foi reduzida ao seu aspecto puramente orgânico e, portanto, falível.

Figura 9 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘As tentativas de emagrecer: métodos da moda’.



Fonte: Elaborado pela autora.

Lopes e colaboradores (2012) chamam a atenção para o fato de que, nas situações em que prevalece a rotinização de certas práticas de consumo, tende a ocorrer simultaneamente e, em alguma medida, a desvalorização do risco, na medida em que as situações de dependência ou de grande familiaridade com o fármaco ou mesmo chás e dietas restritivas induzem os sujeitos a focarem, sobretudo, nos (possíveis) benefícios que vão fundamentando o seu uso sem inclinar-se a uma preocupação particular com o risco, tornando a prática, efetivamente, inócua.

Portanto, na perspectiva destes autores, a centralidade que o consumo terapêutico assume no cotidiano dos sujeitos – enquanto investimento curativo ou preventivo –, bem como a diversidade de combinações entre o farmacológico e o ‘natural’, demonstram que estes fatos sociais direcionam à crescente farmacologização da vida moderna (LOPES *et al.*, 2012) em prol da busca infinita pelo idealismo da aparência/saúde perfeita.

Nesta perspectiva, considerando os métodos da moda como estratégias para tal objetivo, Seixas e Birman (2012) concluem que o exercício crítico passa necessariamente pelo exame dos jogos de forças dispersos nos dispositivos de poder contemporâneos que incidem diretamente sobre o corpo, visando o controle e à gestão sobre a vida.

6.8 Cultura de aceitação da obesidade?

Para alguns dos sujeitos pesquisados, a sociedade demonstra certa posição de aceitação da obesidade, como pode ser observado nos depoimentos:

“Existe uma cultura da aceitação da pessoa obesa, existe todo um comércio hoje em dia. Já não é tão difícil para uma pessoa obesa, porque você acha roupa, você acha sapato, você acha poltrona, você acha carro, só que isso é uma ilusão, porque querendo ou não, o mundo não está preparado para as pessoas obesas, não está preparado para as pessoas que estão fora dos padrões determinados”. (E7).

“Hoje em dia parece que não tem mais tanto preconceito. Não sei se é porque tem mais obesidade ou porque as pessoas estão falando mais sobre isso e porque existem mais tratamentos. Parece que não é mais tão alvo de piada como antigamente. Ainda existe, mas parece que agora é mais discreto”. (G8).

“Hoje em dia, claro que não dá para dizer que é normal, porque normal não é, mas o povo já está começando a ver como normal”. (E1).

Mesmo com um certo grau de desconfiança, os/as entrevistados/as acreditavam (ou procuravam acreditar) que a sociedade tem, de uma maneira geral, atenuado as críticas sobre a corpulência a ponto de aceitá-la, conforme o último relato, enquanto uma situação de ‘normalidade’, mesmo contrariando, por vezes, o seu próprio pensamento de ‘anormalidade’.

Essa linha de argumentação levou a pensar que, na medida em que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, há um confronto com uma variedade cambiante de identidades possíveis, com cada uma das quais se pode identificar (ao menos temporariamente) e ser identificado socialmente. Sendo assim, em todo o contexto social de interação a pessoa identifica outras, mas é também identificada, constituindo as diversas identidades.

Sem a pretensão de generalizar este raciocínio, porém, a identificação é uma ramificação das tramas sociais que marcam, em boa medida, a trajetória biográfica do sujeito em situação de obesidade: se, por um lado, ele é amigo, bem

humorado, enfim, aceito enquanto um ser 'normal', por outro, é aquele preguiçoso, glutão, descuidado, relaxado em sua aparência e improdutivo em qualquer setor de trabalho, ou seja, anormal aos olhos de outros.

Curioso e, de certa maneira, bastante complexo compreender a vida se, invariavelmente, ela é comparada em relação a vida de outras pessoas. Esta identificação, destaca Silva (2000), ocorre sempre em relação a um padrão cultural ou a uma identidade específica que serve como parâmetro para que outras identidades sejam identificadas. Nesta mesma corrente, de acordo com a perspectiva de Berger e Luckmann (2004), a realidade da vida cotidiana é partilhada pelos círculos sociais e não é possível existir sem estar, continuamente, em interação e comunicação com outros círculos. Em uma situação de interação ou de relação social face a face, a subjetividade do outro fica acessível por meio de inúmeros símbolos, principalmente corporais pois, para os autores, é o corpo que primeiro impõe sua presença.

Deste modo, percebe-se uma codependência na relação entre o conceito de identidade e o de diferença. Na opinião de Woodward (2000), a diferença é aquilo que separa uma identidade da outra, estabelecendo distinções, frequentemente, na forma de oposições. Nesta perspectiva, a identidade para existir depende de algo fora dela. A gênese da identidade é, assim, marcada pela diferença e esta marcação ocorre tanto por meio de sistemas simbólicos de representação quanto por meio de formas de exclusão social.

A Nuvem de Palavras representativa desta categoria expressou as palavras mais prevalentes nos discursos associados às RS dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, em relação à cultura de aceitação da obesidade.

Figura 10 – Nuvem de Palavras que compôs a categoria ‘Cultura de aceitação da obesidade?’



Fonte: elaborado pela autora.

Por meio da Nuvem de Palavras foi possível inferir que a característica central da vida cotidiano do sujeito estigmatizado esteve na possibilidade de sentir-se aceito, portanto, existir. Apesar disto, diante da angústia provocada pelas situações nas quais o sujeito foi exposto, principalmente diante da falta de aceitação social, ele procurou, continuamente, ‘corrigir o seu problema’. Foi comum, na maioria dos casos e, como pôde ser observado no subcapítulo anterior, os sujeitos em situação de obesidade se lançarem em busca de tratamentos multivariados, muitos dos quais, nocivos, rigorosos e restritivos. Portanto, apesar de acreditarem em uma (suposta) cultura de aceitação da obesidade pela sociedade, muitos ainda, lutam para serem assumidos por ela.

6.9. A *Via Crucis*⁸² para o tratamento da obesidade

Durante as entrevistas e grupo focal, ficaram evidenciadas as dificuldades pelas quais passaram os sujeitos participantes deste estudo para conseguirem apoio profissional que os/as auxiliassem no processo de tratamento para a dita 'doença' obesidade. Essas trajetórias foram, por vezes, marcadas por sofrimentos pela busca empreendida; pela baixa capacidade de resolutividade de alguns serviços e/ou de seus profissionais, mas, também, por outro lado, de sentimentos de positividade expressos que parecem estar vinculados à capacidade de tecitura de relações sociais marcantes e benéficas na experiência do cuidado em saúde⁸³.

6.9.1 Os Itinerários Terapêuticos (IT) dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave

Baseando-se em Bellato, Araújo e Castro (2008), o Itinerário Terapêutico (IT) pode ser definido como um analisador das trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado em saúde pelas diversas instituições e serviços do Estado e município(s) nos diferentes níveis de atenção, empreendidas por sujeitos e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência do adoecimento. O IT demonstra como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados e atendem, em certo modo e medida, às necessidades de saúde destes sujeitos.

⁸² Em alusão ao termo religioso (do latim significa "Caminho da Cruz") que relata o trajeto percorrido por Jesus carregando a cruz desde Pretório até ao Calvário. (VIA..., 2019).

⁸³ A definição de cuidar é muito ampla. Porém, no âmbito da saúde, o cuidado expressa uma finalidade, ou seja, a saúde em sua promoção, prevenção, preservação e recuperação. (BELLATO *et al.*, 2015). No entanto, deve ser "fruto da ação integral entre - relações de pessoas", ou seja, a ação integral com efeitos e repercussões de interações entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes pautadas na responsabilização, diálogo, acolhimento e vínculo (GOMES e PINHEIRO, 2009, p.1), no "desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo". (AYRES, 2004, p. 103).

Revela, assim, o movimento dos usuários nos espaços cotidianos e formais do SUS onde buscam resolução para suas necessidades de saúde.

O IT permite, também, analisar as redes sociais, na experiência do adoecimento, as trajetórias nos diferentes subsistemas de cuidado, o modo como vão se constituindo, quem delas participa, a qualidade de suas relações, os sentidos impressos em sua tessitura, dentre outros elementos. (BELLATO *et al.*, 2015).

Neste contexto, em se tratando das RS de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, objeto empírico deste trabalho, foi possível observar que os ITs percorridos por eles/as não coincidiram, necessariamente, com os fluxos pré-determinados da Rede de Atenção disponíveis (ou que deveriam estar disponíveis) no SUS, no município de Cascavel:

“Eu fiquei dois anos na fila do CISOP⁸⁴ (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná) esperando para ser consultado, porque aqui em Cascavel não tem profissional, mas daí de uma hora para outra suspenderam o atendimento e falaram que ia ter que ir para Curitiba. [...] Simplesmente parou de atender, parou de chamar a gente! E eu fiquei mais de dois anos! Eu tenho uns colegas políticos, e eu perguntei para eles: ‘por que que vocês levam tanta gente daqui pra Curitiba pra fazer tratamento lá?’. Aí esse rapaz que é bem chegado nos homens (políticos) disse: ‘Eu nem sabia disso! Mas tem tanta gente assim nesta situação?’ E eu questionei como ele não sabia disso, se ele faz parte da saúde e que eu estava há mais de dois anos esperando”. (G10).

“Eu procurei um médico que fez esse encaminhamento (referindo-se ao SOCB-HUOP), mas acho que... há nove anos que já está encaminhado meu processo, né? Eu acho que eu estava com uns 88kg, por aí, eu não estava tanto (acima do peso), só que aí como foi passando o tempo, passando o tempo, eu cheguei aos 111kg. [...] Tinha uma outra nutricionista lá também, com aquela eu consegui emagrecer mais até do que com a anterior. Mas antes era só com o médico mesmo, mas que não serviu para nada. Única coisa que não tem é psicóloga, porque a gente precisa, né? Eu tenho problema na família, eu tenho um filho que usa droga, e ele tem

⁸⁴ O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP) é formado por 25 municípios da área de abrangência da 10ª Regional de Saúde de Cascavel e tem (ou teria) como finalidade representar o conjunto dos municípios que o integram, em assuntos de interesse comum, relativo à saúde, mais especificamente, perante as demais esferas constitucionais de governo; planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes dos municípios consorciados, bem como implantar os serviços afins, nas diversas especialidades médicas e; prestar aos seus associados, serviços de acordo com a disponibilidade existente. Foi criado em 1995 e é mantido com recursos do SUS, através dos serviços prestados à população. (HISTÓRICO, [2019?]).

as recaídas dele. Pelo posto de saúde nunca consegui atendimento com psicólogo. Lá também não tem endocrinologista, e eles queriam me encaminhar direto para aqui para o HU⁸⁵. (E6).

“Até exame está difícil!”. (G1).

“Há uns cinco anos atrás eu consultei com a nutricionista que ficou de marcar uma nova consulta depois de 30 dias. Até hoje eu não consegui retorno! Era nutricionista lá do CISOP. Fui encaminhada para lá pelo posto de saúde. [...] No posto ninguém me ajudou, falaram que a fila era muito grande lá no CISOP e que era para eu ter paciência. Parece que aquela doutora que me atendeu lá no CISOP saiu e não entrou ninguém no lugar ou se entrou... é tanta gente também, né?”. (G2).

São muitos os avanços tecnológicos e ‘científicos’ na área da saúde e, não há como negar a importância disto na identificação e resolução de alguns dos diversos agravos da saúde. No entanto, voltando-se para o usuário, as queixas observadas nos relatos deste trabalho (e que coincide com de outros estudos (PEREZ, 2017; SCHERER, 2015; YOSHINO, 2010) não são, em sua maioria, direcionados à falta de equipamentos e conhecimentos tecnológicos, mas sim, a falta de profissionais e serviços na rede de atenção do SUS.

Conforme Junqueira e colaboradores (2010), a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS ainda permanece como um importante problema a ser superado, sobretudo, relacionado a atual “institucionalidade⁸⁶” do SUS. (PAIM e TEIXEIRA, 2007, p. 1820).

Invariavelmente, este atual modelo acarreta, entre outros problemas, na “precariedade do trabalho”. (NOGUEIRA, 2006, p. 151). Segundo o autor e Silva (2018), esta precariedade está relacionada: ao aumento dos trabalhadores sem as garantias trabalhistas, contratados por distintos vínculos (estatutários, CLT⁸⁷,

⁸⁵ Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP).

⁸⁶ O modelo de institucionalidade atual descrita por Paim e Teixeira (2010) refere-se aos aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial do sistema culturalmente patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizado por interesses privados. Além disso, o “engessamento” da gestão, por conta das limitações legais estabelecidas em função da política econômica, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, a inadequação das “alternativas” subsidiárias das reformas gerencialistas, que geram a fragmentação do processo de gestão e, o marcado amadorismo conseqüente à insuficiência de quadros profissionalizados, reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação de ocupantes dos cargos de direção em todos os níveis que, por vezes, não estão interessados nas necessidades da população.

⁸⁷ Consolidação das Leis do Trabalho.

prestadores de serviços com contratos temporários – por vezes no mesmo local de trabalho); a flexibilização na contratação de ACS e ESF; a crescente terceirização; as transferências de função do Estado para as entidades privadas para a não obrigatoriedade de concursos públicos com vistas a redução de custos com remunerações; a preferência pela quantidade de procedimentos e atendimentos em detrimento a qualidade dos serviços prestados; a falta/precarização de infraestrutura e segurança nos locais de trabalho são alguns fatores que desmotivam, em boa medida, os profissionais de saúde que não conseguem elaborar suas vivências no trabalho. Assim, muitas vezes, os profissionais apresentam desgaste mental, porém, com a sobrecarga de trabalho, acabam por banalizar o sofrimento – próprio e do outro. (SILVA, 2018).

Em alguns casos, esta banalização foi interpretada pelos sujeitos entrevistados, em boa medida, como desinformação, desinteresse em auxiliar e, por vezes, desrespeito, causando um sentimento de desamparo:

“Fui encaminhada do posto de saúde direto para um gastrologista por causa do... (tentando lembrar) do índice de obesidade, o meu já estava acima, então já era indicação para cirurgia. E esse gastro me encaminhou para a FAG⁸⁸ (Fundação Assis Gurgacz). Na época esse era o caminho. Foi meio rápido, só que na época era outro tipo de atendimento, hoje em dia está regulamentado de uma outra forma. Só que o grupo de estágio da fisioterapia uma hora acontecia às 10 horas da manhã, passava uns dois meses e mudava para as 3h da tarde, passava dois meses, mudava para às 8h da manhã ou para 1h da tarde (referindo-se a troca de grupos de estágio), então, para quem trabalha é complicado, a gente não pode ficar só em função disso. Os médicos (do posto e o gastrologista) me encaminharam porque eu fui atrás solicitando encaminhamento para a cirurgia bariátrica. Tanto é que o ortopedista simplesmente falou que eu precisava emagrecer, porque eu vou ter que colocar uma prótese no joelho, tem que reconstituir essa cartilagem e enquanto eu estiver obesa não tem como fazer esse procedimento, porque vai estragar, o organismo não aguenta. [...] Nutricionista não teve, infelizmente. A rede, pelo SUS, ela bem precária em relação a esse atendimento. As pessoas, de uma forma geral, conseguem atendimento a partir do momento que entram no programa, porque se você for lá e falar: ‘ah, eu quero fazer um acompanhamento’ [...] a maioria das pessoas que atendida pelo nutricionista demora muito pra

⁸⁸ O Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), por meio do seu hospital universitário – São Lucas – é credenciado junto ao SUS para o procedimento de cirurgia bariátrica e, portanto, dispõe de atendimento pré-operatório à população em situação de obesidade, considerada grave, via 10ª Regional de Saúde.

conseguir uma consulta, e as pessoas que são atendidas são relacionadas à saúde, têm diabetes descompensada ou coisa parecida, né, não para obesidade. Psicólogo também não tem". (E7).

A AB é considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Por sua longitudinalidade, os profissionais da equipe – multidisciplinar – são fundamentais neste nível de assistência, uma vez que o cuidado deve ter o olhar voltado para as necessidades do usuário, com qualidade, vínculo e responsabilização.

O que se observou neste estudo e em outros (MARTINI; DAL PRÁ, 2018; BORELLI *et al.*, 2015; MARQUES e OLIVEIRA, 2015; DITTERICH, 2008) foi uma série de lacunas e contradições entre a matriz conceitual da AB e sua implementação efetiva. Uma destas contradições diz respeito ao caráter indisciplinar da proposta, visto que a imensa maioria das unidades assistenciais conta apenas com a chamada equipe mínima constituída por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A ausência dos demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional prejudica a organização do trabalho em nível de complementaridade, visto os níveis distintos e variados de demanda da população. Segundo Papp (1992), a visão de vários profissionais sobre uma situação permite uma melhor percepção garantindo um resultado mais próximo das aspirações da comunidade afinando os vínculos de co-responsabilidade.

Desta maneira, segundo Ditterich (2008) para que a AB realmente funcione em sua plenitude – implicando na assimilação do princípio da integralidade - é fundamental Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais entre profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde. Alves (2005) nesta mesma corrente afirma que somente a partir de uma verdadeira reorientação do modelo assistencial será possível integrar partes deste organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, locus de exercício de racionalidades, sejam estas de manutenção do modelo assistencial vigente e hegemônico – marcadamente reducionista, biologicista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura – ou de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e

compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

Ao longo das entrevistas, foi possível observar, enquanto tendência, que as RS dos sujeitos aqui entrevistados, tiveram (ou ainda têm), de certo modo e medida, dificuldades em acessar os serviços de saúde quando este estava (ou está) relacionado ao tema obesidade. Quando conseguiram, perceberam pouca resolutividade de alguns serviços:

“Quando eu estava grávida eu fui acompanhada com cardápio, e eu consegui emagrecer 7kg seguindo o cardápio. Mas foi só durante a gravidez, porque eles não dispõem de um nutricionista para ajudar, só durante a gestação, porque era de risco, só por isso! [...] Depois de um tempo eu fui consultar no posto de saúde por causa da asma, mas eu tinha perdido 5kg, e o médico disse assim: ‘Está estranho! Isso não é normal. Você fez alguma dieta?’, e eu disse que não, então ele disse que iria investigar. Foi aí que eu descobri a diabetes. [...] Ele (o médico do posto) me passou a sertralina e eu tomei por um tempo, mas eu ficava muito nervosa com ela; então eu voltei no posto, conversamos, e ele me passou um outro remédio para ansiedade que todo mundo toma (tentando lembrar o nome), fluoxetina, mas também não me dei bem com ela! Aí o médico mudou de cidade e eu parei o tratamento porque não tinha nenhum médico para me acompanhar. Mas quando eu fui entrar na firma, identificaram que a minha diabetes estava muito alta, muito alta, aí eu fui para o posto e eles me encaminharam para o endócrino, particular, porque o posto não tinha. Então eu passei a ir para a consulta todo mês, e ela (médica) me passou a sibutramina, e eu comecei a me sentir mal porque eu estava tomando três remédios para a diabetes e tomando a sibutramina, e eu não conseguia, o meu estômago não aceitava tudo isso! [...] Só remédio! Mas ela falou assim: ‘vamos fazer atividade física?’. Aí eu comecei a caminhar, fiz zumba, e consegui perder 10kg [...], só que daí eu fiquei doente, meu neném também ficou doente, e depois eu tive que parar de ir às consultas por causa das condições financeiras, eu não consegui mais pagar particular porque aumentou o valor da consulta”. (E1).

Embora os aspectos imaginários da visão que os sujeitos têm do seu processo mórbido seja aparentemente mais evidente, é comum nos profissionais de saúde hierarquizar as doenças de acordo com o interesse acadêmico. Deste modo, algumas doenças evidenciadas objetivamente são mais ‘graves’ que outras, independentemente de qualquer consideração relativa ao sofrimento do indivíduo, que deveria, ao menos em tese, ser o referencial da prática médica.

Além disso, na visão de Camargo Jr. (1992), é comum visualizar a doença enquanto objeto concreto, esvaziando qualquer outro significado, seja psíquico, cultural ou a junção de vários outros – afinal, o sujeito interage e sofre interação constante ao longo de sua experiência de vida - fazendo com que, frequentemente, aquilo que o médico vê como problema seja bastante diverso das preocupações do sujeito, não sendo raro o sentimento de frustração ao verificar que nenhuma de suas ‘doenças’ teve qualquer solução e que, o médico acrescentou algumas novas. No caso específico da situação de obesidade, apesar de ser reconhecida enquanto doença pelo discurso médico, muitos profissionais julgam os sujeitos pela sua má vontade ou preguiça em emagrecer, além disso, crenças sobre sua etiologia (relacionada, sobretudo, aos aspectos biológicos e de motivação) e o fato de não compreender o indivíduo por sua totalidade (abarcando todos os aspectos de sua vida) influencia, em larga medida, na auto responsabilização da condição o que contribui para o aumento ou manutenção da frustração. (PEREZ, 2017; FRANCISCO e DIEZ-GARCIA, 2015; STENZEL, 2007; FELIPPE, 2003; ADES e KERBAUY, 2002).

Para Perestelo (2006), há uma variedade de possibilidades de atendimento aos sujeitos que buscam auxílio nos profissionais. Dependendo como for, o contexto de atendimento pode gerar uma matriz específica de normas, regras e convenções. As características do contexto de atendimento determinam, de uma forma geral, os limites e possibilidades de atuação profissional e isto repercute, diretamente, sobre as vivências e condutas dos sujeitos e de seus familiares. Decidir se alguém está doente ou não, se é normal ou não, é um “juízo de valor”. (CLAVREUL, 1983, p. 136).

No caso do depoimento acima, foi notório perceber as fases do atendimento clínico (investigação, diagnóstico, tratamento), típico do exercício profissional que culmina, neste caso – e tantos outros - na (hiper)farmacologização. Quase sempre a relação existente é a do que sabe, do que manda e tem poder, para aquele que não sabe, que obedece: o ‘paciente’. Tudo dando certo, até os primeiros entraves: a doença do filho e a falta de recursos financeiros, ou seja, situações da trama social dos sujeitos que lutam, resistem, inter-relacionam, sorriam e choram, enfim, de quem vive. Demonstrando com isso, a falível racionalidade baseada, especificamente, na doença.

Grande parte desta baixa resolutividade teve a ver, também, com a ausência da Linha de Cuidado para o sujeito em situação de obesidade no município de Cascavel. Entre outros problemas gerados incluem a desorganização do fluxo dos serviços (que, por vezes, acarreta em um *empurra-empurra* de atendimentos) e a falta de equipe multiprofissional na qual o médico absorve (ou deveria absorver) todas as demandas.

Como visualizado no depoimento abaixo, esta desorganização *põe em xeque*, a qualidade do serviço oferecido pelo profissional nas UBS:

“Eu ia ao médico para pressão alta e o médico só media minha pressão, não mandava eu fazer exame, não mandava fazer nada. Mas eu tinha uma amiga que trabalhava em laboratório e ela falou assim para mim: ‘vai no laboratório e faz uns exames, é baratinho, com 10 reais você faz’. Naquela época custava, faz anos já. Daí eu fui lá, fiz o exame, ela pegou o meu resultado e falou assim para mim: ‘você está com diabetes, tua glicemia está bem alta’. Estava em 460. Daí eu perguntei a ela o que eu tinha que fazer e ela disse que eu tinha que ir ao médico. Mas eu não tinha condição de pagar um médico. Então fui no posto, levei o exame e falei para ele: ‘Dr., meu problema é esse aqui oh!’; e ele: ‘mas quem mandou você fazer esse exame?’; ‘eu fiz por minha conta, eu não estava bem!’. Eu tomava líquido o dia inteiro e não aguentava de tanto ir ao banheiro, fazia xixi o tempo todo! Daí ele disse: ‘então vamos fazer todos os exames, e você precisa fechar a boca, você faz o tratamento pela boca, senão eu vou ter que te passar a insulina’. Só que naquela época não tinha insulina de graça, era muito caro, e eu ia ter que comprar a insulina e usar para o resto da sua vida. Aí eu pensei: ‘Eu não tenho condição!’. E foi aí que eu comecei. Cheguei no serviço, e eu comentei e todo mundo procurou fazer o regime, todo mundo quis fazer a dieta, o patrão, a patroa, todo mundo me incentivou! Com 22 dias eu fui fazer o exame de novo, e minha glicose estava em 125 e eu já tinha perdido 17kg! Foi super rapidinho! Daí eu continuei um ano assim, eu cheguei a pesar 67kg, ninguém nem me reconhecia [...] eu fiquei 1 ano fazendo tratamento, fiquei magra, fiquei bem, comendo bem, daí o médico me tirou o remédio: ‘você não precisa mais do medicamento, você está bem.’. Daí eu fui relaxando, comecei a comer de novo coisa doce, comer massa, eu não sou muito de massa, mas eu adorava pão! Hoje em dia eu já não gosto! Eu comia muito pão e doce. Eu sempre gostei muito de doce! Fui criada a base de açúcar, né?! Fiquei, acho, que uns dois anos levando assim, daí veio a idade. O coração começou a ter problema. Daí fui consultar com o médico (clínico geral da UBS) e ele me pediu todos os exames e ele me falou que eu tinha o coração envelhecido, bem mais velho que a minha idade. Eu fiquei apavorada. Eu já sofri bastante, passei por várias etapas da diabetes. Nunca entrei em coma, mas já abaixou demais,

hoje em dia eu até tomo insulina. O médico me mandou tomar todos os dias. Mas eu não faço isso, se eu vejo que eu preciso tomar, eu tomo, senão eu não tomo!" Mas ele (o clínico) foi muito bom! Nisso ele foi ótimo, me incentivou bastante. Mas não me encaminhou para nenhum outro serviço". (G9).

A percepção da qualidade é algo bastante singular, de cada pessoa acerca de determinado produto, serviço ou processo. É possível identificar, na literatura, inúmeras definições de *qualidade*, cada qual elaborada tendo como base perspectivas particulares, que traduzem seu caráter pluridimensional⁸⁹. (UCHIMURA e BOSI, 2002). Para Lobo (2010, p. 6), por exemplo, qualidade é o “conjunto das características de um produto ou serviço que lhe conferem aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas”. Paladini (2004) corrobora com essa definição quando fala que qualidade se trata de uma condição necessária de capacidade para o fim ao qual se destina.

Neste contexto, foi possível perceber às ‘impressões’ do sujeito sobre a qualidade do serviço recebido em diferentes fases do seu itinerário terapêutico vivenciado neste recorte (acima). Do sentimento de conflito médico passando pela busca de auto ajuda ao apoio da rede social, resultando na conduta médica e as formas de gratificação associadas a esse relacionamento demonstraram que, apesar de não ‘curado/a’, seus ‘problemas de saúde’ foram, em parte, resolvidos e, portanto, conforme sua breve conclusão: gostou do atendimento.

Apesar disto, a literatura vem discutindo a questão da qualidade do cuidado importando-se, sobretudo, com um dos pilares de sustentação do SUS: a integralidade. (CAMPOS, 1997; MERHI *et al.*, 2004; SOUZA *et al.*, 2008). Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde. Segundo Franco, Bueno e Merhi (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando

⁸⁹ Segundo as autoras, a multidimensionalidade no termo qualidade assume várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva. Como forma de ilustrar, no Novo Dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2009), são encontrados oito conceitos sobre o termo, que variam de "propriedade ou atributo das coisas ou pessoas", portanto, passível de mensuração, a "aspecto sensível, e que não pode ser medido, das coisas". Além disso, o conceito de qualidade pode variar de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, considerando-se seu papel dentro da instituição gestora e/ou de sua relação com o serviço em questão. (FURTADO, 2001).

seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e; qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

No caso deste estudo empírico, como visualizado nos depoimentos, a AB de Cascavel e região ainda tem muito a avançar neste sentido: a começar pela efetivação de várias políticas públicas sobre o cuidado em saúde, discutidas em capítulos anteriores.

Starfield (2002) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. Para o autor, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e, o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis de acordo com as necessidades tem inter-relação e, além disso, extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Na prática, o que se ouve nos relatos traduz em um modelo tradicional de organizar a recepção, de forma burocrática, de entrega de fichas e marcação no balcão, não escapando o sujeito do destino das filas. A exemplo disto, muitos entrevistados/as deste estudo, residentes no município de Cascavel, referiram a prática comum de ‘fazer fila nas madrugadas para pegar a ficha’ (E1; E5; G2; G3; G11), nas quais, a disputa de vagas é compartilhada pelo frio da noite e pelo medo da violência urbana. Este fato, apesar de comum em Cascavel, não foi relatado nos residentes das cidades próximas, provavelmente, pelo menor tamanho da população destes municípios. Apesar disso, neste público, foi comum ‘acordar de madrugada para pegar o carro da prefeitura e vir para Cascavel para a consulta com os especialistas’ (E6; E9; G14; G6; G10), demonstrando a desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda em qualquer local geográfico, evidenciando que, de fato, o SUS tem, ainda, muito a avançar.

