



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**NATHÁLIA GOMES DA SILVA**

**PESSOAS COM EXCESSO DE PESO: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS  
RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA E À IMAGEM CORPORAL**

CAMPINA GRANDE

JUNHO/2018

**NATHÁLIA GOMES DA SILVA**

**PESSOAS COM EXCESSO DE PESO: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS  
RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA E À IMAGEM CORPORAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) –, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestra em Psicologia da Saúde, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josevânia da Silva.

**Orientanda:** Nathália Gomes da Silva

CAMPINA GRANDE

JUNHO/2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva, Nathália Gomes da.  
Pessoas com excesso de peso [manuscrito] : aspectos psicossociais relacionados à qualidade de vida e à imagem corporal / Nathália Gomes da Silva. - 2018.  
111 p.  
  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."  
  
1. Excesso de peso. 2. Obesidade. 3. Qualidade de Vida.  
4. Imagem corporal.

21. ed. CDD 304.27

NATHÁLIA GOMES DA SILVA

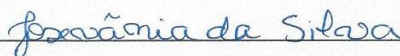
**PESSOAS COM EXCESSO DE PESO: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS  
RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA E À IMAGEM CORPORAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestra em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Aprovada em: 08/06/2018.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Josevânia Silva (UEPB, Orientadora)



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sibelle Maria Martins de Barros (UEPB, Membro Interno)



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli (UEPB, Membro Externo)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, Lúcia, por ter apostado em seus filhos desde o princípio, por acreditar no poder da educação e lutar por isso.

Ao meu pai, Rosinaldo, por sempre ter dado o máximo de si e lutado junto com minha mãe para nos proporcionar uma educação de qualidade.

A Vítor, além de meu irmão, meu melhor amigo, por sempre me proporcionar momentos de descontração.

A Felipe, pela cumplicidade e apoio nos momentos em que mais precisei e preciso.

À minha orientadora, Professora Josevânia Silva, pelo modo sereno de conduzir todo o processo.

À professora Ana Alayde Werba, pelas suas valiosas contribuições desde a qualificação.

À professora Sibelle Barros, com quem dei início ao trabalho nesta temática, por ter aceitado continuar a contribuir com este trabalho.

A todos os professores que contribuíram para minha formação, sou eternamente grata.

À Maysa, Mariana, Julio Cezar, Bruna e Rafaela que me ajudaram na coleta, o apoio de vocês foi fundamental.

A todos os participantes que colaboraram com este estudo, demonstrando disponibilidade para responder aos questionários.

*Epígrafe*

*“Os nossos gostos pessoais, as nossas preferências, existem e existirão sempre, mas, a despeito de nossos juízos e de nossas vontades, pessoas são diferentes, pensam diferente, amam diferente. Qualquer um tem o direito de não achar essas diferenças bonitas, atraentes, desejáveis, mas tem o DEVER de respeitá-las. (...) Nosso corpo carrega nossa história, então... Respeita minha história, mano!”*

Mariana Xavier em Gordelícias

Silva, N. G. (2018). *Pessoas com excesso de peso: aspectos psicossociais relacionados à qualidade de vida e à imagem corporal*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde. Campina Grande, Universidade Estadual da Paraíba.

### RESUMO:

Este estudo teve por objetivo analisar a qualidade de vida e a imagem corporal de pessoas com excesso de peso e os aspectos psicossociais vivenciados por estas pessoas. Contou-se com a participação, de forma não probabilística e acidental, de 58 pessoas com sobrepeso e obesidade, com idades variando de 18 a 66 anos ( $M=38,53$ ;  $DP=10,69$ ), sendo a maioria do sexo feminino (81%). Além disso, para o procedimento de entrevista, participaram 17 pessoas que foram abordadas conforme disponibilidade, seguindo o critério de saturação. Para a coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico, Questionário Impact of Weight on Quality of Life-Lite (Iwqol-Lite), The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), a Escala de Figuras de Stunkard Figure Rating Scale (FRS) e Entrevista. Para a caracterização socioeconômica e análise dos dados decorrentes dos instrumentos quantitativos foram realizadas análises de estatísticas descritivas e bivariadas, por meio do programa estatístico SPSS, versão 20.0. Já para a análise dos conteúdos das entrevistas, utilizou-se a análise categorial temática. No Fator Geral da QV os participantes apresentaram escore médio positivo de 53,4 ( $DP=10,4$ ), demonstrando uma QV relativamente boa. Na avaliação por fatores, os resultados indicaram baixos níveis de QV no domínio Meio Ambiente e melhores níveis de QV no domínio Relações Sociais. A avaliação da QV através do instrumento específico demonstrou escore médio positivo de 3,3 ( $DP=0,9$ ), já na avaliação por fatores, a dimensão Vida Sexual foi a que apresentou melhor escore médio. De outro modo, a dimensão Função Física foi a que apresentou o menor escore, com média abaixo do ponto de corte igual a 2,9 ( $DP=1,0$ ). No que diz respeito à Imagem Corporal, verificou-se que nenhum dos participantes estava satisfeito com sua imagem corporal. A partir da análise das entrevistas, emergiram três classes temáticas, 9 categorias, e 11 subcategorias, a saber: Classe Temática I – Explicações para o excesso de peso (categorias: Fatores Individuais, Fatores Sociais e Fatores Programáticos), Classe Temática II – Qualidade de vida (categorias: Fatores Individuais e Fatores Sociais) e Classe Temática III – Imagem Corporal (categorias: Insatisfação com imagem, Insatisfação com o excesso de peso, Preconceito e Autoaceitação). Conclui-se que a avaliação de qualidade de vida e de imagem corporal deve ser realizada considerando os diversos aspectos, incluindo as condições de vida das pessoas, o suporte social e os processos intersubjetivos. Na realização de futuros estudos, aspectos intersubjetivos, como perda de papéis ocupacionais, doenças e relações afetivas, devem ser considerados, bem como a adoção de critérios de natureza variada – biológica, psicológica e sociocultural –, visto que esses elementos estão relacionados com as potencialidades de saúde e de vida, podendo interferir nos processos de saúde-doença.

**Palavras-chave:** Excesso de peso; Obesidade; Qualidade de Vida; Imagem Corporal.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the Quality of Life and body image of overweight people and the psychosocial aspects experienced by these people. There was a non-probabilistic and accidental participation of 58 people who were overweight and obese, with ages varying from 18 to 66 years ( $M=38,53$ ;  $DP=10,69$ ), being the majority female (81%). Besides that, for the interview procedure, 17 people who were approached according to availability, following the saturation criterion. The following instruments were used to collect data: Sociodemographic questionnaire, questionnaire Impact of Weight on Quality of Life-Lite (Iwqol-Lite), The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), the Stunkard Figure Rating Scale (FRS) and Interview. For the socioeconomic characterization and analysis of the data derived from the quantitative instruments, analyzes of descriptive and bivariate statistics were performed, using the statistical program SPSS, version 20.0. For the analysis of the contents from the interviews, the thematic categorical analysis was used. In the General Factor of the QV, the participants had a mean positive score of 53.4 ( $SD = 10.4$ ), showing a relatively good QV. In the evaluation by factors, the results indicated low levels of QV in the Environment domain and better levels of QV in the Social Relations domain. The evaluation of QV by means of the specific instrument showed a positive mean score of 3.3 ( $SD = 0.9$ ). In the assessment by factors, the Sexual Life dimension was the one with the best mean score. Otherwise, the Physical Function dimension was the one with the lowest score with a mean below the cut-off point of 2.9 ( $SD = 1.0$ ). Regarding Body Image, it was verified that none of the participants was satisfied with their body image. From the analysis of the interviews, three thematic classes emerged, 9 categories, and 11 subcategories, namely: Thematic Class I: Explanations for being overweight (categories: Individual Factors, Social Factors and Programmatic Factors), Thematic Class II – Life quality (categories: Individual Factors and Social Factors) and Thematic Class III - Body Image (categories: Dissatisfaction with image, Dissatisfaction with being overweight, preconception and self acceptance. It is concluded that the evaluation of quality of life and body image should be performed considering the various aspects, including people life conditions, social support and intersubjective processes. In other studies, intersubjective aspects, such as loss of occupational roles, diseases and affective relationships, should be considered, as well as the adoption of criteria of a varied nature - biological, psychological and sociocultural - since these elements are related potentialities to health and life, and may interfere in health-disease processes.

**Keywords:** Overweight; Obesity; Quality of life; Body image.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Etapas do Procedimento de Análise de Conteúdos sobre o material transcrito nas entrevistas.....	43
Tabela 2 - Frequências e percentuais referentes aos dados sociodemográficos dos participantes (N=58).....	46
Tabela 3 - Frequências e percentuais referentes aos dados clínicos dos participantes (N=58).....	48
Tabela 4 - Avaliação da Qualidade de Vida por Fatores do WHOQOL-Bref (N=57).....	51
Tabela 5 - Avaliação da Qualidade de Vida por Fatores do IWQOL-Lite (N=57).....	52
Tabela 6 - Correlação entre os fatores do WHOQOL-Bref e IWQOL-Lite.....	54
Tabela 7 - Estatísticas descritivas das medidas de imagem corporal obtidas pela Escala de Figuras de Stunkard.....	56
Tabela 8 - Estatísticas descritivas das medidas de peso obtidas pelo questionário.....	57
Tabela 9 - Classes Temáticas e Categorias dos discursos emitidos .....	61

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>CAPÍTULO 1 - Obesidade: aspectos históricos, epidemiológicos e implicações psicossociais</b> .....	13
1.1 História da obesidade .....	13
1.2 Obesidade: dados epidemiológicos e políticas públicas .....	15
1.3 Aspectos conceituais .....	17
1.4 Obesidade e implicações psicossociais .....	
<b>CAPÍTULO 2 - Referencial Teórico</b> .....	24
2.1 Qualidade de Vida .....	24
2.1.1 Aspectos Conceituais .....	24
2.1.2 A avaliação da Qualidade de Vida .....	29
2.2 Imagem Corporal .....	32
2.2.1 Aspectos Conceituais .....	32
2.2.2 A avaliação da Imagem Corporal .....	36
<b>CAPÍTULO 3 – Método</b> .....	40
4.1 Delineamento .....	40
4.2 Participantes .....	40
4.3 Instrumentos .....	40
4.4 Procedimentos .....	42
4.5 Análise dos Dados .....	43
4.6 Aspectos éticos.....	45
<b>CAPÍTULO 4 – Resultados e Discussões</b>	
4.1 Perfil da amostra .....	46
4.2 Qualidade de vida das pessoas com excesso de peso.....	50
4.3 Imagem corporal das pessoas com excesso de peso .....	55
4.4 Aspectos psicossociais vivenciados pelos participantes: explicações sobre as causas do excesso de peso, percepção da qualidade de vida e imagem corporal .....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
<b>Referências</b> .....	91
<b>Apêndice</b>	
<b>Anexos</b>	

## INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, de etiologia multifatorial, caracterizada principalmente pelo acúmulo excessivo de gordura corporal no organismo, que traz repercussões à saúde (Ades & Kerbauy, 2002). Quando se afirma que a obesidade possui etiologia multifatorial, afirma-se que a compreensão do fenômeno requer a consideração de questões biológicas, históricas, psicológicas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas (Wanderley & Ferreira, 2010). Para fins de classificação, a OMS (1998) considera, independente de sexo e idade, que o Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 25 kg/m<sup>2</sup> é indicativo de excesso de peso.

Pessoas com obesidade, usualmente sofrem pressão social por fugirem do padrão estético difundido pela sociedade contemporânea. São atribuídas a essas pessoas as características de gulosas, não atraentes, desajeitadas, sem determinação e preguiçosas (Cori, Petty, & Alvarenga, 2014). De acordo com o Conselho Latino-Americano de Obesidade, pessoas com obesidade, frequentemente, manifestam consequências psicossociais, como sentimento de inferioridade e isolamento social, decorrente do preconceito pelo seu excesso de peso e pelas características do seu comportamento alimentar (Coutinho, 1999). A obesidade também está associada com incapacidade funcional, com redução da expectativa de vida e aumento da mortalidade (Melo, 2011). Ademais, pesquisadores (Brilmann, Oliveira, & Thiers, 2007) têm demonstrado que a obesidade tem implicações para a avaliação da qualidade de vida.

Considerando a Qualidade de Vida relacionada à Saúde, Brillmann et al. (2007) avaliaram pacientes com obesidade. A amostra do estudo foi dividida em dois grupos, a saber: grupo A, composto de pacientes com o IMC  $25 < e < 40$  kg/m<sup>2</sup>; e grupo B, constituído de pacientes com IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>. Os autores verificaram que as pontuações das pessoas com obesidade mórbida no *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36)*, instrumento que avalia a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, foram inferiores em todos os domínios do instrumento quando comparado ao grupo A, indicando que quanto maior o IMC, menor o nível de Qualidade de Vida. É importante ressaltar que em estudos que avaliam a Qualidade de Vida após a perda de peso, por meio de cirurgia bariátrica, os resultados mostram uma melhora na avaliação da qualidade de vida, além de melhoras na saúde, na satisfação e na capacidade de realizar atividades (Moraes, Caregnato, & Schneider, 2014; Brillmann, 2012).

Outro aspecto associado ao excesso de peso, diz respeito à insatisfação com a imagem corporal. Estudo realizado por Coqueiro, Petroski, Pelegrini e Barbosa (2008), com estudantes

universitários, demonstrou que 78,8% dos indivíduos estavam insatisfeitos com a própria imagem corporal, independente do IMC. Os pesquisadores observaram uma associação significativa entre IMC e insatisfação com a imagem corporal. Nesse sentido, foi verificado que os participantes com estado nutricional inadequado - os autores chamam de estado nutricional inadequado o IMC abaixo ou acima da classificação da OMS - possuíam cerca de três vezes mais chances de desenvolver insatisfação com a própria imagem corporal, quando comparados aos que estavam nos critérios adequados (Coqueiro et al., 2008).

Considerando a dimensão subjetiva implicada no fenômeno da obesidade, discorrer sobre as formas de tratamento vem se constituindo um desafio para a área de saúde devido às dificuldades em se atingir uma melhora duradoura. Segundo Cooper e Fairburn (2001), isso se deve a falta de clareza, por parte dos profissionais, a respeito dos objetivos do tratamento e falta de atenção dada aos fatores cognitivos e sociais para a recuperação do peso. Os autores apontam, ainda, para a prioridade dada ao estudo da doença (frequência, intensidade, sintomas físicos) e a ênfase em prolongar a vida, o que não necessariamente assegura uma melhora na Qualidade de Vida das pessoas (Cooper & Fairburn, 2001).

Tendo em vista a complexidade do fenômeno, Straub (2014) aponta que, embora seja frequente a afirmação de que a obesidade é resultado do comer de maneira demasiada, esse é um modo simplificado de observar o fenômeno, sobretudo quando se considera que aqueles que estão com sobrepeso não comem mais que os indivíduos eutróficos, isto é, do que aqueles que possuem nutrição considerada adequada. Além disso, mesmo sendo consenso que a obesidade tem caráter multifatorial, observa-se que os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos relacionados ao estilo de vida, principalmente no que tange ao binômio dieta e atividade física (Wanderley & Ferreira, 2010). Ainda segundo Wanderley e Ferreira (2010), limitar as pesquisas, sobre a doença, somente a um aspecto, seja só biológico ou só social, limita o entendimento e o alcance explicativo dessa problemática, uma vez que ambos são apenas uma parcela da variedade de aspectos que influenciam no desenvolvimento dessa patologia.

A Psicologia da Saúde considera que, ao se analisar os processos de saúde e doença, se faz necessário lançar uma abordagem que não se limite aos aspectos físicos, se fazendo necessário uma abordagem psicossocial (APA, 2003). Entende-se por abordagem psicossocial a consideração de aspectos e de ações de cuidados fundamentados numa compreensão ampliada do processo saúde-doença, a qual está pautada na realidade biopsicossocial e histórica, e que se estabelecem a partir do horizonte da integralidade e da cidadania (Oliveira, 2006).

Isto implica dizer que a abordagem psicossocial, conforme Traverso-Yépez (2001, p.52), não pode ser confundida com “uma postura paliativa em relação ao modelo biomédico, acrescentando as dimensões psicológica e social muito mais como retórica, que como prática real”. Os conhecimentos devem ir além dos aspectos biológicos, isto é, é preciso considerar os diversos fatores que podem estar envolvidos nos processos de saúde e doença, como, por exemplo, o ambiente macrossocial no qual os indivíduos estão inseridos, compreendendo os processos econômicos, sociais e culturais, e as crenças pessoais. Nesse sentido, Castro e Bornholdt (2004) afirmam que a Psicologia da Saúde aplica seus conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar e prevenir problemas que sejam relevantes para o processo de saúde e doença.

Devido aos aspectos multidimensionais que perpassam o contexto das pessoas com excesso de peso, bem como a avaliação da qualidade de vida e da imagem corporal, esse estudo propõe que as dimensões social e psicológica assumem importância na avaliação subjetiva das pessoas. Assim, este estudo parte das seguintes questões de pesquisa: como as pessoas com excesso de peso avaliam sua qualidade de vida e sua imagem corporal? Que aspectos psicossociais perpassam as vivências das pessoas com excesso de peso?