Apesar das muitas dificuldades – de acesso, acessibilidade, acolhimento, de disponibilidade de profissionais e serviços – alguns/mas participantes deste estudo, demonstraram, ao longo de seus relatos, terem gostado do atendimento recebido, como pode ser visto nos exemplos abaixo:

“Procurei atendimento no posto. Eu gostei, ele (médico) me passou para a nutricionista e daí eu acompanhei por um tempo, daí depois eu parei. Ah, eu fiquei meio... desanimada, sei lá! Não é que eu não estava gostando do tratamento, é que eu desanimei mesmo. Até essa bariátrica eu fui, aí eu falei: ‘ah, vou tentar fazer, se não der, aí eu paro com tudo!’. Nesta última consulta que eu fiz, há uns três meses, ele, um médico muito bom, ele falou assim: ‘você quer operar?’, daí eu falei: ‘eu estou na fila não sei há quanto tempo!’, ‘mas vão chamar você?’, ‘não sei se vão chamar porque tem gente que fica cinco, seis anos na fila, esperando, né, se eu aguentar até lá, se eu viver!’ mas no geral, pra mim, deu certo! [...] uso remédio para depressão, foi o médico do posto que passou. Eu queria ir ao psicólogo, mas não tem pelo posto”. (E8).

“No posto de saúde eles receitaram um remédio para eu tomar, mas fazia muito mal, eu tentava tomar com leite para ver se dava, daí eu desistia. Eu tentei fazer com o Dr. XX⁹⁰, daí eu emagreci 6 kg, mas aí logo eu desistia, eu começava uma dieta e logo depois eu desistia, chegava num ponto que eu não emagrecia mais. [...] mas desde 2012 eu tenho tomado remédio para emagrecer e eu comecei a me cuidar, controlar a comida. Eu tentei sozinha, sem nutricionista. Eu estava muito gorda e tinha que achar um jeito, então eu fui lá na 10^a Regional, porque em 2002 eu entrei com pedido para cirurgia bariátrica, e eu estava indo no Dr. XX, e de vez em quando tinha reunião lá no São Lucas, pelo SUS, aí ele fazia uma reunião lá na prefeitura, uma vez por mês, mas era pouca coisa que eles explicavam, não trabalhavam com nutricionista. Era só uma reunião geral sobre como era a cirurgia, o antes, o depois, mostrava as pessoas que fizeram, o que aconteceu com elas; mas depois pararam, não chamaram mais. E foi em 2014 que eu me assustei com a quantidade que eu engordei, eu fui na 10^a Regional e me encaminharam para eu vir para cá e aqui foi tudo de bom. [...] Mas lá no posto não me encaminharam para cirurgia. Mas tinha um doutor lá que fez a cirurgia bariátrica, daí um dia eu fui perguntar para ele como é que era, se era bom, se era fácil, daí ele me incentivou muito a fazer. E eu vi como ele ficou bonito, como ficou bem, eu vi que valeu, daí que eu fui atrás. Mas eles lá no posto não davam (encaminhamento), ninguém sabia o que fazer. Eu não sabia que tinha como entrar nesse programa, não sabia o que fazer. Mas teve um doutor lá que me ajudou bastante com a depressão, tomar os remédios certinho, ajudou com aquela angústia, aquela falta de ar e aquela procura de comida para comer. Através da fluoxetina eu melhorei bastante, eu parei de ficar procurando coisa para comer; a fluoxetina me tirou mais a ansiedade. [...] Os médicos do posto não me encaminharam para psicólogo nem para psiquiatra, mesmo com a depressão. Eu acho que se tivessem me encaminhado mais cedo para o psiquiatra, ele teria tentado outro tipo de tratamento. E lá

⁹⁰ Por questões éticas, o nome do médico gastroenterologista, cirurgião do aparelho digestório relatado pelo/a entrevistado/a foi retirado propositalmente pela autora do trabalho sendo substituído pelas letras XX.

(posto) também não me encaminharam para nutricionista. Eles não sabiam como encaminhar. Até a moça que agenda, ela falou que era besteira, que nunca ia acontecer essa cirurgia pelo SUS, que ela nunca tinha ouvido falar, que era besteira, ela falava para eu pagar a Unimed, uma coisa assim, que seria mais rápido. Mas eu me inscrevi e um dia aconteceu, comecei aqui. Aprendi a comer, aprendi a fazer exercício, aquele incentivo que a gente não tinha. [...] Tudo o que eles (médicos) tentaram, desde o dia que eu fui procurar pela primeira vez, sempre foi para o melhor, eu sempre fiquei satisfeita. Da parte lá do Dr. XX, parece que tinham afastado ele, eles me deixaram, não me chamaram, não me comunicaram, aquilo eu não gostei. [...] pensava que ia ser naquele ano! Aí eu contava para os meus irmãos, contava para os meus amigos, contava que já estavam fazendo todos os exames para eu fazer a cirurgia, que já passei por aquele médico, por aquele outro, achava que já estava fazendo o pré-operatório. Mas aí foi alongando os anos e nada. Nem sabia se ia existir uma possibilidade para mim. Daí eu fui na 10ª Regional e me encaminharam para cá, daí que começou”. (E9).

“A gente tinha um médico lá que era bom, ele era estrangeiro, ele era bom, só que aí ele foi embora, acho que em maio ele foi embora! Consultei muitos anos com ele. Ele me incentivava bastante! Foi ele quem me encaminhou para cá! Dele eu não tenho do que reclamar! [...] ele também me encaminhou para um ortopedista, acho que já faz uns cinco anos que eu estou esperando e não tem! É uma dificuldade! Meu filho queria pagar a consulta, mas o pior é o acompanhamento, os exames, os remédios, porque tudo é muito caro, não tem como a gente pagar tudo isso no particular! Então eu continuo esperando”. (G9).

Outro ponto que chama bastante a atenção nestes depoimentos acima – e ao longo das entrevistas - tem a ver com a centralidade médica no cuidado, ou seja, o médico enquanto o grande problema ou solucionador de casos (que vem ao encontro da ausência de outros membros da equipe multiprofissional). Segundo Pires *et al.* (2010), isso ocorre, em boa medida, pois a organização da assistência à saúde no SUS, criada enquanto rede articulada entre a atenção básica, média e alta complexidade, é caracterizada pela centralidade dos procedimentos médico-hospitalares sobre a promoção da saúde, preponderantemente, ao longo dos anos.

Desta forma, propositalmente, a classe médica é um dos temas mais pesquisados pela sociologia das profissões. De acordo com Almeida (1997), até os anos 60, seus estudos baseavam-se, sobretudo, na definição de atributos e funções, que distingue esta área profissional dos demais campos de trabalho da sociedade. Nesta corrente, o que distanciava as profissões era a existência de uma base de

conhecimento científico abstrato e a adesão a um ideal ético-moral. No campo da saúde, esta perspectiva traduziu-se na percepção de que os conhecimentos médicos eram indispensáveis para curar as pessoas, cujo bem-estar físico era condição essencial para a manutenção do desenvolvimento da sociedade, tornando-se, portanto, um requisito funcional essencial para a mesma.

Nas últimas décadas, no entanto, o interesse nesta área tem merecido atenção especial, inclusive, de outras áreas com diferentes recursos disciplinares. O que há em comum nestas abordagens, relaciona-se à capacidade da classe médica interferir na organização e funcionamento dos sistemas - tanto pelo lado da oferta, como pelo da demanda - assim como a sua grande resistência a enquadrar-se em quaisquer normas, devido, sobretudo, à autonomia desenvolvida e sustentada. (ALMEIDA, 1997).

No paradigma estrutural-funcionalista, autores como Coburn (1992) analisam o desenvolvimento das reestruturações médicas, ocasionadas pelas novas divisões do trabalho com permanentes especializações profissionais em resposta às necessidades crescentes (na sociedade) com enfoques que procuram correlacioná-las com as mudanças estruturais históricas do mercado de trabalho profissional e a ação coletiva desenvolvida por esses grupos na sua inter-relação com o Estado.

Outra tentativa de explicação para este fenômeno baseia-se na “perspectiva da dominância” desenvolvida por Freidson⁹¹ (FREIDSON, 1970 apud ALMEIDA, 1997; MARTINS FILHO, 1995), ou seja, para o autor, uma profissão deve ser definida como uma ocupação que adquiriu autonomia e autogoverno e que é organizada formalmente através de instituições criadas especialmente com o objetivo de proteger e garantir essa autonomia.

Isso significa, para Freidson (apud ALMEIDA, 1997), que os médicos controlam tanto o conteúdo de sua própria função, quanto o de outras ocupações que participam na divisão de trabalho em campo sanitário, além de que, também exercem poder sobre os sujeitos – seus pacientes - e sobre os termos e condições de suas atividades profissionais.

⁹¹ O sociólogo norte-americano Eliot Freidson, destaca-se, sobretudo a partir da década de 1970, por seus estudos na área da sociologia das profissões, sendo um dos fundadores desta temática. Uma das suas principais indagações relacionava-se às circunstâncias sociais nas quais uma certa ocupação busca, mediante estratégias específicas, obter os privilégios e o poder aferidos ao *status* profissional. (CARDOSO, 2005; MARTINS FILHO, 1995).

Assim, a aquisição desse *status* diferenciado envolve dois estágios: o primeiro, relacionado ao convencimento da sociedade de que determinado trabalho profissional é imprescindível e deve ser controlado por quem entende do assunto (através de consultas e exames altamente especializados) sendo facilitado pela obtenção do monopólio legal sobre o estabelecimento de requerimentos educacionais, licenciamentos para o exercício profissional, código de ética, constituição de associações e alguns elementos de controles por pares. E, segundo, a concessão da autonomia, que pressupõe a inter-relação entre os poderes político e econômico e as representações profissionais.

Portanto, para Almeida (1997) e Cardoso (2005), a fundação da autonomia profissional é claramente um processo político e social de concessão legal, não algo que as profissões podem obter por si próprias e, sendo conferida à profissão pela sociedade (com envolvimento do Estado estabelecimento e manutenção da proeminência profissional) direcionando à auto regulação.

Além disso, a influência da medicina na organização de serviços de saúde e na política de saúde deriva, para Freidson (apud ALMEIDA, 1997), do monopólio da medicina científica na definição de doença, restringindo a discussão dos serviços de saúde a uma particular forma de ver a saúde: mecanicista, individualista e orientada para a cura das doenças segundo o modelo médico. O autor questiona também que, embora essa dominância tenha levado ao avanço do conhecimento científico, impediu a sua aplicação efetiva em prol da melhoria das condições de saúde da população pois, segundo Pires *et al.*, (2010), este modelo hegemônico manifestase, em boa medida, pela compra indiscriminada de serviços do setor privado pelo público contribuindo para a ampliação dos planos e seguros privados para a classe média e nos subsídios financeiros para reforço do parque tecnológico.

Em estudo oportuno sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil (SANTOS e GERSCHMAN, 2004), com foco nos arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores, argumenta-se sobre a segmentação de clientela segundo as lógicas de mercado. Ou seja, a preponderância do poder de compra sobre os princípios do SUS, com diferenciações na qualidade e no tipo de serviço disponível, que estão em jogo, especialmente, os segmentos de atenção de média e alta complexidade, mais bem remunerados.

A análise da relação dos prestadores do SUS com o poder público adentra nas trocas de mercado, inerentes à conformação das políticas sociais.

Conceitos clássicos da economia, como demanda e oferta de bens e serviços, constituem importantes reflexões sobre o mercado em saúde no Brasil, seja em nível macro ou micro. (PIOLA e VIANNA, 1995). Busca-se entender como os determinantes econômicos se comportam no setor saúde e as repercussões para a consolidação do SUS, em especial no que tange ao princípio da equidade: expressão da justiça no acesso à saúde, ou seja, um direito de cidadania. Importa aprofundar a relação entre demanda e necessidades de saúde ou, de que maneira a demanda da população é percebida como expressão das exigências humanas para se conquistar saúde, considerando a relação intersubjetiva que se estabelece entre profissionais e usuários. (IUNES, 1995; AYRES, 2001). A desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, calcada na dificuldade em se realizar melhor escuta das necessidades de saúde pelos profissionais, repercute em iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema de saúde.

Afastando-se do maniqueísmo, estas reflexões tornam-se importantes ferramentas para a fundamentação da análise sobre o monopólio profissional médico em bases políticas e sociais. Dito de outra forma, o profissionalismo é, antes de tudo, um conceito que traz arraigada a capacidade das lideranças profissionais de conquistar, manter e expandir *status* social e poder para seu grupo.

Em síntese, para Almeida (1997), a centralidade do médico como ator político pode ser atestada em termos históricos em praticamente todos os sistemas de saúde, entretanto, os graus de autonomia e autogoverno profissional conquistados por esses profissionais são resultado do tipo de tutela que o Estado outorgou à profissão, em processos políticos específicos, de longo prazo. A forma e alcance dessa concessão estatal também diferiu no tempo e altera-se, continuamente, na medida em que se transforma o próprio Estado e/ou emergem condições em que se manifeste necessidade de maior controle e/ou regulação.

No que concerne às circunstâncias sociais que influenciam o desenvolvimento do vínculo entre o profissional e o usuário, alguns sujeitos relataram que, além da dificuldade de acesso (já discutido anteriormente), quando conseguiram, depararam-se, por vezes, com a aspereza do profissional:

“Eu fui no posto de saúde, tentei fazer tudo lá, mas não deu certo, não! [...] Lá no posto de saúde era bem diferente, se você não emagrecia com a dieta e tudo, o médico já reclamava. Aí a gente desiste, né!”. (E3).

“A doutora lá do posto... minha pressão estava alta, aí ela me falou que eu precisava de uma nutricionista. [...]. A médica falou duro, mas eu acho que é para o meu bem, né? [...] Aí eu fui numa nutricionista particular, aí eu emagreci com ela, bastante mesmo, mas aí depois eu voltei a engordar porque eu parei de ir nela porque era particular e eu não conseguia fazer sozinha”. (E5).

Por meio do tratamento recebido, foi possível infletir que não houve, em ambos os relatos acima, um vínculo⁹² estabelecido entre o(s) profissional(ais) de saúde e o sujeito que o procurou. Para Hoga (2004), o verdadeiro encontro do profissional de saúde - considerando às próprias experiências ou resistências - com o sujeito que, por sua vez, também possui peculiaridades enquanto pessoa e está vivenciando alguma (possível) enfermidade, constitui-se num dos elementos centrais do relacionamento terapêutico. Para que esta relação ocorra de forma adequada é fundamental que os profissionais estejam capacitados a identificar e atender às próprias necessidades. O autoconhecimento possibilita tomar ciência das próprias limitações, fragilidades e, também, permite melhor usufruto de suas potencialidades. Assim, este é, segundo Hoga (2004), um requisito básico para a percepção e respectivo atendimento das demandas por cuidados que emergem de quem os procura.

Esta consciência tende a facilitar a adoção de atitudes de maior tolerância quanto aos próprios limites, à possibilidade de errar, de não conseguir, de não suportar certas circunstâncias de vida e de trabalho difíceis e, a mesma lógica permeará suas ações face às pessoas cuidadas. Sobretudo, é necessário ter em mente que quem o procura pode encontrar-se em situação emocionalmente

⁹² Segundo Starfield (2002), vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura entre os sujeitos, neste caso, entre os profissionais e usuários, permitindo com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem de modo a estabelecer relações de escuta, de diálogo e de respeito, facilitando a continuidade do cuidado. Essa relação, no entanto, requer a cooperação mútua de ambos atores sociais, pois, sendo uma interação, a relação de ajuda sofre condicionamentos tanto da formação dos profissionais quanto da situação de cidadania. O compromisso profissional e os direitos dos usuários são faces complementares e interdependentes deste mesmo processo de melhoria da qualidade do atendimento, do qual o vínculo é parte significativa do processo. (CAMELO *et al.*, 2000).

fragilizada, visto os desafios diários da vida. Assim, para esta autora, é desejável que os profissionais estejam dotados de maior grau de sensibilidade. Esta condição pessoal dos profissionais favorece melhor captação das necessidades subjetivas, conseqüentemente, um atendimento mais integral desses sujeitos. (HOGA, 2004).

Nesta esteira da discussão, Brunello e colaboradores (2010) corroboram com tais afirmações indicando que o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários parece ser uma possibilidade de se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Já Camelo e colaboradores (2000) recomendam que, para assegurar a qualidade do cuidado prestado, é necessário que se tenha em mente as noções de vínculo e, conseqüentemente, da responsabilização da equipe pelo cuidado integral à saúde coletiva e individual.

A falta de vínculo pode ainda ser analisada a luz das atitudes negativas que alguns profissionais de saúde têm em relação aos sujeitos em situação de obesidade por meio, não apenas das sinalizações verbais, mas também, através das práticas de tratamento ofertadas. A exemplo disto, em algumas circunstâncias dos IT, os/as entrevistados/as evidenciaram despreparo de alguns profissionais da AB o que os/as levou ao abandono do tratamento:

“Eu procurei nutricionista muitas vezes, porque a nossa nutricionista de lá (posto de saúde), o que ela passa é muito caro para gente comprar, daí não tem como, a gente não tem condições. Eu trabalho de ajudante de cozinha, zeladora, no caso, e o dinheiro não é muito (pausa), é difícil de arrumar”. (E6).

Segundo a ciência médica, é fato incontestável a importância da alimentação saudável, completa, variada e agradável ao paladar para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis. (WHO, 2014; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013a; SHILS, 2003; SICHIERI *et al.*, 2000). No entanto, nas diversas perspectivas da trama social: o que vem a ser estes adjetivos imbricados propositalmente ao tema alimentação? Além disso, o que vem a ser ‘variada’ considerando a ilimitada possibilidade de aquisição alimentar no atual mercado globalizado?

A defesa em torno de uma alimentação saudável, variada e equilibrada se apresenta de diferentes maneiras nos diferentes discursos. Dependendo do contexto, a preocupação pode ser mais social, econômica ou ambiental. Inclusive no âmbito das políticas públicas brasileiras cujas diferenças na implementação dos programas e na avaliação de experiências utiliza-se de conceitos que muitas vezes são sinônimos, porém têm suas próprias especificidades. (FORNAZIER e BELIK, 2013).

Portanto, a convivência entre códigos culturais conflitantes está presente, invariavelmente, com graus variados de intensidade, no âmago de todas as camadas sociais. Todavia, é possível observar, como no depoimento acima, um hiato maior (por vezes, abissal), sobretudo, naquelas com diferentes “capitais culturais⁹³”. (BOURDIEU, 1997, p. 03).

Isso ocorre, segundo Foucault (2009), pois a vida biológica é um evento político, cujo controle tem se mostrado fundamental para as relações hegemônicas entre Estado (neste caso representado pelos profissionais de saúde) e população, já que através do exercício das técnicas de poder sobre o corpo individual pode-se chegar ao controle do corpo social.

Vistas sob essa perspectiva, estratégias de educação em saúde e promoção da saúde que enfatizam mudanças de comportamentos (FRAGA, 2005; BAGRICHEVSKY, 2009) podem representar contribuições ímpares para o exercício do biopoder, porque envolvem disciplina e normas de conduta que têm por objetivo promover uma ‘boa saúde’ e interferir nas escolhas individuais, informando sobre como alcançar os estilos de vida saudáveis.

Apesar de toda ‘liberdade’ de opção e de escolha para conduzir a saúde e a vida - mediante a gestão das informações sobre todos os riscos estudados, medidos e nomeados - as mensagens persuasivas dessa biopolítica sanitária (FURTADO e SZAPIRO, 2012; FRAGA, 2005), disseminadas na fronteira virtual entre ciência, mídia, mercado e cultura, emergem numa era marcada pelo concomitante crescimento de desigualdades sociais e fluxos de informação, conformando um novo

⁹³ O conceito de ‘capital’ é sistematizado nas obras do sociólogo Pierre Bourdieu enquanto uma análise social em suas formas econômica, cultural e social. Engloba, prioritariamente, a variável educacional, embora não se limite apenas a ela. O autor o utiliza ao estudar as desigualdades escolares e as vantagens que sujeitos ou famílias obtêm ao possuírem tais capitais. Nesta perspectiva, é possível transportar o conceito para os profissionais de saúde, detentores de tais capitais (supostamente superiores) à massa de sujeitos que os procura. (BOURDIEU, 1997).

fenômeno econômico-cultural pós-moderno: o agravamento moral dos ‘erros alimentares’ como pecado contemporâneo.

Assim, para os autores Vaz, Carvalho e Pombo (2005), são nessas ambiências concretas do cotidiano – e não há nada mais oportuno que um consultório médico - que emergem ‘verdades’ singulares, muitas vezes intransferíveis ou pouco habituadas a proposições científicas generalizantes. Singularidades essas que podem ser diluídas ou até aniquiladas por lacunas entre o que se pressupõe no plano do discurso profissional sobre o tratamento (ou o risco de não o fazer) e, aquilo que, pontualmente, se assimila, no mundo possível daqueles para quem essas mensagens são dirigidas.

Desta forma, Bagrichevsky e colaboradores (2010, p. 1702) descrevem esta prática enquanto “protocolos discursivos diagnóstico-preventivos”, direcionado a indivíduos ou a coletividade, com pretensões universalizantes que têm guiado, hegemonicamente, as formas de pensar e de intervir sobre a dinâmica da vida sem considerar, ao menos, os (muitos) contextos desiguais de cada realidade populacional para os quais são difundidos seus preceitos.

Assim, a alimentação, historicamente arraigada por aspectos culturais e emocionais, deixa de ser um ato fisiológico e prazeroso para se tornar uma normalização impositiva (ESCOSTEGUY e JACKS, 2005 apud GELATTI, 2009), sobrecarregada de culpa, acentuando, em larga medida, a estigmatização.

Condutas profissionais semelhantes a esta do relato podem ser observadas em diversos trabalhos. (CAMPBELL e CRAWFORD, 2000; FOSTER *et al.*, 2003). Aos serem indagados sobre tais ações, muitos justificam, de certo modo e medida, não estarem preparados para atuarem com sujeitos em situação de obesidade ou não serem competentes em promover um cuidado adequado. Outros, ainda, julgam que o tratamento oferecido tem pouca efetividade. (FOSTER *et al.*, 2003).

Neste movimento de busca, porém, na contramão deste enredo, alguns/mas participantes do estudo, recorreram ao apoio e auxílio de bases não convencionais à APS, representadas por organizações que prestam atendimento à população de forma beneficente:

“No posto é uma tristeza de conseguir alguma coisa, clínico geral e olha lá, tem que ir de madrugada pra pegar a ficha, aí você consegue, mas já sabe

o que ele vai te falar: você precisa emagrecer! Você precisa fechar a boca e fazer caminhada! Daí, tem um doutor que me atendeu lá no NAFA⁹⁴ (Núcleo Assistencial Francisco de Assis), [...] ele que trata da diabetes. Foi ele que disse que ia me ajudar, que ia me encaminhar para cá (SOCB-HUOP/UNIOESTE). Daí ele me deu o papel, eu fui lá no São Lucas (outro hospital de Cascavel que também disponibiliza o serviço de 'tratamento da obesidade e cirurgia bariátrica') e de lá me mandaram ir lá na 10ª Regional. Eu fui lá, deixei meu nome e acho que uns 90 dias depois me chamaram aqui. No posto foi ruim, né? Você não consegue, menina! Você precisa de um doutor, de uma consulta e você não consegue! Tá bem difícil de médico lá! Mas os meus pré-natais, dos meus filhos, foi tudo bem, só essa parte da obesidade que está ruim. Graças a Deus que nós temos aqueles médicos lá do NAFA, que aí tem cardiologista e tudo!". (E2).

Apesar das muitas limitações vivenciadas, foi possível encontrar nas redes para o cuidado, pessoas denominadas 'chave', ou, nas definições de Martins (2009, p. 48), "mediadores de redes/ mediadores colaboradores", que possibilitam ou facilitam, o acesso do sujeito ao subsistema de cuidado profissional, aproximando essas pessoas aos serviços de saúde que disponibilizam a atenção. Eles não necessariamente integram o corpo profissional da instituição de saúde e, na função mediação, têm diferentes níveis de intervenção ou influência, podendo disponibilizar as condições para o cuidado, intermediar o acesso à atenção em saúde e/ou ser, ele próprio, um profissional que intervém pela pessoa e família junto aos outros profissionais tornando-se importante elemento da acessibilidade ao fluxo formalizado pelo SUS.

Nestes subsistemas de cuidado popular e familiar, o mediador pode ter outras funções ou atributos, de apoio emocional, dando certa organicidade à rede de sustentação para o cuidado. Desta forma, para Martins (2009), a mediação é efetivada mais ao âmbito das condições para a produção do cuidado, uma vez que a circulação das pessoas nestes subsistemas parece ser menos problemática, por se tratar de espaços mais abertos, com acessos mais franqueados como pôde ser visto no relato desta experiência.

⁹⁴ O Núcleo Assistencial Francisco de Assis (NAFA) é um projeto voluntário criado pela Sociedade Espírita Paz, Amor e Luz (SEPAL) que oferece a população um trabalho assistencial e religioso em um bairro periférico e bastante desassistido do município de Cascavel – PR. Integrado ao estudo doutrinário, palestras, atendimento fraterno e tratamento fluidoterápico, o projeto envolve, também, ambulatório médico (incluindo exames laboratoriais gratuitos), farmácia básica, padaria, clube das mães (aulas de costura, tricô e crochê) e almoço comunitário aos domingos. (NAFA, [2019?]).

Ao longo das entrevistas e grupo focal ficou evidente certa frustração por parte dos sujeitos em situação de obesidade ao lembrarem seu caminho terapêutico percorrido ao longo dos anos. Entre as idas e vindas, muitas destes sujeitos passaram boa parte de suas vidas concentrando energia em prol da suposta 'cura da obesidade'.

Compreender este processo, enfim, requer um movimento analítico retrospectivo capaz de conferir coerência entre as atitudes praticadas, muitas vezes de forma fragmentada, que, no entanto, fundamentam os diferentes processos de escolhas e decisões. Analisar essas ações significa, também, considerar os discursos por elas produzidos e não dissociá-los, para não correr o risco de cometer falsas dicotomias e/ou dilemas epistemológicos que minimizam a interpretação apenas aos resultados alcançados, ou seja, à resolutividade (ou não) atingida na trajetória realizada. Portanto, não se pode dissociar esses processos do mundo social cujas experiências são intersubjetivamente construídas, sendo seus significados compartilhados entre os sujeitos, suas famílias e sua rede social.

Outra temática que emergiu das entrevistas e grupo focal sobre os IT percorridos referiu-se ao ideário discriminatório de alguns profissionais de saúde em relação aos sujeitos em situação de obesidade, retratando uma realidade que, em teoria, é (tende a ser) abolida pela então 'ética profissional'.

6.9.2 Os profissionais de saúde como fonte de preconceito

Em seus percursos terapêuticos, algumas vezes, os/as participantes deste estudo que buscavam apoio encontraram posicionamentos de indiferença e discriminação por parte dos profissionais de saúde, como pode ser visualizado nos depoimentos a seguir:

"O médico chegou para mim e disse: 'a única coisa que vai servir para você é a academia! Só isso e nada mais!'. Assim, curto e grosso! Eu olhei para ele e disse: 'doutor, eu sou proibida de fazer academia pelo ortopedista!'. Aí ele: 'então, não tem o que fazer!'. Simplesmente assim. Lá eles não têm uma visão de obesidade como em outros bairros, é uma coisa bem menos...(pausa)". (G3).

“Teve um dia que eu estava lá na FAG (Fundação Assis Gurgacz), aí chegou uma mulher e falou assim para mim: ‘eu não gosto de sentar do lado de gordo!’; aí eu falei para ela: ‘então você levanta e sai. Você não é obrigada a sentar ao lado de gordo’. [...] Ela trabalha lá no Lima (hospital)”. (E5).

“Tem uns profissionais que não tratam a gente com carinho”. (E3).