Para responder as questões de pesquisa, este estudo tem por objetivo geral analisar a qualidade de vida e a imagem corporal de pessoas com excesso de peso e os aspectos psicossociais vivenciados por estas pessoas. Para tanto, considera-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes;
- Avaliar os níveis de qualidade de vida das pessoas com excesso de peso;
- Identificar a imagem corporal a partir da avaliação dos participantes;
- Caracterizar a percepção dos participantes sobre qualidade de vida e imagem corporal;
- Apreender os aspectos psicossociais vivenciados pelas pessoas com excesso de peso.

Considerando a relevância da temática no âmbito da Psicologia da Saúde, ratifica-se a importância de estudar tais construtos, possibilitando ampliar os estudos nessa vertente. É importante ressaltar a relevância de se estudar não apenas os aspectos etiológicos e terapêuticos, mas, além disso, a perspectiva psicossocial do fenômeno. Ressalta-se, ainda, a relevância científica e social, uma vez que a produção de conhecimento a partir de uma perspectiva psicossocial pode permitir, além de estruturar programas de intervenção mais específicos e eficazes, subsidiar políticas públicas.

Diante do exposto, esta dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo aborda os aspectos históricos, epidemiológicos e conceituais sobre a obesidade, bem como discorre sobre os aspectos psicossociais que perpassam o fenômeno. Por sua vez, o segundo capítulo versa sobre o referencial teórico que norteou este estudo, isto é, Qualidade de Vida e Imagem Corporal, destacando os aspectos teóricos e conceituais e os modos de avaliação dos referidos construtos. O terceiro capítulo apresenta o método de pesquisa adotado para a realização do estudo. O quarto capítulo discorre sobre os resultados e discussões, os quais foram apresentados tendo em vista os objetivos do estudo. Por último, são realizadas as considerações finais a partir do resgate dos objetivos, a fim de demonstrar os principais desfechos e conclusões.

## **CAPÍTULO 1 - OBESIDADE: ASPECTOS HISTÓRICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS**

### **1.1 História da obesidade**

A obesidade não é um fenômeno contemporâneo. Há relatos da existência de indivíduos obesos já na época paleolítica, há mais de 25.000 anos. Na pré-história, a luta para conseguir alimentos demandava uma grande capacidade de estocar energia e de obter proteção térmica (Halpern, 1999). Assim, o organismo dispunha de mecanismos para facilitar a obtenção dessa reserva que era rapidamente metabolizada (Halpern, 1999). Contudo, embora se reconheça a existência do fenômeno da obesidade em épocas passadas, na sociedade moderna, as concepções atribuídas ao corpo possuem diferenças das concepções expressas em outros momentos históricos. Nessa direção, ao se discutir sobre o fenômeno da obesidade, é necessário debruçar-se ao longo da história para, então, entender a construção social sobre a imagem, geralmente pejorativa, da pessoa obesa.

As pessoas gordas nem sempre foram retratadas de forma negativa ou preconceituosa. No Período Neolítico, as “deusas” eram admiradas por possuírem seios, quadris e coxas volumosas. Na medicina greco-romana, entretanto, Hipócrates, por volta dos anos 400 a.C., já advertia que a morte súbita era mais comum em indivíduos com excesso de adiposidade corporal. Nessa mesma época, Galeno, discípulo de Hipócrates, fez a primeira subdivisão da obesidade, classificando-a em moderada e exagerada, atribuindo como causa a falta de disciplina (Cunha, Pires, & Cunha, 2006).

Durante a Idade Média, período compreendido entre os séculos V d.C. e XV d.C., as anatomias maciças eram sinais de poderio, ascendências. Para a sociedade medieval, que passou por períodos de escassez de alimentos e sofreu com as grandes epidemias, como a peste negra, ter gordura era sinal de saúde, de felicidade e fartura. Contudo, nesse período, também ocorreu a gênese da estigmatização da pessoa gorda através de um discurso moral, o qual passou a enfatizar os perigos dos “excessos”. Assim, duas concepções sobre a obesidade passaram a coexistir: a pessoa gorda como sinônimo da opulência; e pessoa gorda como sinal de debilidade (Vigarello, 2012).

A partir do século XVII, segundo Vigarello (2012), ocorreu o aumento do estigma em relação à obesidade, consolidando uma concepção sobre a pessoa gorda como sinal de desvantagem. Tal perspectiva negativa é evidenciada na Europa Moderna com Saint-Simon, filósofo e economista francês, e Samuel Pepys, escritor inglês, que denigrem os gordos

adjetivando-os como “fuças roliças”, “gordos e preguiçosos”, “rostos vermelhos” e “panças enormes” (Vigarello, 2012).

Embora tenham ocorrido sinalizações em relação ao “perigo” do peso, em nenhuma outra época o corpo magro adquiriu *status* de corpo ideal e esteve em um lugar de destaque, como ocorre na contemporaneidade. O corpo magro se transformou em um objeto de desejo para milhares de pessoas, mesmo que, para atingi-lo, seja necessário passar por sacrifícios de todos os tipos, como as dietas cada vez mais restritivas, a prática de exercícios físicos extenuantes, uso de métodos não convencionais (laxantes, diuréticos, etc.) e até mesmo por intervenções cirúrgicas (Vasconcelos, Sudo, & Sudo, 2004).

Ao longo do tempo, várias explicações foram dadas para a etiologia da obesidade, tendo como uma das mais frequentes a ideia de que a obesidade é resultado de comer demais. Contudo, estudiosos (Straub, 2014; Barbieri, 2012) demonstraram que essa é uma explicação extremamente simplista, uma vez que, na contemporaneidade, a etiologia da obesidade é compreendida como resultante de vários fatores, agindo na maioria dos casos, de maneira combinada (Barbieri, 2012). Nessa direção, considera-se que a estigmatização em relação ao gordo é uma construção cultural e social ao longo do tempo. Como afirma Vigarello (2012),

A história do gordo é, antes de mais nada, a história de uma depreciação acusatória e de suas transformações, com suas vertentes culturais e ramificações socialmente marcadas. É também a das dificuldades particulares sentidas pelo próprio obeso: uma infelicidade que o refinamento das normas e a atenção crescente dada aos sofrimentos psicológicos sem dúvida acentuam. É, por fim, a de um corpo passando por modificações que a sociedade rejeita sem que a vontade possa sempre alterá-las (Vigarello, 2012, p.15).

No Brasil, em um estudo realizado por Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) demonstrou o impacto da mídia no modo como as pessoas significam o corpo gordo. Os pesquisadores realizaram uma análise de matérias veiculadas pelos principais jornais e revistas semanais brasileiras, entre o período de 1995 a 2003, com o objetivo de identificar e entender a construção das representações sociais e sentidos acerca do corpo gordo. Os resultados demonstraram que as matérias publicadas transmitem a ideia de que, ao se alcançar a magreza e estar em boa forma física, a pessoa obterá sucesso na profissão, nos relacionamentos sociais e amorosos. Além disso, para as autoras, se torna evidente ao longo das matérias a imagem de que o gordo seria uma pessoa desajustada socialmente, com um vazio que procura preencher com a comida (Vasconcelos, Sudo, & Sudo, 2004).



As reportagens analisadas pelos pesquisadores parecem seguir um padrão discursivo, tendo em seus argumentos, muitas vezes, o destaque para a opinião de especialistas e para “evidências científicas”. Contudo, há uma tendência nos argumentos para destacar explicações que apontem para o corpo magro como meta a ser atingida e como sinônimo de corpo saudável, em oposição ao corpo gordo, que seria um corpo “doente” (Vasconcelos, Sudo, & Sudo, 2004).

Ante o exposto, observa-se que os modos de se perceber e significar a obesidade variam de acordo com o período - situando sua concepção no tempo - variam também, como ressalta Straub (2014), em conformidade com cada cultura - situando sua concepção no espaço. Desse modo, cada momento histórico e cultural possui relação com os modos de se conceber a imagem de corpo ideal, contribuindo para que algumas sejam mais rígidas em seus padrões do que outras.

## **1.2. Obesidade: dados epidemiológicos e políticas públicas**

A obesidade é notavelmente um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo na atualidade (Almeida, Campos, Randow, & Guerra, 2017). A prevalência é alarmante e vem crescendo num ritmo acelerado em todo o mundo (dos Anjos, 2006). De acordo com a revista médica britânica *Lancet* (2016), os casos de obesidade afetam, hoje, 13% de adultos no mundo, o que representa cerca de 641 milhões de pessoas. No que se refere ao sexo, entre as mulheres houve um aumento de 8,5% no período entre 1975 e 2014, de 6,4% passou para 14,9%. Já entre os homens, o número avançou de 3,2% para 10,8%. A previsão é que em 2025 a obesidade possa atingir cerca de 20% da população mundial.

Desde 2006, bianualmente, o Ministério da Saúde do Brasil divulga dados de levantamentos dos números do excesso de peso e obesidade através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL). De acordo com esses levantamentos, estima-se que, no Brasil, o índice de sobrepeso tenha atingido mais da metade da população. Em 2014, a frequência de excesso de peso alcançou 52,3%, sendo maior entre homens (56,5%) que entre mulheres (49,1%). A frequência de adultos obesos foi de 17,9%, sem diferença entre os sexos (Brasil, 2015). Já no levantamento realizado em 2016, a frequência de excesso de peso alcançou 53,8%, continuando maior entre os homens (57,7%) que entre as mulheres (50,5%). No que diz respeito à frequência de adultos obesos a porcentagem foi de 18,9%, ligeiramente maior em mulheres (19,6%) do que em homens (18,1%). Em ambos os sexos, a frequência da obesidade duplica a partir dos 25 anos de idade (Brasil, 2017). No ranking mundial, o Brasil já atingiu a 3ª posição entre os homens, ficando atrás apenas de

países como China e Estados Unidos. Já entre as mulheres, o país alcançou o 5º lugar, atrás de China, Estados Unidos, Rússia e Índia (Lancet, 2016).

Quando se consideram os dados epidemiológicos da população em geral, independente do sexo, o aumento nas prevalências de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) transcorreu nas pessoas com menores anos de escolaridade. Os dados também destacaram o aumento no consumo de frutas e hortaliças, da prática de atividade física no tempo livre e uma diminuição no consumo regular de refrigerante e suco artificial (Brasil, 2017). Esses dados são aparentemente contraditórios, uma vez que tais hábitos estão postos nas diretrizes para prevenção e tratamento da obesidade, conseqüentemente a prática deles deveria implicar em uma diminuição, e não no aumento do excesso de peso e da obesidade. Pelo fato do levantamento não trazer os dados referentes à renda, fica uma lacuna e a reflexão sobre qual o perfil socioeconômico do público pesquisado.

De acordo com Dos Anjos (2006), estimava-se que em 2003 o Brasil gastasse cerca de 1,5 bilhão de reais por ano com tratamento do excesso de massa corporal e doenças relacionadas, incluindo internações hospitalares, consultas médicas e remédios (desse total, 600 milhões vinham do Sistema Único de Saúde (SUS) o que correspondia a 12% do orçamento do governo gasto com todas as outras doenças juntas).

Diante de um panorama cada vez mais crescente, o Brasil passou a investir em políticas públicas referentes ao tema. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), datada de 1999, foi elaborada com o objetivo de promover práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o acesso aos alimentos de maneira universal. Outra política refere-se ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), de 1990, que lida com os índices epidemiológicos sobre a obesidade. Além disso, existe um Projeto de Lei-1755/2007 que trata da proibição da venda de refrigerantes em escolas de educação básica. A proposta partiu da preocupação acerca dos altos índices de obesidade em crianças nos países. Têm-se, ainda, outras políticas, que não são específicas, mas que englobam de maneira geral o tema, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Saúde na Escola (PSE).

Destaca-se também, o Caderno de Atenção Básica específico para obesidade (2006) que traz propostas de intervenção para a perda de peso a nível populacional e individual, partindo das concepções da própria sociedade sobre alimentação, corpo, atividade física e saúde; e o Programa Peso Saudável, iniciativa que visa prevenir o ganho de peso corporal entre os colaboradores do Ministério da Saúde. O Programa Peso Saudável é um programa

que visa incentivar a adoção de uma rotina de automonitoramento do peso e estimular práticas alimentares mais saudáveis, assim como tornar a atividade física parte da rotina dos trabalhadores do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Para isso, são disponibilizados software interativo para o monitoramento do peso, balanças para pesagem no ambiente de trabalho, cartazes, cartão de peso, folder de divulgação do programa e Guia Alimentar de bolso (Brasil, 2013).

Levando em conta que são disponibilizados diversos conteúdos sobre a temática que pouco se baseiam em evidências científicas, no Brasil foi elaborado um documento intitulado de “Diretrizes Brasileiras de Obesidade”, o qual tem por finalidade direcionar os profissionais para otimizar o cuidado com o paciente. Para isso, a cartilha versa sobre o diagnóstico, etiologia, tratamento - dietético e psicológico, tendo como sugestão a Terapia Cognitivo-Comportamental - tratamentos heterodoxos e suplementos nutricionais, diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes e o tratamento cirúrgico (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2016).

Cumprido ressaltar que outros países têm vivenciado a mesma problemática. O Brasil, juntamente com mais dezoito países, assinou um acordo com diretrizes para a prevenção da obesidade e a promoção de mudanças de estilo de vida, com base nos seguintes objetivos: 1) Dieta saudável adaptada aos costumes do país; 2) Restringir a ingestão de álcool; 3) Promover e incentivar a prática de atividade física contínua; 4) As sociedades científicas devem propiciar conhecimentos sobre obesidade, para especialistas como endocrinologistas, nutricionistas e pediatras, bem como, para as especialidades relacionadas com a equipe multidisciplinar, como treinadores, psicólogos, psiquiatras e etc.; 5) Restrição de alimentos como refrigerantes e doces, e a educação contínua nas escolas; entre outros (Felaen & Flaso, 2015).

A ascensão da obesidade no mundo e no Brasil pode ser entendida como decorrente do fenômeno da transição nutricional. Os dados demonstram que os países vêm substituindo o problema de escassez alimentar pelo excesso dietético, isto é, à medida que os índices de desnutrição estão sendo superados, os números de sobrepeso e obesidade têm aumentado de maneira acelerada (Almeida et al., 2017). Desse modo, nota-se uma redução do predomínio de doenças atribuídas ao subdesenvolvimento, em contrapartida um aumento das doenças associadas à modernidade (Kac & Velásquez-Meléndez, 2003).

## **1.2. Aspectos conceituais**

A definição de obesidade como doença é motivo de questionamento por parte de alguns pesquisadores. De acordo com dos Anjos (2006), o termo doença, do ponto de vista tradicional, implica a existência de um grupo de sinais e sintomas com alterações funcionais. Como a obesidade é definida a partir de um valor antropométrico ou de gordura corporal acima de um ponto de corte, mesmo que possa implicar em ameaça a saúde e a longevidade, não assente considerar a obesidade como doença. Assim, se portaria muito mais como um fator de risco para outras doenças que como uma doença em si (dos Anjos, 2006).

Sendo considerada doença ou não, o principal determinante do acúmulo excessivo de gordura é um quadro prolongado de balanço energético positivo (também chamado de obesidade exógena), que se trata da relação entre a quantidade de energia consumida e de energia gasta na execução das funções vitais e de atividades em geral, ocorrendo quando a quantidade de energia consumida é maior do que a quantidade gasta (Brasil, 2006). A obesidade endógena, decorrente de alterações hormonais ou de endocrinopatias, não tem sido capaz de explicar a interferência destes em menos de um quarto dos obesos. Por essa razão, acredita-se que, na maioria dos casos, a obesidade seja provocada muito mais por aspectos socioambientais (dos Anjos, 2006).

A influência dos fatores genéticos na obesidade começou a ser admitida por volta dos anos 1970. Os estudos com gêmeos univitelinos demonstraram a correlação com o peso. Mesmo sendo criadas separadamente, crianças cujos pais são obesos apresentam maior risco de se tornarem também obesas, quando comparadas as crianças de pais com peso normal. Tais estudos, junto com a descoberta de uma proteína chamada leptina, cuja ausência faz com que não se reconheça a sensação de saciedade, são alguns dos fatores que contribuem para formar a base genética da obesidade (dos Anjos, 2006). Cabe ressaltar que, de acordo com Stunkard (2000), mesmo que a obesidade possa ser ocasionada dentro das restrições genéticas, os determinantes ambientais cumprem uma função preponderante no desenvolvimento desta doença. Ainda segundo esse autor, se a hereditariedade da obesidade não é superior a 33%, assim, é possível inferir que 66% da variação do IMC é determinada pelo ambiente e estilo de vida.

Existem vários métodos para dimensionar o grau de obesidade de um indivíduo, a saber: Índice de Massa Corporal (IMC), tabelas de peso e altura, relação cintura-quadril, circunferência abdominal, exames laboratoriais, entre outros. Entretanto, o IMC é o parâmetro utilizado com maior frequência no estudo de populações e na prática clínica, por se tratar de um cálculo simples, que apresenta boa correlação com a adiposidade corporal (Monteiro & Conde, 1999). A utilização do IMC é bastante criticada por não representar a composição

corporal dos indivíduos, mas apenas a relação entre o valor de massa corporal e a estatura. Ademais, dependendo das características étnicas e ambientais da população ou mesmo entre homens e mulheres com o mesmo arcabouço genético, um mesmo valor de IMC representa valores distintos de percentual de gordura corporal (dos Anjos, 2006).

A partir dos cálculos dos IMC, pessoas que possuem índice superior a 25 kg/m<sup>2</sup> apresentam indicativo de excesso de peso, independentemente do sexo. Este índice é calculado pela relação entre peso e estatura, sendo expresso em kg/m<sup>2</sup>, e sugere as seguintes classificações: 1) abaixo de 18,5= abaixo do peso; 2) entre 18,6 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>= peso adequado ou eutrofia; entre 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>= sobrepeso ou pré-obesidade; 2) entre 30,0 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>= obesidade grau I; c) entre 35,0 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>= obesidade grau II; e d) maior que 40,0 kg/m<sup>2</sup>= obesidade grau III (ABESO, 2002). Em nível populacional, a OMS propõe uma mediana de IMC entre 21 a 23 kg/m<sup>2</sup>. Em nível individual, sugere o IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>, devendo ser evitado um ganho maior do que 5 kg de massa corporal durante a vida adulta (dos Anjos, 2006).

A inclusão da obesidade como problema de saúde pública decorre das implicações desta para a saúde dos indivíduos e populações. À medida que a gordura corporal vai preenchendo o espaço ocupado pelos órgãos internos e começa a interferir no desenvolvimento das atividades diárias, aumenta-se a probabilidade para o desenvolvimento de problemas crônicos de saúde (Straub, 2014). Frequentemente, a obesidade é associada a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, como diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, entre outras (Pinheiro & Freitas, 2004). Não obstante, as implicações da obesidade para a vida das pessoas não se limitam apenas a dimensão física, mas repercute na esfera psicológica e social, conforme demonstrado no tópico a seguir.

#### **1.4 Obesidade e implicações psicossociais**

Os aspectos psicossociais relacionados à obesidade são estudados com ênfases diversas. Têm sido considerados aspectos psicossociais a Qualidade de Vida (Backes, Olinto, Henn, Cremonese, & Pattussi, 2011; Castro, Figueiredo, Silva, & Faria, 2016), o Apoio Social (Backes, Olinto, Henn, Cremonese, & Pattussi, 2011) e familiar (Silva, Moraes, Galdino, & Barros, 2018), questões relacionadas à discriminação e aceitação (Castro, Figueiredo, Silva, & Faria, 2016), satisfação corporal (Oliveira & Silva, 2014), entre outros.

Na presente dissertação, a análise do fenômeno da obesidade é realizada a partir de uma perspectiva psicossocial. No contexto da saúde, a perspectiva psicossocial é proveniente

das mudanças implementadas no campo da saúde mental, a qual propunha a superação de um paradigma hospitalocêntrico e, por conseguinte, a sua substituição por um novo modelo que situa a saúde mental no âmbito da saúde coletiva. Nesse sentido, passa a compreender o processo saúde-doença como decorrente de processos sociais complexos e que implicam na necessidade de uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Ainda de acordo com Yasui e Costa-Rosa (2008) a Estratégia de Atenção Psicossocial afasta-se de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade de Atenção, isto é, toda demanda é considerada de alta complexidade, o que vai diferenciar-se é a especificidade do saber e ação exigida. Esse processo tem levado a uma intensa transformação nos cuidados em saúde mental, que por sua vez tem causado resistência em outros campos.

A partir disto, abordar a obesidade implica considerar os aspectos psicossociais que perpassam o fenômeno. Implica, ainda, reconhecer o impacto da obesidade nas mais diversas esferas da vida das pessoas, sobretudo quando se considera a existência de preconceitos socialmente construídos. Vários autores (Cory, Petty, & Alvarenga, 2014; Grejanin et al., 2007) têm retratado a presença de atitudes e estereótipos negativos em relação à obesidade não só na população geral, mas também por parte de médicos, nutricionistas e demais profissionais de saúde. Segundo Feldmann et al. (2009), tais estereótipos estão relacionados a um menor número de anos na escola e menores salários no mercado de trabalho.

Pessoas obesas relatam comumente sofrer preconceito ao longo de toda a vida, isso pode ser observado nos mais variados contextos e situações. O preconceito em relação à pessoa obesa pode ser percebido desde a infância, período o qual a criança obesa é vista como preguiçosa, sendo alvo de piadas, humilhações e rejeições por parte dos seus pares (Feldmann et al., 2009). Feldmann et al. (2009) verificaram que as crianças obesas têm o sentimento de rejeição pelo fato de estarem acima do peso e, que isso, causa sofrimento, ademais possuem uma imagem corporal depreciativa.

A obesidade não é classificada como um transtorno psiquiátrico, no entanto pessoas com transtorno mental possuem maior probabilidade de apresentar obesidade ou sobrepeso quando comparados à população geral (Pauli & Campos, 2016). Em contrapartida, verifica-se que muitas pessoas obesas que procuram tratamento apresentam sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alterações do comportamento alimentar (Gold, Oppenheim, & Frost-Pineda, 2006). Segundo Nascimento, Bezerra e Angelim (2013), a obesidade pode restringir a vida afetiva e social das pessoas por estar associada à formação de

um autoconceito negativo, gerando sentimentos de vergonha, insegurança, autodepreciação e baixa autoestima.

Destaca-se, ainda, os prejuízos ocupacionais vivenciados pelo trabalhador obeso, a saber: as limitações e dificuldades na execução de suas funções, também estão mais vulneráveis a sofrerem acidentes de trabalho, são objeto de discriminação por parte de colegas e gestores, e fazem parte entre os elevados índices de desemprego. Considerando a constante exigência de produtividade no mercado de trabalho atual, acredita-se que haja uma forte associação com a obesidade, uma vez que o sujeito obeso está mais propenso a desenvolver mais doenças, em decorrência da obesidade, que podem ser agravadas pelas condições de trabalho, resultando em absenteísmo (Scherer, dos Santos, Bado, Cardoso, & Barreto, 2014)

Outro aspecto diz respeito a associação entre obesidade e as condições de vida. Pessoas com menos anos de educação formal e *status* socioeconômico mais baixo apresentam maior risco de serem acometidas pela obesidade. Considera-se que isso se deva a fatores como acesso mais limitado aos serviços de saúde, menos informações a respeito da importância de uma dieta saudável, bem como os riscos oriundos do excesso de peso, e outro ponto fundamental: menos condições financeiras de seguir as recomendações, como aumentar o consumo de alimentos saudáveis e a prática de exercícios físicos (Straub, 2014).

A indústria cinematográfica também tem produzido filmes e documentários a respeito dessa temática. Em 2012, foi lançado um documentário denominado “Muito Além do Peso” retratando a obesidade infantil no Brasil e no mundo. Nele, foram levantados aspectos como o papel indústria, da publicidade, do governo e da sociedade como responsáveis pela situação em que o mundo se encontra hoje. Foram retratadas situações como a falta de conhecimento sobre os alimentos e de que ingredientes eles são compostos (as crianças não sabiam sequer o nome das frutas e dos legumes); o dia a dia cheio de atividades que impede as pessoas de prepararem a própria comida, levando-as a fazerem as refeições fora de casa, na maioria das vezes inapropriada e sem os nutrientes necessários; e a compra de lanches pela sua praticidade. Outro ponto relevante tratado no filme refere-se ao poder de persuasão da publicidade, considerando que o que o governo gasta investindo em incentivo a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos, não chega nem a metade do que é gasto pelas indústrias com publicidade de alimentos calóricos e pouco nutritivos (Borges & Renner, 2012).

O documentário “Fed Up” também retrata a obesidade infantil, porém, nos Estados Unidos. Nesse filme foram abordadas questões semelhantes à produção acima citada, mas com um viés de tentar desvendar os mitos da alimentação que culpabilizam a gula e o

sedentarismo como causas do excesso de peso. Ademais, mostram as tentativas do governo americano em tentar reduzir os índices de gordura e sódio dos produtos, alertando para o fato de que, na verdade, essa redução, que na maioria dos casos foi insignificativa, serviu apenas para indústria utilizar como publicidade, pois podiam argumentar que seus produtos possuíam menores quantidades de tais ingredientes, incentivando o consumo de alimentos que continuavam sendo inapropriados (Couric, 2014).

Diante do exposto, entende-se que os fatores que contribuem para o sobrepeso e a obesidade devem ser compreendidos para além da questão da ingestão alimentar (Nascimento, Bezerra, & Angelim, 2013). Isto é, devem ser concebidos a partir de uma perspectiva psicossocial do fenômeno. De maneira geral, uma perspectiva psicossocial implica em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que se constituem a partir da integralidade e da cidadania (Oliveira, 2007). Traverso-Yépez (2001) ressalta que muito tem se falado em modelo biopsicossocial, mas o que se verifica, na prática, é a ênfase na etiologia biologicista, na concepção fragmentada de saúde e no caráter impositivo e normatizador da visão positivista de ciência. Isto contribui para relegar a relevância dos aspectos sociais, psicológicos e ecológicos como mediadores dos processos saúde-doença (Traverso-Yépez, 2001). A autora faz uma crítica ao “modelo biopsicossocial”, afirmando que este compartilha a premissa positivista do modelo biomédico de procurar uma única realidade a ser desvelada através dos métodos das ciências naturais, o que acaba implicando em intervenções impositivas e normatizadoras.

No contexto da obesidade, bem como de qualquer processo de saúde-doença, faz-se necessário avaliar as condições em que as pessoas e os grupos vivem e trabalham para entender de que maneira tais fatores podem afetar a saúde. Nesse bojo, são considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, de gênero, psicológicos e comportamentais, mais especificamente as condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego, que são considerados como os fatores de vulnerabilidade (Buss & Pellegrini Filho, 2007). De acordo com Ayres et al., (2003), o conceito de vulnerabilidade, mesmo estando mutuamente interligados, difere do conceito de risco a medida em que este objetiva análises a partir da epidemiologia, procurando as probabilidades calculadas do adoecimento e suas relações de causa e efeito. O conceito de vulnerabilidade, por sua vez, pode ser compreendido como os fatores que estão implicados na maior suscetibilidade dos indivíduos ao adoecimento e, paralelamente, a disponibilidade de recursos de proteção. Para tal, são considerados os aspectos individuais, coletivos e contextuais.



Dentro deste contexto, a ciência deve ter o compromisso de aproximar-se da realidade, buscando desvendar a totalidade do fenômeno da obesidade nos dias de hoje e compreender as diversas implicações inerentes a esse fenômeno, sobretudo para qualidade de vida das pessoas. Para isso, como alerta dos Anjos (2006), é imprescindível a criação de estratégias globais que estejam em consonância com a vida moderna (ritmo de vida, as pressões sociais, sobrecarga de trabalho, entre outros fatores) e que possam proporcionar para toda a população o alcance de práticas saudáveis, considerando os contextos de vida das pessoas.

## CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Qualidade de Vida na Saúde

#### 2.1.1 Aspectos conceituais

A preocupação em se estudar conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente interesse comum no âmbito das ciências sociais, da filosofia e da política, sendo, inclusive, a expressão qualidade de vida utilizada pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson (Fleck, et al, 1999). Desde então, muitos outros políticos têm feito uso do conceito em suas campanhas, o que certa forma, fomentou a pesquisa sobre o tema (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Além disso, o desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde trouxe como consequência a paulatina desumanização na prestação dos serviços. Desse modo, a importância dada a estudos dessa natureza diz respeito a um movimento comum, dentro das ciências humanas e biológicas, na direção de valorizar aspectos além do controle de sintomas, da redução da mortalidade ou do aumento da expectativa de vida (Fleck, et al, 1999).

A partir da década de 1970, o conceito de qualidade de vida foi incorporado enquanto medida de desfecho em saúde (Fleck, 2008). Isso porque com a cura de doenças, antes letais, houve um aumento da sobrevivência, assim houve-se o interesse em se entender como as pessoas vivem anos a mais convivendo com determinadas patologias (Silva, 2011). Além do interesse do sujeito em avaliar o seu próprio processo de adoecimento (Silva, 2009). Para Fleck (2008), há pelo menos seis grandes vertentes que contribuíram para o desenvolvimento do conceito, são elas:

1. Estudos de base epidemiológicas sobre felicidade e bem-estar: a eliminação da miséria passou a ser um objetivo insuficiente, diante de sociedades cada vez mais ricas. Além disso, os estudos mostravam que não havia uma relação linear entre condições objetivas (ganhos materiais, riqueza) e subjetivas (percepção de bem estar, felicidade e saúde mental).
2. Busca de indicadores sociais: no século XX houve um maior interesse por indicadores de riqueza e desenvolvimento, como o Produto Interno Bruto, renda *per capita* e Índice de Mortalidade Infantil. Medidas mais complexas, como o Índice de Desenvolvimento Humano, foram criadas. Nele, além das tradicionais medidas econômicas, procurou-se incluir dados de natureza social e cultural, como educação e saúde.

3. Insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde: embora seja inquestionável a importância dos exames laboratoriais, tais medidas de desfecho em saúde são insuficientes para avaliação de doenças crônicas, cujo objetivo é reduzir o impacto das doenças nas diversas esferas da vida do paciente, e não a cura. Assim, se faz pertinente investigar outros indicadores, não só a qualidade de vida, mas a percepção que o indivíduo tem do próprio estado de saúde, considerando o bem estar psicológico, apoio social, entre outros.
4. Psicologia positiva: nesses estudos, o foco passa a ser as características adaptativas e os aspectos positivos da experiência humana, a doença dá lugar a questões como resiliência, esperança, sabedoria e criatividade, por exemplo.
5. Satisfação do cliente: tendência crescente do século XX, essas pesquisas se tornaram fundamentais no planejamento estratégico das empresas. De maneira semelhante, esses conhecimentos foram trazidos para área de saúde, na qual se passou a ter uma preocupação com a qualidade de vida dos usuários, conduzindo uma proposta de trabalho integrada em muitos serviços.
6. Movimento de humanização da medicina: verificou-se a necessidade de reumanização do atendimento, colocando a relação médico-paciente como grande responsável pelo êxito das intervenções.

O termo qualidade de vida é utilizado em diferentes contextos por diferentes pessoas, e é pouco provável que haja uma definição congruente para todos os usos. Em consequência disso, não existe um consenso ou uma definição amplamente adotada. Na atualidade, os conceitos comumente adotados buscam abranger uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Segundo Fleck (2008) há uma concordância mais ampla de que tal construto se estende além do estado de saúde, sendo este somente um domínio. Para ele, a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a que melhor contempla o construto.

A OMS define qualidade de vida como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (The WHOQOL Group, 1995). Tal definição engloba diferentes dimensões e articula o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (Fleck, 2000). Segundo Fleck (2008) três aspectos fundamentais sobre a QV estão implícitos nesse conceito:

1. Subjetividade: a percepção do indivíduo é um aspecto primordial, isto é, a realidade objetiva só será levada em consideração dependendo do modo como o indivíduo a percebe.
2. Multidimensionalidade: como o próprio termo denota, a qualidade de vida é constituída de múltiplos fatores. Desse modo, a medida é feita em vários domínios (físico, psicológico, social, entre outros).
3. Presença de dimensões positivas e negativas: isto é, alguns elementos precisam estar presentes (ex.: mobilidade) e outros ausentes (ex.: dor).

A partir dos anos 80, houve uma compreensão de que o conceito envolvia diferentes dimensões e, com isso, houve um aumento de estudos empíricos nesse período (Seidl e Zannon, 2004). De acordo com Seidl e Zannon (2004) há uma tendência em se usar definições focalizadas e combinadas, e que estas, por sua vez, podem contribuir para o progresso do conceito em bases científicas.

Muitos estudos consideram unicamente características como escolaridade, ausência de doenças e condições de moradia como indicadores de qualidade de vida sem investigar o significado disso para os sujeitos envolvidos (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Assim, um aspecto fundamental para compreender os modos de se definir qualidade de vida é o sentido atribuído pelas pessoas, o qual é permeado pelo seu contexto de pertença e condições de vida e saúde em dada época da vida. Para Minayo, Hartz e Buss (2000) a expressão “Qualidade de Vida” abrange múltiplos significados que contempla experiências e valores do indivíduo e da coletividade, remetendo-se a diferentes contextos, épocas e histórias, o que a caracteriza como uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Há que se considerar, ainda, que o termo qualidade de vida pressupõe a perspectiva que cada sociedade tem como padrão de conforto e bem-estar. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a relatividade da noção, que de certa forma se relaciona ao plano individual, tem pelo menos três fóruns de referência. O primeiro é histórico, em determinado período uma sociedade tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outro período histórico. O segundo é cultural, valores e necessidades são construídos e hierarquizados, demonstrando tradições. Por fim, as estratificações ou classes sociais, os estudiosos apontam que as sociedades nas quais as desigualdades são muito elevadas indicam que os padrões de bem estar também são bastante heterogêneos: a noção de qualidade de vida está relacionada ao bem estar das camadas superiores e à passagem de um *status* a outro (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Na área da saúde, o conceito de qualidade de vida tem sido utilizado com objetivos equivalentes à conceituação geral, porém, o sentido característico do construto advém da sua estreita relação com as enfermidades (Seidl & Zannon, 2004). De acordo com Freire et al. (2014), o sentido etimológico da expressão “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS)” é uma tradução da expressão inglesa *Health-Related Quality of Life*, e “refere-se ao valor que se possa atribuir à vida, decorrente de modificações que podem ocorrer por danos no estado funcional, percepções e fatores sociais quando influenciados por doenças ou agravos, tratamentos e políticas de saúde” (Freire, Sawada, França, Costa, & Oliveira, 2014, p.356).