“Eu vejo assim, os profissionais de saúde que trabalham diretamente com obesidade, são tranquilos, tratam bem, agora outros profissionais é complicado, por exemplo, quando eu vou no posto levar minha filha, o pediatra da minha filha já me olha diferente, com preconceito, as próprias atendentes do posto é diferente, mas os profissionais que trabalham diretamente com obesidade é tranquilo”. (E7).

Puhl e Browell (2001; 2006) demonstraram em seus estudos que profissionais de saúde e, mesmo, estudantes de graduação em medicina e nutrição, possuem atitudes negativas em relação aos sujeitos em situação de obesidade, incluindo adjetivos discriminatórios como preguiçoso, indisciplinados e com pouca força de vontade. Tais achados também podem ser visualizados em outros trabalhos. (FOSTER *et al.*, 2003; BERRYMAN *et al.*, 2006; YOSHINO, 2010; AMEIDA, 2013). Corroborando com estas afirmações, Poulain (2006) demonstra, a partir, destes fatos, a permeabilidade dos atores do sistema de saúde aos valores predominantes quanto ao ideário atual de magreza e a influência determinante destes e, sobre a maneira como concebem seus papéis profissionais. Goffman (1988) já havia demonstrado para as doenças comportamentais que os membros do sistema médico asseguram uma função de grande estigmatizadores. Puhl e Browell (2001) complementam que a ideologia médica participa da justificação da rotulação como desviante e contribui para a depreciação dos sujeitos.

Além da estigmatização e as consequências negativas para quem sofre, Pulh e Heuer (2009) verificaram em seus estudos que o julgamento clínico preconceituoso pode dificultar o acesso do sujeito a outros serviços de saúde: por exemplo, foi verificada uma menor probabilidade de mulheres com excesso de peso de serem submetidas a exames pélvicos como Papanicolau ou mamografias, quando comparadas com mulheres - ditas com peso dentro da normalidade – estes autores concluíram que a obesidade pode ser uma barreira ao acesso a serviços de cuidados

preventivos. A quantidade de exames solicitados e tempo de consulta também foram menores entre os sujeitos com obesidade no trabalho de Wee e colaboradores (2000).

Apesar do preconceito pela obesidade vir sendo demonstrado por décadas, ainda parece estar, na opinião de Fransisco e Garcia-Diez (2015) em um estágio de maturidade muito aquém das necessidades. Crandall (1994) compara o preconceito pela obesidade ao estágio do racismo do século passado: manifesto, expresso e amplamente difundido no cotidiano. O autor conclui que o racismo e as atitudes antigordura possuem uma raiz ideológica parecida pois são baseadas nas ideologias e valores conservadores, autoritários e que rejeitam o diferente.

O preconceito sofrido demonstra que, é por meio das relações cotidianas que se encontram as formas de poder e de saberes, portanto, para Felipe (2003), são esses espaços que precisam ser trabalhados ao alcance da consciência coletiva como mediação de processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento.

Além disso, Silveira e colaboradores (2009) comentam que a necessidade de romper com essa forma de tratamento pressupõe envolver, não apenas os profissionais de saúde, mas também, a sociedade na luta contra o preconceito, em busca de novas práticas sociais. Também Souza (2009, p. 173), reforça o empoderamento do sujeito através dos “atos de decisão” que, no discurso, conceitos e termos – que se apresentam sob a forma de naturalizações – assim como os estigmas, preconceitos e crenças – vão sendo confrontados e questionados pelo ator social. No campo simbólico, esses significantes universais são articulados, em contextos particulares, a outros elementos que estão no exterior do discurso, sendo essa distância entre o universal e o particular, o próprio “momento do sujeito” (LACLAU e MOUFFE, 1985, p. 173), ou seja, o lugar do processo de subjetivação. Por isso, os pontos em redes são condição para a possibilidade das lutas intersubjetivas por reconhecimento identitário.

Além do preconceito, alguns sujeitos mencionaram a falta de interesse de alguns profissionais quanto a necessidade de ouvir seus sentimentos e dúvidas que circundam suas vidas durante a consulta (*que deveria ser o objetivo primário da sua procura* - grifo nosso). O diálogo entre elas e o médico deveria ser fundamental.

“Eu sentia uma certa rejeição, não sei, parecia que eles me tratavam diferente. Não sei se era a minha cabeça. Mas teve um médico que me feriu. Aquele que me mandou ‘fechar a boca’, mas não me mostrou como fazer isso. [...] Faltava essa parte, de ensinar como mudar”. (E9).

A partir deste depoimento, presumiu-se que, a medida que os atores sociais envolvidos na relação terapêutica não foi compreendida, em que o profissional deixa-se levar pelo preconceito, inferiu direta e erroneamente na vida dos sujeitos. O profissional ao deixar de interagir, não reconhece nos sujeitos sua capacidade de realizar seu próprio cuidado. Diante disso, perde a oportunidade de conhecer histórias de vida, assim como os problemas vivenciados, causando grandes lacunas na relação profissional-sujeito. (TADDEO *et al.*, 2012).

Em outras circunstâncias, ainda, os sujeitos participantes do estudo evidenciaram um tratamento diferenciado:

“Bastante indiferença! Hoje em dia no posto ainda é assim, infelizmente. Eles dão prioridade para quem é bonito, está mais bem vestido, é mais nova, principalmente as mulheres, para quem tem mais condição financeira para levar um presente; é complicado! [...] para o gordo já olham com aquela cara”. (G9).

Segundo Martins (1999), para compreender o sistema médico, dever-se-á analisá-lo à luz do contexto de valores básicos, como ideologia, organização política e sistema econômico da sociedade em que foi criado. Entretanto, na prática, médicos formam um grupo à parte, com valores próprios, conceitos, teorias sobre doenças e regras de comportamento, além da própria organização hierárquica. Estão divididos em sub-profissões especializadas, mais ou menos valorizadas⁹⁵, em que se

⁹⁵ No Brasil, é fato a distância acentuada entre a valorização das diferentes categorias profissionais médicas e não-médicas. Para Ferreira, Garcia e Vieira (2010), a principal característica dos conflitos expostos entre os profissionais da área da saúde refere-se à percepção de superioridade do profissional médico em relação aos demais, ou seja, aos “outros” que não fazem parte da mesma categoria profissional e/ou classe social. Essa percepção, muitas vezes, é gerada pelos aparelhos legitimadores, como as instituições de ensino, em que professores, durante o processo de socialização dos alunos, utilizam-se do discurso e de recursos simbólicos para interiorizar valores e normas que os diferenciam dos demais e, ao mesmo tempo, da indústria e mídia.

utilizam do discurso enquanto forma mais eficiente de manter o sujeito alienado de sua própria situação. (LÉVI-STRAUSS, 1975).

A exemplo disto, é comum entre a classe médica o uso de jargões ininteligíveis denominados por eles de ‘termos técnicos’, uma ferramenta útil para manter o sujeito no estado de doente-ouvinte. Além disso, Bourdieu (2004) em sua obra “Os usos sociais da ciência”, sugere que muitos sujeitos em situação de obesidade em uma arena pública não exprimem opiniões a respeito da sua própria condição. O poder de produzir uma opinião explícita, segundo o autor, é desigualmente dividida. Afinal, considerar todas as pessoas como iguais – o que seria um dogma – diante da questão da opinião é um erro político, pois nem todos têm os instrumentos de produção da opinião pessoal.

Ter opinião pessoal, segundo Bourdieu, é um luxo: “há pessoas, no mundo social que são faladas, por quem se fala, porque elas não falam, para as quais se produzem problemas porque elas não os produzem”. (BOURDIEU, 2004, p. 83). No caso específico dos sujeitos em situação de obesidade, muitos deles não falam, pois são, também, fortes vítimas do estigma.

Em análise comparativa aos conhecimentos arcaicos, como os rituais xamânicos, descritos por Lévi-Strauss (1975), é possível observar equivalente similaridade às práticas médicas contemporâneas, especialmente relacionada ao papel influenciador do (feiticeiro) médico sobre a simbologia da doença e da cura. Assim, o autor justifica:

Não há, pois, razão de duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro. na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura ou da vítima que ele persegue, ou seja, a crença no poder do. próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam à cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam às relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça. (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 194).

Em outras palavras, contemporaneamente, tanto o profissional quanto suas condutas são validados ‘cientificamente’; o sujeito ‘doente’, por sua vez, acredita no poder das suas técnicas e; a sociedade (influenciada por estes discursos, da indústria farmacêutica e da mídia) reconhece tal ‘superioridade’ e, portanto, tem confiança nas relações (e decisões) médicas tomadas sobre quem ele enfeitiça.

Desta maneira, apesar de ser, por vezes, ‘mal tratado’, o sujeito em situação de obesidade suporta (apesar de sofrer com isso), pois acredita estar doente e é alienado ao próprio mal-estar. Além disso, o médico ao utilizar os símbolos profissionais - exames biotecnológicos e diagnósticos - interioriza de forma científica (e não mais mística, como eram nos povos indígenas) uma ‘cura psicológica ao paciente’ que no caso de obesidade, vem ligada a tentativa de aceitação social.

Segundo Lévi-Strauss, (1975, p. 1), “a integridade física não resiste à dissolução da personalidade social”, ou seja, quando o ator social está impregnado com uma ideia, o resto todo começa a refletir a partir dela. No caso de sujeitos em situação de obesidade, o meio social que este indivíduo vive é afetado (em diversos graus de intensidade), afetando também o próprio indivíduo, pois o contexto o condena por si.

Em suma, analisar ‘quem tem poder’ é importante, na perspectiva das ciências sociais, porém, é necessário – antes disto - examinar o ponto em que se implantam e produzem seus efeitos reais. Neste sentido, Foucault (2000, p. 28) chama a atenção para os “efeitos de verdade” que o poder produz e como ele se legitima nas relações, criando discursos que funcionam como norma. Nesta corrente, o profissional médico (feiticeiro nato - ícone diante da sociedade) por meio de sua “eficácia simbólica” (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 215-216) pode manter ativos sentimentos como o preconceito e a discriminação pelos sujeitos em situação de obesidade, não apenas pela (falsa) promessa de cura, mas por exteriorizar esta ânsia de conhecimento social que o mantém no topo da hegemonia societária e nas margens dela: o sujeito-obeso estigmatizado.

Corroborando com tais reflexões, Sanvito e Rasslan (2012) complementam que a manutenção do *status* de superioridade da medicina contemporânea está balizada, em larga medida, pelo complexo médico-industrial, ancorado pelo avanço exponencial da biologia molecular e pelo *frisson* dos meios de comunicação ao divulgar os seus prodígios, a ponto de ‘criar’ uma nova mitologia: ‘diagnóstico preciso e tratamento avançado’.

Nas entrelinhas deste processo, no entanto, escorre o descompasso proeminente entre os avanços médicos e assistência médica de qualidade. Para os autores, Sanvito e Rasslan (2012) e Gomes e Rego (2011), existe uma brecha entre a ‘medicina científica’ e as necessidades de quem a procura.

Sem a pretensão de promover uma relação causal, porém, é também importante refletir sobre a base curricular tradicional da graduação das ciências da saúde que proporciona, em boa medida, uma hipervalorização do aspecto biológico e a fragmentação dos conhecimentos, com conseqüente separação do corpo/mente e a desvalorização dos demais determinantes do processo saúde-doença, já que se pauta na proposta de disciplinas e ciclos (básico e profissional). (NORONHA; SANTOS e PACHECO, 2018). Nesta modalidade, o corpo humano é considerado máquina, pode ser analisado em suas diferentes peças e a doença é encarada como mau funcionamento dos mecanismos biológicos. Além disso, não estimula adequadamente o desenvolvimento de autonomia, capacidade de ouvir com atenção, de reconhecer o sujeito enquanto único, bem como raciocínio criativo e solidário. (BOROCHOVICIUS e TORTELLA, 2014).

Embora hajam ruídos no Ensino que detectam a urgência em formar o profissional-cidadão, reflexivo e crítico, inserido na coletividade, é prudente refletir que o sistema educativo brasileiro é uma imensa máquina burocrática e que a fórmula da educação “bancária” (FREIRE, 1987, p. 33) ainda é majoritária na realidade educacional. Diante desta realidade, como esperar que a maioria dos estudantes, ao final de seu curso, não tenha uma prática fragmentada e centrada na medicalização, já que em seus cursos veem, escutam e aprendem desta forma cotidianamente (AYRES, 2004)? É inegável que as práticas em saúde vêm incorporando um grande desenvolvimento técnico, mas também é claro que a crise de legitimação desta mesma prática traz consigo a pergunta inerente: onde se perdeu a qualidade da prática profissional na área da saúde? Ou seja, este profissional, que carrega tantas habilidades conquistadas pela tecnociência, não deveria ser também capaz de desenvolver habilidades ético-humanísticas, garantindo ao sujeito um relacionamento cordial?

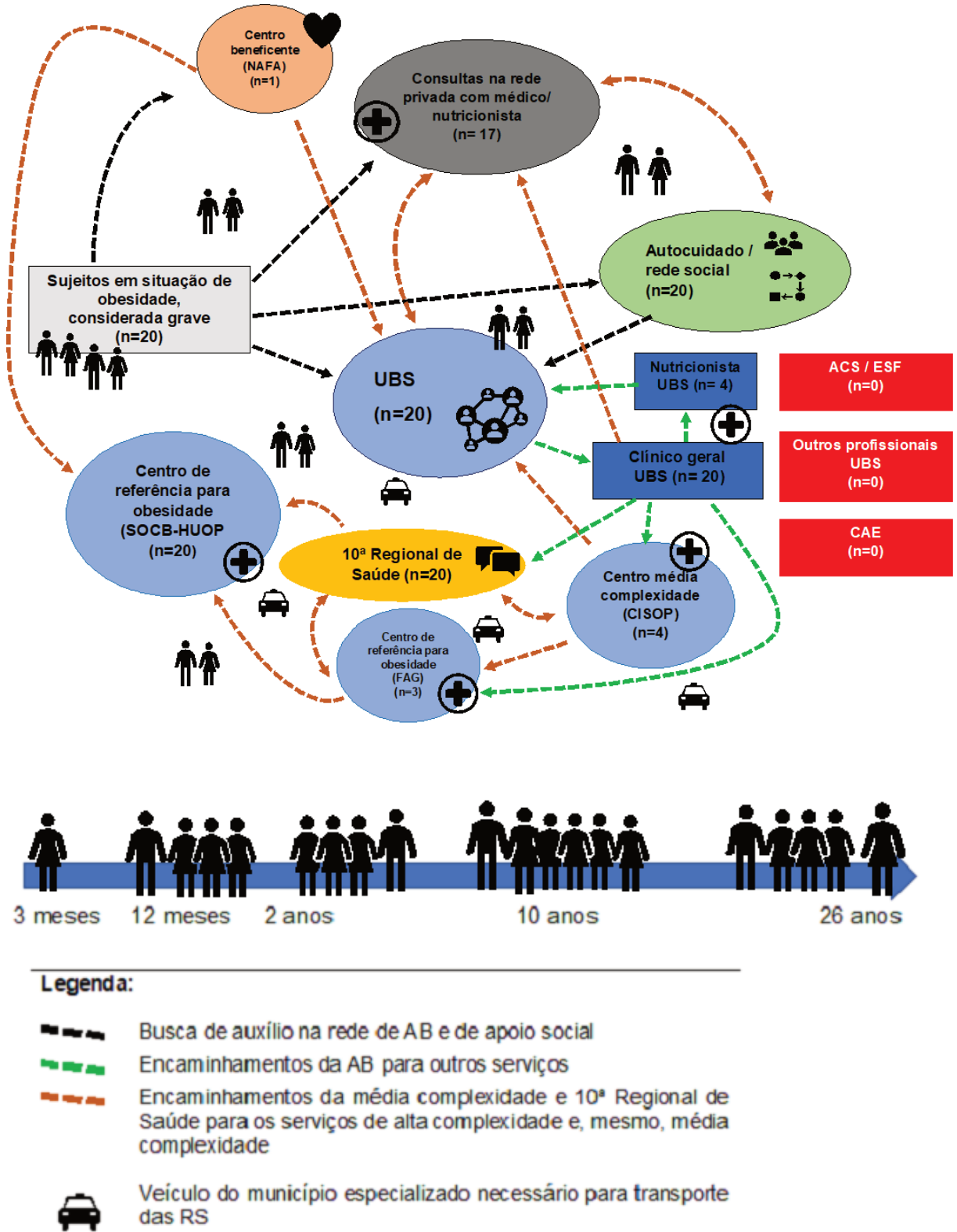
Aliado a estas deficiências, é de amplo conhecimento a subeficiência do SUS, ocasionada, em larga medida, pelo subfinanciamento crônico, pelas eventuais fraudes, desvios e desperdícios, além de envolver em certos casos um modelo de gestão com vícios estruturais que concentram o atendimento em hospitais nos médios e grandes centros urbanos. (SANVITO e RASSLAN, 2012).

Do ponto de vista sociológico, portanto, pode-se infletir que o sistema se move por conflitos e contradições geradas a partir da presença de lógicas distintas da realidade social, entre as quais se evidenciam com mais clareza aquelas de quem

planeja (em parte influenciado pela política e mercado), de quem executa e, aquelas dos atores sociais que usufruem dela – ou, pelo menos, tentam.

A Figura 11 resumiu os principais IT percorridos pelo/as participantes do estudo ao longo de suas trajetórias de vida.

Figura 11 - Trajetória espacial e temporal dos Itinerários Terapêuticos das representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes do estudo. Cascavel, PR, 2017.



Fonte: elaborado pela autora.

Por meio deste organograma, observou-se que todos os sujeitos passaram, invariavelmente, pelas UBSs dos seus respectivos bairros residenciais, sendo, portanto, a porta de entrada do sujeito ao SUS. Entretanto, por não haver a Linha de Cuidado implantada, não havia fluxos organizados de referência e contrarreferência nos diferentes pontos de atenção da rede em nível primário, secundário e terciário e, mesmo, em sistemas de apoio para continuar o acompanhamento de forma adequada e integral. Em consequência, viu-se um vai e vem de tentativas de consultas, variando entre a rede pública, privada e beneficente.

Por não haver outros profissionais da equipe multidisciplinar disponíveis nas UBS e redes de apoio, os atendimentos realizados podem não ser suficientes, como pôde ser visualizado pelos depoimentos. Neste sentido, a consulta médica – com clínico geral, foi a principal e, muitas vezes, a única forma de atendimento disponível. Do total, apenas 4 sujeitos relataram atendimento com profissional nutricionista e nenhum conseguiu atendimento com outro profissional; não teve acesso a psicólogos/as. A partir daí, ocorreu uma verdadeira pulverização dos itinerários, oscilando entre os serviços públicos, privados e a própria rede social na qual as RS estavam inseridas.

Chamou a atenção, ainda, a ausência de relatos sobre o atendimento pelos ACS, que deveriam ser o principal elo de entrada do usuário na rede e, também, a ausência de relatos sobre os atendimentos pela ESF uma vez que muitas destas RS apresentavam limitação de mobilidade.

Na ocasião das entrevistas e grupo focal, nenhum dos/as participantes relatou estar em atendimento clínico e/ou multidisciplinar na AB, sendo a UBS apenas referência para retirar medicamentos de uso contínuo, sobretudo, para a hipertensão arterial e diabetes e, também, para aferição de pressão arterial e glicemia capilar.

É relevante mencionar, ainda, a ausência de relatos de atendimentos pelo CAE – Centro de Atenção Especializada. Por se tratar de um serviço em nível secundário, possui a equipe multiprofissional que deve (ou deveria) atender a população de forma integralizada. Atualmente há no CAE 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 3 psicólogos, 2 endocrinologistas e 2 psiquiatras, (CASCVEL, 2019), um número bastante limitado de profissionais considerando a demanda de atendimentos.

O CISOP, também um serviço em nível secundário – que, assim, como o CAE, deveria dar seguimento ao tratamento inicializado na Atenção Primária, especialmente aos municípios menores da área de abrangência da 10ª Regional de Saúde, foi referido por apenas 4 sujeitos. Foram realizados mais encaminhamentos aos serviços de alta complexidade (terciário) que, em teoria, deveriam ser a última estratégia de atendimento, demonstrando novamente, a falta de organização do fluxo e a centralidade hospitalocêntrica no cuidado do sujeito.

Essa realidade vivenciada pelos participantes da pesquisa mostrou, em larga medida, a negligência de gestores municipais, estaduais e federais com a saúde de sua população. Paim e Teixeira (2007), neste sentido, questionam as estratégias do governo sobre contingenciamento de recursos para a saúde enquanto a população é desassistida e morre pela falta ou precariedade do atendimento. Questionam, ainda, a complacência do poder judiciário diante de governantes que não cumprem a Constituição, sabotando os escassos recursos devidos para a saúde.

Em termos microrregionais, diversos autores (JUNQUEIRA *et al.*, 2010; PAIM e TEIXEIRA, 2007 e NOGUEIRA, 2006) ressaltam a necessária ação dos gestores municipais em estruturar adequadamente a Linha de Cuidado por meio de: organização dos fluxos assistenciais; a regionalização dos serviços; a forma de regulação para o acesso à atenção especializada bem como a contratação de recursos humanos, via concurso público, que compõem a equipe multidisciplinar e de apoio administrativo em número suficiente; promover educação continuada aos que já atuam na rede, de forma a englobar todos os determinantes sociais de saúde; disponibilizar infraestrutura, bem como mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos sujeitos para assegurar a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Os gestores, segundo os mesmos autores, são peças essenciais para garantir que as ações e os serviços de saúde sejam organizados para que funcionem de forma harmônica e integrada, superando a lógica hegemônica de fragmentação da organização de serviços de saúde dentro de programas isolados, avulsos e sem conexão com as necessidades da população local e as condições sociodemográficas da região (BRASIL, 2014e).

Segundo Sanvito e Rasslam (2012) o *sujeito* deve estar no centro do sistema e *não a doença*. Diz-se que o bom observador é aquele que ‘enxerga a floresta, a árvore e a folha’. A porta de entrada do sistema de saúde, portanto, não deve ser o hospital (a não ser para as emergências) e a UBS deve ser a referência

para todo o cuidado em saúde com incentivo à prática de um apoio comunitário, atuando enfaticamente, no vínculo das relações sociais e na prevenção de agravos.

Uma grande parcela dos participantes procuraram auxílio na rede privada, sendo o médico seguido do nutricionista os profissionais procurados. Durante esse acompanhamento foi possível verificar um vai-e-vem dos participantes entre o serviço privado e o público.

Outra situação recorrente nos depoimentos referiu-se ao ‘jeitinho brasileiro’ do profissional de saúde para ‘encaixar’ os participantes em determinados serviços disponíveis (público e, em alguns casos, privados) – parecendo, em grande parte dos casos, um favor que este (abençoado) profissional está prestando ao ‘paciente’, quando na verdade, pela falta da Linha de Cuidado, os profissionais, por vezes, desconhecem os fluxos e serviços existentes na rede evidenciando a falta de articulação entre eles.

Entre idas e vindas - por ação do sistema ou desespero próprio - os sujeitos em situação de obesidade deste estudo vão traçando seus itinerários terapêuticos confluindo às suas trajetórias de vida, na busca de auxílio, por vezes, infrutífera mas não menos esperançosa.

6.9.3 Hospital Universitário: o fim da *Via Crucis*

O HU e o seu programa voltado aos sujeitos em situação de obesidade grave foram considerados por todos os sujeitos como o fim do percurso da *Via Crucis*:

“Daí a 10ª Regional me chamou para vir participar no HU. E esse atendimento para nós é bom [...]. Agora a gente tem um cartãozinho e a gente sai daqui já sabendo que dia que vai voltar! E isso ficou bom para todo mundo!”. (G10).

“Aqui, se a gente emagreceu ou não emagreceu, o tratamento é o mesmo, não tem diferença entre uma pessoa que emagreceu e outra que não conseguiu. [...] Depois que eu fui encaminhado para cá, eu comecei a fazer

os acompanhamentos e aí eu voltei à vida de novo (risos), deram a vida para mim de volta, né? Porque se não fossem vocês eu não teria... porque eu emagreci, mas não foi sozinho, foi com vocês, tudo junto, né! Porque se fosse uma pessoa sozinha, ela não conseguiria, jamais! Que nem hoje, hoje nós levamos um puxão de orelha bom (gargalhadas) (referindo-se a fala da psicóloga durante a reunião do ambulatório)... eu acho que vai valer a pena, vamos conseguir bater as metas (a psicóloga aconselhou a não estabelecer como metas algo inalcançável, somente o que é possível, a gente deve pensar em nossas vidas e colocar como meta apenas o que realmente conseguiremos atingir)!". (E3).

"Agora eu estou bem feliz porque eu melhorei bastante; aqui eu aprendi a comer, tudo, comida, bebida, exercícios, eu aprendi bastante". (E9).

"Eu acho aqui muito importante [...] todo mundo tem seus problemas e a gente se ajuda, a gente é uma família, e aqui todo mundo fala a mesma língua. [...] depois que nós começamos a fazer esse tratamento no HU, [...] a gente vê as coisas de outra maneira". (G10).

Embora o SOCB-HUOP/UNIOESTE seja um exemplo típico do modelo biomédico (com sua estrutura terapêutica clássica: identificação-diagnóstico-tratamento que culmina na cirurgia bariátrica⁹⁶), possui alguns diferenciais que, pelo relato dos sujeitos fizeram a diferença, sobretudo no tocante ao inter-relacionamento dos sujeitos.

Por meio da modalidade de atendimento em grupo moderado por equipe interdisciplinar em encontros mensais, o serviço procura desenvolver e utilizar técnicas específicas do trabalho em grupo, como rodas de conversa, dinâmicas em subgrupos e debates que é influenciado, reciprocamente, por meio da interação entre os participantes e a própria equipe. Além disso, a abordagem do cuidado reforça o diálogo da troca de experiências e de saberes entre os sujeitos, lidando com a variabilidade e a imprevisibilidade que permeia suas vidas. A cada reunião, portanto, criam-se estratégias e remodelam os saberes sofisticados e necessários ao cuidado da condição de obesidade e comorbidades. (FELICETTI LORDANI *et al.*, 2019).

Nesta corrente, busca-se o envolvimento ativo dos participantes em todo o processo, seja pela reflexão, práticas de exercícios, compartilhamento de

⁹⁶ Alguns sujeitos não realizam a cirurgia por contra-indicação (o que também revela um erro do sistema, pois, deveriam ser encaminhados para este serviço apenas os sujeitos com indicação para o procedimento). Assim, os sujeitos 'não-operáveis', ao final do programa de 24 meses ofertado pelo SOCB-HUOP/UNIOESTE, devem retornar à Atenção Primária para seguimento do tratamento, reiniciando (talvez) a *Via Crucis*.

experiências ou inquietações. Para isso, a equipe interdisciplinar procura atuar por meio de relações horizontais que implicam em igualdade de condições entre todos os participantes. Para conseguir tais relações, a equipe de profissionais trabalha evitando a formalidade, possibilitando a criação de vínculo entre eles. Pelo empoderamento⁹⁷, os sujeitos são constantemente incentivados a atuarem como multiplicadores destas experiências (de hábitos alimentares e de atividade física) em seu meio social e familiar, sendo confirmados pelo relato e presença voluntária de amigos e familiares nas reuniões mensais ao longo do tratamento.

Em períodos estratégicos do ano, como, por exemplo, início de um grupo ou as festas de final de ano, os familiares são convidados a participar da reunião. Neste momento, procura-se estimular a família a, também, praticar hábitos alimentares e de vida saudáveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do seu meio familiar e social.

Assim, acredita-se que esta 'satisfação' visualizada nos depoimentos acima esteve relacionada às estratégias de educação em saúde que envolve, sobretudo, o sujeito (e não sua doença). Além disso, o fato de existir uma equipe multiprofissional e interdisciplinar integrada e atuante conseguiu, em alguma medida, abarcar grande parte dos 'problemas' trazidos pelos sujeitos na tentativa de auxiliá-los no seu enfrentamento e superação.

“Mas o que pesou foi encontrar a equipe que encontrei aqui; não é só o médico, o nutricionista, o psicólogo, é mais, são os amigos, mais amigos do que profissionais, excelentes profissionais, que fazem a gente se sentir bem”. (G7).

“[...] porque eu tentei em outros lugares que não trata a gente com carinho igual vocês tratam, sabe? Eu acho aqui muito importante [...] todo mundo tem seus problemas e a gente se ajuda, a gente é uma família, e aqui todo mundo fala a mesma língua. [...] depois que nós começamos a fazer esse tratamento no Hospital Universitário, [...] a gente vê as coisas de outra maneira”. (E5).

⁹⁷ Apesar do termo ser utilizado em diversas áreas do conhecimento por possuir uma diversidade de sentidos atribuídos que indicam seu caráter polissêmico e complexo, na área da biomedicina, o empoderamento pode ser caracterizado como um processo educativo destinado a auxiliar os sujeitos a desenvolver habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. (FESTE e ANDERSON, 1995).

“Estes dias atrás, eu não ia vim, sabe, mas ia justificar, eu não estava bem, muita dor no joelho, mas aí eu acordei bem cedinho e pensei: eu preciso ver minhas amigas, eu fiquei de dar pra Dona XX⁹⁸, uma mudinha de hortelã”. (G11).

Embora Foucault comente que a interdisciplinaridade, por melhor que seja sua intenção em captar supostas alteridades, ainda assim é um arranjo de estudiosos, ao explicitarem a forma como recortam os ‘campos discursivos’, ou, em suas palavras, em “campos disciplinares” (FOUCAULT, 2004a, p. 37), a diferença que se observa do modelo tradicional é a centralidade da análise no indivíduo enquanto sujeito singular na busca por cuidados de saúde, mas que também se encontra inserido num sistema simbólico que, ao mesmo tempo em que limita, potencializa suas escolhas.

Apesar disso, percebeu-se que, grande parte dos/as entrevistados/as demonstraram alegria e prazer ao referirem-se ao serviço do HU, demonstrando, segundo Pessini (2002) que o processo de humanização do cuidado fortalece o vínculo não apenas do sujeito-equipe, como também e, principalmente, entre sujeito-sujeito, por se identificarem, sob vários aspectos, seja por suas histórias de vida, seus anseios, suas preocupações o que tende a facilitar a tradução de suas insatisfações em linguagem pública.

Estando em grupo, o ambiente pode ser contagiado pelo conforto mútuo e de inclusão em que não há distinção entre sua aparência física, quer seja pela corpulência, pela vestimenta ou calçado, tão frequente em seu meio social, conforme os depoimentos verificados ao longo deste trabalho e, mesmo, pela literatura. Assim, segundo Maffesoli (1998), as trocas entre os sujeitos tornam-se, em boa medida, repletas de afetividades, que podem contribuir de maneira importante para a permanência do grupo. Desta maneira, a coletividade torna-se um estado afetivo social e é por meio das afinidades sentimentais entre os sujeitos que se garante a organização - e coesão social. (DURKHEIM e MAUSS, 2000).

O afeto social, portanto, condiciona múltiplas atitudes que compõem a sociabilidade. A proteção contra o individualismo e a competição, a proteção contra o estigma da gordura e contra os padrões hegemônicos de beleza são efeitos

⁹⁸ Por questões éticas, o nome da participante relatado pelo/a entrevistado/a foi retirado propositalmente pela autora do trabalho sendo substituído pelas letras XX.

resultantes da afetividade que se estabelece entre as pessoas. O partilhar dos objetivos e o desejo de estar junto, segundo Maffesoli (1998), Durkheim e Mauss (2000) garante essa proteção.

Pessini (2002), no entanto, complementa que o vínculo com os profissionais só é possível a partir da sua presença solidária, refletida na compreensão e no olhar sensível que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

Em síntese, conforme Felicetti Lordani e colaboradores (2019), para que o serviço de obesidade do HU conseguisse tais objetivos, foi necessário afastar-se das receitas e modelos prontos, de modo a aguçar o 'olhar' e, com isso, (re)inventar os próprios modos de promover saúde, em permanente elaboração, valorizando as experiências vivenciadas pelos sujeitos para promover a mudança.

Este modelo de cuidado em saúde centrado no sujeito proposto pelo SOCB-HUOP/UNIOESTE resultou em uma redução dos procedimentos cirúrgicos no público atendido por ele, ou seja, dos 20 participantes desta pesquisa, somente, quatro (04) sujeitos realizaram a cirurgia bariátrica devido a presença de diabetes mellitus de difícil controle. Os demais, devido a acentuada redução do peso e melhoria da qualidade de vida, optaram em não fazê-la.

Conforme os resultados, é muito importante mencionar que perceber o sujeito de forma diferenciada da preconizada no modelo convencional permite ao profissional de saúde o desempenho de uma assistência com abordagem mais integralizada. Dessa maneira, sua ação deixa de limitar-se à cura de doenças ou ao tratamento de sintomatologias e passa a contribuir para um melhor desempenho nas questões referentes ao sujeito no processo saúde-doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida do sujeito.

Assim, analisando objetivamente a rede de atenção do sujeito em situação de obesidade considerada grave no município de Cascavel - lócus deste trabalho, foi possível infletir que o SOCB-HUOP/UNIOESTE iniciou, embora muito timidamente e, de algum modo e medida, atenuar a contribuição estigmatizante que o discurso médico-científico incide sobre a vida destes sujeitos.

Contudo, certamente, é necessário fazer muito mais, somente um primeiro passo foi dado. Todavia, transcender esse paradigma estigmatizante atual será um caminho longo, ainda. Como já exposto, o modelo médico-científico aliado à indústria cultural da magreza e às diversas formas de mídia se complementam e

atingem, em larga medida, a vida cotidiana exercendo um papel fundamental na crítica e/ou na reprodução dos fenômenos macrosociológicos ligados à dicotomia obesidade e magreza e, agrupam, sobremaneira, grande parte da responsabilidade microsociológica em relação às consequências iatrogênicas no sujeito em situação de obesidade.

Contudo, superar esta epistemologia não é tarefa simples (e nem é, tampouco, papel deste trabalho), no entanto, pelo caráter emergencial, é um convite para reflexão. Assim, apoiando-se na perspectiva de Sousa Santos (2008) esta reflexão epistemológica deve ser iniciada pelo o que acredita ser, de acordo com os resultados deste trabalho, o cerne da questão: o paradigma médico-científico. “Há tempos que a crise desse modelo de se fazer ciência vem sendo anunciada”⁹⁹ (SOUSA SANTOS, 2008, p. 20).

A exemplo de outros cientistas-filósofos como Ilya Prigogine, Fritjof Capra, Daniel Bell, Habermas entre outros, Sousa Santos em argumentação teórica, demonstra que a crise do paradigma – por ele denominado “dominante” (SOUSA SANTOS, 2008, p. 20) - ocorre pelo resultado de uma pluralidade de condições, que o sociólogo distingue em teóricas e sociais.

Ou seja, para Sousa Santos (2008), as condições teóricas são baseadas em: 1 - O aprofundamento do conhecimento científico permitiu ver seus próprios limites e insuficiência revelando a fragilidade dos pilares em que ele se funda; 2 - Não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, sem o alterar. Só é possível aspirar resultados aproximados¹⁰⁰; 3 - O rigor matemático carece de fundamento. Este rigor assenta-se em um critério de seletividade e que, como tal, tem um lado construtivo e um lado destrutivo¹⁰¹ e; 4 - Vocação transdisciplinar das

⁹⁹ Na visão de Boaventura de Sousa Santos, a crise do modelo científico vem sendo anunciada, porém, não por quem a determina, afinal segundo Hegel e Heidegger ([2019?] apud SOUSA SANTOS, 2008, p. 59), “a coerência global das nossas verdades físicas e metafísicas só se conhece retrospectivamente”.

¹⁰⁰ Baseando-se no princípio da incerteza de Heisenberg (1971 apud SOUSA SANTOS, 2008, p. 44): “não se podem reduzir simultaneamente os erros da medição da velocidade e da posição das partículas; o que for feito para reduzir o erro de uma das medições aumenta o erro da outra”.

¹⁰¹ Baseando-se em Gödel (1967 apud SOUSA SANTOS, 2008, p. 45) e seu teorema da incompletude (ou do não completamente) e os teoremas sobre a impossibilidade, em certas circunstâncias, de encontrar dentro de um dado sistema formal a prova da sua consistência, mesmo seguindo à risca as regras da lógica matemática, é possível formular proposições indecidíveis, proposições que se não podem demonstrar nem refutar. Assim, o rigor científico, fundado no rigor matemático, que quantifica e que, ao quantificar, desqualifica, um rigor que, ao objetivar os fenômeno, o degrada e, ao caracterizar os fenômenos, os caricaturiza. É, em suma e finalmente, uma forma de rigor que, ao afirmar a personalidade do cientista, destrói a personalidade da natureza.

ciências. Há um movimento convergente que atravessa as várias ciências da natureza e até as ciências sociais por meio da nova concepção da matéria e da natureza. Nas palavras de Sousa Santos (2008, p. 48):

Em vez da eternidade, a história; em vez do determinismo, a imprevisibilidade; em vez do mecanicismo, a interpenetração, a espontaneidade e a auto-organização; em vez da reversibilidade, a irreversibilidade e a evolução; em vez da ordem, a desordem; em vez da necessidade, a criatividade e o acidente.

Já as condições sociais – que despencam como em ‘reação cascata’ - referem-se a industrialização da ciência que acarretou o compromisso desta com os centros de poder econômico, social e político, os quais passaram a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas levando - enquanto segunda condição social -; a estratificação dos cientistas que cria uma hierarquia desigual que gera a terceira condição: o aprofundamento da lacuna entre países centrais e periféricos em termos de desenvolvimento tecnológico e científico (SOUSA SANTOS, 2008).

Portanto, como forma de explicitar esta superação epistemológica, Sousa Santos (2008, p. 59) propõe o “paradigma emergente” baseado em quatro teses, a saber:

1. Todo conhecimento científico-natural é também científico-social. Assim, essa separação dicotômica entre esses conjuntos de ciências deixa de fazer sentido. Neste modelo, empreender a união comunicativa entre essas ciências faz com que elas se aproximem das humanidades. Nas palavras do autor:

A superação da dicotomia ciências naturais/ciências sociais tende assim a revalorizar os estudos humanísticos. Mas esta revalorização não ocorrerá sem que as humanidades sejam, elas também profundamente transformadas (...). Há que recuperar esse núcleo genuíno e pô-lo ao serviço de uma reflexão global sobre o mundo (...). A concepção humanística das ciências sociais enquanto agente catalisador da progressiva fusão das ciências naturais e ciências sociais coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo no centro conhecimento. (SOUSA SANTOS, 2008, p. 70-72).

2. Todo conhecimento é local e total ao mesmo tempo. Parte da ideia de que a vontade de verdade das ciências deve enxergar um horizonte de totalidade universal. Não há, para tanto, uma hiperespecialização das disciplinas, já que

a única fragmentação que existe é temática, e não disciplinar. Essa tese coloca em voga a vocação transdisciplinar que precisa existir para se alcançar realmente uma verdade universalmente válida. O conhecimento pós-moderno, sendo total, não é determinístico e, sendo local, não é descritivista. Ao contrário: é um conhecimento sobre as condições de possibilidade da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local.

3. Todo conhecimento é também autoconhecimento sobre si e sobre a vida. A separação positivista entre sujeito e objeto deixa de fazer sentido. É preciso um conhecimento mais compreensivo e íntimo que não faça essa separação, mas ao contrário, que realize a união entre pesquisador e seu "sujeito" de estudo.
4. Todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum. Cada vez mais a ciência moderna pensa estar produzindo conhecimentos, mas acaba contribuindo com desconhecimentos, principalmente sobre as relações da organização da vida das pessoas. O cientista é cada vez mais especializado, fazendo com que a pessoa comum seja um ignorante reproduzidor das práticas do senso comum. Ao invés disso, o paradigma emergente amplia o diálogo entre estas ciências pois:

O senso comum faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e da responsabilidade individuais. O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e securizante. O senso comum é transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetivos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência linguística. O senso comum é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas. O senso comum é indisciplinar e imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder quotidiano da vida. O senso comum aceita o que existe tal como existe; privilegia a ação que não produza rupturas significativas no real. Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade. (SOUSA SANTOS, 2008, p. 89-90).

De forma sintetizada, portanto, a superação do discurso médico-científico pode se dar a partir de uma mudança de paradigma, o qual deve ser centrado na pessoa, com vocação transdisciplinar, sempre almejando que esse conhecimento produzido vá se converter em uma vida mais decente, que retorne para

o senso comum – primariamente, uma virtude emancipatória, sendo o *sujeito* principal de pesquisa. Só assim será uma ciência clara que cumpre a sentença do filósofo Ludwig Wittgenstein (1973 apud SOUSA SANTOS, 2008, p. 91): "tudo o que se deixa dizer deixa-se dizer claramente".

Somente assim será possível transformar as práticas de saúde vigentes através das mudanças epistemológicas no processo de construção dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Desta forma, apenas com profissionais e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar os princípios da universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas em saúde que conferem legitimidade ao SUS. Requer, assim, novas atitudes dos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de identidades e não de sujeição a normas (CANGUILHAN, 2009).

Corroborando com estas reflexões sobre a necessidade de reformulação do sistema biomédico, Campos (2002, não paginado) complementa:

O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Situação e estrutura. O saber seguro e preso às estruturas; ou a imprevisibilidade caótica das situações sempre distintas.

Para sua efetivação, o autor sugere, seguindo as reflexões de Sousa Santos, enquanto primeiro passo para 'realizar este percurso com segurança', o reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes diante de qualquer caso concreto.

Boaventura de Sousa Santos (2007, p. 85), neste sentido, complementa que é necessário confrontar a "monocultura da ciência moderna com uma *ecologia de saberes*", ou seja, reconhecendo a pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e "em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia", pois:

Existem em todo o mundo não só diversas formas de conhecimento da matéria, da sociedade, da vida e do espírito, mas também muitos e diversos conceitos e critérios sobre o que conta como conhecimento. (SOUSA SANTOS, 2007, p. 86).

Com este modelo, de pluralidade e heterogeneidade do conhecimento, tornar-se-á menos difícil superar a lógica da colonialidade do poder capitalista moderno e liberal, procurando novas articulações entre o princípio da igualdade e da diferença possibilitando uma ecologia de diferenças feita de reconhecimentos recíprocos e, desta forma, desglobalizada, a fim de identificar o que nele não foi integrado na globalização hegemônica. (SOUSA SANTOS, 2002). Isto permitiria que o corpo deixasse de ser o local privilegiado de realização do poder (FOUCAULT, 2000) - manipulável que se expressa também nos padrões estéticos de uma época - para um corpo ecológico, capacitado a transformar-se em elemento constitutivo das mudanças e relações sociais.

Desta maneira, pode-se, de algum modo e medida, legitimar a coexistência de outras totalidades e a emancipação das partes através da afirmação da heterogeneidade e autonomia corpórea. Nesta corrente, a indústria publicitária também se reinventará, a lógica de dissimulação perde-se-á o sentido: pela inclusão, sem pressão, de forma linear e progressiva, exibirão em seus espetáculos a plenitude da vida, qual forma ela tiver. Lipovetsky (2007, p. 313) corrobora com esses achados renomeando esta 'nova' forma de mídia com a expressão de "a inveja neutralizada", ou seja, nas palavras do filósofo:

[...] a publicidade não se empenha de modo algum em estimular a cobiça, [...] tudo que é agressivo é eliminado em favor do 'frescor de viver' e das volúpias a serem colhidas sem a preocupação com outrem. Aqui, 'todo mundo é bonito, todo mundo é amável': a publicidade não funciona como uma alavanca dos sentimentos melévolos, mas como instrumento de legitimação e de exacerbação das subjetividades. Não nos focaliza no outro, mas em nós mesmos. Ninguém é ameaçado, ninguém é magoado, todo mundo tem direito de aspirar à felicidade por intermédio dos bens mercantis". (LIPOVETSKY, 2007, p. 313).

Assim, por meio das superações epistemológicas do paradigma científico e do capitalismo liberal vigente, acredita-se que será possível transformar,

drasticamente, o rumo das trajetórias de vida e dos itinerários terapêuticos de gerações de sujeitos ao longo dos anos. Por ora, a realidade é outra: a Figura 12 apresenta os sentimentos e pensamentos das RS aqui analisadas sobre suas trajetórias de vida e IT no SUS inseridas na lógica societária atual e, portanto, distantes do paradigma emergente proposto por Sousa Santos.

Figura 12 - Nuvem de Palavras das Representações Sociais dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes do estudo, ao longo de suas trajetórias de vida e itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde. Cascavel, PR, 2017.



Fonte: elaborado pela autora.

Por meio das expressões mais destacadas, confirmou-se quão estigmatizante foi a condição de obesidade na vida de quem a possui (ou pensa que possui) capaz de influenciar a dinâmica da vida e da trama social. A pressão sofrida e a negatividade expressada nos adjetivos realçados demonstraram claramente o processo de preconceito, sofrimento e exclusão vivenciados, diariamente e, como visto no decorrer do trabalho, ao longo de suas trajetórias vividas.

Assim, como exposto, acreditar-se-á que somente por meio de um novo paradigma de vida (que inclui, necessariamente, o saber científico e seus desdobramentos) pode ser que estes sentimentos e pensamentos sobre o corpo poderão ser superados. Através do reconhecimento e emancipação do pluralismo das experiências, substituindo a lógica da monocultura do saber científico por uma ecologia de saberes é que sujeitos em situação de obesidade poderão transcender estas expressões por aspectos subjetivos libertos de opressão e estigma, viver a(s) identidade(s) como queiram viver, desfrutar das relações sociais de forma plena, com o corpo que quiser ter, decisão que não será tomada pela imposição da sociedade, mas sim da própria consciência de si e de seu corpo enquanto *sujeito de si*.

7 CONCLUSÕES

Entender o modo pelo qual a sociedade compreende e se relaciona com o corpo é uma questão fundamental na medida em que ele é concebido como uma potencialidade elaborada pela cultura e desenvolvida pelas relações sociais. É por meio da mediação da corporeidade que são tecidas as tramas da vida cotidiana. Em síntese, o corpo é um vetor semântico pelo qual a relação com o mundo é construída. Deste modo, conceituações sobre ele também se constroem e se alteram na medida que as sociedades evoluem.

É inegável o papel do discurso médico-científico sobre a corporeidade, pois, a partir da evolução do conhecimento científico - que se utiliza, em grande medida, da dicotomia anormalidade/(doença) *versus* normalidade/(saúde), enquanto objeto empírico, é possível conceituar inúmeros males que afligem o corpo e, conseqüentemente, traçar o tratamento para praticamente todos eles. A obesidade é emblemática neste sentido. Através das 'leis universais', como o IMC, diagnostica-se sujeitos enquanto normais/magros e anormais/obesos atrelando a estes grupos denominações de saudável e doente, respectivamente. Com isso, a medicalização da vida se aprimora diariamente em velocidade similar ao aumento do controle e vigilância sobre o corpo.

Nesse sentido, contemporaneamente, vive-se um momento, em grande medida, individualista, ou mesmo, narcísico, em que as preocupações com a aparência física e a saúde (em muitos casos, nesta ordem de importância) tornam-se centrais na vida de sujeitos que esquecem que há muito mais a ser vivenciado que isso.

Nessa corrente, a lógica atual do culto ao corpo magro, sarado e saudável aprimorado pelo discurso médico-científico que profere suas 'verdades explicativas', é impulsionado, sobremaneira, pelo capitalismo liberal e mídia que legitimam, naturalizam e pulverizam estas 'verdades' para a massa societária (sendo, portanto, considerados nessa tese como discursos hegemônicos). Esta tríade, portanto, contribui, sistematicamente, para a estigmatização de sujeitos que não enquadram-se no tipo ideal de beleza corporal preconizados por estes discursos, aprofundando a dicotomia magreza (inclusão)/obesidade (exclusão).

Deste modo, a sociedade contemporânea mais atenta às causas humanitárias, preocupada com consumo racional, selos verdes e materiais biodegradáveis estão, simultaneamente, aumentando suas despesas destinadas a atrair o olhar do outro por meio da intensa recusa pela gordura e banalização dos procedimentos estéticos, ou seja, adeptos à naturalização da medicalização da vida.

Assim, nesta medicalização de tudo, a sociedade, em boa medida, encara o corpo enquanto um artefato modulável, substituível. Instigada cotidianamente por estes discursos hegemônicos, que internalizam nas pessoas a necessidade dessa troca. Nessa atmosfera, o corpo deve ser belo, magro e saudável. Porém, nesta escala de evolução societária, ‘só’ isso já não basta para os “consumidores profissionais” (LIPOVETSKY, 2007, p. 126): deve-se prevenir, desviar o curso de doenças, prever o futuro, mudar comportamentos em relação às condutas de risco, dar provas de boa ‘observância’: um redobrado controle e vigilância sobre o corpo por meio das tecnologias, sobretudo médicas.

Supervalorizando a magreza, transforma automaticamente a gordura em um símbolo de falência moral e o obeso, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar uma marca moral indesejável. Ou seja, um estigma, na medida em que as pessoas atribuem juízos de valor pejorativos a essa condição, causando-lhe prejuízos inimagináveis, sobretudo pela deteriorização de sua identidade social.

Estas premissas foram discutidas ao longo desse trabalho e a análise da percepção das representações sociais dos sujeitos em situação de obesidade diante destas discursividades e olhares permitiu materializar e dimensionar o tamanho do caos existente (porém, naturalizado, para grande parte do planeta) o que permitiu uma profunda reflexão à luz das ciências sociais.

Desta forma, ouvir o relato dos sujeitos pelas entrevistas e grupo focal foi uma maneira de dar voz e sentir essas pessoas, uma maneira de refletir sobre ação discriminatória e estigmatizante do olhar da sociedade diante da obesidade. Pois, conforme Felipe (2003), através da comunicação é possível romper uma situação dada, que pode ser transformada no momento em que é discutida, socializada, polemizada e politizada.

Os depoimentos dos sujeitos demonstraram que, a todo momento da vida cotidiana, são pressionados por inúmeras mensagens e ações, diretas e

indiretas, de internalização da magreza enquanto o padrão cultural de corpo de modo a sentirem-se inapropriadas, marginalizadas e, mesmo, excluídas do mundo social.

Além disso, este sistema de valores proposto pela indústria cultural da magreza no imaginário social da sociedade esbarra, ininterruptamente, na realidade desses sujeitos de modo a criar uma situação de conflito interno entre o que se imagina ser, o que se vê no espelho e através dos outros. Suas identidades e subjetividades estão permanentemente sendo degradadas.

O conceito chave dos sentimentos presentes nesses sujeitos foi a dor - clamada ou sussurrada. A dor não apenas física, limitante e incapacitante, mas, sobretudo, emocional e abalável, que induz o sujeito, mesmo estando assintomático, a adentrar em uma posição de inferioridade. Por vezes, intitulou-se como tal, justamente porque os discursos hegemônicos influenciaram, em larga medida, essas práticas socioculturais que foram internalizadas pelos sujeitos, no jogo de sua relação com o mundo.

A culpabilização por estarem nesta situação foi, na maioria dos casos, única e exclusivamente deles/as próprios/as. A replicação dos discursos hegemônicos pelos/as participantes para caracterizar sua atual 'condição' foi atrelada ao comer em excesso, o evento traumático, a gravidez e, mesmo a hereditariedade, anulando qualquer perspectiva de que a obesidade é multifatorial e que envolve questões biológicas, ambientais, culturais, sociais e econômicas. Isso não quer dizer que se possa *substituir* uma explicação biológica pela social (ou *vice-versa*), ao contrário. Existe uma imbricação entre os fenômenos biológicos e sociais, tornando-se necessário pensar em termos de causas e efeitos biopsicossociais para explicar as condições de saúde, intervindo de maneira a promover a saúde em todas as esferas da vida, pensando em saúde mental como saúde social, que inclui respeito à pluralidade e à diferença.

Apesar disso, o processo de vivência do ganho de peso, em grande parte dos sujeitos entrevistados não prejudicou ou anulou, até então, seus modos de vivenciar o mundo; para eles, até então, não se tratava de algo prejudicial a sua saúde. Porém, ao serem informadas pelo olhar do outro que se tratava de uma anormalidade, passaram a sentir-se como tal.

Neste sentido, ao receberem o *status* de doente, mesmo que por vezes, não sentiam-se, fez-se necessário buscar tratamentos "efetivos" para esta

patologia, pelas mais diversas formas de controle, para atingir o modelo de normalidade que seria a consonância entre saúde e beleza.

Assim, a então obesidade – conceituada pelo discurso biomédico enquanto doença e causadora de outras doenças - precisa ser eminentemente combatida. O diagnóstico e o prognóstico médico são os elementos essenciais a partir dos quais a pessoa em situação de obesidade tenderá ajustar-se à ruptura que, tantas vezes, a doença provoca. A realidade biológica fica, assim, socialmente modelada pelos cuidados de que é objeto.

Enfatiza-se, assim, o poder do discurso médico de "criar" doenças e doentes, já que, quando uma pessoa é diagnosticada como doente se torna, em boa medida, estigmatizada para a sociedade. Ao declarar que a obesidade é uma doença e que há uma epidemia, o discurso médico está contribuindo para criar a realidade social desta condição, o que culmina em consequências diretas para a vida cotidiana do sujeito que a vive, ao passo de que, fugindo à "normalidade" o sujeito necessitará ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente.

Com auxílio imediato da indústria da magreza - que utiliza a mídia como principal meio de divulgação - , é possível adquirir tudo e toda forma de tratamento anti-obesidade, de produtos a serviços, com o intuito de transformar e readequar o corpo aos padrões considerados normais.

Nesse contexto empírico, é fato que as pessoas em situação de obesidade internalizaram, de certa forma, o discurso médico-científico sobre sua situação, embora não tenham total certeza se a obesidade é, de fato, uma doença, percebe-se, no entanto, que há um descontentamento discursivo fortemente influenciado pelo conhecimento engendrado deste discurso e reproduzido socialmente.

Assim, foi possível delinear a ideia de convergência entre saber e poder do discurso biomédico garantindo a legitimidade discursiva em relação à situação de obesidade. Aceita 'cientificamente' e disseminada globalmente pela mídia e o capitalismo liberal.

O processo de regulação ininterrupta e 'naturalizada' transcendeu a vida dos sujeitos em situação de obesidade. Houve nestes discursos uma tentativa de (re)formulação teórica sobre as normas biológicas, desconsiderando-se as diferenças estéticas como diferenças socioculturais.

A força desta naturalização, refletiu, ainda, na forma como esses sujeitos se reconhecem. A imagem corporal, para eles, é a que se destaca frente às demais características – e isso refletiu, em boa medida, em sua própria unidade geral: um pseudo mundo à parte, objeto de frustração; pois quando o sujeito percebe que pertence a uma categoria socialmente desvalorizada, pode antecipar a desvalorização e a discriminação, sem que elas ocorram efetivamente, realçando o sentimento de vergonha e levando o indivíduo a rever suas conceituações a respeito de si mesmo. Criou-se, assim, um círculo vicioso, em que a internalização do estigma conduziu à diminuição da autoestima e, por vezes, a auto rejeição, prejudicando as relações sociais e, conseqüentemente, reforçando seu isolamento social.

Desta forma foram se constituindo as RS dos sujeitos em situação de obesidade participantes deste trabalho. Conforme seus depoimentos, o estigma, por vezes, contaminou o olhar dos outros e, até mesmo, de alguns familiares, amigos e profissionais da área da saúde procurados. As conseqüências foram muitas, pois, além de afetar a vida do sujeito de forma a causar obstáculos não apenas na vida afetiva através da fragilização dos vínculos sociais, gerou, ainda, sobremaneira, angústia e frustração.

Quando um sujeito deixa de sair de casa para não ser percebido socialmente em função de sua aparência física, não é aceito em uma vaga de emprego pela sua estética, por não poder usar as roupas que gostaria ou ir a lugares que gostaria, pois não “cabe” – revela claramente que a sociedade, além de obesofóbica, nega a todo custo sua circulação pública e aí denota a real crueldade do estigma. É muito grave pensar em uma pessoa que deixa, de algum modo e medida, de ter amigos, rompe com familiares, deixa de estabelecer relações sociais e não se identifica, enquanto sujeito, em função de sua corpulência.

Infere-se que o impacto negativo que o excesso de gordura causou na vida destes sujeitos não tem sua maior origem no corpo enquanto matéria física, mas, os ‘problemas da obesidade’ estiveram relacionados ao estigma atrelado a esse corpo que foge aos padrões pré-determinados.