É indiscutível a contribuição do fator saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Igualmente, é notório que muitos elementos da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que se alcance um perfil elevado de saúde (Buss, 2000). No entanto, nem todos os aspectos da vida humana são de ordem médica ou sanitária (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Desse modo, sua avaliação é direcionada ao conceito de saúde e aos desfechos da área de saúde, todavia compreende a percepção ou domínios que não estão limitados ao funcionamento, isto é, são incluídos fatores de natureza clínica, psicológica e sociocultural, aspectos como satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, entre outros (Fleck, 2008).

Na literatura (Fleck, 2008), considera-se a existência de quatro domínios principais na qualidade de vida, a saber: físico, psicológico, relacionamento social e ambiente. O domínio físico procura avaliar a percepção do indivíduo sobre sua condição física, a presença de sintomas de doença ou incapacidade provocada por dor ou mal-estar. No que tange ao domínio psicológico, o indivíduo avalia a percepção sobre sua condição afetiva e cognitiva, se há perturbação emocional, sintomas de ansiedade e depressão, por exemplo. O domínio relacionamento social, por sua vez, diz respeito às relações e os papéis sociais adotados. Por fim, o domínio ambiente está relacionado à percepção do indivíduo acerca do lugar onde ele vive (Seidl & Zannon, 2004).

O domínio psicológico é o que mais tem apresentado dificuldades na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, considerando que os estados somáticos e afetivos frequentemente coexistem e se influenciam mutuamente. A distinção entre os sintomas de natureza psicológica inerentes ao quadro patológico daqueles que são decorrentes de um impacto da doença e/ou do declínio no nível da qualidade de vida se torna mais difícil (Lima, Guerra, & Lemos, 2009). Cabe ressaltar, que em uma revisão realizada por Smith, Avis e

Assmann (1999), esta dimensão teve maior poder de predição em relação ao escore da qualidade de vida geral.

A avaliação da qualidade de vida de pessoas obesas é área de interesse crescente. Diversos estudiosos têm se debruçado sobre o tema (Kunkel, Oliveira, & Peres, 2009; Backes et al., 2011; Horta, Cardoso, Lopes, & Santos, 2013; Paludo & Dalpubel, 2015). Os resultados dos estudos sugerem uma íntima relação entre a obesidade e o declínio na qualidade de vida, sendo mais proeminentes naqueles que não seguem tratamento. Em revisão sistemática realizada por Tavares, Nunes e Santos (2010), as autoras identificaram uma relação direta entre obesidade e qualidade de vida, bem como uma estreita relação com representativo excesso de peso, mais propensão ao isolamento social, ao estresse, à depressão e ao agravamento da capacidade funcional.

A qualidade de vida foi avaliada por Barros, Moreira, Frota, Araújo e Caetano (2015) em 64 pacientes com obesidade mórbida candidatos à realização da cirurgia bariátrica. Foi aplicado o questionário de Qualidade de Vida de Moorehead-Ardelt II (QoL-II). A maioria dos indivíduos do período do pré-operatório (57,8%) classificaram sua qualidade de vida como mínima, 10,9% como muito boa e 25% como boa. Os domínios que tiveram a menor média foram: a atividade física, o interesse sexual e o comportamento alimentar. Torres, Rosa e Moscovitch (2016) realizaram um estudo comparativo entre mulheres e homens obesos e não obesos, a qualidade de vida foi avaliada pelo SF-36. As mulheres obesas obtiveram maiores percentuais de baixa qualidade de vida global, física e mental, com associações mais significativas no componente físico. As autoras concluíram que a obesidade na população brasileira com idade entre 20 e 64 anos se correlacionou com baixa QVRS, apontando para o sexo como um fator de impacto na obesidade, sendo mais significativo para as mulheres.

A avaliação da qualidade de vida permite verificar a eficácia de diferentes modalidades de tratamento e do impacto dessas terapêuticas na vida das pessoas. Pode, ainda, resultar em mudanças nas práticas e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, permitindo a superação de modelos de atendimento puramente biomédicos (Seidl & Zanonn, 2004). Isto é possível uma vez que a avaliação da qualidade de vida procura alcançar os aspectos mais globais do indivíduo, compreendendo o contexto biopsicossocial e a construção da abordagem mais ampla da doença e do ser humano (Tavares, Nunes, & Santos, 2010).

Pesquisadores identificaram que os estudos sobre qualidade de vida consideraram como elementos que compuseram o conceito aspectos tais como: amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade (Mynaio, Hartz, & Buss, 2000).

Ainda segundo esses autores, o patamar material mínimo para se falar em qualidade de vida corresponde às necessidades mais básicas, como o acesso a alimentação, água potável, moradia, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que fazem alusão à concepção relativa de conforto, bem-estar e realização individual.

Em suma, percebe-se que a qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico, como ressalta Mynaio, Hartz e Buss (2000), estando relacionada a diversas vertentes como elencado no presente capítulo. Todavia, o desenvolvimento de estudos, nas últimas décadas, tem contribuído para o amadurecimento conceitual e metodológico do termo no contexto científico (Seidl & Zannon, 2004).

### ***2.1.2 A avaliação da Qualidade de Vida***

A mensuração da qualidade de vida tem por objetivo, dentre outros aspectos, caracterizar a qualidade de vida de uma determinada população, bem como identificar sua mudança ao longo do tempo. Além disso, busca-se identificar os preditores para a qualidade de vida, tendo em vista analisar o custo-benefício de uma determinada intervenção (Oliveira & Orsini, 2008). Desse modo, os métodos utilizados para a mensuração são de grande importância.

A busca por operacionalização desse construto e o desenvolvimento de instrumentos que possam medi-lo apropriadamente exige delimitações em vários níveis: conceitual, metodológico, psicométrico e estatístico, além da consideração de aspectos sociais e culturais. As tendências metodológicas sobre avaliação desse construto fazem uso tanto métodos quantitativos quanto qualitativos (Silva, 2011). Contudo, os estudos com enfoques quantitativos são predominantes na literatura, e seu foco está voltado para a construção de instrumentos, objetivando atingir o caráter multidimensional do construto e sua validade. São realizadas análise da estrutura fatorial com testes de confiabilidade, testes de validade critério, validade discriminante e de construto (Seidl & Zannon, 2004).

No que diz respeito aos estudos qualitativos, são utilizadas técnicas como as histórias de vida ou as biografias, e outras análises. Há, no entanto, pesquisadores (Fleck, 2008) que defendem a complementaridade das metodologias, visto que a abordagem qualitativa permite a emergência de temas que fazem sentido para o indivíduo, e a quantitativa garante a validade e a confiabilidade das técnicas que possibilitam a comparação entre grupos e sujeitos (Seidl & Zannon, 2004).

Outros pesquisadores (Dias & Dias, 2002) também sugerem o uso combinado de instrumentos (um genérico com um específico) a fim de minimizar as desvantagens

proporcionadas por cada tipo de instrumento. Pereira, Teixeira e Santos (2012) afirmam que é preciso ir além, pois os pressupostos de base do construto são baseados, em sua maior parte, nos sistemas de produção ou na saúde num contexto de doença ou no estilo de vida pessoal. Os autores sugerem, ainda, que conceitos como universalidade, individualidade e autonomia, sejam utilizados com cautela.

As escalas de avaliação da qualidade de vida podem ser genéricas ou específicas, unidimensionais ou multidimensionais. O uso de escalas genéricas se aplica em qualquer condição de saúde, e seu objetivo é avaliar o impacto de uma doença ou condição sobre os diversos aspectos da vida das pessoas (Dias & Dias, 2002). Esses aspectos se organizam em conjuntos, denominados de dimensões ou domínios, que são medidos de forma individualizada e ponderada. Comumente são avaliadas cerca de seis a oito dimensões que abrangem mobilidade física, o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença de dor, o comportamento emocional, as atividades recreativas, as atividades de trabalho, as atividades domésticas e os relacionamentos sociais (Nobre, 1995).

Quando se considera a qualidade de vida numa perspectiva genérica, adota-se uma compreensão mais ampla, influenciada por estudos sociológicos, sem direcionar a disfunções ou agravos. Esta perspectiva ilustra a postura teórica adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu estudo, cujo objetivo era elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida a nível internacional e transcultural. Ressalta-se, ainda, que as amostras desses estudos incluem pessoas saudáveis da população geral, não se restringindo a pessoas portadoras de enfermidades (Seidl & Zanonn, 2004).

Os instrumentos de medida de avaliação da qualidade de vida genéricos mais utilizados no Brasil são: WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, ambos elaborados pelo grupo de trabalho da OMS. O WHOQOL-BREF se trata de uma versão abreviada WHOQOL-100, que se mostrou uma alternativa para as situações em que a versão longa se torna de difícil aplicação, como em estudos epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (Fleck et al., 2000). Cabe ressaltar que todos os instrumentos citados são amplamente testados, validados e com alto coeficiente de reprodutibilidade.

No que concerne ao WHOQOL, seus dados podem auxiliar na prática clínica, aprimorar a relação médico-paciente; auxiliar na avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos em especialidades médicas variadas, além de servir como instrumento de avaliação de serviços de saúde e de políticas de saúde (Fleck et al, 1999). Segundo Fleck et al. (1999), participantes de estudos sobre qualidade de vida relataram que responder o



instrumento surgiu como uma oportunidade para refletir a respeito de importantes aspectos de suas próprias vidas. Alguns pacientes chegaram a afirmar que o instrumento suscitou questionamentos capazes de impulsioná-los a buscar um aprofundamento com um profissional, como o psicólogo, psiquiatra ou o próprio médico (Fleck et al, 1999).

Quando se considera a qualidade de vida relacionada à saúde, esta é avaliada a partir de dados mais objetivos e mensuráveis, os instrumentos têm uma tendência a manter o caráter multidimensional e avaliar a percepção geral da qualidade de vida, o diferencial está na ênfase dada aos sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades (Seidl & Zannon, 2004). No que tange à avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, um exemplo de instrumento que tem essa compreensão é o SF-36 e o SF-12 (versão abreviada). A SF-36 é considerada como “padrão-ouro” no que diz respeito a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

No que diz respeito à perspectiva da qualidade de vida ligada a uma doença específica, as escalas permitem avaliar aspectos peculiares de cada condição, sendo, portanto, consideradas mais sensíveis e mais precisas (Dias & Dias, 2002). Nelas são evidenciados os aspectos típicos de uma determinada enfermidade e os impactos que elas podem causar nos mais variados âmbitos da vida do indivíduo acometido e que, por conseguinte, podem comprometer a qualidade de vida. Elas são indicadas para um ensaio em que uma intervenção específica está sendo avaliada (Oliveira & Orsini, 2008). Temos como exemplo instrumentos como o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ 30), para pacientes com neoplasias (Aaronson et al., 1993), o *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument*, (HAT-QoL) (Holmes & Shea, 1998) e o *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)* (Endicott, Nee, Harrison, & Blumenthal, 1993). Todos já traduzidos e validados para o português.

Os estudos realizados no Brasil, já produzidos e publicados, sobre a Qualidade de Vida de pacientes com obesidade têm utilizado instrumentos genéricos, especialmente o WHOQOL-Bref e o SF-36. Os referidos instrumentos não são sensíveis a características específicas e questões vivenciadas por pacientes com obesidade, principalmente no que concerne as dificuldades enfrentadas em locais públicos, autoestima e vida sexual, aspectos fundamentais a serem investigados nessa população.

Cumprе ressaltar que há escalas específicas para avaliar a obesidade traduzidas para o português do Brasil, quais sejam: *Questionário Impact of Weight on Quality of Life-Lite* (Iwqol-Lite) e *Obesity Related Well-Being* (ORWELL 97) (Mannucci et al., 1999). Ambas possuem itens relativos a sintomas e prejuízos na função física, impacto do peso no estado

emocional, preocupações relativas ao ser obeso e impacto sobre as relações, sobre o cotidiano e a vida social. O uso de instrumentos específicos se torna imprescindível para um maior entendimento das questões sociais que permeiam a condição de ser/estar obeso, além de contribuir para o tratamento.

## **2.2 Imagem Corporal**

### **2.2.1 Aspectos conceituais**

A imagem corporal é a maneira pela qual as pessoas representam o próprio corpo, isto é, a forma como cada pessoa vê e configura a representação do seu corpo, assim como ao modo como cada um acredita que os outros o representa (Campana & Tavares, 2009). Conceitualmente, a imagem corporal pode ser definida como um construto que envolve a percepção do indivíduo em relação ao tamanho e formas corporais, bem como aos sentimentos relacionados a essas características (Maturana, 2004).

Ao se abordar sobre a imagem corporal enquanto um construto, se faz necessário compreender que ela possui relação com aspectos da identidade dos sujeitos (Tavares, 2003). Cash e Smolack (2011) a caracterizam como um fenômeno multidimensional e processual que engloba diversos fatores, que são tipificados em dois grandes componentes, a saber: o perceptivo e o atitudinal. O primeiro está relacionado à estimativa do tamanho e da forma do corporal. Já o segundo é definido como a dimensão da Imagem Corporal relacionada aos aspectos de insatisfação geral, afetivos, cognitivos e aos comportamentais, relacionados ao corpo.

Inicialmente, o estudo sobre a imagem corporal e suas distorções a caracterizava como um fenômeno unidirecional, o qual tinha como explicação a dimensão neurológica. Contudo, a partir da década de 1920 esse nível de explicação passa a ser ampliado (Pronk, 2010). As pesquisas em imagem corporal tiveram seu marco com a publicação, em 1935, do livro “A imagem do corpo: as energias construtivas da psique” de Paul Schilder. Schilder foi um dos primeiros autores a investigar a imagem corporal em uma perspectiva multidimensional, proporcionando uma nova perspectiva às pesquisas no assunto (Amaral, 2011).

Schilder propõe que a imagem corporal é resultado de um esforço contínuo e nunca é estática ou completa (Tavares, 2003). Além disso, considera que a imagem corporal não se baseia apenas em associações, memórias e experiências, mas possui relação com intenções, aspirações e tendências, o que aponta para o caráter social e histórico do construto. Para Tavares (2003), a principal contribuição de Schilder está na sua visão integrada dos vários

aspectos do corpo, isto é, do social, psíquico e fisiológico, além de ter conseguido associar ideias de várias áreas do conhecimento.

Os avanços na compreensão desse construto ocorreram entre estudiosos da escola britânica. No entanto, foi na Áustria e na Alemanha que o estudo sobre imagem corporal se ampliou em termos de perspectivas e número de pesquisadores, sendo muitas das ideias atuais decorrentes de lá (Campana & Tavares, 2009). Para Campana e Tavares (2009), nas últimas décadas, cinco grandes linhas de pesquisa constituíram-se e diferenciaram-se entre si na forma de entender a imagem corporal, quais sejam:

1. Perspectiva social (voltada para a aparência física): propõe investigar o quanto os valores sociais interferem nos individuais e nos comportamentos adotados por cada um. Nessa perspectiva, os autores assumem que cada cultura determina os seus padrões acerca do que é ou não atraente.
2. Perspectiva psicodinâmica: entende que a Imagem Corporal é a representação mental do próprio corpo, sendo dinâmica, singular e multifacetada. Consideram a noção de *self* corporal e *self* psicológico. Fisher e Dolto são alguns dos principais representantes dessa linha.
3. Perspectiva cognitivo-comportamental: é uma das principais linhas da atualidade. É constituída por dois grupos de fatores: as influências do passado, fatores que foram determinantes ou que influenciaram a forma atual de o sujeito pensar; e os eventos ou processos futuros, que incluem diálogos internos, os comportamentos de autorregulação e o processamento esquemático da aparência.
4. Perspectiva da teoria do processamento de informação: a imagem corporal é um tipo de predisposição cognitiva que é determinada e ao mesmo tempo determina outros processos cognitivos como o conhecimento e o comportamento social e a autorrepresentação.
5. Perspectiva neurológica: a localização de lesões e a relação com os sintomas passou a ser vista de forma linear. Passou-se a pesquisar a experiência da lesão, dando uma visão mais abrangente e integrada para o fenômeno do membro fantasma para a consciência corporal.