As dietas, os exercícios, produtos emagrecedores, drogas e cirurgias e muito outras soluções (universais e falíveis) para os males do corpo (e a infinidade de outras supostas ‘soluções’ afinal, o arsenal inventado, reiventado e lançado no mercado diariamente pode ser considerado infinito) estão aí, disponíveis para todos, segundo os discursos. A mídia oferece diariamente produtos que solucionarão os

problemas do corpo (e da alma), como se fossem ‘pílulas da felicidade’, afinal, o garoto/a-propaganda (magro/a, belo/a e feliz) comprova isso.

Mas, apesar de ‘tudo isso’, o ganho de peso e os centímetros a mais de cintura revelam pouco esforço individual dos ‘obesos’. Mesmo diante de um ambiente obesogênico – onde a indústria da magreza e a indústria da obesidade são aliadas, a obesidade é, definitivamente, um problema individual. Estes argumentos demonstram a forte interligação dos discursos hegemônicos e a violência com que agem sobre a vida destes sujeitos.

Informados pelo discurso médico de que a obesidade é uma doença, tira-se a autonomia plena dos sujeitos a possibilidade de decidirem sobre a sua vida, saúde, sua doença e o papel de se perceberem como doentes.

Buscam ajuda por todos os lados: UBS – setor privado – redes sociais – entidades filantrópicas, no entanto, não obtêm êxito na maior parte de suas jornadas. Com base em seus depoimentos, foi possível verificar que os serviços de saúde públicos do município de Cascavel são falhos. A Linha de Cuidado proposta pelo governo federal em lei – fundamental para facilitar o acesso integral do sujeito às unidades e serviços multiprofissionais dos quais necessita -, não está implantada, demonstrando negligência dos gestores municipais e estaduais. Pela falta da Linha de Cuidado, manteve-se evidente a onipresença médica nos atendimentos mantendo-se fiel ao padrão tradicional da centralidade médica no cuidado; acesso a poucos nutricionistas e nenhum acesso aos demais profissionais que compõem a ‘fundamental’ equipe multiprofissional (garantidora da integralidade do cuidado) foram relatados. ACS e a ESF nem foram citados pelos sujeitos. Entre alguns atendimentos médicos foi mencionado o despreparo do profissional ao não informar como tratar a então, doença obesidade; a indiferença pelas suas histórias de vida ou mesmo, pela própria obesidade. O sofrimento, uma das principais razões dos sujeitos buscarem auxílio, foi marginalizado, demonstrando como a racionalidade médica estabelece o padrão de corpo universal, desvinculado da inserção dos corpos nos contextos sociais. Neste contexto, por vezes, nem a obesidade foi mencionada por alguns profissionais, devido a sua especialização (reforçando a fragmentação do cuidado) ou porque os sujeitos apresentavam outras ‘doenças’ julgadas mais importantes.

Conforme os depoimentos, no caso em que os profissionais perceberam a obesidade, os atendimentos, em alguns casos, vieram acompanhados

por preconceito ratificando a rotulação como desviante e contribuindo, sobremaneira, para a depreciação dos sujeitos.

Entre as condutas dos profissionais deste estudo, predominou o uso de medicamentos, seguido pelas dietas para emagrecer, embora sem detalhá-las. Esta conduta pode demonstrar desconhecimento; uma forma de inferiorizar o método por não ser uma prática especificamente médica ou; ainda, por preconceito em não acreditar que o 'paciente' fosse seguir. O pluralismo terapêutico foi a prática mais comumente encontrada entre os depoimentos deste trabalho, muitos dos quais nocivos, rigorosos e restritivos.

Os demais itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos foram muitos: entre idas e vindas, do público ao privado (e *vice-versa*), a vida foi passando (em anos e, para alguns/algumas décadas) até conseguirem o encaminhamento para o atendimento na rede terciária, para a realização da então cirurgia bariátrica, onde por fim, conseguiram o tão almejado tratamento para a obesidade. Pelo mutilamento físico (supostamente) conseguirão o desejado corpo – (mesmo correndo o risco de, no futuro, poder voltar a ganhar peso, afinal o ambiente obesogênico se mantém, assim como os fenômenos biológicos e sociais que permeiam suas vidas continuarão imbricados neste corpo e em seu ambiente).

Diante do exposto, acredita-se que o discurso médico-científico seja também responsável por esta situação. Assim, acredita-se que a reflexão deve ser iniciada por ele. Torna-se necessário refletir sobre a forma de dominação dos saberes, a forma de fazer e disseminar a ciência atual que embala, em larga medida, os demais discursos hegemônicos aqui analisados. Amenizar a contribuição estigmatizante que ela acarreta na vida dos sujeitos em situação de obesidade é o ponto inicial para a reflexão e, quiçá, por meio do debate democrático, sua superação.

O saber é expressivo: procura representar mundos subjetivos, intersubjetivos e objetivos. É inclusivo, longe de ser um construto universal (afinal de qual universalidade estamos falando diante de um planeta de diversidade cultural, linguística e étnica? Os sistemas de saber liga o conhecimento à pessoa e aos contextos públicos em que é produzido. A todo conhecimento corresponde uma relação entre pessoas e entre pessoas e seu ambiente, que é tanto social quanto natural.

Assim, compreender que o saber é, na verdade, uma junção de saberes, que vêm em função do reconhecimento e emancipação do pluralismo das

experiências - substituiria a lógica da monocultura do saber científico por uma ecologia de saberes que, segundo Sousa Santos (2002), parte do princípio em que não há totalidade em um único saber e esta incompletude de todos os saberes possibilita o diálogo e a superação de uma certa ignorância.

Diferentes formas de saber podem, portanto, viver lado a lado, não há melhor ou pior, há diferentes perspectivas que podem ser debatidas. Não é um processo de disputa, mas de aceitação de diferentes racionalidades desempenhando diferentes funções e respondendo a diferentes necessidades na vida de uma comunidade. Aceitar a existência de muitas totalidades nesta realidade, todas necessariamente parciais. Todos os conhecimentos e culturas são incompletas e podem se enriquecer com o diálogo com outras, no momento em que é reconhecida a impossibilidade da completude cultural.

Além disso, superar a lógica da colonialidade do poder capitalista moderno e ocidental, procurando novas articulações entre o princípio da igualdade e da diferença possibilitando uma ecologia de diferenças feita de reconhecimentos recíprocos desta forma, desglobalizada, a fim de identificar o que nele não foi integrado na globalização hegemônica. (SOUSA SANTOS, 2002). Isto permitiria que o corpo deixasse de ser o local privilegiado de realização do poder (FOUCAULT, 2000) - manipulável que se expressa também nos padrões estéticos de uma época - para um corpo ecológico, capacitado a transformar-se em elemento constitutivo das mudanças e relações sociais. Dessa maneira, pode-se, de algum modo, legitimar a coexistência de outras totalidades e a emancipação das partes através da afirmação da heterogeneidade, diversidade e autonomia corpórea.

8 REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, John. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. **Sociology**, [U.K.], v.44, n. 4, p. 603-622, aug. 2010. ISSN 1469-8684. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0038038510369368>. Acesso em: 29 set. 2018.
- ACEVEDO, Claudia R. *et al.* Ética da propaganda sob o olhar dos publicitários. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 8, n. 1, art. 4, jan/jun. 2009. ISSN 1676-5648. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482009000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2018.
- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. 1. ed. Bauru: EDUSC, 2001. ISBN 978-8574601007.
- ADAMS, Ted D. *et al.* All-Cause and Cause-Specific Mortality Associated with Bariatric Surgery: **A Review. Curr. Atheroscler. Rep.**, Philadelphia, v. 17, n. 12, dec., p. 74-86, 2015. ISSN 1534-6242. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055056/pdf/nihms802254.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2017.
- ADES, Lia; KERBAUY, Rachel R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicol. USP**, [São Paulo], v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002. ISSN 1678-5177. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=15578084115880659947&hl=pt-BR&as_sdt=0,5. Acesso em: 12 abr. 2019.
- ADORNO, Theodor; HORKHEIMER, Max. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985. ISBN 978-8571104143. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1563713/mod_resource/content/1/ADORNO.pdf. Acesso em: 04 mar. 2019.
- AGUIAR, Odílio A. A questão social em Hannah Arendt. **Trans/Form/Ação**. Marília, v. 27, n. 2, p. 7-20, 2004. ISSN 1980-539X.
- ALDRIGHI, Vera. Eficiência publicitária e pesquisa de comunicação. *In*: RIBEIRO, Júlio Cesar G. *et al.* (org.). **Tudo o que você queria saber sobre propaganda e ninguém nunca teve a paciência de explicar**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995. p. 54-71. ISBN 85-22405301.
- ALMEIDA, Ana Carolina N. *et al.* Corpo, estética e obesidade: reflexões baseadas no paradigma da indústria cultural. **Estudos**, Goiânia, v. 33, n. 9/10, p. 789-812, 2006. ISSN 193-781X.
- ALMEIDA, Célia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 659-676, 1997. ISSN 1678-4464.
- ALMEIDA, Rogério J. **Obesidade nos corpos das mulheres e os olhares sobre os discursos medicalizantes**. 2013. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa

de Pós Graduação em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília, DF: 2013. Disponível em:
http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14052/1/2013_RogérioJoseAlmeida.pdf.
 Acesso: em 30 set. 2018.

ALMEIDA, Rogério J. O corpo feminino na cultura sexista: a perspectiva de mulheres ainda obesas e de ex-obesas que se submeteram à cirurgia. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 310-336, 2016. Disponível em:
<http://www.seer.ufu.br/index.php/nequem/article/view/30262/pdf>.
 Acesso em: 11 jul. 2018.

ALVARENGA, Marle; SCAGLIUSI, Fernanda B.; PHILIPPI, Sonia T. **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri: Manole, 2011. ISBN 978-8520430637.

ALVES, Paulo C.B; RABELO, Mirian C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. *In*: RABELO, Mirian C.; ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 171-185. ISBN 978-8575412664. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=J2LRBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA171&dq=forma+pela+qual+os+indiv%C3%ADduos+situam-se+perante+ou+assumem+a+situa%C3%A7%C3%A3o+de+doen%C3%A7a,+conferindo+lhe+significados+e+desenvolvendo+modos+rotineiros+de+lidar+com+a+situa%C3%A7%C3%A3o%22&ots=SIDj438NWz&sig=uWcenVBHkWUN7ZBuS5zDWY4Aamw#v=onepage&q=forma%20pela%20qual%20os%20indiv%C3%ADduos%20situam-se%20perante%20ou%20assumem%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20doen%C3%A7a%2C%20conferindo+lhe%20significados%20e%20desenvolvendo%20modos%20rotineiros%20de%20lidar%20com%20a%20situa%C3%A7%C3%A3o%22&f=false>. Acesso em: 04 dez. 2018.

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. ISSN 1414-3283.

ALVES, Ricardo L. A democracia e a liberdade: os alicerces do moderno Estado Democrático de Direito. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 841, out. 2005. ISSN 1518-4862. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/7440/a-democracia-e-a-liberdade>. Acesso em: 21 maio 2019.

ANDRADE, Sandra dos Santos. Mídia impressa e educação de corpos femininos. *In*: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodre (org.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 108-123. ISBN 978-8532629142.

ANDRETTA, Van. Meus perfumes preferidos. *In*: ANDRETTA, Van. **Life style**. [S.l.], 03 jul. 2017. Disponível em: <http://vanandretta.blogspot.com/2017/07/meus-perfumes-preferidos.html>. Acesso em: 18 jul. 2018.

ANJOS, Karla Ferraz dos *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, dez. 2013. ISSN 0103-1104.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na Era da mundialização do capital, **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>
Acesso em: 07 fev. 2019.

ANÚNCIOS com bonitões fazem os homens arriscar dinheiro. *In*: HE – homem no espelho. [S.l.: s.n.], [18 jul. 2018?]. Disponível em:
<https://www.homemnoespelho.com.br/anuncios-com-bonitoes-fazem-os-homens-arriscar-dinheiro/>. Acesso em: 18 jul. 2018.

ARANTES, Luciano J.; SHIMIZU, Helena E.; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1499-1509, maio. 2016. ISSN 1678-4561.

ARAÚJO, Thalita. Produtos Diet e Light crescem cada vez mais no mercado: confira dicas. *In*: OLHAR DIRETO: Notícias/Ciência e Saúde. [Mato Grosso], 26 jul. 2010. Disponível em:
<http://www.olhardireto.com.br/noticias/exibir.asp?id=118387¬icia=produtos-diet-e-light-crescem-cada-vez-mais-no-mercado-confira-dicas>. Acesso em: 28 maio 2018.

ARGYLE, Michael. **The psychology of happiness**. New York: Taylor & Francis, 2001. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315812212>. Acesso em: 05 fev. 2019.

ARRUDA, Angela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002. ISSN 0100-1574.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO) (Brasil). **Diretrizes brasileiras de obesidade: Ganho de peso e obesidade: etiologia** 4. ed., São Paulo: ABESO, 2016. ISBN 978-8560549153.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) (Brasil). **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2017. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 05 abr. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) (Brasil). **Nota da ABRASCO em defesa do direito humano à alimentação adequada! Não à extinção do CONSEA!** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2019. Disponível em:
<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/Nota-da-ABRASCO-em-rep%C3%BAdio-%C3%A0-extin%C3%A7%C3%A3o-do-CONSEA.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.

AVELINO, Daniel; REIS, Vitor. Extinção do CONSEA. *In*: INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA (IPEA): Participação em Foco. [Brasília], [2019?]. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/participacao/destaques/161-noticias-destaques-grande/1796-extincao-do-consea>. Acesso em: 04 abr. 2019.

AYRES, José R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. ISSN 1678-456.

AYRES, José R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. ISSN 0104-1290.

BAGRICHEVSKY, Marcos. Del “cuerpo saludable” que se (des)constituye. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 191-202, maio. 2009. ISSN 2179-3255.

BAGRICHEVSKY, Marcos *et al.* Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1699-1708, jun. 2010. Suppl. 1. ISSN 1678-456.

BAKHTIN, Mikhail M. **Estética da criação verbal**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997. ISBN 978-8578274702.

BARBOSA, Maria R.; MATOS, Paula M.; COSTA, Maria E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 24-34, 2011. ISSN 0102-7182.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-8562938047.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética em Serviço Social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez. 3. ed. 2005. ISBN 978-8524908132.

BARROS, José A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.11, n.1, p. 67-84, jul. 2002. ISSN 0104-1290.

BASTOS, Emanuelle C. L. *et al.* Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, v. 26, p. 26-32, 2013. Suppl. 1. ISSN 0102-6720.

BAUDRILLARD, Jean. **A sociedade de consumo**. 2. ed. Lisboa: Ed. 70, 2008. ISBN 978-9724415215.

BAUDRILLARD, Jean. **Tela Total: mito, ironias do virtual e da imagem**. Porto Alegre: Sulina, 1997. ISBN 978-8520506035.

BAUDRILLARD, Jean. **Simulacros e simulações**. Lisboa: Relógio d' Água, 1991. ISBN 978-9727081417.

BAUMAN, Zygmunt. **Por uma sociologia crítica**. Um ensaio sobre senso comum e emancipação. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/danypereira509/60903650-zygmuntbaumanporumasociologiacritica>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. ISBN 978-8537800669.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro; Zahar, 2008. ISBN 978-8537800485.

BECKER, Anne E. *et al.* Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. **The British J. Psychiatry**, [London], v. 180, n. 6, p. 509-514, 2002. ISSN 0007-1250.

BEDRAN, Laura Martini. **O cartaz e a cidade**: visualidade e interlocução da imagem publicitária de rua com o espaço urbano. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 2008, Natal, RN. Disponível em: goo.gl/l7rdRQ. Acesso em: 07 mar. 2019.

BEHRING, Elaine Rossetti. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. *In*: BEHRING, Elaine Rossetti (org.). **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, CFESS, ABEPSS, CEAD/NED, UnB, 2000. p. 48-85. (Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais) (Módulo 3. Política Social).

BELL, Robert. **Worlds of friendship**. Beverly Hills: Sage, 1981. Disponível em: <https://trove.nla.gov.au/work/25245410?q&versionId=30435982>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BELLATO, Rosenev; ARAÚJO, Laura F. S.; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 167-185. ISBN 978-8589737463.

BELLATO, Rosenev *et al.* Itinerários Terapêuticos de Famílias e Redes para o Cuidado na Condição Crônica: Alguns Pressupostos. *In*: MÜLLER NETO, Júlio Strubing; TICIANEL, Fátima Aparecida (org.). **Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS**: coletânea de textos. 2. ed. Cuiabá: EduFMT, 2015, p. 145-151. ISBN 978-85-89737-58-6.

BENETTI, Edison *et al.* (org.). **Tudo o que você queria saber sobre propaganda e ninguém nunca teve a paciência de explicar**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995. ISBN 85-22405301.

BERGAMO, Alexandre. **A experiência do status**: roupa e moda na trama social. São Paulo: UNESP: 2007. ISBN 978-8571397866.

BERGER, Mirela. Mídia e espetáculo no culto ao corpo: o corpo miragem. **SINAIS - Revista Eletrônica - Ciências Sociais**. Vitória, v. 1, n. 2, p. 121-160, 2007. ISSN 1981-3988.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. ISBN 978-8532605986.

BERRYMAN, Darlene *et al.* Dietetic students possess negative attitudes toward obesity to nondietetic students. **J. Am. Diet. Ass.**, [U.S.], v. 106, n. 10, p. 1678-1682, out. 2006. ISSN 1878-3570.

BESSESEN, Daniel H. Update on obesity. **J. Clin. Endocrinol. Metab.** [U.K.], v. 93, n. 6, p. 2027-2034, jun. 2008. ISSN 1945-7197.

BIDDLE, Stuart; FOX, Kenneth H; BOUCHER, Stephen. **Physical Activity and Psychological Well-Being**. Champaign, Illinois: Routledge, 2000. ISBN 978-0415234399. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ct2AAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=BIDDLE,+Stuart%3B+FOX,+Kenneth+H%3B+BOUCHER,+Stephen.+Physical+Activity+and+Psychological+Well-Being.+Champaign,&ots=3juSRIsIBm&sig=Zsj1HFjKx4xaav31TwVCEdHBaxg#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 08 jan. 2016.

BLOOMBERG, Richard D. *et al.* Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what have we learned? **Obes. Surg.**, Oxford, v. 15, n. 2, p. 145-54, 2005. ISSN 0960-8923.

BOLETIM de dados. *In*: PRÓ Reitoria de Planejamento. Unioeste. Cascavel, 10 maio 2019. Disponível em: <https://www5.unioeste.br/portalunioeste/proplanejamento/dir-de-avaliacao-institucional/divisao-de-informacao/boletin-de-dados>. Acesso em: 10 maio 2019.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. ISBN 84-70380674.

BORELLI, Marina *et al.* A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2765-2778, set. 2015. ISSN 1413-8123.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; PORTO, Priscilla Nunes. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-46, jun. 2014. ISSN 0103-1104.

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara C.B. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-294, jun. 2014. ISSN 0104-4036.

BOURDIEU, Pierre. **A Moda e Seu Papel Social: Classe, Gênero e Identidade das Roupas**, 2. ed. São Paulo: SENAC, 2006. ISBN 978-8573598100.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 11. ed. Campinas: Editora Papirus, 1996. ISBN 978-8530803933.

BOURDIEU, Pierre. **Capital Cultural, Escuela y espacio social**. México: Siglo XXI Editores, 1997. ISBN 978-987-629-033-3. Disponível em: http://www.terras.edu.ar/biblioteca/8/8SOCE_Bourdieu_1_Unidad_6.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2004. ISBN 85-71395306.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 14. ed., São Paulo: Saraiva, 1994. ISBN 850200851X.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/ind.asp. Acesso em: 07 fev. 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 nov. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995.** Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Brasília – DF: Presidência da República, 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9029.HTM. Acesso em: 07 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: 1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 04 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 29, de 13 de janeiro de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico referente a alimentos para fins especiais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/...SVS.../feffa45e-7dea-4c6d-9cf3-ef92d014490d>. Acesso em: 21 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. ISBN 85-33403445. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/guiaaliment.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica - NOB-SUAS.** Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 17 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1066-2. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006**. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília-DF: 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). v. 7. Série Pactos pela Saúde 2006. ISBN 85-334-1198-7.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 143, p. 12, 27 jul. 2011 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de apoio à saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 17 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). v. 4. Formação e intervenção. ISBN 978-85-334-1667-3. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. 1. ed. Brasília, DF: 2011a. v. 4. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1831-8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. e reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013a. ISBN 978-85-334-1911-7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pd. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, nº. 101, de 28 maio 2013. p. 29, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL. Brasil 2012**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. ISBN 978-85-334-2054-0. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf. Acesso em: 06 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. ISBN 978-85-334-2176-9. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 06 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**:

obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). ISBN 978-85-334-2121-9. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnap_s.pdf. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS:** resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014d. v. 10. Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde. ISBN 978-85-334-2202-5. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** Brasília-DF: 2014e. Manual Instrutivo. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf. Acesso em: 10 jun 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos regionais brasileiros.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. ISBN 978-85-334-2145-5. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/livro_alimentos_regionais_brasileiros.pdf. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde:** manual de implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. ISBN 978-85-334-2215-5. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS:** atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-2146-2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. **Portaria nº 5 de 31 de janeiro de, 2017.** Torna pública a decisão de incorporar o procedimento de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:
<http://brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/resolucoes/39-sctie/12686-portaria-no-5-de-31-de-janeiro-de-2017>. Acesso em: 04 fev. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL. Brasil 2017**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. ISBN 978-334-2615-3. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 6.299, de 2002**. Altera os arts 3º e 9º da Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Brasília, DF: Sala da Comissão: 2018b. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1654426&filename=Tramitacao-PL+6299/2002. Acesso em: 06 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você: o que é Atenção Básica?** Brasília – DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. [2018?]. não paginado. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. **Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. 2019a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. **Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019**. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, DF: Senado Federal. Congresso Nacional. 2019b. Disponível em:
<https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/135064>. Acesso em: 29 maio 2019.

BRUNELLO, Maria E. F. *et al.* O vínculo na atenção a saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 31-5, 2010. ISSN 0103-2100.

BUCHWALD, Henry *et al.* Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. **JAMA**, [U.S.], v. 292, n. 14, p. 1724-37, 2004. ISSN 1538-3598.

BURLANDY Luciene. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 851-60, maio/jun. 2009. ISSN 1678-4561.

BURLANDY, Luciene *et al.* Intersetorialidade e potenciais conflitos de interesse entre governos e setor privado comercial no âmbito das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. **Vigil. Sanit. Debate**, Rio de Janeiro, v. 2, n.4, p. 124-9, nov. 2014. ISSN 2317-269X. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/intersetorialidade-e-potenciais-conflitos-de-interesse-entre-governos-e-setor-privado>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BURROWES, Patrícia. Viagem ao território da publicidade. **CMC: Comunicação, mídia e consumo**, [São Paulo], v. 2, n. 5, p. 205-19, 2005. ISSN 1983-7070.

CABALLERO, Benjamin. Symposium: obesity in developing countries: biological and ecological factors. **J. Nutr.** [U.S.], v.131, n. 3, p. 866S-870S, mar. 2001. suppl. 1. ISSN 1541-6100.

CABELO de Gisele. *In*: FASHIONISMO. [S.l.], 29 maio 2012. Disponível em: <https://www.fashionismo.com.br/2012/05/cabelo-de-gisele/>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CABRAL, Alessandra L. N. *et al.* Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde no controle da hipertensão arterial no município de Correntes, Pernambuco. **J. Manag. Prim. Health Care**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 36-40, 2011. ISSN 2179-6750.

CALMAN, Kenneth. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. **J. Med. Ethics**, London, v. 10, p. 124-127, sept. 1984. ISSN 1473-4257. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1374977/?page=1>. Acesso em: nov. 2018.

CAMACHO, Renata S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clin.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. ISSN 0101-6083.

CAMARGO Jr., Kenneth R. de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, maio. 2013. ISSN 1678-4464.

CAMARGO Jr., Kenneth R. de. (Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 203-230, 1992. ISSN 0103-7331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311992000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2019.

CAMELO, Sílvia H. *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000. ISSN 1518-8345.

CAMPBELL, Kenneth J.; CRAWFORD, David. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, [U.K.], v. 234, n. 6, p. 701-710, jun. 2000.

CAMPELO, Cleide Riva. **Cal (e) idoscorpos**: Um estudo semiótico do corpo e seus códigos. 1. ed. São Paulo: Annablume, 1996. ISBN 978-8585596743.

CAMPOS, Carlos E. A. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2004. ISSN 1678-4561.

CAMPOS, Gastão W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHI, Emerson Elias *et al.* (org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266. ISBN 8527104075.

CAMPOS, Gastão W. S. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. 1996/1997. [S.l.: s.n.], 2002. não paginado. Disponível em: 1996/1997. Disponível em: [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICA ampliada.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICA_ampliada.pdf). Acesso em: 29 maio 2019.

CAMPOS, Gastão W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. e Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, nov. 2007. suppl. 1. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, Lício de Albuquerque; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Paulo César de. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 531-538, out. 2006. ISSN 1415-5273.

CAMPOS, Silvana da S. *et al.* O estigma da gordura entre mulheres na sociedade contemporânea. *In*: PRADO, SD., *et al.* (org.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde**: saberes em rede [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016, p. 231-249. v. 5: Série Sabor Metrópole. ISBN 978-857511456-8.

CÂMARA, Rafaella. Vai verão, vem primavera das mulheres. *In*: CÂMARA, Rafaella. A Medium Corporation. [S.l.], 30 mar. 2016. Disponível em: <https://medium.com/@rafaellacmara/vai-ver%C3%A3o-vem-primavera-das-mulheres-78ac485cf333>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (CAISAN) (Brasil). **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: CAISAN, 2014.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. ISBN 978-8521803782.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2009. ISBN 978-8530935610. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3114962/mod_resource/content/1/O_Normal_e_o_Patologico.pdf. Acesso em: 04 fev. 2017.

CARDOSO, Denise. **A sociologia das profissões de Eliot Freidson: uma aplicação à análise do serviço social como profissão no Brasil contemporâneo.** 2005. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2005. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/101579>. Acesso em: 11 abr. 2019.

CARDOSO, Sarah Pereira. **Discriminação estética nas relações de trabalho.** 2008. Monografia (Bacharelado em Direito) - Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007. Disponível em:

<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/30871>. Acesso em: 10 dez. 2018.

CARNEIRO, Mônica de F. G.; GUERRA Jr, Augusto A.; ACURCIO, Francisco de A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1763-1772, 2008. ISSN 1678-4464.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. ISSN 0104-1290.

CARVALHO, Antônio I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário.** v. 4. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/MS/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2013. p. 19-38. ISBN 978-8581100180.

CARVALHO, Maria C. V.S.; LUZ, Madel T.; PRADO, Shirley D.. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 155-163, jan. 2011. ISSN 1678-4561.

CARVALHO, Perseu S. de *et al.* Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica? **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 51, n. 1, fev. 2007. ISSN 1677-9487.

CASCAVEL (Paraná). Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de Atenção Especializada (CAE).** Cascavel: Secretaria Municipal de Saúde, 12 mar. 2019. Disponível em <http://sesau.cascavel.pr.gov.br/conhecaasesau.html>. Acesso em: 12 mar. 2019.

CASCAVEL (Paraná). Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. 11ª Conferência Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2014-2017.** Cascavel: Secretaria Municipal de Saúde, [2014?]. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/13032014_pms_2014-17.pdf. Acesso em: 27 abr. 2017.

CASH, Thomas F.; PRUZINSKY, Thomas. **Body Image: development, deviance and change.** New York: Guilford Press, 1990. ISBN 978-0898624380. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/record/1990-98350-000>. Acesso em: 18 dez. 2018.

CASTRO, Adriana G.P. de; FRANCO, Laercio J. Caracterização do consumo de adoçantes alternativos e produtos dietéticos por indivíduos diabéticos. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.280-7, jun. 2002. ISSN 1677-9487.

CASTRO, Ana Lúcia. **Corpo, Consumo e Mídia. CMC: Comunicação, mídia e consumo**, [São Paulo], v. 1, n. 1, 2004. Não paginado. ISSN 1983-7070. Disponível em: <http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/2/2>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CASTRO, Ana Lúcia. **Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo**. 2. ed. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2007. ISBN 978-8574193489. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=kv6xwTYngL4C&pg=PA124&lpg=PA124&dq=Boltanski+L.+As+classes+sociais+e+o+corpo.+Rio+de+Janeiro:+Graal;+1979.&source=bl&ots=Cw_Q7ZONFv&sig=ACfU3U360N95YCqXtPd9-byIUy5szQkMNg&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwigh9DeqbTgAhWCHbkGHbD9Cx8Q6AEwCXoECAIQAQ#v=onepage&q=Boltanski%20L.%20As%20classes%20sociais%20e%20o%20corpo.%20Rio%20de%20Janeiro%3A%20Graal%3B%201979.&f=false. Acesso em: 14 fev. 2019.

CASTRO, Gisela G. S. **O envelhecimento na retórica do consumo: publicidade e idadeismo no Brasil e Reino Unido**. Brasília, 2015. Disponível em: goo.gl/yTqvjX. Acesso em: 06 mar. 2019. Trabalho apresentado no Encontro Nacional da Compós, Brasília, 2015.

CATERSON, Ian D.; GILL, Timothy P. Obesity: epidemiology and possible prevention. **Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.**, Amsterdam, v.16, p. 595-610, dec. 2002. ISSN 1878-1594.

CERCATO, Cíntia *et al.* Systemic hypertension, diabetes *mellitus*, and dislipidemia in relation to body mass index: evaluation of a Brazilian population. **Rev. Hosp. Clín.**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 113-118, 2004. ISSN 1678-9903.

CERVATO-MANCUSO, Ana M. *et al.* A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, dez. 2012. ISSN 1678-4561.

CHANG, Virgínia W.; CHRISTAKIS Nicholas A. Medical modeling of obesity: a transition from action to experience in the 20th. century. *American Medical Textbook. Sociology of Health & Illness*, [U.K.], v. 24, n. 2, p. 151-177, 2002. ISSN 1467-9566.

CHAUD, Daniela Maria Alves; MARCHIORI, Dirce Maria Lobo. Nutrição e mídia: uma combinação às vezes indigesta. **Hig. Aliment.**, São Paulo, v. 18, n. 116/117, p. 18-22, jan./fev. 2004. ISSN 0101-9171.

CHECHIA, Valéria Aparecida; ANDRADE, Antônio dos Santos Andrade. O desempenho escolar dos filhos na percepção de pais de alunos com sucesso e insucesso escolar. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 10, n. 3, p. 431-440, dez. 2005. ISSN 1678-4669.

CHEN, Eunice; BROWN, Molly. Obesity stigma in sexual relationship. **Obes. Res.**, [s.l.], v. 13, n. 8, p. 1393-97, aug. 2005. ISSN 1550-8528.

CHRISTAKIS, Nicholas A.; FOWLER, James H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 357, n. 4, p. 370-379, jul. 2007. ISSN 1533-4406. Disponível em:

https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/3710802/Christakis_SpreadofObesitySupplement.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 06 fev. 2019.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense. 1983. Disponível em: http://www.academia.edu/31428002/Clavreul_Jean-OrdemM%C3%A9dica.pdf. Acesso em: 10 maio. 2018.

COBURN, David. Freidson then and now: An “internalist” critique of Freidson's past and present views of the medical profession. **International Journal of Health Services**, [Turkey], v. 22, p. 497-512, jul. 1992. ISSN 2602-3482. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/2770-T9PJ-8CP2-T59W>. Acesso em: 12 Abr. 2019.

COLE, Tim; BRADAC, James J. A lay theory of relational satisfaction with best friends. **J. Soc. Pers. Relat.**, London, v. 13, n. 1, p. 57-83, 1996. ISSN 1460-3608.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, CA, v. 18, p. 209-232, aug. 1992. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>. Acesso em: 13 mar. 2019.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. **Deviance and medicalization from badness to sickness**. Expanded Edition. Philadelphia: Temple University Press, 1992. ISBN 978-0877229995. Disponível em: https://halasocialdeviance.files.wordpress.com/2011/09/peter_conrad_joseph_w_schneider_deviance_and_medicalization_from_badness_to_sickness_with_a_new_afterword_by_the_authors_-_2nd_expanded_edition__1992.pdf. Acesso em: 13 Mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN) (Brasil). **Em defesa do CONSEA e da democracia**, Brasília-DF: CFN, 2019. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/index.php/em-defesa-do-consea-e-da-democracia/>. Acesso em: 05 abr. 2019.

CORRIGAN, Patrick W. The impact of stigma on severe mental illness. **Cognitive and Behavioral Practice**, New York, v. 5, p. 201-222, fev. 1998. ISSN 1077-7229.

CORRIGAN, Patrick W.; WASSEL, Abigail. Understanding and influencing the stigma of mental illness. **J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.**, [U.S.], v. 46, n. 1, p. 42-48, jan. 2008. ISSN 0279-3695.

CORRIGAN, Patrick W.; WATSON, Amy C. The paradox of self-stigma and mental illness. **Clinical Psychology-Science and Practice**, New York, v. 9, n. 1, p. 35-53, 2002. ISSN 1468-2850.

COSTA, Jean Henrique. A atualidade da discussão sobre a indústria cultural em Theodor W. Adorno. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 36, n. 2, p. 135-154, 2013. ISSN 1980-539X.

COSTA, Jurandir F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. ISBN 978-8576170464.

COSTA, Miguel A.P. *et al.* Obesidade infantil e *bullying*: a ótica dos professores. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 653-665, jul./set. 2012. ISSN 1678-4634.

COUTINHO, Walmir, DUALIB, Patrícia. Etiologia da Obesidade. *In*: NUNES, Maria Angélica *et al.* (org.). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2006. p. 265-272. ISBN 978-8536306773.

COUTINHO, Walmir. Consenso Latino-Americano de Obesidade. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 43 n. 1, p. 21-67, fev. 1999. ISSN 1677-9487. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000100006. Acesso em: 19 mar. 2018.

COUTINHO. Aldacy Rachid. Discriminação estética no trabalho. **Carta Forense**, São Paulo, [s.n.], p. 10-11, set. 2007.

CRANDALL, Christian S. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington, v. 66, n. 5, p. 882-894, may, 1994. ISSN 1939-1315.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: EDUSC, 1999. ISBN 978-8586259593.

CUIDADO EM SAÚDE. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. ISBN 978-85-987-36-6. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 26 mar. 2019. p. 110.

CUNHA, Diana; RELVAS, Ana Paula. Qualidade de vida: versão reduzida (QOL-VR). *In*: RELVAS, Ana Paula; MAJOR, Sofia (coord.). **Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação**. Coimbra: Coimbra University Press, 2016. v. 2. Vulnerabilidade, stress e adaptação. p. 81-102. ISBN 978-9892612676. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/41661/1/Qualidade%20de%20Vida%20Versao%20Reduzida.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CUNHA, Maria João. **Corpo e imagem na sociedade de consumo**. Lisboa: Clássica Editora, 2014. ISBN 978-972-561-356-6.

DADOS estatísticos. *In*: Portal UNIOESTE, HUOP. Cascavel, 16 ago. 2016. Disponível em: <https://www5.unioeste.br/portalunioeste/huop/institucional/dados-estatisticos-huop>. Acesso em: 01 jun. 2019.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991. ISBN 978-9185619184. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.

DALCASTAGNÉ, Giovanni *et al.* A influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **Rev. Bras. Obes. Nut. Emag.**, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 44-52, 2008. ISSN 1981-9919.

DANNI, Luciano dos S. et al. Análise dos critérios legais de enquadramento na subclasse residencial baixa renda. **Revista do TCU**, Brasília, n. 101, p. 24-32, 2004. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/634/694>. Acesso em: 01 fev. 2019.

DANTAS, Jurema B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009. ISSN 1984-0292.

DANTAS, Jurema B. Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 898-912, dez. 2011. ISSN 1808-4281.

DE CERTEAU, Michel. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. v. 1: Artes de fazer. ISBN 8532611486. Disponível em: <https://gambiarre.files.wordpress.com/2010/09/michel-de-certeau-a-invinc3a7c3a2o-do-cotidiano.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo**. Projeto Periferia. São Paulo: EbooksBrasil.com, 2003. *E-book* (não paginado). Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/debord/1967/11/sociedade.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. *In*: DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 219-232. (Coleção TRANS). ISBN 85-85490-04-2..

DEUTSCH, Francine. Equally shared parenting. **Current Directions in Psychological Science**, Rochester, v. 10, n.1, p. 25-28, feb. 2001. ISSN 09637214.

DEZ propagandas antológicas de cerveja. *In*: VEJA. [S.l.], 02 ago. 2013. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/economia/dez-propagandas-antologicas-de-cerveja/>. Acesso em: 18 jul. 2018

DEZ propagandas que deram o que falar em 2015: Propaganda da Bombril com Ivete Sangalo, Dani Calabresa e Monica Iozzi. *In*: UOL. São Paulo, 31 dez. 2015. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/12/1724208-10-propagandas-que-deram-o-que-falar-em-2015.shtml>. Acesso em: 18 jul. 2018.

DIAS, Patricia C. *et. al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-12, 2017. ISSN 1678-4464.

DINIZ, Maria F.H.S. *et al.* Perfil de pacientes obesos classe III do Sistema Público de Saúde submetidos à gastroplastia em "Y de Roux", no Hospital das Clínicas da UFMG: altas prevalências de superobesidade, co-morbidades e mortalidade hospitalar. **Rev. Med. Minas Gerais**, [Belo Horizonte], v.18, n. 3, p.183-190, 2008. ISSN 2238-3182.

DITTERICH, Rafael G. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, nov., 2008. não paginado. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-importancia-na-insercao-do-nutricionista-na-estrategia-saude-da-familia/3155?id=3155>. Acesso em: 02 abr. 2019.

DONATELLI, Maria C.O.F. Descartes e os médicos. **Scientia e studia**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 323-336, set. 2003. ISSN 1678-3166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-31662003000300004&script=sci_arttext. Acesso em: 22 maio 2019.

DORNELLES, Aline D.; ANTON, Márcia C. A percepção dos profissionais da saúde acerca da atenção ao sobrepeso e à obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 53-66, 2013. ISSN 1413-0394.

DORNELLES, Aline D.; ANTON, Márcia C.; PIZZINATO, Adolfo. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e a obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1275-1284, 2014. ISSN 0104-1290.

DURET, Pascal, ROUSSEL, Peggy. **Le corps et ses sociologies**. Paris: Armand Colin, 2003. ISBN 978-2200342371. Disponível em:

[https://www.persee.fr/doc/agora_1268-](https://www.persee.fr/doc/agora_1268-5666_2003_num_31_1_2083_t13_0159_0000_1)

5666_2003_num_31_1_2083_t13_0159_0000_1. Acesso em: 20 jan. 2019.

DURKHEIM, Émile; MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. *In*: RODRIGUES, José A. (org.); FERNANDES, Florestan (coord.). 9. ed. 2. reimp.

Durkheim. São Paulo: Ática, 2000. p. 183-203. (Coleção Grandes Cientistas Sociais). ISBN 85-08027672. Disponível em:

<https://pt.scribd.com/doc/55325978/RODRIGUES-Jose-Albertino-Org-Emile-Durkheim-Sociologia>. Acesso em: 26 maio 2019.

DUTRA, Joel Souza. **Gestão por competências**. São Paulo: Gente, 2001. ISBN 978-8573123463.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994. v. 1. Uma história de costumes. ISBN 857110106. Disponível em:

http://institucional.ufrj.br/portalcpsda/files/2018/09/ELIAS__Norbert._O_processo_civilizador_volume_1.pdf. Acesso em: 01 fev. 2017.

ELIAS, Norbert; SCHRÖTER, Michael. **Envolvimento e alienação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. ISBN 85-286-0667-8. Disponível em:

<https://epdf.tips/queue/envolvimento-e-alienacao.html>. Acesso em: 29 abr. 2017.

EMAGRECENTRO: Tratamentos para Emagrecimento. *In*: MUNDO das tribos - todas as tribos em um único lugar; beleza. [S.l.], [2018], 18 jul. 2018. Disponível em:

<https://www.mundodastribos.com/emagrecentro-tratamentos-para-emagrecimento.html>. Acesso em: 18 jul. 2018.

ESCODA, Maria S.Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 219-26, 2002. ISSN 1678-4561.

ETCOFF, Nancy. **A lei do mais belo**: A ciência da beleza. Rio de Janeiro. Ed. Objetiva, 1999. ISBN 8473022450.

FALCONE, Vanda Mafrá *et al.* Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005. ISSN 1518-8787.

FARIAS JÚNIOR, José C.; SILVA, Kelly S. Sobrepeso/Obesidade em Adolescentes Escolares da Cidade de João Pessoa - PB: prevalência e associação com fatores demográficos e socioeconômicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 14, n. 2, mar./abr., 2008. ISSN 1806-9940.

FARR, Robert. Representações Sociais: a teoria e sua história. *In*: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p.31-59. ISBN 85.326.1297-01.

FÁTIMA Bernardes apresenta a linguíça Seara em nova campanha da marca. *In*: RN RECORD NEWS. Anunciantes. [S.l.], 13 jun. 2014. Disponível em: <https://grandesnomesdapropaganda.com.br/anunciantes/fatima-bernardes-apresenta-linguica-seara-em-nova-campanha-da-marca/>. Acesso em: 18 jul. 2018.

FAURE, Oliver. O olhar dos médicos. *In*: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org.). **História do corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 13-99. v. 2. Da Revolução à Grande Guerra. ISBN 978-85-326-3626-3.

FEATHERSTONE, Mike. **Cultura de Consumo e Pós-modernismo**. São Paulo: Studio Nobel, 1995. Disponível em: <https://archive.org/details/FEATHERSTONEMike.CulturaDoConsumoEPosModernismo/page/n7>. Acesso em: 02 jun. 2017.

FEHR, Beverley. **Friendship processes**. London: Sage, 1996. *E-book* (não paginado). Disponível em: <http://sk.sagepub.com/books/friendship-processes>. Acesso em: 05 fev. 2019.

FEINBERG, Joel. **Wordle**. Plataforma on-line. [S.l.], 2014. Disponível em: <http://www.wordle.net/>. Acesso em: 12 maio 2018.

FELICETTI LORDANI, Claudia R.; RUSCHEINSKY, Aloísio; VERONESE, Marília Veríssimo. O sujeito em situação de obesidade: (re)construção das possibilidades de satisfação em uma sociedade insatisfeita. *In*: ALVES, Fábio Lopes; BARROS, Eduardo Portanova; GADEA, Carlos Alfredo [org.]. **Ciências sociais e sociedade: políticas e práticas sociais na contemporaneidade**. São Leopoldo: Trajetos Editorial, 2017, p. 209-229. ISBN 978-8569688150.

FELICETTI LORDANI, Claudia R. *et al.* Experiência de um serviço ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica. **Rbone**, [São Paulo], 2019. No prelo. ISSN 1981-9919.

FELIPPE, Flávia Maria. O peso social da obesidade. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 1-12. 2003. ISSN 1677-9509. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/963/743>. Acesso em: 12 abr. 2019.

FÉLIX, Livia B. *et al.* O conceito de Sistemas de Representações Sociais na produção nacional e internacional: uma pesquisa bibliográfica. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 198-217, 2016. ISSN: 2238-779X.

FERNANDES, Ariana E.; FUJIWARA, Clarissa T.H.; MELO, Maria E. de. Genética: causa comum de obesidade. **ABESO**, São Paulo, n. 54, p. 11-14, dez. 2011.

FERNANDES, Luís; BARBOSA, Raquel. A construção social dos corpos periféricos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, mar., p. 70-82, 2016. ISSN 0104-1290.

FERRRARI, Carlos K. B. *et al.* Falhas na Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 34, n. 1, p. 109-116, 2013. ISSN 1808-4532.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**: Conforme a nova ortografia. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009. ISBN 978-8538583110.

FERREIRA, Letícia C.M.; GARCIA, Fernando C.; VIEIRA, Adriane. Power relations and decision: conflicts between physicians and hospital managers. **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 31-54, 2010. ISSN 1678-6971.

FERREIRA, Vanessa A. *et al.* Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.15, p.1423-32, jun. 2010. Suppl. 1. ISSN 1678-4561.

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHAES, Rosana. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2279-2287, abr. 2011. ISSN 1678-4561.

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHAES, Rosana. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, 2005. ISSN 1678-4464.

FESTE, Catherine; ANDERSON, Robert M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Educ. Counselling**, Princeton, v. 26, n. 1-3, sept., p. 39-144, 1995. ISSN 1873-5134. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7494713>. Acesso em 20 nov. 2018.

FISCHLER, Claude. Obeso benigno Obeso maligno. *In*: SANT'ANNA, Denise B. (org.). **Políticas do corpo**: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995a. p. 69-80. ISBN 8585865024.

FISCHLER, Claude. **El (h)omnívoro**: el gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama, 1995b. ISBN 978-8433913982.

FLEGAL, Katherine M. *et al.* Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999- 2008. **JAMA**, [U.S.], v.303, n.3, p. 235-241, 2010. ISSN 1538-3598.

FLORIANI, Flávia M.; MARCANTE, Márgara D.S.; BRAGGIO, Laércio A. **Auto estima e autoimagem**: A relação com a estética. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Cosmetologia) – Programa de Graduação em Cosmetologia, Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camboriú, 2010. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Flavia%20Monique%20Floriani,%20M%C3%A1rgara%20Dayana%20da%20Silva%20Marcante.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2018.

FONTANELLA, Bruno J.B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, 2008. ISSN 1678-4464.

FORNAZIER, Armando; BELIK, Walter. Produção e consumo local de alimentos: novas abordagens e perspectivas para as políticas públicas. **Segur. Aliment. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 204-218, 2013. ISSN 2316-297X

FORTES, Paulo A.C.; SPINETTI, Simone. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004. ISSN 1678-4464.

FOSTER, Gary D. *et al.* Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. **Obes. Res.**, U.S., v. 11, n. 10, p. 1168-1177, oct. 2003. ISSN 1071-7323.

FOUCAULT, Michael. **Em defesa da sociedade**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. ISBN 8533610041.

FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitaria, 2003. ISBN 852180493.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. 20. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004a. ISBN 979-8570380196.

FOUCAULT, Michael. **A ordem do discurso**. Aula Inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 10. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004b. (Leituras Filosóficas) ISBN 8515013592.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e Punir**. Nascimento da Prisão. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 978-8532605085.

FOUCAULT, Michael. **História da Sexualidade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009. v.1. A vontade de saber. ISBN 978-8570380821.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005. Disponível

em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4997/000462995.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 abr. 2019.

FRAGRÂNCIA JOOP! HOMME lança concurso cultural. *In*: MUNDO DAS FRAGRÂNCIAS. [S.], 01 out. 2011. Disponível em: <https://mundodasfragrancias.wordpress.com/2011/10/01/fragrancia-joop-homme-lanca-concurso-cultural/>. Acesso em: 18 jul. 2018

FRANCISCO, Lucas V.; GARCIA-DIEZ, Rosa W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 705-16, 2015. ISSN 2238-913X.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHI, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. ISSN 1678-4464.

FREIDSON, Eliot. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2009. ISBN 978-8571399327.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. ISBN 978-8577531646. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf. Acesso em: 27 abr. 2019.

FREITAS, Eliane T.M. de. Senhores de si. Uma interpretação antropológica da masculinidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 200-202, abr. 1997. ISSN 0104-9313.

FREUD, Sigmund. **O Mal-Estar na Civilização**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2011. ISBN 978-8563560308.

FURNHAM, Adrian; MAK, Twiggi. Sex-role stereotyping in television commercials: A review and comparison of fourteen studies done on five continents over 25 years. **Sex Roles**, v. 41, p. 413-417, 1999. ISSN 0360-0025.

FURTADO, Juarez P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. ISSN 1678-4561.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 811-821, 2012. ISSN 0104-1290.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016. ISSN 2359-0777.

GADELHA, Carlos A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 521-35, 2003. ISSN 1678-4561.

GALENO, Alex; SILVA, Josimey Costa da. **Massas cênicas e consumo: estetização política e visibilidades singulares do habitar a cidade**. Trabalho apresentado no 5º Congresso Internacional em Comunicação e Consumo, São Paulo, out. 2015. Disponível em: goo.gl/H3JS4K. Acesso em: 06 mar. 2019.

GARBOIS, Júlia A.; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1173-1182, 2014. ISSN 0104-1290.

GAYA, Adroaldo. Será o corpo humano obsoleto? **Sociologias**, [Porto Alegre], ano 13, n. 7, jan./jun., p. 324-337, 2005. ISSN 1517-4522.

GELATTI, Juliana Reichembach. Comunicação e Recepção: um panorama dos estudos culturais e midiáticos: Resenha. **Revista Anagrama**, São Paulo, ano 2, n. 4, jun./ago., 2009. não paginado. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/anagrama/article/view/35394>. Acesso em: 16 Abr. 2019.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. 1. ed., São Paulo: UNESP, 1991. ISBN 8571390223.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. ISBN 978-8571106697.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. ISBN 978-8522451425.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. ISBN 85-32608752. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4602372/mod_resource/content/0/Goffman%20Erving.%20A%20Representa%C3%A7%C3%A3o%20do%20eu%20na%20vi

da%20cotidiana%20%5BIntrodu%C3%A7%C3%A3o%20e%20cap%C3%ADtulo%201%5D.pdf. Acesso em: 25 ago. 2018.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. ISBN 978-8521612551.

GOFFMAN, Erving. **Gender Advertisements**, Cambridge: Harper Torchbook, 1979. Disponível em: http://www.publiccollectors.org/Goffman_Gender.pdf. ISBN 978-0333239537. Acesso em: 18 jul. 2018.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Rev. Bras. Educ. Médica**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011. ISSN 1981-5271.

GOMES, Maria A.M. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 4, p. 1080-1082, out./dez. 2004. ISSN 1678-4561.

GOMES, Márcia C.P. A.; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005. ISSN 1807-5762.

GORDIA, Alex Pinheiro *et al.* Qualidade de vida: Contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Rev. Bras. Qualidade de Vida**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 40-52, 2011. ISSN 2175-0858. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812/625>. Acesso em: nov. 2018.

GOSDAL, Thereza Cristina. **Discriminação da mulher no emprego**: relações de gênero no direito do trabalho. Curitiba: Gênese, 2003. ISBN 85-85947179.

GOUVEIA, Élvio Rubio *et al.* Atividade física, aptidão e sobrepeso em crianças e adolescentes: o estudo de crescimento da madeira. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 95-106, abr./jun. 2007. ISSN 1981-4690.

GUARESCHI, Pedrinho. Representações sociais da política e ideologia. **Rev. Sociedade em debate**. Pelotas, v. 3, n. 3, set., p.49-70, 1997. ISSN 1414-9869.

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. ISBN 85-326129701.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. 21. ed. São Paulo: Papyrus, 1990. ISBN 978-8530801069.

GUEDES, Márcia Novaes. Assédio Moral e responsabilidade das organizações com os direitos fundamentais dos trabalhadores. **Revista Amatra 2**, São Paulo 2003. não paginado. ISSN 2358-0038.

HAAN, Richard, *et al.* Measuring quality of life in stroke. **Stroke**, Dallas, U.S., v. 24, n. 2, p. 320-7, feb. 1993. ISSN 1524-4628. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.24.2.320>. Acesso em: 01 nov. 2018.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 5. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. ISBN 978-8583160076.

HALL, Stuart. Quem precisa de identidade? *In*: SILVA, Tomaz Tadeu; HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000, p.103-133. ISBN 85-32624138.

HAMBURGER, Polia Lerner. A propaganda como elemento de frustração. **RAE - Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 55-68, 1964. ISSN 2178-938X.

HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. ISBN 978-8575263952.

HEIDMANN, Ivonete T.S. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. ISSN 1980-265X.

HEINZE, Luis C. **Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2015**. Altera a Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. (Altera a Lei de Biossegurança para liberar os produtores de alimentos de informar ao consumidor sobre a presença de componentes transgênicos quando esta se der em porcentagem inferior a 1% da composição total do produto alimentício). Brasília, DF: Senado Federal, 2015. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120996>. Acesso em: 30 maio 2019.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. ISBN 978-8577530557.

HELLER, Agnes; FEHÉR, Ferenc. Da satisfação numa sociedade insatisfeita. *In*: HELLER, Agnes; FEHÉR, Ferenc. **A Condição Política Pós-Moderna**. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 1998. p. 27-67. ISBN 978-8520003312.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 978-8573078909.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Assédio Moral: A violência perversa do cotidiano**. 15. ed. São Paulo: Bertrand do Brasil, 2000. ISBN 8528607402.

HERZLICH, Claudine. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 57-70, 2005. ISSN 1809-4481.

HISTÓRICO. *In*: CISOP. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná. Cascavel, [2019?]. Disponível em: <https://cisop.com.br/cisop/43>. Acesso em: 29 mar. 2019.

HOFF, Tânia M. C. Produção de Sentido e Publicização do Discurso da Diferença na Esfera do consumo. *In*: ROCHA, Rose Melo; Casaqui, Vander. (org.) **Estéticas Midiáticas e Narrativas do Consumo**. 1. ed. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2012, p. 145-161. ISBN 978-8520506707.

HOGA, Luiza A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.13-20, 2004. ISSN 1980-220X.

HSU, George L. K.; BETANCOURT, Sergio; SULLIVAN, Sean P. Eating Disturbances Before and After Vertical Banded Gastroplasty: A Pilot Study. **Int. J. Eat Disord.**, v. 19, n. 1, p. 23-34, jan. 1996. ISSN 1098-108X.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da Medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. Disponível em: [/www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3205.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3205.pdf). Acesso em: 12 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (Brasil). Secretaria de Planejamento da Presidência da República. **Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF)**. Consumo Alimentar. Antropometria. Rio de Janeiro: IBGE, 1977. v. 1. Dados preliminares. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/endef_consumo_alimentar_antropometria_regiao2_regiao4.pdf Acesso em: 10 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (Brasil). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (Brasil). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas por cidade e estado**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). (Brasil). Por uma rotulagem nutricional adequada já! [S.l.: s.n.], 2018a. Disponível em: <https://idec.org.br/campanha/rotulagem>. Acesso em: 24 maio 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). (Brasil). Comissão do senado aprova PL que desobriga a rotulagem de transgênicos. [S.l.: s.n.], 2018b. Disponível em: <https://idec.org.br/noticia/comissao-do-senado-aprova-pl-que-desobriga-rotulagem-de-transgenicos>. Acesso em: 01 jun. 2019.

IUNES, Roberto. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (org.). **Economia da Saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 1995, p. 99-123. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329. Acesso em: 12 abr. 2019.

JANUÁRIO, Soraya; CASCAIS, António. O corpo masculino na Publicidade: uma discussão contemporânea. **Comunicação e Sociedade**, Braga, PT, v. 21, p. 135-148, 2012. ISSN 2183-3575.

JANUÁRIO, Soraya B. **Homens em revista**: gênero, cultura e imagem nas representações masculinas na publicidade. Trabalho apresentado ao 37º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Foz do Iguaçu, PR, set. 2014. Disponível em: goo.gl/URYwtP. Acesso em: 07 mar. 2019.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, Denise (org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p.17-44. ISBN 978-8575110140.

JODELET, Denise. Le corps, lapersonne et autrui. *In*: MOSCOVICI, Serge (org.). **Psychologiesocialesdês relations à autrui**. Paris: Nathan, 1994. ISBN 978-2200342913. Disponível em: http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/corps_personne_autrui/corps_personne_autrui_texte.html#Anchor-47383. Acesso em: 08 fev. 2019.

JÓIA-NETO, Luiz; LOPES-JUNIOR, Ascêncio G.; JACOB, Carlos E. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.**, São Paulo, n. 23, v. 4, p.266-269, 2010. ISSN 0102-6720.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. ISBN 978-8532636478.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 918-928, 2010. ISSN 1678-4464.

JUSTO, Ana Maria *et al.* Os efeitos de contexto nas representações sociais sobre o corpo. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30 n. 3, p. 287-297, 2014. ISSN 1980-6906.

KAJURU, Jorge. **Projeto de lei nº 2313, de 2019**. Altera o Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, que institui normas básicas sobre alimentos, para dispor sobre a rotulagem de alimentos embalados que contenham teores elevados de açúcares, sódio e gorduras. Brasília, DF: Senado Federal, 2019. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7941672&ts=1559678634998&disposition=inline>. Acesso em: 30 maio 2019.

KALARCHIAN, Melissa A. *et al.* Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, VA, v. 164, n. 2, p. 328-34, 2007. ISSN 1535-7228.

KEHER, Graziela Maria *et al.* Prevenção e tratamento da obesidade: indicativos do sul do Brasil. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 6, p. 427-432, 2007. Suppl. 2. ISSN 1984-7513.