Na contemporaneidade, há uma multiplicidade de conceitos e definições nas formas de entender e pesquisar a imagem corporal, verificando-se, muitas vezes, apenas a troca da palavra para dizer a mesma coisa (Campana & Tavares, 2009). Thompson et al. (1998 como citado em Campana & Tavares, 2009) elencam uma lista de definições sobre a imagem

corporal – como satisfação com o peso, satisfação corporal, percepção de tamanho corporal, satisfação com a aparência, avaliação da aparência, orientação pela aparência, estima corporal, interesse pelo corpo, disforia corporal, esquema corporal, dismorfia corporal, distorção corporal, e assim por diante. Tais evidências justificam a atenção de profissionais de saúde com relação à insatisfação corporal, sobretudo no sentido de melhor definir e caracterizar o construto, tendo em vista maiores êxitos nas intervenções.

A imagem corporal tem sido estudada em diversas áreas do conhecimento, tais como nutrição (Alves, Vasconcelos, Calvo, & das Neves, 2008), Educação Física (Barros, 2005), Enfermagem (Valença & Germano, 2016), Psicologia (Kakeshita & Almeida, 2006), entre outras. Segundo Pronk (2010), o interesse nesse construto por áreas distintas se deve, possivelmente, à importância desse construto na explicação de aspectos importantes da personalidade, como a autoestima e o autoconceito, por exemplo; de psicopatologias como os transtornos dismórficos e de comportamento alimentar; e até da integração social das pessoas em variados contextos.

Dentre as variáveis comumente estudadas, estão o câncer, comportamento alimentar, IMC, deficiência física e prática de exercícios físicos. Os estudos realizados por Laus et. al. (2014), no Brasil, sobre imagem corporal constataram que os grupos mais estudados são mulheres, universitários e adolescentes tanto do sexo feminino quanto masculino. No que concerne às mulheres, isso se deve, provavelmente, ao fato destas apresentarem, em grande parte dos estudos, maior insatisfação corporal, comportamentos de checagem corporal e atitudes alimentares inadequadas quando comparadas aos homens (Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho, & Ferreira, 2013). Assim como, acredita-se que os adolescentes estão mais propensos a apresentarem insatisfação em relação à imagem corporal devido às mudanças corporais que passam nessa fase do desenvolvimento (Lira, Ganen, Lodi, & Alvarenga, 2017).

No tocante à vivência subjetiva, distorções em relação à imagem corporal podem seguir um curso de uma leve insatisfação com o peso e a aparência, e avançar para uma preocupação extrema, levando a uma imagem corporal negativa. Uma percepção negativa da imagem corporal é marcada por prejuízos na saúde, vida social e profissional, além de causar sofrimento intenso (Duca, Garcia, Sousa, Oliveira, & Nahas, 2010). Destaca-se, ainda, as inúmeras práticas prejudiciais à saúde que estão relacionadas à insatisfação corporal, como o uso de substâncias anorexígenas, esteroides anabólicos, abuso de laxantes, entre outros (Carvalho et al., 2013).

Comumente, verifica-se uma percepção distorcida da imagem corporal, seja na perspectiva de subestimar ou superestimar. Pesquisa realizada por Almeida, Santos, Pasian e

Loureiro (2005) com mulheres, demonstrou que as participantes com sobrepeso tiveram dificuldades em escolher silhuetas compatíveis com o seu IMC e, de maneira geral, o tamanho e forma corporal ideal foram relacionadas a figuras que representavam um baixo peso (Almeida et al., 2005). Esses resultados também foram corroborados por Kakeshita e Almeida (2006) em estudo realizado com universitários de ambos os sexos. Esses índices ocorrem devido à propensão em considerar a magreza como padrão ideal do corpo feminino.

A Imagem Corporal é influenciada por diversos fatores. No entanto, três deles se sobressaem, quais sejam: os pais, os amigos e a mídia. Sendo este último o mais pervasivo (Lira, Ganen, Lodi, & Alvarenga, 2017). No estudo realizado por Lira et al. (2017) procurou-se investigar a influência da mídia e do uso de redes sociais na imagem corporal de adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, do sexo feminino, eutróficas e pertencentes às classes sociais D e E. As participantes que escolheram figuras corporais menores como desejadas pontuaram valores superiores na escala que avaliava a influência das atitudes socioculturais em relação à aparência quando comparadas às que estavam satisfeitas. As autoras observaram, também, que aquelas que acessavam as redes sociais diariamente possuíam maior chance de estarem insatisfeitas com a imagem corporal (Lira et al., 2017).

É importante ressaltar que cada cultura possui um padrão diferente a respeito da imagem do corpo ideal. Como alerta Straub (2014), do mesmo modo que os estilos de roupas, os tipos de corpo entram e saem de moda, sofrem grande impacto da mídia. Apesar de ser um tema amplamente estudado por diversas áreas do conhecimento, pouco tem se investigado associado à qualidade de vida em pacientes com sobrepeso ou obesidade. A preocupação com a obesidade pode criar distorções na imagem corporal, gerar condutas prejudiciais à saúde e risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Liberali, Schmittb, Orué, & Novello, 2013). Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V* (DSM-V, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013), o modo como é vivenciada a insatisfação com o peso ou a forma corporal é um dos fatores para critério diagnóstico de Transtornos Alimentares (TA), tais como anorexia e bulimia nervosa.

Cumpramos ressaltar que pesquisadores (Damasceno, Lima, Vianna, Vianna, & Novaes, 2005) têm evidenciado que a insatisfação com a imagem corporal pode durar a vida toda, independente de gênero. Isso pode ser percebido ao considerar que pesquisas com adultos têm resultados semelhantes às realizadas com crianças e adolescentes. A literatura também evidencia estudos sobre a imagem corporal e sua relação com a qualidade de vida. Estudo realizado por Skopinski, Resende e Schneider (2015) sobre imagem corporal, humor e qualidade de vida em mulheres pós-menopáusicas demonstrou que a satisfação com a imagem

corporal está relacionada à melhor qualidade de vida, menor probabilidade de apresentar sintomas depressivos, menor índice de massa corporal e maior renda pessoal e familiar.

Na atualidade, há uma valorização excessiva da juventude e do ideal de beleza associado ao corpo magro, entretanto tais padrões não correspondem, sobretudo, às características étnicas brasileiras, e a veiculação dessas ideias atinge as pessoas nos mais variados contextos (Veras, 2010). Desse modo, o trabalho da Psicologia da Saúde procura dar maior enfoque na saúde geral, em vez de trabalhar na perspectiva de tentar alcançar padrões físicos tidos como ideais que, na maioria das vezes, são inatingíveis. Com isso, procura-se evitar os perigos da obesidade ou dos transtornos da alimentação e, igualmente, a ansiedade e a insatisfação causadas pela divergência entre a imagem corporal real e desejada (Straub, 2014).

### ***2.2.2 A avaliação da Imagem Corporal***

Os primeiros relatos de pesquisas com o objetivo de avaliar a imagem corporal datam do começo do século XX, no qual a ênfase era dada ao que uma lesão cerebral poderia acarretar na percepção do indivíduo acerca do próprio corpo ou espaço que estava inserido. Foi o neurologista francês Pierre Bonnier o primeiro a adotar o termo ‘esquema corporal’ e propor sua definição (Campana & Tavares, 2009). Desde então, o conceito de imagem corporal sofreu modificações e surgiram novas formas de investigação, que fomentou o amplo repertório avaliativo e conceitual que se tem nos dias atuais (Tavares, Campana, Tavares Filho, & Campana, 2010).

Com base na revisão da literatura, Campana e Tavares (2009) propuseram que, em nível de pesquisa, os instrumentos para avaliar a imagem corporal são sistematizados em duas dimensões, conforme os aspectos que podem ser primariamente alterados na imagem corporal, a saber: a dimensão atitudinal e a dimensão perceptiva. Em relação à dimensão atitudinal, como mencionado anteriormente, o objetivo é investigar os comportamentos, as emoções, satisfação e as cognições do sujeito a respeito de seu corpo, isto é, os aspectos subjetivos. Já a segunda tem como objetivo investigar a distorção do tamanho das dimensões do corpo, por meio de aparatos de distorção da própria imagem, através de manipulação de luzes, fotos ou filmagens.

De acordo com Cash e Smolack (2011) os instrumentos que avaliam a atitude em relação à imagem corporal são subdivididos em quatro componentes, conforme descrito abaixo:

1. Insatisfação geral subjetiva: diz respeito à insatisfação/satisfação que uma pessoa pode ter em relação à sua aparência como um todo. Nesse caso, o primeiro passo é determinar a que se refere essa insatisfação/satisfação. Para avaliação são utilizadas escalas de figuras e questionários.
2. Afetivo: refere-se às emoções relativas à aparência física, incluindo ansiedade, disforia, desconforto em relação à própria aparência. Aqui, são utilizados questionários para avaliação.
3. Cognitivo: refere-se ao investimento na aparência física, a pensamentos distorcidos e crenças sobre o corpo. Alguns instrumentos deste terceiro componente são construídos tendo como base conceitual a teoria do processamento de informações. Estes instrumentos agrupam-se em duas categorias: a primeira que avalia pensamentos típicos de grupos de pessoas com distúrbios da imagem corporal; a segunda categoria avalia o *self* e os esquemas da Imagem Corporal dos sujeitos a partir de suas próprias perspectivas.
4. Comportamental: refere-se à evitação de situações de exposição do corpo e à adoção de comportamentos de checagem do corpo. Escalas multidimensionais e entrevistas são os instrumentos comumente utilizados.

Cumprе ressaltar que, apesar da ampla aceitação deste modelo, ele não é uma unanimidade. Nem sempre a dimensão comportamental é aceita como existente, uma vez que para alguns grupos ela é uma consequência das dimensões cognitiva e afetiva (Cash & Smolack, 2011). De acordo com Amaral (2011), entre os instrumentos elaborados em outros contextos e que foram traduzidos e adaptados para a população brasileira, destinados à avaliação dos diversos componentes da Imagem Corporal, têm-se:

- a) Instrumentos que avaliam a percepção subjetiva: Body Shape Questionnaire (BSQ); (Di Pietro & Silveira, 2009); Escala de Silhuetas de Stunkard (Scagliusi, et al., 2006), Body Shape Questionnaire (BSQ) versão para adolescentes (Conti et al., 2009); Body Áreas Scale (BAS) (Conti et al., 2009); Escala de Evaluación de Insatisfación Corporal (EEICA); (Conti, Slater, & Latorre, 2009); Escala de Silhuetas de Thompson & Gray; (Conti & Latorre, 2009); Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) (Jorge et al., 2008).

- b) Instrumentos que avaliam o componente afetivo: Body Attitudes Questionnaire (BAQ) (Scagliusi et al., 2005); e Body Investment Scale (BIS); (Gouveia et al., 2008).
- c) Instrumentos que avaliam o componente comportamental: Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ); (Campana et al., 2009); e Body Checking Questionnaire (BCQ) (Carvalho, Conti, Amaral, & Ferreira, 2014).
- d) Instrumentos que avaliam o componente cognitivo: Tripartite Influence Scale; (Conti et al., 2010).

No Brasil, o componente cognitivo é o mais carente de instrumentos para sua avaliação. Apenas em 2010 este componente passou a possuir um instrumento que pudesse avaliá-lo. Devido a essa carência, Amaral (2011) realizou a adaptação transcultural do *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* (SATAQ-3) para a população brasileira jovem de ambos os sexos.

Apesar das divergências, na maioria das vezes, linhas de pesquisas diferentes fazem uso dos mesmos instrumentos, sendo escolhidos de acordo com a dimensão da Imagem Corporal que se pretende investigar, isto é, mantém-se em comum o uso de escalas de figuras, entrevistas, questionários e testes perceptivos (Campana & Tavares, 2009). Laus et al. (2014) e Neves, Morgado e Tavares (2015) constataram um aumento no número de pesquisas na última década, especialmente no desenvolvimento de medidas de avaliação e de perspectivas conceituais. Contudo, os autores perceberam uma quantidade considerável de estudos que fizeram uso de medidas não validadas e muita impropriedade no uso de termos adequados. Segundo Xavier, Pasian e Almeida (2015), uma notável parte desses estudos foram publicados nas duas últimas décadas, demonstrando ser uma temática recente na literatura científica brasileira.

Em um estudo realizado por Campana, Campana e Tavares (2009), foram analisadas sete escalas que avaliavam a imagem corporal e sua relação com os transtornos alimentares. Os resultados indicaram que todas as escalas apresentaram pontos a serem revistos para que pudessem ser válidas no uso clínico e em pesquisa para avaliar a Imagem Corporal relacionada aos Transtornos Alimentares. Entretanto, a Escala de Figuras de Stunkard, apesar de demonstrar falhas metodológicas, foi coerente às formas de validação dos instrumentos, e se mostrou confiável para ser usada nessa população. Em outra revisão, realizada por Xavier, Pasian e Almeida (2015), na qual foram avaliados 34 instrumentos, os autores encontram resultados semelhantes, impropriedades e falta de rigor no que tange ao processo de adaptação



cultural, entretanto, concluíram que a maioria seguiu as recomendações de adaptação e construção de técnicas de avaliação, o que garante a qualidade técnica dos instrumentos.

Em suma, as pesquisas em imagem corporal ainda têm grandes desafios a superar, que podem ser minimizados pelo suporte de um referencial teórico consistente, pela utilização de instrumentos validados e com boas propriedades psicométricas, bem como atenção ao protocolo de coleta de dados sugeridos pela literatura científica.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa.

#### 3.2 Participantes

Parte da amostra foi abordada em praças, logradouros e residências. Outros participantes foram abordados no setor de endocrinologia de um hospital público, localizado na cidade de Campina Grande - PB. Assim, participaram de forma não probabilística e por conveniência 58 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino (81%) e com IMC acima de 28,8 kg/m<sup>2</sup>, que estavam ou não em tratamento para a perda de peso. Os participantes possuíam, em média, 38,53 anos de idade (DP= 10,69), variando entre 18 e 66 anos. A maioria dos respondentes era casada ou vivia em união estável (60,3%). Do total da amostra, a maior parte possuía o Ensino Fundamental incompleto (32,8%) e Ensino Médio completo (32,8%). No tocante à renda familiar, a maioria dos participantes possuía renda de até um salário mínimo (56,9%). Já para o procedimento de entrevistas foram contatadas 17 pessoas da amostra, conforme disponibilidade, considerando o critério de saturação.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: apresentar IMC acima de 25 kg/m<sup>2</sup>; possuir idade igual ou superior a 18 anos; e participar de forma voluntária. Já como critérios de exclusão foram adotados: recusa em participar do estudo; questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas; e impossibilidade de preenchimento dos instrumentos por limitações cognitivas ou uso de substâncias/medicamentos.

#### 3.3 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa:

a) Questionário sociodemográfico: este instrumento é composto por perguntas que visam caracterizar os participantes da pesquisa. As questões são relacionadas às variáveis demográficas, socioeconômicas como sexo, idade, renda, escolaridade, religião e estado civil, bem como aspectos clínicos tais como peso, altura, tratamentos já realizados, doenças associadas, entre outros.

b) *Questionário Impact of Weight on Quality of Life-Lite (Iwqol-Lite)*: é um questionário específico de avaliação da qualidade de vida para indivíduos com obesidade. O

instrumento original foi desenvolvido por Duval, Marceau, Pe'russe, & Lacasse (2006). Constituído por 31 itens dispostos em uma escala graduada tipo *Likert*, com pontuação variando de 5 (nunca verdade) a 1 (sempre verdade), toma como referência os últimos sete dias. Os itens são distribuídos em cinco áreas de funcionamento, a saber: funcionamento físico, autoestima, vida sexual, dificuldades em locais públicos e trabalho. Quanto maior o valor obtido neste instrumento, maior revela ser a qualidade de vida do respondente. A versão em português deste instrumento foi desenvolvida por Mariano et al. (2010). O instrumento apresentou qualidades psicométricas satisfatórias na confiabilidade (teste-reteste), consistência interna e validade convergente. Assim, apresentou-se como um instrumento útil e com bom desempenho psicométrico na investigação da Qualidade de Vida de pessoas com excesso de peso.

c) *WHOQOL-Bref*: instrumento desenvolvido pelo grupo de pesquisa sobre qualidade de vida da OMS (WHOQOL GROUP). Composto por vinte e seis itens dispostos em uma escala tipo *Likert*, com a pontuação variando de 1 a 5 com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Os itens versam sobre a percepção do sujeito sobre a sua saúde global, tomando como referência as duas últimas semanas. São duas questões relativas à QV global e vinte quatro distribuídas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os resultados sugerem que quanto maior o escore obtido, maior a qualidade de vida percebida pelo sujeito. Para a validação do instrumento no Brasil, a escala foi aplicada em uma amostra de 300 indivíduos, juntamente com o Inventário de Beck para a Depressão (BDI) e a Escala de Desesperança de Beck (BHS). O Instrumento apresentou consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste com características apropriadas, sendo considerado um instrumento com boas qualidades psicométricas e adequado para a avaliação da qualidade de vida (Fleck, et al., 2000).

d) *Escala de Figuras de Stunkard Figure Rating Scale (FRS)*: Desenvolvida por Stunkard, Sorensen & Schulsinger (1983), validada para o Brasil por Scagliusi et al. (2006). Esta escala tem sido amplamente utilizada no Brasil para verificar o nível de satisfação/insatisfação com o corpo. Trata-se de um instrumento composto por nove figuras humanas, tanto figuras femininas quanto masculinas, que aumentam gradualmente o tamanho corporal, variando desde muito magro até muito obeso. No primeiro momento o indivíduo seleciona a imagem que o representa na atualidade (real) e, no segundo momento, a que ele gostaria de ser (ideal). O índice de discrepância é calculado pela subtração da imagem atual

da ideal (eu atual – eu ideal). Os valores podem variar entre -8 e 8 (valores positivos exprimem a vontade do indivíduo de ser mais magro, e negativos, a vontade de ser mais gordo/ter mais peso). Se o resultado for igual à zero, a classificação corresponde à satisfação como o tamanho corporal. Já a diferença acima de duas pontuações indica a intensidade da insatisfação com a imagem corporal. De acordo com Campana, Campana e Tavares (2009) a versão brasileira teve boas correlações entre o índice de massa corporal atual e a diferença entre a silhueta ideal e a real, tendo essa diferença sido marcante no grupo com transtorno alimentar, demonstrando, inclusive, que a escala poderia identificar este grupo clínico. A validade concorrente foi avaliada através da correlação do IMC dos grupos controle e clínico com as figuras apresentadas como real e a discrepância ideal na escala.

e) Entrevista: composta de perguntas abertas, cujo objetivo consiste em possibilitar ao entrevistado falar de maneira aprofundada a respeito dos temas já tratados através dos questionários. De acordo com Boni e Quaresma (2005) esse tipo de instrumento proporciona uma melhor amostra da população de interesse. Alguns pontos que nortearam a discussão foram causas da obesidade/sobrepeso, qualidade de vida e imagem corporal.