LACLAU, Ernesto; MOUFFE, Chantal. **Hegemony and socialist strategy**: Towards a Radical Democratic Politics. 2. ed. London: Verso, 1985. ISBN 978-1859843307. Disponível em: <https://libcom.org/files/ernesto-laclau-hegemony-and-socialist-strategy-towards-a-radical-democratic-politics.compressed.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina A. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. ISBN 978-8522457588.

LANG, Tim; RAYNER, Geof. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymaker. **Obes. Rev.**, Oxford, UK, v. 8, p. 165-81, 2007. Suppl. 1. ISSN 1467-789X.

LARA, Nuria P. de. *Imagens do outro: imagens, talvez, de uma outra função pedagógica.* In: LARROSA, Jorge; LARA, Nuria Pérez de (org.). **Imagens do outro.** Petrópolis: Vozes, 1998. p. 87-101. ISBN 978-8532620361.

LASCH, Christopher. **Refúgio num mundo sem coração.** A família: santuário ou instituição sitiada? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. ISBN 978-0009111426.

Disponível em:

https://www.skoob.com.br/usuario/fb_interligar/EAADlh9bcr8IBAHorXvLdrhCWWhCR95bRSMboFm5PEppoDyVVvs8B0y8ZC9rojFGMCdaBwnuFGr4ftKZC4hZCiM48mQxPct2iZAS0tTRex975Q4ZAA9OogMXR7tC2KQ6H2nEwZAZAz0Uhx2BNmiFc97YXrz2tSQn76PgZD#_=_. Acesso em: 02 fev. 2019.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo.** Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 978-8532633279.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade.** Petrópolis: Vozes, 2011. ISBN 978-8532624499.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e Sociedade.** 6. ed. Campinas: Papyrus, 2013. ISBN 978-8530807245.

LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Ed. Cortez, 1991. ISBN 85-24902930. Disponível em:

file:///C:/Users/claudia/Downloads/O_medicamento_como_mercadoria_simbolica.pdf. Acesso em: 16 mar. 2019.

LEME, Maria A.V.S. O impacto da Teoria das Representações Sociais. In: SPINK, Mary J. (org.) **O conhecimento no cotidiano.** As Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 46-57. ISBN 978-8511150575.

LE MOS, André. **Cibercultura: tecnologia e vida social na cultura contemporânea.** Porto Alegre: Sulina, 2008. ISBN 978-8520505779.

LEPRI, Janaína. Indústria de cosméticos continua crescendo apesar da fraca economia. In: G1. *Jornal da Globo.* [São Paulo], 11 set 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-da-globo/noticia/2014/09/industria-decosmeticos-continua-crescendo-apesar-da-fraca-economia.html>. Acesso em: 09 mar. 2019.

LEVRINI, Gabriel R. D.; PAPA, Ana Paula. A Obesidade nas Organizações: o Preconceito não Declarado. **Organizações em contexto**, São Bernardo do Campo, v. 12, n. 24, jul./dez. p. 163-189, 2016. ISSN 1982-8756.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 1975.

LI, Li. *et al.* Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. **Aids Care**, [s.l.], v. 21, n. 8, p. 1007-1013, aug. 2009. ISSN 0954-0121.

LIMA, Eronides da Silva. Gênese e constituição da educação alimentar: uma síntese. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 9-29, 1997. ISSN 0103-7331.

LINDOLF, Thomas R. Media Audiences as Interpretive Communities. In: ANDERSON, James (ed.). **Communication Yearbook.** 11. ed. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1988, p. 81–107. ISBN 978-0803931381. Disponível em:

<https://www.taylorfrancis.com/books/9780203856192/chapters/10.4324/9780203856192-8>. Acesso em: 06 mar. 2016.

LINK, Bruce. G.; PHELAN, Jo. C. Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, CA, v. 27, p. 363-385, aug. 2001. ISSN 0360-0572.

LIPOVETSKY, Gilles. **Metamorfoses da Cultura Liberal: ética, mídia e empresa**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2004. ISBN 8520503691.

LIPOVETSKY, Gilles. **A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. ISBN 978-8535910933.

LIPOVETSKY, Gilles; SERROY, Jean. **A cultura-mundo: resposta a uma sociedade desorientada**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. ISBN 978-8535917970.

LOBO, Renato Nogueiro. **Gestão da Qualidade**. São Paulo: Érica, 2010. ISBN 978-8536503172.

LOPES, Noémia. **Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: Práticas e Lógicas Sociais em Mudança**. Porto: Edições Afrontamento, 2010. ISBN 978-9723611076.

LOPES, Noémia *et al.* O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa. **Saúde & Tecnologia**, Lisboa, n. 8, p. 5-17, nov. 2012. ISSN 1646-9704.

LOPES, Noémia; RODRIGUES, Carla F. Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, n. 78, p. 9-28, 2015. ISSN 0873-6529.

LUCIANO, Rafaela. Fotos publicitárias: a importância da fotografia publicitária. *In*: POR aí publicidades. [S.l.], 25 ago. 2011. Disponível em: <http://poraipublicidades.blogspot.com/2011/08/importancia-da-fotografia-publicitaria.html>. Acesso em: 18 jul. 2018.

LUIZ, Olinda do Carmo. **Ciência e risco à saúde nos jornais diários**. São Paulo: Annablume, 2006. ISBN 978-8574196312.

LUPTON, Deborah. **The imperative of health: public health and the regulated body**. London: Sage, 1997. ISBN 978-0803979369. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/The_Imperative_of_Health.html?id=tionMPxqzDoC&redir_esc=y. Acesso em: 21 fev. 2019.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**, 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012. ISBN 978-8527106399.

LYRA, Renata M.S. Consumo, Comunicação e Cidadania. **Ciberlegenda**, Rio de Janeiro, n. 6, 2001. Não paginado. ISSN 1519-0617. Disponível em: <http://www.uff.br/mestcii/renata2.htm>. Acesso em: 16 fev. 2018.

LYSARDO-DIAS, Dylia. A Construção e a desconstrução de estereótipos pela publicidade brasileira. **Stockholm Review of Latin American Studies**. Stockholm, n. 2, p. 25-35, 2007. ISSN 1654-0204.

MaCGREGOR, Alex M.C.; RAND, Collen S.W. Gastric surgery in morbid obesity: outcome in patients aged 55 years and older. **Arch. Surg.**, [U.S.], v. 128, p. 1153-1157, oct. 1993. ISSN 1435-2443.

MACKENBACK, Johan. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. **J. Epidemiol. Comm. Health**, [s.l.], v. 63, n.3, p.181-184, mar. 2009. ISSN 1470-2738.

MADRUGA, Célia Maria Dias; SOUZA, Eurípedes Sebastião Mendonça de. **Manual de orientações básicas para prescrição médica**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/cartilhaprescimed2012.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2019.

MAFFESOLI, Michel. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1998. ISBN 85-21802269. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/52731177/O-Tempo-das-Tribos-Livro>. Acesso em 29 maio 2019.

MAGDALENO Jr., Ronis; CHAIM, Elinton A.; TURATO, Egberto R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 73-78, 2009. ISSN 0101-8108.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor**. Rio de Janeiro: Idéias e Letras, 2017. ISBN 978-8555800245.

MALINOWSKI, Scott S. Nutritional and metabolic complications of bariatric surgery. **Am. J. Med. Sci.**, [U.S.], v. 331, n. 4, p. 219-25, apr. 2006. ISSN 1538-2990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16617238>. Acesso em: 26 ago. 2018.

MALTA, Deborah C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, p. 47-64, set. 2006. ISSN 1679-4974.

MALTA, Deborah C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, dez. 2014. ISSN 1679-4974.

MAPP, Karen. Having their say: parents describe how and why they are engaged in their children's learning. **School Comm. Journal**, [U.S.], v.1, n.1, p. 35-64, 2003. ISSN 1059-308X.

MARCELINO, Liette F.; PATRÍCIO, Zuleica M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 12, p. 4767-4776, dez. 2011. ISSN 1678-4561.

MARCUZZO, Miquela; PICH, Santiago; DITTRICH, Maria Gloria. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. **Interface - Comunic., Saúde e Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 943-54, 2012. ISSN 1414-3283.

MARINS, Bianca Ramos; ARAUJO, Inesita Soares de; JACOB, Silvana do Couto. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3873-3882, set. 2011. ISSN 1678-4561.

MARQUES, Ana Alice D.V.; OLIVEIRA, Rafael W. de. Possíveis contribuições da psicologia na estratégia de saúde da família: interdisciplinaridade entre fazeres e saberes. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 39-58, dez. 2015. ISSN 2236-6407.

MARQUES, Eduardo. **Redes sociais, segregação e pobreza**. 1. ed. São Paulo: UNESP, 2013. ISBN 978-8539300129.

MARQUES, José R. Significado de CEO – o que significa e suas funções! *In*: BLOG do JRM, [São Paulo], 01 jan. 2016. Disponível em: <https://www.jrmcoaching.com.br/blog/significado-de-ceo/>. Acesso em: 10 jul. 2016.

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli Regina. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan.- abr. 2018. ISSN 2176-9575.

MARTINS, Alberto M.; CARVALHO, Cristiene A.S.; ANTUNES-ROCHA, Maria I. Pesquisa em representações sociais no Brasil: cartografia dos grupos registrados no CNPq. **Rev. Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 104-114, jan.-abr. 2014. ISSN 1980-6906.

MARTINS, Dinorah Gióia. A relação médico-paciente em hospital público: implicações psicológicas quanto a variável obesidade. **Rev. Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.1, n. 2, p. 80-89, 1999. ISSN 1980-6906.

MARTINS, Paulo H.; MARES - Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano: Aspectos conceituais e operacionais. *In*: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo H. (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 61- 94. ISBN 978-8589737517.

MARTINS, Sergio Pinto. Assédio Moral. **Revista da Faculdade de Direito (São Bernardo do Campo)**, São Bernardo do Campo, n. 13, p. 433 – 448, jan/dez. 2008. ISSN 2358-1832. Disponível em: <https://revistas.direitosbc.br/index.php/fdsbc/article/view/263/192>. Acesso em: 20 fev. 2019.

MARTINS FILHO, João Roberto. **Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais por Eliot Freidson**. Trabalho apresentado no 19º Encontro Anual da ANPOCS. Caxambu, MG, 20 out. 1995. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/60%20-%20FREIDSON%20E%20%20Para%20uma%20analise%20comparada%20das%20profissoes_1996.pdf. Acesso em: 11 Abr. 2019.

MARX, Karl. Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos. *In*: GIANNOTI, José Arthur (org.). **Os pensadores: Marx**. 3. ed. São Paulo: Abril

Cultural, 1985. Disponível em: <https://farofafilosofica.com/2017/02/16/os-pensadores-colecao-completa-55-livros-para-download/>. Acesso em: 27 fev. 2019.

MATTOS, Rafael S. Sou gordo, sou anormal? **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.153-174, 2007. ISSN 1809-9556.

MATTOS, Rafael S.; LUZ, Madel T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009. ISSN 0103-7331.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. 2. ed. São Paulo: UBU Editora, 2015. ISBN 978-8575039984.

McARTHUR, Leslie Z.; RESKO, Beth G. The portrayal of men and women in American television commercials. **J. Social Psychol.**, [London], v. 97, p. 209-220, 1975. ISSN 0022-4545. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224545.1975.9923340>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MELO, Cristiane M. de; OLIVEIRA, Djenane R. de. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2523-2532, maio. 2011. ISSN 1678-4561.

MELO, Luísa. Ritmo de liberação de agrotóxicos em 2019 é o maior já registrado. *In*: G1. [São Paulo], 26 maio 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2019/05/26/ritmo-de-liberacao-de-agrotoxicos-em-2019-e-o-maior-ja-registrado.ghtml>. Acesso em: 29 maio 2019.

MENDONÇA, Cristina Pinheiro; ANJOS, Luiz Antônio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p. 698-709, mai./jun. 2004. ISSN 1678-4464.

MENENDÉZ, Eduardo L. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideologia de lo posible. *In*: Organization Panamericana de la Salud. **La crisis de la salud pública**: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992, p. 103-122. ISBN 92-75-31540X.

MENDES, Isabel A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, Jun. 2004. ISSN 1518-8345.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011. ISSN 0104-1290.

MERHI, Emerson Elias *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. ISBN 978-8527106146.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **A fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. ISBN 978-8578271169.

MINAYO, Maria C.S. **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. ISBN 8527101815.

MIRANDA, Gislene C. V.; DIAS, Fernando M.V.; BRENES, Anayansi C. Saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério. *In*: PÉRET, Frederico J. A. *et al.*

Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos/TEGO. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. ISBN 978-8527713252.

MISHARA, Brian. L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées (Family ecology and the consumption of medications by elderly persons). **Santé Mentale au Québec**, Québec, v. 22, p. 200-215, 1997. ISSN 1708-3923. Disponível em: <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1997-v22-n1-smq2304/502103ar/abstract/>. Acesso em: 11 mar. 2019.

MISKOLCI, Richard. Corpos elétricos: do assujeitamento à estética da existência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 272-281, dez. 2006. ISSN 1806-9584.

MOKDAD, Ali H. *et al.* The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. **JAMA**, [U.S.], v. 282, p. 1519-1522, 1999. ISSN 1538-3598.

MOLON, Rodrigo C. Assédio moral no ambiente do trabalho e a responsabilidade civil: empregado e empregador. **Rev. Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 568, jan. 2005. ISSN 1518-4862. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/6173>. Acesso em: 07 fev. 2019.

MONTANARI, Massimo. **Comida como cultura**. 2. ed. São Paulo: Editora Senac, 2008. ISBN 978-8539603701.

MONTEFUSCO, Erica V.R.; SEVERIANO, Maria F.V.; TELLES, Yuri X.Á. Metamorfoses corporais na sociedade de consumo: um estudo psicossocial da vigorexia e do uso de cosméticos como modalidades do transtorno dismórfico corporal. *In*: Encontro Anual da ABRAPSO: Psicologia Social e Políticas da Existência: fronteiras e conflitos – ABRAPSO, 15., 2009, Maceió. **Anais eletrônicos** [...]. Maceió: ABRASCO, 2009. Disponível em: http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/275.%20metamorfoses%20corporais%20na%20sociedade%20de%20consumo.pdf. Acesso em: 06 set. 2016.

MORAES, Maria C. **Pensamento ecossistêmico:** educação, aprendizagem e cidadania no século XXI. Petrópolis: Vozes, 2004. ISBN 8532630618.

MORENO, Rachel. **A beleza impossível:** mulher, mídia e consumo. 1. ed. São Paulo: Ágora, 2008. ISBN 978-8571830486.

MORGAN, David. **Focus group as qualitative research.** Qualitative Research Methods Series. 16. ed. London: Sage Publications, 1997. ISBN 978-0761903420.

MOSCON, Nelize; KRÜGER, Tânia R. O serviço social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 88-98, jul./dez. 2010. ISSN 2175-1323.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2010. ISBN 8532628966.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. ISBN 978-8532628961.

MOSCOVICI, Serge. **Introduction à la psychologie sociale.** Paris: Larousse, 1972. ISBN 978-2030703656.

MOSS, MICHAEL. **Sal, açúcar, gordura:** Como a indústria alimentícia nos físgou. 1. ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2015. ISBN 978-8580577280.

MOTA-RIBEIRO, Silvana. **Retratos de Mulher:** Construções Sociais e Representações Visuais no Feminino. Porto: Campo das Letras, 2005. ISBN 972-6109558.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. *In:* CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; Vigarello, Georges (org.). **História do corpo:** As mutações do olhar. O século XX. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. v. 3. ISBN 978-8532636270.

MOYSES, Samuel J.; MOYSES, Simone T.; KREMPEL, Márcia C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, set. 2004. ISSN 1678-4561.

MUSITU, Gonzalo *et al.* **Proyecto Autoestima-95:** Educación familiar y socialización de los hijos. Barcelona: Idea Books, 1996. Disponível em: <http://upo.academia.edu/Musitu>. Acesso em: 17 dez. 2018.

MYERS, David G. **Psicologia social.** 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000. ISBN 978-8580553383. Disponível em: http://srvd.grupo.com.br/uploads/imagensExtra/legado/M/MYERS_David_G/Psicologia_Social_10ed/Lib/Cap_01.pdf. Acesso em: 09 fev. 2019.

MYERS, Aaron. O valor da diversidade racial nas empresas. **Estudos afro-asiáticos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 483-515, 2003. ISSN 0101-546X.

NAFA. *In:* SEPAL. Sociedade Espírita Paz, Amor e Luz. Cascavel, [2019?]. Disponível em: <https://sites.google.com/site/sepalcascavel/home/departamentos/nafa>. Acesso em: 29 mar. 2019.

NATANSOHN, Leonor Graciela. Medicina, gênero e mídia: Comentários acerca do programa Mulher da TV Globo. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, CFH/UFSC, v. 8, n. 1, p. 46-63, jan./jun. 2000. ISSN 1806-9584.

NAVARRO, Vera L. Trabalho, saúde e tempo livre sob os domínios do capital. *In:* PADILHA, Valquíria. **Dialética do lazer.** São Paulo: Cortez, 2006. p. 50-76. ISBN 8524912359.

NÉSPOLI, Natália; NOVAES, Joana de Vilhena; ROSA, Carlos Mendes. O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. **DESAFIOS: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal (Tocantins)**, Tocantis, v. 1, n. 2, p. 149-168, 2015. ISSN 2359-3652.

NETO, Félix; PINTO, Isabel. Gender Stereotypes in Portuguese Television Advertising, **Sex Roles**, [s.l.], v. 39, p. 153-164, jul. 1998. ISSN 0360-0025.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política:** uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1. ISBN 978-8524919794.

NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Cotidiano:** conhecimento e crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010. ISBN 978-8524919022.

NEVES, Alden S.; MENDONÇA, André L. O. Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao *fat pride*. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 619-631, 2004. ISSN 2238-913X.

NOGUEIRA, Roberto P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 147- 162, 2006. ISSN 2317-6318.

NOGUEIRA, Vera M. R. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais: um debate necessário. **Rev. Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 10, n. 12, dez. 2011. ISSN 2446-5992.

NORONHA, Marlos S.M.; SANTOS, Allan D.; PACHECO, Rosiane D. **Olhares sobre a formação em saúde**: experiências de integração entre universidade, serviço e comunidade. Curitiba: Appris, 2018. ISBN 8547309233.

NOVAES, Joana de V. **O intolerável peso da feiúra**: sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Garamond, 2006. ISBN 85-76171090. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=3eHP1gEgc1AC&oi=fnd&pg=PA15&dq=discursos+que+normalizam+o+corpo,+sejam+eles+cient%C3%ADfico,+tecnol%C3%B3gico,+publicit%C3%A1rio,+m%C3%A9dico,+est%C3%A9tico,+v%C3%A3o+tomando+conta+da+vida+subjativa+do+indiv%C3%ADduo,+invadindo+as+dimens%C3%B5es+expressivas+e+simb%C3%B3licas+da+corporeidade,+fornecendo+imagens+e+informa%C3%A7&ots=wYHG9YokZI&sig=EmGuW26UAJeP4Wdf3c01sdUZpl0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 04 ago. 2017.

NOVAES, Joana de V.; VILHENA, Junia; LEMGRUBER, Marcelo. Sexualidade feminina e envelhecimento: apenas uma questão cirúrgica? Algumas considerações acerca das cirurgias estéticas ginecológicas. **Polêmica Rev. Eletrôn.**, Rio de Janeiro, p.18-30, 2003. ISSN 1676-0727. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol23/oficinas/artigos/lipis_1.pdf>. Acesso em: 23 out. 2010.

NOVAIS, Patrícia F.S. *et al.* Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica: derivação gástrica em Y de Roux. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 303-310, mar. 2010. ISSN 1677-9487. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000300009&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 17 ago. 2018.

NUNES, Patrícia S.; SILVA, Josimey C. da. Representações da mulher na publicidade em Natal-RN: entre corpos estéticos e padrões hegemônicos da subalternidade na cena pública. **Ação Midiática**, Curitiba, n. 14, p. 143-158, 2017. ISSN 2238-0701.

OBESIDADE aumenta nos EUA e já atinge cerca 40% dos adultos. *In*: OGLOBO. Saúde. [São Paulo], 13 out. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/obesidade-aumenta-nos-eua-ja-atinge-cerca-40-dos-adultos-21942917#ixzz5RIOMmXAg>. Acesso em: 02 abr. 2018.

OLIVEIRA, Alexandre P. *et al.* Culto ao corpo e exposição de produtos

na mídia especializada em estética e saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 01, p. 31-51, jan./mar. 2010. ISSN 0104-754X.

OLIVEIRA, Edílson O.; VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo; KAC, Gilberto. Fatores demográficos e comportamentais associados à obesidade abdominal em usuárias de centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 361-369, ago. 2007. ISSN 1415-5273.

OLIVEIRA, Leticia L.; HUTZ, Cláudio S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010. ISSN 1807-0329.

OLIVEIRA, Michele L. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2013a. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) - Pós Graduação em Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13323>. Acesso em: 17 maio 2018.

OLSON, David H. *et al.* **Families: What makes them work**. London, England: Sage, 1983. ISBN 978-0803928541. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=755735](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=755735). Acesso em: 10 nov. 2018.

ORTEGA, Fransisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003. ISSN 1678-4464.

ORTEGA RUIZ, Pedro; MÍNGUEZ VALLEJOS, Ramón; RODES BRAVO, Maria Luisa. Autoestima: un nuevo concepto y su medida. **Teor. educ.**, Salamanca, v. 12, p. 45-66, 2000. ISSN 0212-5374.

ORTIZ, Renato. À procura de uma sociologia da prática. *In*: ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1994. p. 7-35. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/24019576/ortiz-renato-pierre-bourdieu---sociologia-completo>. Acesso em: 26 fev. 2019.

PÁDUA, Joyce G.; BOOG, Maria C.F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 4, p. 413-424, ago. 2006. ISSN 1415-5273.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008. ISSN 0100-5502.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008. ISBN 978-8523205294

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmen F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl.1, p. 1819-1829, nov. 2007. ISSN 1413-8123.

PAIVA, Carlos H. A.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. ISSN 0104-5970.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da Qualidade: Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2004. ISBN 978-8522471157.

PAPP, Peggy. **O processo de mudança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. ISBN 3302475.

PARANÁ. 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. **Relatório técnico sobre cirurgia bariátrica**. Curitiba-PR: 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, 22 out. 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/apresentacosbiipartite2012/45ObesidadeGrave.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

PELEGRINI, Thiago. Imagens do corpo: reflexões sobre as acepções corporais construídas pelas sociedades ocidentais. *Revista Urutágua*, Maringá, n. 8, p. 1-6, dez/jan./fev./mar., 2006. ISSN 1519-6178. Disponível em: http://www.urutagua.uem.br/008/08edu_pelegrini.pdf. Acesso em: 30 ago. 2017.

PEPIN, J-François; BRAUNSTEIN, Florence. **O lugar do corpo na cultura ocidental**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. ISBN 978-9727713592.

PERESTELLO, Danillo. **A Medicina da Pessoa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. ISBN 8573797517.

PEREZ, Isabel Cristina Gonçalves. **Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida por mulheres que vivem com obesidade**. 2017. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Nutrição em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-09102017-113149/pt-br.php>. Acesso em: 04 nov. 2018.

PÉRODEAU, Guilhèrme M.; GALBAUD DU FORT, Guillaume. Psychotropic Drug Use and the Relation Between Social Support, Life Events, and Mental Health in the Elderly. **Journal of Applied Gerontology**, [U.S.], v. 19, n. 1, p. 23–41, 2000. ISSN: 1552-4523. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/073346480001900102>. Acesso em: 26 fev. 2019.

PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 51-72, 2002. ISSN 1983-8034. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214. Acesso em: 26 no. 2018.

PETERSEN, Alan. Risk, governance and the New Public Health, p. 188-306. In: PETERSEN, Alan; BUNTON, Robin. (org.), **Foucault, health and medicine**. Londres: Routledge, 1997. ISBN 978-0203005347. Disponível em: https://books.google.com.br/books?printsec=frontcover&vid=LCCN96043375&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 22 out. 2018.

PÉRODEAU, Guilhèrme, GAULBAUD DU FORT, Guillaume. Psychotropic drug use and the relation between social support, life events and mental health in the elderly. **J. Appl. Gerontology**, [U.S.], v. 19, p. 23-41, mar. 2000. ISSN 07334648. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/073346480001900102>. Acesso em: 13 mar. 2019.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. ISBN 978-8589737524.

PIOLA, Sergio F.; VIANNA, Solon M. (org.). **Economia da Saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329. Acesso em: 12 abr. 2019.

PIRES, Maria R.G.M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, p. s1009-s1019, jun. 2010. Suppl. 1. ISSN 1678-4561.

POLIGNANO, Marcus V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. [S.l.:s.n.], 2005. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 14 jun. 2018.

POLLAN, Michael. **Em defesa da comida, um manifesto**. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2008. ISBN: 978-8598078335.

POLLAY, Richard W. The distorted mirror: reflections on the unintended consequences of advertising. **Journal of Marketing**, New York, v. 50, n. 2, p. 896-914, abr. 1986. ISSN 0022-2429. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/55e0/bd54af3d6214cb5324e32840188952d2e012.pdf>. Acesso em: 23 maio 2018.

POSITIVISMO. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [San Fransisco: Wikimedia Foundation], 31 maio 2019. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Positivismo>. Acesso em: 31 maio 2019.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Editora Senac, 2013. ISBN 978-8539604371.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologias da Alimentação**: os comedores e o espaço social alimentar. 2. ed., Florianópolis: Editora da UFSC, 2006. ISBN 978-8532806543.

PROJETO de lei quer mudar legislação dos agrotóxicos no Brasil, entenda. *In*: JUSBRASIL. [S.l.], 04 abr. [2019?]. Disponível em: <https://examedaoab.jusbrasil.com.br/noticias/593989220/projeto-de-lei-quer-mudar-legislacao-dos-agrotoxicos-no-brasil-entenda>. Acesso em: 04 abr. 2019.

PUHL, Rebecca M.; BROWNELL, Kelly D. Bias, discrimination and obesity. **Obesity**, v. 9, n. 12, p. 788-905, 2001. ISSN 1930-739X.

PUHL, Rebecca M.; BROWNELL, Kelly D. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. **Obesity**, [U.S.], v. 14, n. 10, p. 1802-1815, out. 2006. ISSN 1930-739X.

PUHL, Rebecca M.; HEUER, Chelsea A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity**, [U.S.], v. 17, n. 5, p. 941-964, maio. 2009. ISSN 1930-739X.

REVOLUÇÃO científica. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [San Fransisco: Wikimedia Foundation], 21 abr. 2019. Disponível em:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%A3o_Cient%C3%ADfica. Acesso em: 30 maio 2019.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012. ISBN 978-8522421114.

RILEY, Norton M. *et al.* Relation of self-image to body size and weight loss attempts in black women: The Cardia study: Coronary Artery Risk Development in Young Adults. **Am. J. Epidemiol.**, Cary, NC, v. 148, n. 11, p.1062-1068, 1998. ISSN 0002-9262.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento Organizacional**. 8. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1999. ISBN 978-857605002-5.

ROCHA, Simone R. da. **Possibilidades e limites no enfrentamento da vulnerabilidade social juvenil: a experiência do Programa Agente Jovem em Porto Alegre**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/598>. Acesso em: 20 set. 2018.

RODGERS; R. John; TSCHÖP, Matthias; WILDING, John P.H. Anti-obesity drugs: past, present and future. **Disease Models & Mechanisms**, [s.l.], v. 5, p. 621-626, 2012. ISSN 1754-8411.

RODRIGUES, Jaime. A “alimentação racional”: uma proposta de mudança nas práticas alimentares durante o Estado Novo (1937-1945). *In*: Simpósio Nacional de História – História e multidisciplinaridade: territórios e deslocamentos, 24., 2007, São Leopoldo **Anais eletrônicos** [...] São Leopoldo: UNISINOS, 2007. Disponível em: https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548210563_bc0aa6d9cedf4185ec4fc367e9c739bd.pdf. Acesso em: 19 fev. 2018.

SACKS, Oliver. Escotoma: esquecimento e negligência em ciência. *In*: SILVERS, Robert (org.). **Histórias esquecidas da ciência**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. ISBN 978-8521902607.

SANT’ANNA, Denise B. de. Cultos e enigmas do corpo na história. *In*: STREY, Marlene N.; CABEDA, Sonia T.L. (org.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 107-132. ISBN 85-74304921.

SANT’ANNA, Denise B. de. Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres. *In*: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. L.; VEIGA-NETO, Alfredo. **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. 2. ed., Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 99-110. ISBN 85-74903523. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/156554873/Sant-anna-Denise-Bernuzzi-de-Transformacoes-do-corpo-controle-de-si-e-uso-dos-prazeres#>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SANT’ANNA, Denise B. de. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001. ISBN 85-74480436.

SANT’ANNA, Denise B. de. Descobrir o corpo: uma história sem fim. **Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 49-58, 2000. ISSN 0100-3143. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/46832/29117>. Acesso em: 03 jan 2019.

SANTAELLA, Lucia. **Corpo e comunicação: sintoma da cultura**. São Paulo: Paulus, 2004. ISBN 85-34921938.

SANTOS, Alixandra T. *et al.* A história de pessoas com obesidade mórbida: uma experiência no sul do Brasil. **Enferm. em Foco**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 109-113, 2010. ISSN 2177-4285.

SANTOS, Maria Angélica B., GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil - arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciên. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004. ISSN 1678-4561.

SANVITO, Wilson Luiz; RASSLAN, Zied. Os paradoxos da medicina contemporânea. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 634-635, 2012. ISSN 0104-4230.

SARADO. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2009. p. 559.

SARTI, Cynthia A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 11-28, 2004. ISSN 0103-6564.

SARTI, Cynthia A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001. ISSN 0104-1290.

SARTI, Cynthia A. Família e jovens: no horizonte das ações. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 99-109, 1999. ISSN 1413-2478.

SCHALOCK, Robert L.; VERDUGO, Miguel Ángel. Revisión actualizada del concepto de calidad de Vida. *In*: VERDUGO, Miguel Ángel (coord.). **Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: Instrumentos y estrategias de evaluación**. Salamanca, Espanha: Amarú, 2009. p. 29-42. ISBN 978-8481962444. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=515639>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SCHELLER, Fernando. Na publicidade brasileira, mais de 90% dos protagonistas ainda são brancos: Estudo mostra que propaganda reproduz velhos conceitos de gênero e raça no País. *In*: ESTADÃO: Economia e Negócios, [São Paulo], 21 março 2016. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/blogs/radar-da-propaganda/na-publicidade-brasileira-mais-de-90-dos-protagonistas-ainda-sao-brancos>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SCHERER, Alessandra D'ávila *et al.* Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. **Nova perspect. sist.**, São Paulo, v. 26, n. 58, p. 17-37, ago. 2017. ISSN 0104-7841. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 fev. 2019.

SCHERER, Patrícia T. *et al.* Sintomas da obesidade: exclusão e impactos no trabalho. *In*: Seminário Regional de Políticas Públicas Interesetorialidade e Família (SERPINF), 2., 2014, Porto Alegre. **Anais eletrônicos** [...] Porto Alegre: Edipucrs,

2014. Disponível em:

<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2014/assets/24.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SCHERER, Patrícia T. **O peso dos determinantes sociais da saúde na vida dos sujeitos bariátricos**: desafios para o SUS. 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7826/1/000477234-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

SCHERER, Patrícia T.; SANTOS, Andréia T.; BELLINI, Maria I.B. **A cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro**: a importância da intersectorialidade das políticas públicas para o sucesso do tratamento da obesidade. [S.l.: s. n.], [2019?]. Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2014/sesion5/04-09_sesion5_2_pt.pdf. Acesso em: 04 abr. 2019.

SICHIERI, Rosely *et al.* Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 227-232, jun. 2000. ISSN 1677-9487.

SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHMALZ, Dorothy L. "I feel fat": weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity. **Obes. Facts**, Switzerland, v. 3, n. 1, p. 15-21, 2010. ISSN 1662-4033.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa H. *et al.* Relação de amizade de adolescentes obesos e eutróficos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 47-63, 2010. ISSN 1678-9563.

SCHUTZ, Fernanda, MIOTO, Regina C.T. Intersectorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, p. 59-75, jan./jun. 2010. ISSN 2317-0204.

SCHUTZ, Will. **Profunda Simplicidade**, São Paulo: Agora, 1989. ISBN 978-8571833470.

SEIXAS, Cristiane M., BIRMAN, Joel. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan./ mar., p. 13-26, 2012. ISSN 0104-5970.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Julia. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 68-72, dez. 2002. suppl. 3. ISSN 1516-4446.

SENADO FEDERAL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016** (nº 241/2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília – DF: Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3877571&ts=1553284790712&disposition=inline>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SERRA, Giane M. A.; SANTOS, Elizabeth M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003. ISSN 1678-4561.

SHAFIQUE, Sohana *et al.* Trends of under-and overweight among rural and urban poor women indicate the double burden of malnutrition in Bangladesh. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 36, n. 2, p. 449-457, 2007. ISSN 1464-3685.

SHELDON, Steven; HOPKINS, Jhonn. The parents' social nets and convictions as predictors of parents' involvement. **The Element. Sch. J.** Chicago, v. 102, n. 4, p. 301-316, 2002. ISSN 0013-5984.

SHILS, Maurice E. *et al.* **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. 9. ed. Barueri: Manole Ltda, 2003. ISBN 978-8520411209.

SIBILIA, Paula. O bisturi de software: ou como fazer um "corpo belo" virtualizando a carne impura? *In*: ARAUJO, Denize Correa (org.). **Imagem (Ir) realidade: comunicação e cibermídia**. Porto Alegre: Sulina, 2006. p. 271-289. ISBN 85-20504310.

SILVA, Adriana M. G. da. **Produção do cuidado em obesidade: cartografando uma unidade básica de saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-17052018-144820/pt-br.php>. Acesso em: 02 abr. 2019.

SILVA, Mariana C.; CAMPESATTO-MELLA, Eliane A.C. Avaliação do uso de anorexígenos por acadêmias de uma instituição de ensino superior em Maringá, PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2008. ISSN 1982-114X.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. *In*: SILVA, Tomaz T.; HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 73-102. ISBN 85-32624138.

SILVEIRA, Rodrigo *et al.* Desinstitucionalização e modelos assistenciais em saúde mental: avaliação na perspectiva da integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes [org.]. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009, p. 95-194. ISBN 978-8589737517. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SILVEIRA, Lia M.C.; RIBEIRO, Victoria M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, fev. 2005. ISSN 1414-3283.

SJÖSTRÖM, Lars *et al.* Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obesity subjects. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 8, n. 357, p. 741-752, 2007. ISSN 1533-4406.

SOARES, Carmem L. **Educação física: raízes europeias e Brasil**. São Paulo: Autores Associados Ltda, 1994. ISBN 85-74960187.

SOARES NETO, José Fernando P. **A Saúde modificada: Criatividade, espontaneidade e satisfação na experiência corporal contemporânea**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SOBAL, Jeffery. The Medicalization and Demedicalization of Obesity. *In*: MAURER, Donna; SOBAL, Jeffery (org.). **Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems**. Piscataway: Transaction Publishers, 1995. p. 67-90.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM) (Brasil). **A cirurgia bariátrica**. São Paulo: SBCBM, 2017. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/a-cirurgia-bariatrica/#1508952707859-79fb9d44-1a85>. Acesso em: 24 out. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM) (Brasil). **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%**. São Paulo: SBCBM, 2018. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>. Acesso em: 05 abr. 2019.

SODRÉ, Muniz. **As estratégias sensíveis: afeto, mídia e política**. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 85-32633048.

SOKOLOSKI, Maria Elisa. Do pó de arroz ao *photoshop*. **Razón y Palabra**, Quito, v. 15, n. 74, nov. 2010. não paginado. ISSN 1605-4806. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199516111012.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 63, p. 279-280, out. 2002. ISSN 2182-7435. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/1285>. Acesso em: 29 nov. 2018.

SOUSA SANTOS. Boaventura de. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 4. ed. Porto: Afrontamento, 1995. ISBN 978-9723602074.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 71-94, nov. 2007. ISSN 0101-3300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 maio 2019.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. Um discurso sobre as ciências. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. ISBN 978-8524909528. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1979672/mod_resource/content/1/SANTOS%20Um%20discurso%20sobre%20as%20ci%C3%AAs_LIVRO.pdf. Acesso em: 01 jun. 2019.

SOUZA, Elizabete C. F. de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008. Suppl. 1. ISSN 1678-4464.

SOUZA, Maria A. A. de. Luta por reconhecimento na saúde de idosos(as): subjetividade, decisão e redes na atenção básica. *In*: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009, p. 171-186. ISBN: 978-8589737517. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SPINK, Mary J.P. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. *In*: GUARESCUI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (org.). **Textos em Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p.117-148. ISBN 85-26129701.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. *In*: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: UNESCO, 2009. p. 13-56. ISBN 978-8576520924. Disponível em: http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/disseminacao/renda-decidadania/2009/concepcao-e-gestao-da-protecao-social-naocontributiva-no-brasil/arquivos/concepcao_gestao.pdf/download. Acesso em: 20 set. 2018.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. ISBN 85-87853724. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

STAUDT, Ana Cristina P.; WAGNER, Adriana. Paternidade em tempos de mudança. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 174-185, jun. 2008. ISSN 1516-3687.

STENZEL, Lúcia M. Servir (vir a ser): o imperativo do corpo magro na contemporaneidade. *In*: STREY, Marlene N.; CABEDA, Sonia T.L. (org.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 179-194. ISBN 85-74304921.

STENZEL, Lúcia M. O significado do excesso corporal no cotidiano. *In*: VERONESE, Marília V.; GUARESCHI, Pedrinho (org.). **Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação**. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 88-118. ISBN 978-8532635358.

STEYER, Nathalia H. *et al.* Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, fev. 2016. não paginado. ISSN 1983-1447. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000100401&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 jul. 2018.

STICE, Eric *et al.* Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. **J. Abnorm. Psychol.**, Washington Dc., v. 103, n. 4, p. 836-840, 1994. ISSN 1939-1846.

STOCCO, Claudinha. Os melhores comerciais de perfumes! *In*: STOCCO, Claudinha. **Campanhas, celebridades, perfumes**. [S.l.], 21 maio [2018?].

Disponível em: <http://claudinhastoco.com/os-melhores-comerciais-de-perfumes/>. Acesso em: 18 jul. 2018.

STUNKARD, Albert J.; SORENSEN, Thorkild I.A. Obesity and socioeconomic status - a complex relation. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 329, p. 1036-7, 1993. ISSN 1533-4406.

STUNKARD, Albert J. Fatores na obesidade: visões atuais. *In*: PENÃ, Manuel; BACALLAO, Jorge (org.). **Obesidade e pobreza: um novo desafio à saúde pública**. São Paulo: Roca, 2006. p. 27-33. ISBN 978-8572416102.

SUPER Slim X. *In*: GOOGLE imagens. Youtube: Google, 2017. Disponível em: https://www.google.com/search?q=monique+alfradique+slim+x&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiUgsHZ9_3hAhXaG7kGHRfEDJ4Q_AUIDigB&biw=690&bih=591#imgsrc=1otX4uQAthjQEM:. Acesso em: 18 jul. 2018.

SURDI, Aguinaldo C.. **A fenomenologia como fundamentação para o movimento humano significativo**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Dsports, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/91451/247666.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 out. 2018.

TADDEO, Patrícia da S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2923-2930/pt>. Acesso em: 28 maio 2019.

TAVARES, Altair. Tony Ramos pesquisou a Friboi antes de fazer propaganda da empresa. *In*: TAVARES, Altair. **Coluna alta**. Destaques. [S.l.], 24 mar. 2017. Disponível em: <https://altairtavares.com.br/tony-ramos-pesquisou-a-friboi-antes-de-fazer-propaganda-da-empresa/>. Acesso em: 18 Jul. 2018.

TAVARES, Maria da C.G.C. **Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento**. Barueri: Manole, 2003. ISBN 85-20416373.

THOMPSON, J. Kevin *et al.* Relations among multiple peer influences, body dissatisfaction, eating disturbance, and self-esteem: a comparison of average weight, at risk of overweight, and overweight adolescent girls. **J. Pediatric Psychology**, v. 32, n. 1, p. 24-29, 2007. ISBN 978-0306444234. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/32/1/24/2952464>. Acesso em: 08 fev. 2019.

TOLEDO, Carolina C. *et al.* Qualidade de vida no pós operatório tardio de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 202-209, 2010. ISSN 1516-77.

TOREZAN, Erika F.G. Revisão das principais deficiências de micronutrientes no pós-operatório do Bypass Gástrico em Y de Roux. **Intern. J. Nutrology**, New York, v. 6, n. 1, p. 37-42, 2013. ISSN 1984-3011.

TOUNIAN Patrick. **Obesidade infantil**. 1. ed., São Paulo: Organização Andrei, 2008. ISBN 85-7476356X.

TRANSGREDIR. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Mini dicionário da língua portuguesa. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2009. p. 559.

TUBAÍNA. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [San Fransisco: Wikimedia Foundation], 4 jul. 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Turba%C3%ADna>. Acesso em: 10 jan. 2019.

TUCHERMAN, Ieda. **Breve história do corpo e seus monstros**. 3. ed. Lisboa: Nova Vega, 2004. ISBN: 978-9726995777.

TUNES, Elizabeth; RAAD, Ingrid Lílian Fuhr. **Quando a medicina adocece**. Cidade do México, 2006. Trabalho apresentado no 1º Congresso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación. Cidade do México, jun. 2006. Disponível em <https://www.oei.es/historico/memoriasctsi/mesa2/m02p31.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

TURNER, Bryan S. *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge, 2000. ISSN 0415-06963. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=93mRV0mkUtsC&pg=PA15&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 02 set. 2017.

UCHIMURA, Kátia Y.; BOSI, Maria Lúcia M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. ISSN 1678-4464.

UTRILLA, Patrick. Aspectos farmacológicos de las anfetaminas. **Ars. Pharmaceutica**, Granada, v. 41, n. 1, p. 67-77, 2000. ISSN 2340-9894.

VASCONCELOS, Karina S.S. *et al.* Dificuldades funcionais em mulheres obesas com osteoartrite de joelhos: relação entre percepção subjetiva e desempenho motor. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 55-61, 2007. ISSN 1809-2950.

VASCONCELOS, Naumi A de.; SUDI, Iana; SIDI, Nara. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista mal-estar e subjetividade**. Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 65-93, mar. 2004. ISSN 2175-3644.

VAZ, Paulo; CARVALHO, Carolina Sá; POMBO, Mariana. Risco e sofrimento evitável: a imagem da polícia no noticiário de crime. **E-Compós**, Brasília, v. 4, n. 11, 2005. não paginado. ISSN 1808-2599. Disponível em: <http://e-compos.emnuvens.com.br/e-compos/article/view/46/46>. Acesso em: 15 Abr. 2019.

VEIGA, Luciana; GONDIM, Sônia M. G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, Campinas, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2001. ISSN 1807-0191.

VERONESE, Marília V.; GUARESCHI, Pedrinho. **Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação**. Petrópolis: Vozes, 2007b. ISBN 978-8532635358.

VIA Crucis. *In*: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [San Francisco: Wikimedia Foundation], 23 maio 2019. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Via_Cr%C3%BAcis. Acesso em: 28 maio 2019.

VIANA, Marcia Regina *et al.* A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 447-456, fev. 2017. ISSN 1678-4561. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/447-456/>. Acesso em: 28 fev. 2019. ISSN 1413-8123.

VIANA, Nildo. **Senso comum, representações sociais e representações cotidianas**. Bauru: EDUSC, 2008. ISBN 978-8574603612.

VIEIRA, Adriana Carvalho Pinto; CORNÉLIO, Adriana Regia. Produtos light e diet: o direito a informação ao consumidor. *In: JUS.COM.BR* [São Paulo], 10 dez. 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/6066/produtos-light-e-diet/2?secure=true>. Acesso em: 16 fev. 2018.

VIGARELLO, Georges. **História da beleza**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006. ISBN 978-8500018664.

VIGARELLO, Georges. **As metamorfoses do gordo**. História da obesidade no Ocidente: da Idade Média ao século XX. Petrópolis, Vozes, 2012. ISBN 978-8532643582.

VILELA, Evandro R. Alimentos dietéticos e alternativos. **Textos Acadêmicos**. Lavras: UFLA, 2000.

VRIES, Thomas P.G.M. *et al.* **Guide to Good Prescribing**. Geneva: World Health Organization, 1994. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2991s/h2991s.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

WAGNER, Adriana (coord.). **Família em cena**: tramas, dramas e transformações. Petrópolis: Vozes, 2002. ISBN 85-3262717X.

WANDERLEY, Emanuela N.; FERREIRA, Vanessa A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciên. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010. ISSN 1413-8123.

WANDERLEY, Mariangela B. Refletindo sobre a noção de exclusão. *In: SAWAIA, Bader B. (org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001. ISBN 85-32622615.

WEE, Christina C. *et al.* Screening for cervical and breast cancer: is obesity an unrecognized barrier to preventive care? **Annals of Internal Medicine**, v. 132, n. 9, p. 697-703, 2000.

WEINTRAUB, Harold M. Long-term Weight Control: the eight Control: National Heart, Lung and Blood Institute funded multimodel intervention study. **Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.**, Germany, v. 51, p. 581-646, 1992. ISSN 0946-1965.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (Switzerland). **Anorectic agents: restricted use**. WHO Pharmaceuticals Newsletter. [Geneva]: WHO, n. 5-6, p. 3-4, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/medicinedocs/index.fcgi?sid=zNnGhaRZ9ee80ca600000000476162bf&a=d&d=Js2257e>. Acesso em: 10 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (Switzerland). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. [Geneva]: WHO, 2000. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284. Disponível

em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 15 maio. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (Switzerland). **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. [Geneva]: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=91A93C59F7FF9D186C65CD4F83D3B875?sequence=1. Acesso em: 20 ago. 2015.

WILLIAMS, Simon *et al.* Waking up to sleepiness: Modafinil, the media and the pharmaceuticalisation of everyday/night life. **Sociology of Health & Illness**, Boston, v. 30, n. 6, p. 839-855, 2008. ISBN 978-035704507.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. *In*: SILVA, Tomaz Tadeu; HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn (org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000. ISBN 85-32624138.

WYKES, Maggie.; GUNTER, Barrie. **The media & body image** – if looks could kill. London: Sarge Pub, 2005. ISBN 07619-42475. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=gvtEEuGgXnUC&oi=fnd&pg=PP2&dq=WYKES,+Maggie.%3B+GUNTER,+Barrie.+The+media+%26+body+image+%E2%80%93+if+looks+could+kill.+London:+Sarge+Pub,+2005.&ots=cp7QFd2LRe&sig=JY6gN1frgMD-J19La49kKrVTtus#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 14 mar. 2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. Serviço social e pobreza. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 153-154, jul./dez. 2010. ISSN 1982-0259.

YOSHINO, Nair L.. **A Normatização do corpo em “excesso”**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313811?mode=full>. Acesso em: 10 out. 2018.

ANEXO A

**Modelo dos Determinantes sociais da saúde proposto por
Dahlgren-Whitehead (1991)**



Fonte e tradução: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Original foi utilizado com permissão do Institute for Futures Studies, Estocolmo, Suécia.

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP

Pesquisador: Allan Cezar Faria Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44732515.0.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
hospital universitario do oeste do parana

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.180.202

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo e prospectivo que será realizado mediante coleta de dados de indivíduos com idade acima dos 18 anos que fazem parte de um programa multidisciplinar direcionado a pessoas que apresentam diagnóstico de obesidade. Esse Programa é realizado parte no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e parte no Centro de Reabilitação Física (CRF) da UNIOESTE. Um dos objetivos da pesquisa é utilizar os dados coletados por essa equipe para fazer estudos de casos dos pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Implantar um serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, multidisciplinar e interdisciplinar, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento e prevenção aos indivíduos com obesidade da região oeste do Paraná.

Objetivos Secundários:

- Atender usuários obesos do SUS em nível ambulatorial nas áreas multiprofissionais da saúde; - Realizar vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à - estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; - Realizar ações de promoção da saúde

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

APÊNDICE A

ROTEIRO DE PESQUISA PARA GRUPO FOCAL / ENTREVISTA

1. Qual o seu pensamento/sentimento sobre a obesidade?
2. Quando começou a obesidade em sua vida?
3. Como é ser obeso? O que você sente e pensa sobre ser “obeso”?
4. Devido a obesidade, você se sente uma pessoa saudável ou doente?
5. Você percebeu sozinho(a) ou alguém lhe falou? Quem te falou? Como isso ocorreu?
6. Procurou ajuda? De quem? Qual foi a orientação/tratamento oferecido?
7. Ficou satisfeito com a orientação/tratamento? Por que sim ou não?
8. Relato de outros Tratamentos (histórico)
9. Qual o seu sentimento sobre as propagandas e programas de tv quando abordam o tema obesidade?
10. Com relação à obesidade, como você se vê/sente e como acha que eles o vê/sente):
 - 10.1 Sua relação com a Família
 - 10.2 Sua relação com a Comida
 - 10.3 Sua relação com Amigos (vizinhos)
 - 10.4 Sua relação com Trabalho
 - 10.5 Sua relação com Sexualidade
 - 10.6 Sua relação com Relação com outros obesos
 - 10.7 Sua relação com os profissionais de saúde
 - 10.8 Sua relação com as propagandas da televisão/outdoors, etc

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

1. Nome: _____
2. Idade: _____ (anos) 3. Gênero: _____ 4. Estado Civil: _____
5. Escolaridade: _____ (anos) 6. Estuda atualmente: () sim () não
- 6.1 Curso: _____
7. Número de filhos: _____ 8. Trabalho atual: _____ 9. Vínculo empregatício:
- Dependentes: _____ Idades: _____ () Carteira assinada
- Independentes: _____ Idades: _____ () Autônomo () Servidor público () Trabalho temporário
- () Outro: _____
10. Cidade onde mora: _____ 11. Bairro: _____ 12. () Zona Urbana
() Zona Rural
13. Tipo de moradia: _____ 13.1 Sua residência é:
- () Alvenaria () Madeira () Mista () Outro
- () Própria financiada
- () Própria quitada () Alugada
- () Cedida por alguém
- () Outro: _____
14. Quanto tempo reside neste local? _____
15. Você gosta de viver neste local? Por quê? _____
- _____
16. Quantas pessoas residem com você? _____
17. Quem mora com você e idade? _____
- _____
18. Na sua casa tem () esgoto () água tratada () luz elétrica () asfalto na rua
() estrada de chão () poço artesiano () iluminação pública () calçada
() coleta de lixo () linha de ônibus () praça () academia ao ar livre?
19. O que você acha sobre estes serviços? São bons, ruins? Por quê?
- _____

20. Você pratica exercícios físicos? () sim () não

20.1 Se sim, onde? _____

20.2 Você considera um bom local para isso? Por quê? _____

21. Atualmente, o que você tem feito para se divertir, distrair? _____

21.1 Onde e com que frequência?

22. Você participa de alguma atividade associativa ou comunitária, tais como: associação de moradores, grupo religioso, partido político, grupo de voluntariado, clube de mães, clube social, ou outros e com qual frequência?

23. Com quem costuma ir?

24. No seu bairro, há:

Posto de saúde () sim () não **Hospital** () sim () não **ESF** () sim () não

25. Onde você costuma fazer suas consultas de rotina?

26. Com que frequência vai ao posto de saúde? _____

27. Atualmente, você esta sendo acompanhado pelos profissionais do posto ou ESF?

() sim () não por quê? _____

28. Em relação à medicação que você precisou/precisa usar (relacionada à obesidade/complicações), você: () Retira no Posto de Saúde () a Prefeitura fornece () compra com recurso próprio () via judicial () outra forma _____

29. Você possui plano de saúde privado? () sim () não

30. Você utiliza ou já utilizou algum(s) serviço(s) de saúde privado? () Não () Sim. Onde, quais e motivo? _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Título do projeto: Representações sociais de sujeitos em situação de obesidade grave: trajetórias de vida e itinerários no Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquisadora responsável: Claudia Regina Felicetti Lordani

Convidamos você a participar da nossa pesquisa (CEP n. 1.180.202) que tem o objetivo de compreender o processo de constituição das representações sociais de sujeitos em situação de obesidade grave frente às suas trajetórias de vida e aos seus itinerários terapêuticos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a execução do projeto, os riscos a que você estará exposto estão relacionados aos possíveis desconfortos ou constrangimentos a algum questionamento que devem ser minimizados por meio de entrevistas individualizadas. Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao seu tratamento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar a pesquisadora pelo telefone (45) 999333220.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto de pesquisa.

(Assinatura)

(Nome do sujeito da pesquisa)

Eu, Claudia R. F. Lordani , declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante.

(nome da pesquisadora)

Cascavel, _____ de _____ de 201__

APÊNDICE D

Tabela Resumo - Perfil socioeconômico dos sujeitos em situação de obesidade considerada grave, participantes da pesquisa. Cascavel-PR, 2017.

| Código ¹ | Gênero auto referido ² | Raça auto referida | Idade (em anos) | Escolaridade (em anos) auto referida | Estado civil auto referido | Número de habitantes por residência | Ocupação atual | Renda familiar mensal auto referida (em reais) | Renda per capita mensal auto referida (em reais) | Número de filhos | Município onde reside atualmente |
|---------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|----------------------------------|
| E1 | F | Negra | 23 | 8 | Solteira | 3 | Caixa ³ | 1.870,00 | 623,33 | 0 | Cascavel |
| E2 | F | Branca | 46 | 4 | Casada | 3 | Do lar | 937,00 | 312,33 | 2 | Três Barras do Paraná |
| E3 | M | Branca | 46 | 4 | Casado | 4 | Agricultor | 1.500,00 | 375,00 | 2 | Formosa do Oeste |
| E4 | F | Branca | 52 | 4 | Casada | 2 | Cuidadora de idosos | 937,00 | 468,50 | 1 | Quedas do Iguaçu |
| E5 | F | Negra | 36 | 8 | Casada | 4 | Telefonista ³ | 1.800,00 | 450,00 | 2 | Cascavel |
| E6 | F | Branca | 54 | 6 | Viúva | 1 | Copeira ³ | 1.100,00 | 1.100,00 | 2 | Quedas do Iguaçu |
| E7 | F | Negra | 36 | 8 | Solteira | 3 | Cozinheira ³ | 1.700,00 | 566,67 | 2 | Cascavel |
| E8 | F | Negra | 31 | 2 | Casada | 2 | Do lar | 937,00 | 468,50 | 0 | Cascavel |
| E9 | F | Branca | 48 | 5 | Separada | 2 | Do lar | 1.000,00 | 500,00 | 2 | Braganey |
| G1 | F | Branca | 47 | 15 | Casada | 4 | Auxiliar de laboratório ³ | 4.200,00 | 1.050,00 | 2 | Cascavel |
| G2 | F | Branca | 63 | 3 | Solteira | 2 | Do lar | 1.200,00 | 600,00 | 0 | Cascavel |
| G3 | F | Branca | 40 | 4 | Casada | 2 | Do lar | 937,00 | 468,50 | 0 | Cascavel |
| G4 | F | Branca | 42 | 3 | Casada | 2 | Garf ³ | 1.100,00 | 550,00 | 0 | Corbélia |
| G5 | F | Branca | 73 | 2 | Viúva | 1 | Do lar | 937,00 | 937,00 | 2 | Cascavel |
| G5 | F | Branca | 73 | 2 | Viúva | 1 | Do lar | 937,00 | 937,00 | 2 | Cascavel |
| G6 | M | Branca | 58 | 8 | Solteiro | 1 | Aposentado | 937,00 | 937,00 | 0 | Santa Tereza do Oeste |
| G7 | M | Branca | 62 | 4 | Viúvo | 2 | Aposentado | 1.300,00 | 650,00 | 4 | Cascavel |
| G8 | F | Branca | 51 | 8 | Casada | 2 | Do lar | 937,00 | 468,50 | 4 | Cafelândia |
| G9 | F | Negra | 47 | 6 | Casada | 5 | Agente Comunitário de Saúde ³ | 1.900,00 | 633,00 | 3 | Cascavel |
| G10 | M | Branca | 42 | 6 | Casado | 2 | Motorista | 1.300,00 | 650,00 | 1 | Quedas do Iguaçu |
| G11 | F | Branca | 54 | 8 | Casada | 2 | Aposentada | 1.800,00 | 900,00 | 3 | Cascavel |

¹ Por questões éticas, os nomes foram codificados em: E = entrevistado(a); G = grupo focal. ² F = Feminino; M = Masculino. ³ Trabalhadores do mercado formal.

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pela autora.