### **3.4 Procedimento**

No primeiro momento, foi realizado o contato com a instituição de saúde, a fim de apresentar os objetivos do estudo e solicitar a autorização para a realização da pesquisa. Após isso, o projeto passou pela banca de qualificação e, em seguida, foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da UEPB (CEP/UEPB). Após a submissão e autorização por parte do Comitê, a pesquisadora se dirigiu à instituição para a coleta de dados. A coleta foi realizada em uma das salas de atendimento disponível na referida instituição de saúde com o intuito de aplicar os instrumentos de pesquisa.

Foi solicitado a cada participante, individualmente, responder o Questionário Sociodemográfico, as Escalas de Qualidade de Vida (IWQOL-Lite e WHOQOL-Bref) e Escala de Figuras de Stunkard. Quando havia a disponibilidade, a entrevista era aplicada logo após o primeiro momento. Era solicitado a cada participante que pensasse durante um tempo determinado (cerca de um minuto) o que eles consideram mais relevante a respeito da seguinte questão: “O que, em sua opinião, causa o excesso de peso?” Esta fase é denominada de *evocação*. Após a evocação foi solicitado que o participante *enunciasse* ao menos três aspectos mais importantes relacionados à pergunta feita. Os temas foram anotados e, por conseguinte, solicitada uma explicação (*averiguação*) de cada um deles, a fim de explorar os temas evocados e investigar os sentidos atribuídos individualmente. O mesmo processo se deu

com as perguntas subsequentes: “O que para você é qualidade de vida?” e “Como você avalia a sua imagem corporal?” A entrevista foi gravada de acordo com a autorização do entrevistado e, em seguida, transcrita e submetida à análise.

### 3.5 Análise dos Dados

Para a caracterização socioeconômica e análise dos dados decorrentes dos instrumentos quantitativos foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência, média, porcentagem e desvio padrão), estatísticas bivariadas (Qui-quadrado, Teste t e r de Pearson). Para isso foi utilizado o Pacote Estatístico Para as Ciências Sociais – SPSS, versão 20.0.

A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base na análise categorial temática, conforme proposta de Figueiredo (1993). A análise categorial temática consiste em categorias determinadas a partir dos temas suscitados e processado em uma série de etapas, conforme quadro abaixo:

Tabela 1

#### **Etapas do Procedimento de Análise de Conteúdos sobre o material transcrito nas entrevistas**

Etapa	Procedimentos
<b>TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL</b>	
<b>PRIMEIRA FASE</b> (Sessões/Sujeitos)	A. Leitura Inicial B. Marcação C. Corte D. <b>Primeira Junção*</b> E. Notação F. Organização e Primeira Síntese
<b>SEGUNDA FASE</b> (Conteúdos)	<b>Segunda Junção**</b> G. Leitura Inicial H. Organização I. Notação J. Redação Final

\*Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

\*\* Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

#### **- Primeira Fase:**

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção concentrou conteúdos comuns dentro de cada discurso. Desse modo, cada discussão foi transcrita e estudada em

função de cada entrevista realizada, se referindo às questões particulares de cada indivíduo. Assim, compreendeu as seguintes fases:

- A. **Leitura Inicial:** foram identificados alguns pontos preliminares, ligados às categorias emergentes, tendo sido realizado anotações a respeito de aspectos relacionados à situação de entrevista, tais como: rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e estado afetivo.
- B. **Marcação:** foram selecionados trechos das entrevistas, encontrados nos discursos, que corresponderam às categorias, além de outros conteúdos significativos.
- C. **Corte:** os trechos selecionados foram, então, retirados do discurso.
- D. **Primeira Junção:** os trechos selecionados foram agrupados por pessoa, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostos em protocolos de análise (quadros onde se definem as categorias).
- E. **Notação:** foram feitas observações marginais sobre os trechos, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- F. **Discussão:** as observações foram discutidas para que fosse possível fazer a segunda junção, pertencente à segunda fase, onde foram agrupados os trechos de todos os grupos em relação a uma mesma categoria.

### **- Segunda Fase**

Nesta fase, as entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu a conteúdos comuns a todas as entrevistas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiram-se as seguintes etapas:

- G. **Leitura Inicial:** foi realizada uma leitura em profundidade, na qual foram identificados os trechos cujos conteúdos são comuns, dentro de cada Categoria Temática.
- H. **Organização:** esses trechos foram, então, agrupados e classificados em subcategorias com base nos conteúdos.
- I. **Notação:** semelhante à primeira fase, as observações marginais foram ampliadas relacionando-as às subcategorias.
- J. **Discussão Final e Redação:** foi elaborada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram durante as entrevistas.

### **3.6 Aspectos Éticos**

Observou-se as disposições contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, na qual estão determinadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Além disto, foi assegurado o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade das informações prestadas. Todos os sujeitos que se dispuserem a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, resguardando sua identidade.

No caso dos participantes atendidos e abordados em serviço de saúde, foi assegurado que os mesmos podiam se recusar ou desistir da pesquisa em qualquer momento sem que isto implicasse em quaisquer prejuízos para o seu atendimento no serviço.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Perfil sociodemográfico e clínico dos participantes

Neste tópico será apresentado o perfil sociodemográfico e clínico da amostra. O objetivo não é apenas caracterizar o perfil dos participantes, mas entender os contextos de vida das pessoas com excesso de peso/obesidade e identificar os determinantes sociais que aumentam as possibilidades de exposição de coletividades ao adoecimento e morte, tais como a baixa escolaridade e renda.

Tabela 2

**Frequências e percentuais referentes aos dados sociodemográficos dos participantes (N=58)**

Variáveis	Níveis	F	%
Sexo	<b>Feminino</b>	<b>47</b>	<b>81</b>
	Masculino	11	19
Estado civil	<b>Casado/União estável</b>	<b>35</b>	<b>60,3</b>
	Solteiro	19	32,8
	Separado/divorciado	04	6,9
Escolaridade	<b>Fundamental incompleto</b>	<b>19</b>	<b>32,8</b>
	Fundamental Completo	05	8,6
	Médio incompleto	02	3,4
	<b>Médio completo</b>	<b>19</b>	<b>32,8</b>
	Superior incompleto	08	13,8
	Superior completo	05	8,6
Renda	<b>Até um salário</b>	<b>33</b>	<b>56,9</b>
	Um e dois salários	25	43,1
Situação laboral	<b>Empregado (a)</b>	<b>17</b>	<b>30,4</b>
	Desempregado (a)	11	19,6
	Aposentado (a)	03	5,4
	Autônomo (a)	13	23,2
	Dona de casa	10	17,9
	Estudante	01	1,8
	Faz bico	01	1,8
Religião	Sem religião	02	3,4
	<b>Católica</b>	<b>28</b>	<b>48,3</b>
	Protestante	23	39,7
	Outras	05	8,6

Dentre os resultados, verificou-se que 81% (n=47) da amostra é composta de participantes do sexo feminino. Pesquisas de base populacionais demonstram que o



comportamento das prevalências de excesso de peso e de obesidade ao longo tempo tem aumentado tanto para homens quanto para mulheres (Brasil, 2017; IBGE, 2013). No entanto, autores (Ferreira & Magalhães, 2011) têm observado a vulnerabilidade do grupo feminino à dinâmica da obesidade no que diz respeito à pobreza, no sentido de que a obesidade no grupo feminino está associada a uma menor renda. Enquanto entre os homens, a obesidade está relacionada à maior renda.

Acredita-se que a amostra do presente estudo ter sido composta de um maior número de mulheres, pode estar relacionada ao fato de que maioria das pessoas foram abordadas em um serviço de saúde, o que corrobora com a ideia de que as mulheres tem uma maior percepção dos sinais e sintomas das doenças e, portanto, procuram com mais frequência por serviços médicos, exames, práticas de promoção e prevenção da saúde (Malta et al. 2017).

No que diz respeito a situação conjugal, 60,3% a maioria dos participantes é casada ou vive em união estável. No tocante à escolaridade, verifica-se que 32,8% possui o Ensino Fundamental incompleto, igualmente (32,8%) possui o Ensino Médio completo. A partir do perfil sociodemográfico dos participantes, confirmaram-se os resultados de pesquisas anteriores (Brasil, 2017; Brasil, 2015; IBGE, 2013) as quais demonstram que a prevalência de obesidade em mulheres com menores anos de escolaridade é maior. Em outras palavras, na medida em que aumenta o nível de escolaridade a frequência de excesso de peso diminui para este público. No que diz respeito aos homens acontece o inverso. Este perfil está relacionado a menores oportunidades de conquistar postos de trabalho de maior qualificação e, conseqüentemente, melhor condição salarial (Ferreira, et al., 2010). Nesse sentido, mesmo a maioria estando empregada (30,4%), há uma predominância de participantes que possuem renda de até um salário mínimo (56,9%). Nessa direção, Ferreira e Magalhães (2011) alertam que a preocupação que os sujeitos têm sobre o corpo aumenta de acordo com a hierarquia social. No quesito religião, a maior frequência encontrada foi para a religião católica (48,3%) seguida da religião evangélica (39,7%).

Para a identificação do perfil antropométrico da amostra foi calculado o IMC dado pela fórmula peso (kg) dividido pelo quadrado da altura (m<sup>2</sup>). O cálculo demonstrou que 89,3% da amostra se classificou no perfil de obesidade (conforme pode ser verificado na Tabela 2), destes 49,1% possuía IMC maior que 40,0 kg/m<sup>2</sup>. Tal resultado se configura como obesidade grau III ou obesidade mórbida; seguida de obesidade grau II (24,5%), a qual o IMC está situado entre 35,0 e 39,9 kg/m<sup>2</sup>; e de obesidade grau I (15,7%) cujo IMC está 30,0 e 34,9 kg/m. Apenas 10,5% se configurou com sobrepeso/pré-obesidade (IMC 25,0 e 29,9 kg/m). Do total de participantes, 75,9% estavam em tratamento para a perda de peso.

Tabela 3  
**Frequências e percentuais referentes aos dados clínicos dos participantes (N=58)**

Variáveis	Níveis	F	%
IMC (n=57)	25,0 e 29,9 kg/m	06	10,5
	30,0 e 34,9 kg/m	09	15,7
	35,0 e 39,9 kg/m	14	24,5
	<b>Maior que 40,0 kg/m<sup>2</sup></b>	<b>28</b>	<b>49,1</b>
Em tratamento	<b>Sim</b>	<b>44</b>	<b>75,9</b>
	Não	14	24,1
Tempo de tratamento	Sem tratamento	15	25,9
	<b>Início (primeira consulta)</b>	<b>20</b>	<b>34,5</b>
	Um a seis meses	08	13,8
	Sete a doze meses	06	10,3
	Um a dois anos	01	1,7
	Dois a três anos	02	3,4
	Quatro a cinco anos	03	5,2
Tratamentos anteriores (N=55)	Mais de cinco anos	03	5,2
	Nunca fez tratamento	08	14,5
	Dieta	09	16,4
	Dieta + exercício	12	21,8
	Dieta + medicação	09	16,4
Frequência que costuma fazer dieta	<b>Dieta + exercício + medicação</b>	<b>17</b>	<b>30,9</b>
	Nunca	08	13,8
	<b>Raramente</b>	<b>22</b>	<b>37,9</b>
	Frequentemente	14	24,1
Tempo acima do peso (n=44)	Sempre	14	24,1
	Infância	07	15,9
	Adolescência	10	22,7
	Casamento	03	6,2
	<b>Gravidez</b>	<b>20</b>	<b>45,5</b>
	Parou de fumar	01	2,3
	Laqueadura	01	2,3
Histórico familiar	Mais de 2 anos	01	2,3
	Mais de 10 anos	01	2,3
Doenças associadas (n=55)	<b>Sim</b>	<b>50</b>	<b>86,2</b>
	Não	08	13,8
	<b>Nenhuma</b>	<b>23</b>	<b>41,8</b>
	Hipertensão	16	29,1
	Diabetes	07	12,7
	Hipertensão + Diabetes	06	10,9
	Hipertireoidismo	01	1,7
Consumo de álcool	Hipotireoidismo	01	1,7
	Outras	01	1,7
	<b>Nunca</b>	<b>42</b>	<b>72,4</b>
	Raramente	15	25,9
Consumo de tabaco	Frequentemente	01	1,7
	<b>Nunca</b>	<b>55</b>	<b>94,8</b>
	Raramente	01	1,7
Consumo de tabaco	Frequentemente	01	1,7
	Sempre	01	1,7

No que diz respeito ao tempo de tratamento, foi possível perceber que dentre os que estavam em tratamento no serviço de saúde, uma parte considerável estava iniciando o processo (34,5%), isto é, estava se consultando pela primeira vez na ocasião da coleta de dados. Levando em consideração que o serviço já é ofertado há um tempo considerável, posto que havia pessoas que já estavam em tratamento há mais de cinco anos (5,2%), o número de iniciantes é muito elevado, o que leva a presumir que, mesmo reconhecendo a importância, a maioria não consegue dar continuidade ao tratamento. Beck (2011) afirma que o ciclo de dietas é bastante previsível, que as pessoas iniciam extremamente motivadas, mas com o passar do tempo tendem a abandonar devido a pensamentos sabotadores, como permissividade e sentimentos de privação e de que estão sendo punidas. Mas não é só isso, a pauperização das condições de vida também parece refletir negativamente no padrão de alimentação, dificultando o acesso a determinados tipos de alimentos, assim como restringindo a prática de atividade física, (Ferreira & Magalhães, 2011) implicando, portanto, no comprometimento do tratamento.

Além disso, verificou-se que mesmo os que estavam em tratamento há mais tempo persistiam acima do peso. Contudo, há que se considerar que, mesmo a maior parte da amostra estando em tratamento (75,9%), observou-se que 37,9% dos participantes raramente faziam dieta. A maior parte dos respondentes revelou já ter aderido a algum tratamento para emagrecer (69,1%). Dentre os recursos mais utilizados, estavam dieta, a prática de exercício físico e o uso de medicação, na maioria das vezes o uso combinado desses métodos. Esses dados corroboram com a premissa de que quem está acima do peso em algum momento já aderiu a algum tratamento para emagrecer (Ferreira et al., 2010)

O ganho de peso excessivo durante a gestação tem sido apontado pela literatura como uma possível causa da obesidade entre mulheres (Silva et al., 2017), tendo como uma das explicações a maior necessidade de energia nesse período (Ferreira & Magalhães, 2011). Corroborando com o que vem sendo demonstrado na literatura, o presente estudo evidenciou que a gravidez foi apontada pelas participantes do sexo feminino como a principal justificativa para o ganho de peso (45,5%), nenhum outro fator teve um número tão elevado.

Algumas pesquisas (Silva, et al., 2018; Amaral & Pereira, 2016) chamam a atenção para os fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade, um deles é o histórico familiar. De maneira semelhante, observou-se neste estudo que 86,2% dos participantes possuíam histórico de obesidade na família. Entre os parentes relatados com maior frequência estavam mãe, pai, tios e avós. Esse dado se torna relevante no sentido de que a obesidade não tem sido considerada uma doença cujas causas principais sejam genéticas. Desse modo,

compreende-se a importância da influência familiar na obesidade no sentido da aquisição de hábitos alimentares e da inatividade física comum aos membros (Amaral & Pereira, 2016).

Identificou-se, também, que 41,8% dos respondentes não possuíam histórico de nenhuma doença associada, o que não valida às crenças sociais que associam a pessoa obesa a um “ser doente”. Cumpre ressaltar que, dentre as doenças associadas mais relatadas estavam a hipertensão (29,1%), seguida de diabetes (12,7%), e das duas doenças concomitantemente (hipertensão + diabetes) (10,9%). Esses dados vão de encontro a uma tendência nacional, na qual a hipertensão e a diabetes estão entre as “Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade” (Melo, 2011). Ademais, a OMS elegeu o consumo de álcool e o consumo de tabaco, junto com a inatividade física e alimentação inadequada, como principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Duncan, et al., 2012). Desse modo, ressalta-se a importância de se investigar esses hábitos na população com excesso de peso/ obesidade. No entanto, na amostra deste estudo 72,4% e 94,8% declarou não consumir álcool e tabaco, respectivamente.

#### **4.2 Qualidade de vida das pessoas com excesso de peso**

Considerando a avaliação da qualidade de vida através do instrumento genérico WHOQOL-Bref, numa escala que variava de 0 a 100, verificou-se escore médio positivo de 53,4 (DP=10,4; amplitude: 30,5–76,8), o que indica uma avaliação moderadamente boa. Esse resultado é corroborado por outros estudos (Sousa & Johann, 2014; Horta, Cardoso, Lopes, & Santos, 2013) que utilizaram o WHOQOL-Bref para avaliar a Qualidade de Vida na obesidade. No entanto, os resultados aqui encontrados não diferem muito dos observados em outros grupos específicos (Roncada, 2016; Silva, 2009) nos quais foi utilizado o WHOQOL-Bref como instrumento de avaliação. Em outras palavras, estudos realizados com populações distintas também demonstraram uma tendência em se avaliar a qualidade de vida geral positivamente. Assim, no que tange a obesidade verificou-se que a maioria dos estudos analisa a QV a partir das dimensões, sem mencionar esta questão do instrumento.

Já em relação à satisfação com a própria saúde, verificou-se escore médio de 43,42 (DP=23,3; amplitude: 0–100), indicativo de uma avaliação abaixo do ponto de corte (50), ou seja, o que indica uma baixa satisfação com a saúde. Esses dados estão em consonância com os resultados encontrados no estudo de Chagas e Neves (2015) e Moraes, Caregnato e Schneider (2014) os quais relatam que as pessoas com obesidade apresentaram medidas de QV significativamente menores quanto ao estado geral de saúde. Resultado semelhante foi encontrado por Porto, Arruda, Altimari e Cardoso Júnior (2016), o estudo procurou avaliar

autopercepção de saúde tanto em indivíduos eutróficos, quanto em indivíduos com excesso de peso. Os autores identificaram que maiores índices de não satisfação com a saúde transcorreram na amostra com mais elevados indicadores de adiposidade, ao passo que o IMC eutrófico se associou significativamente com a maior satisfação com a saúde.

No presente estudo, mesmo os participantes não avaliando positivamente sua saúde, esse fator não contribuiu para que considerassem sua qualidade de vida ruim, corroborando com o que Pereira, Teixeira e Santos (2012) já chamavam atenção, isto é, que nem todos os aspectos da vida humana são de ordem médica ou sanitária, e que a percepção da qualidade de vida não está limitada a esses fatores. De maneira geral, a literatura tem demonstrado que a obesidade tem um impacto negativo na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (Torres, Rosa, & Moscovitch, 2016).

Embora a avaliação da qualidade de vida geral dos participantes tenha apresentado índice moderadamente positivo, quando se considerou a avaliação por fatores, verificou-se baixo nível de avaliação da Qualidade de Vida para a dimensão Meio Ambiente. Os resultados são demonstrados na Tabela 3 abaixo:

Tabela 4  
**Avaliação da Qualidade de Vida por Fatores do WHOQOL-Bref (N=57)**

<b>Fatores</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Amplitude</b>
Físico	58,5	21,6	04–100
Psicológico	60,9	19,1	29–96
Relações Sociais	65,2	22,7	17–100
Meio Ambiente	49,5	14,6	22–97

Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores (Chagas & Neves, 2015; Horta, Cardoso, Lopes, & Santos, 2013), nos quais o Meio Ambiente se configurou como o domínio mais prejudicado para pessoas com obesidade mórbida. A dimensão Meio Ambiente está relacionada às questões objetivas de vida, tais como condições do local onde mora, segurança, atividades de lazer, meio de transporte, recursos financeiros, oportunidades de adquirir informações e acesso aos serviços de saúde. Na presente pesquisa, foi possível perceber que as questões que se sobressaíram foram o pouco dinheiro para satisfazer as necessidades, as poucas oportunidades de lazer, bem como a insatisfação no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Considerando que 56,9% da amostra sobrevive com renda de

até um salário mínimo, se torna compreensível o porquê de essa dimensão ter se sobressaído em relação às demais, pois tal variável expõe as pessoas a condições desfavoráveis de vida e, conseqüentemente, à vulnerabilidade social. Em contrapartida, em seu estudo, Skopinsky, Resende e Schneider (2015) ressaltam que mulheres com melhor condição financeira têm melhor qualidade de vida nesse domínio.

Os fatores que mais contribuíram positivamente para a qualidade de vida dos participantes foram o domínio Relações Sociais, seguido do domínio Psicológico e do domínio Físico. O domínio Relações Sociais, constituído por afirmativas relacionadas ao nível de satisfação com as pessoas do círculo social, o apoio que recebe de parentes e amigos, e a satisfação com a atividade sexual, foi o que apresentou maior contribuição para o escore total da Qualidade de Vida (Tabela 3). Esse dado ratifica outros estudos tais como um conduzido por Horta, Cardoso, Lopes e Santos (2013) com mulheres com excesso de peso e outro realizado por Moraes, Caregnato e Schneider (2014) com pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Os autores observaram que a maioria dos participantes (68,75%) encontrava-se satisfeita com as relações sociais mesmo antes do procedimento.

A avaliação da qualidade de vida através do instrumento específico (Iwqol-Lite) demonstrou, numa escala que variava de 1 a 5, escore médio positivo de 3,3 (DP=0,9), o que indica uma avaliação dos participantes moderadamente boa. Já em relação à avaliação da qualidade de vida por fatores, a dimensão Vida Sexual foi a que apresentou melhor escore médio. De outro modo, a dimensão Função Física foi a que apresentou o menor escore, com média abaixo do ponto de corte igual a 2,9 (DP=1,0). Estes resultados estão demonstrados na tabela 4, abaixo.

Tabela 5  
Avaliação da Qualidade de Vida por Fatores do IWQOL-Lite (N=57)

Fatores	Média	DP	Amplitude
Função Física	2,9	1,0	1 – 5
Autoestima	3,4	1,1	1 – 5
Vida Sexual	4,0	1,3	1 – 5
Dificuldades em locais públicos	3,2	1,3	1 – 5
Trabalho	3,7	1,2	1 – 5

No que diz respeito à vida sexual, a literatura tem retratado que os pacientes com obesidade se sentem fora dos padrões estéticos difundidos pela sociedade e, desse modo, sentimentos de vergonha corporal e baixa autoestima são muito comuns. Além desses fatores, são retratados fadiga, falta de resistência física, dificuldade de mobilidade, entre outros, que atuam como impeditivos para a relação sexual (Mariano, de Paula, Bassi, & de Paula, 2014). Na pesquisa realizada por Mariano, de Paula, Bassi e de Paula (2014) as participantes se submeteram a avaliação antes e após a cirurgia bariátrica, após o procedimento as participantes relataram mais disposição física e emocional, além do aumento do desejo e da segurança na experiência sexual com seus parceiros. O resultado da presente pesquisa aponta a direção oposta, já que se configurou como a dimensão com melhor escore. No entanto, há estudos que corroboram esses dados (Wanderley, 2015; Bedone, 2013). Bedone (2013) identificou que mulheres obesas sem outras doenças associadas evidenciaram desempenho sexual satisfatório. Além disso, a autora não encontrou correlações entre obesidade e a presença de disfunção sexual, bem como identificou que um melhor desempenho sexual está associado a uma melhor qualidade de vida. Ainda segundo Bedone (2013), existem poucos estudos que correlacionem obesidade, resposta sexual e qualidade de vida, o que dificulta uma discussão mais ampliada acerca da temática.

Dentre os domínios avaliados, a função física foi a que apresentou o maior impacto negativo na qualidade de vida. Estudos comparativos (Wanderley, 2015; Moraes, Caregnato, & Schneider, 2014; Figueiredo, 2012), isto é, que fazem avaliação no pré e no pós-operatório da cirurgia bariátrica, têm demonstrado que há uma melhora significativa na função física após o procedimento cirúrgico. No estudo realizado por Wanderley (2015), na avaliação pré-operatória, Dificuldades em locais públicos foi o domínio que apresentou maior impacto negativo na qualidade de vida, seguido da Função Física. Para a autora, a obesidade gera sobrecargas que decorrem em dores e limitações. Já no estudo realizado por Torres, Rosa e Moscovitch, (2016) as mulheres obesas apresentaram maiores percentuais de baixa qualidade de vida global, física e mental, quando comparadas aos homens, com as maiores associações no componente físico. Dessa maneira, percebe-se a importância da dimensão física na qualidade de vida dessa população.

No presente estudo, esperava-se encontrar valores mais baixos no domínio físico do instrumento que avaliou a qualidade de vida geral. No entanto, isso não ocorreu. Por outro lado, o instrumento específico para a obesidade apresentou maior impacto no domínio da função física, que apresentou correlação significativa com outros domínios do geral. Ao se analisar as correlações existentes entre as dimensões do WHOQOL-Bref e Iwqol-Lite,

verificou-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre todas as dimensões. Contudo, as correlações variaram de fraca a correlações fortes, bem como verificou-se que a correlação entre o fator “Dificuldades em locais públicos” (IWQOL-Lite) e “Meio ambiente” (WHOQOL-Bref) não foi estatisticamente significativa. Os resultados estão demonstrados na Tabela 5, abaixo.

Tabela 6  
Correlação entre os fatores do WHOQOL-Bref e IWQOL-Lite

Fatores IWQOL-Lite	WHOQOL-Bref					
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	QV Geral	Satisfação com a saúde
Função Física	<b>0,70**</b>	0,37**	0,40**	0,41**	<b>0,57**</b>	0,47**
Autoestima	<b>0,62**</b>	<b>0,63**</b>	0,41**	0,35**	<b>0,61**</b>	0,43**
Vida Sexual	<b>0,62**</b>	<b>0,52**</b>	<b>0,59**</b>	0,39**	<b>0,65**</b>	0,32*
Dificuldades em locais públicos	0,50**	0,31*	0,17	0,30*	0,39**	0,36
Trabalho	<b>0,56**</b>	0,34**	0,30*	0,26*	0,45**	0,30*
IWQOL-Lite Geral	<b>0,74**</b>	0,52**	0,44**	0,43**	<b>0,65**</b>	0,48**

Nota: \*Correlação significativa a 0,05 (bilateral); \*\*Correlação significativa a 0,01 (bilateral).

Um teste de correlação de Pearson (bilateral) detectou uma correlação positiva significativa entre o escore geral do IWQOL-Lite e a avaliação QV geral ( $r=0,65$ ;  $p<0,01$ ). Os resultados indicaram, também, uma correlação moderada e positiva ( $p<0,01$ ) de 0,74 entre o escore geral do IWQOL-Lite e o domínio Físico do WHOQOL-Bref. De modo que, quanto maior o escore geral do IWQOL-Lite maior também eram as dificuldades no que diz respeito à esfera física. No que concerne às análises correlacionais dos domínios do IWQOL-Lite e do WHOQOL-Bref, identificou-se que a Função Física de ambos os instrumentos se correlacionaram fortemente ( $r=0,70$ ;  $p<0,01$ ). Além disso, tal dimensão se correlacionou com a QV geral ( $r=0,57$ ;  $p<0,01$ ). De acordo com Araujo et al. (2014), via de regra os prejuízos físicos são percebidos pelos pacientes com obesidade como mais impactantes que os mentais na sua qualidade de vida, os resultados encontrados no presente no estudo corroboraram com essa afirmativa.



No que diz respeito ao domínio Autoestima, este se correlacionou fortemente com os domínios Físico ( $r=0,62$ ;  $p<0,01$ ), Psicológico ( $r=0,63$ ;  $p<0,01$ ) e QV geral ( $r=0,61$ ;  $p<0,01$ ). Acredita-se que a correlação identificada com o domínio psicológico tenha se dado devido ao fato desse contemplar variáveis tais como imagem corporal, aparência e satisfação consigo, questões essas semelhantes as dispostas no instrumento específico.

Vida Sexual, por sua vez, se correlacionou com os domínios Físico ( $r=0,62$ ;  $p<0,01$ ), Psicológico ( $r=0,52$ ;  $p<0,01$ ), Relações Sociais ( $r=0,59$ ;  $p<0,01$ ) e QV geral ( $r=0,65$ ;  $p<0,01$ ). De acordo com Bedone (2013) quanto melhor o desempenho sexual, mais baixa é a probabilidade de se desenvolver depressão e ansiedade, exercendo, desse modo, grande influência sobre o fator psicológico. Percebe-se, também, que esse domínio se correlacionou com Relações Sociais do Whoqol-Bref, acredita-se que isso tenha ocorrido, pelo fato do referido instrumento conter uma pergunta relacionada à satisfação com a vida sexual.

Ressalta-se, ainda, que o domínio Trabalho do IWQOL-Lite se correlacionou com a dimensão Física do WHOQOL-Bref ( $r=0,576$ ;  $p<0,01$ ). As afirmativas relacionadas ao trabalho consistem em nível de dificuldade em desempenhar tarefas ou em cumprir obrigações, assim como o quanto o indivíduo se sente produtivo, tais aspectos estão associados a questões físicas. Identificou-se o quão importante a dimensão física é para QV no contexto da obesidade. Ressalta-se que o WHOQOL-Bref não foi sensível para avaliar esse aspecto. Assim, na avaliação da Qualidade de Vida dessa população, sugere-se o uso de instrumentos combinados, ou seja, faz-se necessário um instrumento que avalie a QV geral e outro que avalie a QV específica. Pois o instrumento específico traz questões que dizem respeito às situações vivenciadas pelas pessoas no seu contexto, enquanto o outro traz questões genéricas perpassando por demandas subjetivas.

### **4.3 Imagem corporal das pessoas com excesso de peso**

Tendo em vista atender ao terceiro objetivo específico deste estudo, ou seja, identificar a imagem corporal a partir da avaliação dos participantes, verificou-se que o escore de discrepância entre as figuras atuais e ideais evidenciou que nenhum dos participantes estava satisfeito com sua imagem corporal, uma vez que nenhum escore correspondeu à zero. A maioria dos participantes indicaram as figuras 7 e 8 ( $M=7,28$ ;  $DP=1,32$ ) para representar a sua imagem corporal atual. Já as figuras 4 e 5 ( $M=4,42$ ;  $DP=1,21$ ) foram as mais assinaladas pelos participantes como sendo as que representavam a sua imagem corporal ideal. Esses resultados demonstram que os participantes têm uma boa percepção do tamanho do corpo, isto é, conseguem identificar seu tamanho corporal sem que haja distorção, no entanto, não

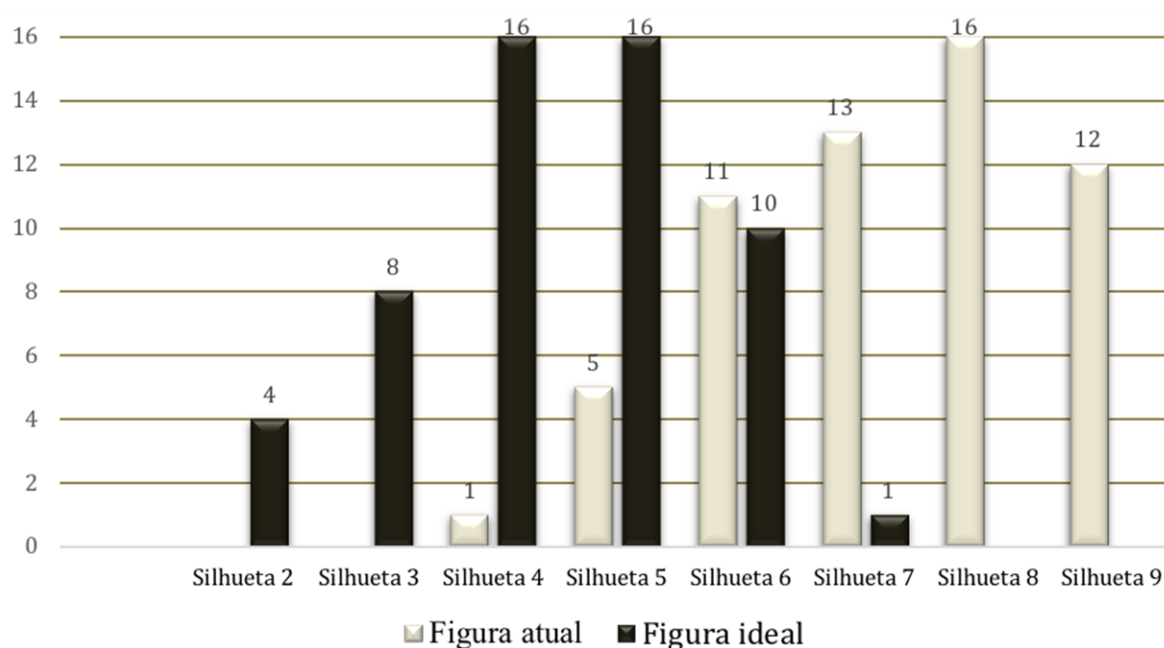
estão satisfeitos com seus corpos. As estatísticas descritivas referentes à Escala de Figuras de Stunkard encontram-se na tabela 1. A figura 1, por sua vez, apresenta as distribuições das figuras escolhidas como atuais e ideais.

Tabela 7

**Estatísticas descritivas das medidas de imagem corporal obtidas pela Escala de Figuras de Stunkard.**

	Figura atual	Figura ideal	Escore de insatisfação corporal*
Média	7,28	4,42	2,78
Desvio Padrão	1,32	1,21	1,10
Valor mínimo	4	2	1
Valor máximo	9	7	6

\* Cálculo obtido através do escore da figura atual – escore da figura ideal.



**Figura 1.** Distribuições das figuras escolhidas pelos participantes como “eu atual” e “eu ideal”, obtidas pela Escala de Figuras de Stunkard.

O escore de insatisfação corporal obteve média 2,78, um indicativo de insatisfação corporal conforme os parâmetros do instrumento. Segundo o escore de discrepância entre as figuras atuais e ideais, apenas 10,9% (n=6) dos participantes apresentaram um índice de discrepância de apenas 1 ponto, que se configura como uma leve insatisfação, já 89,09% da amostra apresentou um índice de discrepância maior que 2 pontos. Alguns estudos brasileiros

(Rio, 2016; Alvarenga, Philippi, Lourenço, Sato, & Scagliusi, 2010) que utilizaram a mesma Escala de Figuras para avaliar a insatisfação corporal em pessoas com excesso de peso também identificaram resultados de insatisfação semelhantes. No estudo realizado por Rio (2016) com universitários obesos, a autora identificou uma diferença estatisticamente significativa entre a percepção da imagem atual e ideal em ambos os sexos. Cumpre ressaltar que, segundo Alvarenga, Philippi, Lourenço, Sato e Scagliusi (2010), é esperado que grupos com excesso de peso escolham figuras menores como representativas do corpo que consideram ideal.

Os participantes também responderam questões acerca do peso atual e do peso que gostariam de ter. Quando questionados sobre qual o peso desejado, identificou-se, na mesma linha da escala, que todos gostariam de perder uma quantidade elevada de peso ( $M=36,59$  kg;  $DP= 22,48$ ).

Tabela 8  
Estatísticas descritivas das medidas de peso obtidas pelo questionário

	Peso atual	Peso desejado	Quantidade de peso que gostariam de perder *
Média	109,74	74,80	36,59
Desvio Padrão	27,14	13,94	22,48
Valor mínimo	70	56	8
Valor máximo	190	136	100

\* Cálculo obtido através do escore do peso atual – escore do peso ideal.

Estudos (Scagliusi, et al., 2012; Alvarenga et al., 2010) que investigaram populações consideradas de risco para distúrbios de imagem corporal, como universitárias, por exemplo, encontraram resultados semelhantes de insatisfação corporal ao deste estudo. O que demonstra que a presente amostra não diverge consideravelmente de outras populações sem excesso de peso, e que não necessariamente é o fator peso que leva as pessoas ficarem insatisfeitas com seus corpos.

De outro modo, Salazar-Maya & Hoyos-Duque (2017) procuraram investigar experiência vivida por pessoas no pós-operatório da cirurgia bariátrica no que diz respeito à imagem corporal. Os autores identificaram que após a perda de peso e sendo verificada a ausência de comorbidades, principais objetivos do procedimento, os indivíduos apresentavam uma decadência da imagem corporal, eles começaram a perceber a flacidez da pele em diversas áreas, encontrando, assim, medo em se olharem no espelho e de serem vistos pelo

parceiro íntimo, demonstrando a necessidade de se submeterem a diversos procedimentos estéticos. Ao se analisar a insatisfação corporal, aspectos como os sociais, interpessoais e biológicos devem ser considerados, Alvarenga et al. (2010), ressalta, ainda, fatores como os ideais de corpo propostos pela mídia, respostas e comentários verbais negativos sofridos, maturação sexual precoce, abuso sexual, baixa autoestima e comparação com a aparência de outras pessoas.

Outros estudos (Lima e Oliveira, 2016; Saur & Pasian, 2008), por sua vez, apontam que quando comparados a indivíduos abaixo do peso, eutróficos e com sobrepeso, os que estão acima do peso estão mais insatisfeitos com sua imagem corporal, sugerindo que a obesidade é um fator que constitui uma elevada influência na forma como a pessoa se vê e o quanto ela está satisfeita ou insatisfeita. Acredita-se que isso ocorra pelo fato da obesidade destoar fortemente do padrão corporal difundido pela sociedade atual. No estudo realizado por Lima e Oliveira (2016) 60% dos participantes afirmaram não possuir nenhum grau de satisfação em relação ao seu peso e forma física e 40% afirmou possuir um grau moderado de satisfação. Em revisão da literatura, Silva et al., (2006), assinalaram que a alteração da imagem corporal decorrente do aumento de peso pode fomentar uma depreciação do autoconceito e da autoestima, e em consequência gerar sintomas de ansiedade e depressão, assim como sentimentos de inadequação social e diminuição do bem-estar, resultando na diminuição das relações interpessoais.

A literatura tem demonstrado que não apenas a mulher obesa está insatisfeita com a sua imagem corporal, mas sim a mulher ocidental contemporânea de maneira geral (Alvarenga, et al., 2010). No estudo realizado por Alvarenga, et al. (2010) com universitárias das cinco regiões do Brasil, utilizando a Escala de Figuras de Stunkard, os fatores idade e IMC influenciaram no modelo final tanto da variável eu, quanto da variável ideal. A amostra foi composta de universitárias abaixo do peso, de universitárias eutróficas e com excesso de peso. Entre aquelas com excesso de peso, a maioria escolheu figuras menores como o corpo que gostariam de ter. Assim como, 47,8% das eutróficas também escolheram como ideal figuras menores do que o eu atual. Além disso, chamando atenção ao fator idade, um percentual maior de participantes com idade acima de 25 anos, escolheu como ideal figuras menores do que eu. Levando em conta que mesmo as eutróficas desejam ter silhuetas menores, esses dados chamam a atenção para o conceito de saúde e boa forma contemporâneos, comumente associados à magreza, que é tida como o ideal de corpo bonito e saudável para a população geral, mas que não corresponde aos padrões médicos como saudável.

Devido ao número reduzido de participantes do sexo masculino no presente estudo, não foi possível fazer um comparativo entre os sexos. A literatura tem apontado que a insatisfação com a imagem corporal está presente em ambos os sexos, porém de maneira diferente. Em linhas gerais, os homens desejam ter uma silhueta maior, relacionada ao ganho de músculos, enquanto as mulheres desejam uma silhueta menor, relacionada à magreza (Rio, 2016). Acredita-se que por se tratar de uma amostra com excesso de peso, 100% dos participantes desejava reduzir o peso, no entanto ressalta-se a importância de se investigar de que maneira a insatisfação corporal se comporta entre a população com excesso de peso no que diz respeito ao sexo.

Em pesquisa realizada por Rentz-Fernandes, Viana, Liz e Andrade (2017) com adolescentes, os resultados demonstraram que, mesmo a prevalência de sobrepeso e obesidade sendo maior nos meninos, as meninas possuíam mais insatisfação corporal e baixa autoestima. Assim parece que as mulheres são mais vulneráveis a distorções da imagem corporal. Da mesma forma, Marcuzzo (2011) constatou que as mulheres estão mais insatisfeitas que os homens, o autor constatou, também, o fato de serem mais atacadas pela publicidade no que tange as regras de beleza. Como mencionado anteriormente, nesse contexto faz-se necessário ressaltar que o padrão de beleza é estrito e pouco democrático, contribuindo para que as formas corporais mais magras e mulheres mais jovens sejam consideradas padrões ideais. Desse modo, acredita-se que uma maior carga de exigências estéticas possa acometer mulheres, sobretudo as mais velhas, fundamentando o motivo pelo qual normalmente estas escolhem figuras mais magras como ideais (Alvarenga, et al. 2010). Outro fator relevante identificado por Alvarenga, et al. (2010) foi que o ideal de beleza se aplica mais incisivamente a indivíduos de estratos econômicos mais privilegiados.

Os resultados encontrados neste estudo podem ser interpretados e problematizados em duas abordagens, quais sejam, uma focalizada nas consequências dos fenômenos analisados para a saúde e outra de caráter sociocultural, englobando perspectivas históricas e de gênero (Scagliusi, et al., 2012). No que diz respeito à primeira abordagem, a literatura tem demonstrado que, além de sintomas depressivos, ansiosos e baixa autoestima, entre outros, os riscos da insatisfação corporal também são fortemente associados à maior probabilidade do desenvolvimento de transtornos alimentares (Liberali, Schmittb, Oruéa, & Novello, 2013). Conforme alerta Rio (2016), em sua pesquisa, observou-se que os obesos insatisfeitos com sua imagem corporal possuíam mais depressão, inatividade física e comportamentos de checagem corporal. Quando se considera a segunda abordagem, os resultados do presente trabalho podem levar à reflexão sobre a vivência em um contexto sociocultural de

hipervalorização do corpo, o qual exclui aqueles que não se enquadram, fazendo com que essas pessoas se sintam discriminadas, encontrem mais dificuldades em conseguir um emprego, em comprar roupas, entre outros fatores.

No que tange ao instrumento utilizado para avaliação do construto, optou-se pelo uso da Escala de Figuras de Stunkard pela sua rápida aplicação e seu fácil entendimento. Nesse sentido, uma limitação deste estudo reside na complexidade do construto para ser avaliado apenas pela discrepância entre o tamanho corporal atual e o ideal. Desse modo, seria pertinente o uso de instrumentos combinados para avaliar a insatisfação corporal. Além disso, a escala utilizada já sofreu críticas devido ao pequeno número de figuras disponibilizadas e pelo fato de que a variação de tamanho não é uniforme entre as figuras. Contudo, diversos estudos nacionais confirmam as adequadas propriedades psicométricas do referido instrumento, sendo uma das principais escalas utilizadas nos estudos brasileiros (Campana & Tavares, 2009). Na tentativa de sanar essa limitação, foi utilizada também uma entrevista que será analisada no capítulo subsequente.

#### **4.4 Aspectos psicossociais vivenciados pelos participantes: explicações sobre as causas do excesso de peso, percepção da qualidade de vida e imagem corporal**

Considerado o sexto e último objetivo específico da dissertação, o qual tinha por finalidade apreender os aspectos psicossociais vivenciados pelas pessoas com excesso de peso, as falas dos participantes estiveram relacionadas às explicações para as causas do excesso de peso, qualidade de vida e imagem corporal.

A partir dos procedimentos anteriormente descritos, na análise das entrevistas emergiram três classes temáticas com suas respectivas categorias e subcategorias, como pode ser observado na tabela 8:

Tabela 9  
Classes Temáticas, Categorias e Subcategorias dos discursos emitidos

Classe temática	Categorias	Subcategorias	F
<b>Explicações para o excesso de peso</b>	Fatores individuais	1. Alimentação inadequada	8
		2. Questões psicológicas	8
		3. Vida sedentária	6
		4. Comodismo	5
	Fatores sociais	1. Condições financeiras	3
		2. Família/parceiro	2
	Programático/institucional	1. Falta de informação	3
<b>Qualidade de vida</b>	Aspectos individuais	1. Controle da alimentação	5
		2. Atividade física	4
		3. Aspectos psicológicos	4
		4. Saúde física	3
	Aspectos sociais	1. Condições de vida/ambiente	10
		2. Relações Sociais	5
<b>Imagem corporal e excesso de peso</b>	Insatisfação com imagem	7	
	Insatisfação com o excesso de peso	7	
	Preconceito	4	
	Autoaceitação	6	

#### 4.1. Explicações para o excesso de peso

A partir da análise dos depoimentos, três categorias expressaram a percepção dos participantes sobre os fatores que causam o excesso de peso. As categorias foram nomeadas com base na teoria da vulnerabilidade (Ayres, 2000), a qual foi escolhida partindo do pressuposto de que os depoimentos emitidos pelos participantes, mais do que apontar as causas do excesso de peso, demonstraram os indicadores de vulnerabilidade a essa questão de saúde pública. A referida teoria considera a existência de três planos analíticos, e embora estes sejam abordados separadamente, atuam em um processo dinâmico e interdependente, quais sejam: 1) Fatores individuais; 2) Fatores sociais; e 3) Fatores programáticos. Cumpre ressaltar que os três fatores foram identificados nos relatos, como será descrito nos próximos tópicos.

#### 4.1.1 Fatores individuais

A categoria fatores individuais refere-se, segundo Ayres (2000), aos comportamentos e atitudes que se constituem como elementos que propiciam maior suscetibilidade de adoecimento, e considera-se também a consciência que o indivíduo tem a respeito da doença e o poder para transformar tais práticas. Contudo, considera-se que esses aspectos individuais existem em relação, ou seja, as atitudes, por exemplo, não se limitam a uma questão meramente cognitiva, mas abarca o que os sujeitos pensam na relação dialética com outras pessoas e seus contextos de pertença. Nesse sentido, emergiram quatro subcategorias, a saber: alimentação inadequada, questões psicológicas, vida sedentária e comodismo, que serão discutidas a seguir.

A subcategoria alimentação emergiu em grande parte dos discursos (8) como uma das principais variáveis explicativas para as causas do excesso de peso. O termo alimentação inadequada aparece na fala dos participantes no sentido da ingestão de alimentos calóricos e que oferecem pouco ou nenhum nutriente, sendo, dessa forma, inadequados e desnecessários fazerem parte do seu dia a dia. Outro sentido atribuído ao termo se refere ao ato de se alimentar fora de hora e de petiscar ao longo do dia. Essas acepções podem ser verificadas nas falas abaixo.

Alimentação... desde pequena acostumada a comer muita besteira, os pais dão muita besteira aos filhos, eu digo isso pelo meu filho, que eu dou. Antes de julgar alguém eu digo por mim mesma, coxinha, pastel, muita coisa gordurosa, enlatada, os meninos gostam muito. E a criança começa com aquele hábito. Vai criando aquele hábito de comer besteira, aí vai crescendo com aquela má alimentação na cabeça. Então o hábito vai virando, você vai virando um adulto com aquela mente, você cresceu pensando que podia comer aquelas mesmas porcarias, e eu sou uma adulta assim (Participante 01, feminino, 29 anos, IMC: 44,1).

Eu creio que assim a alimentação desregular... assim, você não tem um uma certa dieta, assim balancear sua alimentação, né? Porque assim... você come muita bobagem, eu mesma falo por mim, que eu fazia muito isso, de comer muita bobagem, muita besteira e depois que eu tirei isso eu vi que eu me sinto bem melhor. A gente acha que comida de dieta é ruim, mas se é pra sua saúde, né? Você tem que fazer um esforçozinho, depois que eu fiz isso eu me sinto bem melhor, e é porque eu não sigo nem 100% que eu não vou mentir (risos) e já vi a diferença, né? Então, é isso... (Participante 13, Feminino).

P: e a alimentação inadequada?

E: é você não ter às vezes, às vezes você come uma coisa errada. Você ser acompanhado por uma nutricionista é uma coisa, você comer o que você acha que deve é outra coisa. Aí eu acho que a parte da alimentação é essa.

P: e como era essa alimentação inadequada?



E: assim... não comer nas horas certas, ficar beliscando (Participante 03, Masculino, 54 anos, IMC 29,8).

P: tu falou que a má alimentação causa o excesso de peso. Como seria essa má alimentação?

E: trocar as massas por frutas, né? E deixar de comer besteira, comer nas horas certas e... isso, né? A má alimentação que muitas vezes, eu tiro por mim mesma, a gente deixa de comer as coisas saudáveis pra comer porcaria. (Participante 15, Feminino, 33 anos, IMC 43).

Uma boa escolha alimentar tem sido apontada pela literatura com um dos fatores para o controle do peso (Francischi, Pereira, & Lancha Junior, 2001; Souza, 2010). Em uma revisão integrativa da literatura, que visou analisar as estratégias utilizadas no controle da obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS), Almeida, Campos, Randow e Guerra (2017) identificaram que, em vários estudos, ações de promoção da saúde visando à mudança de hábitos alimentares foram ressaltados como uma forma eficaz de diminuir o ganho de peso. As autoras também perceberam que a partir do Programa Bolsa Família (PBF), o qual proporcionou um aumento na renda da população, houve um crescimento do consumo de alimentos, porém a insegurança alimentar permaneceu alta. Isso se deve, principalmente, pelo aumento do consumo de alimentos mais calóricos e menos saudáveis. De maneira mais específica, houve um aumento no consumo de vegetais e hortaliças, porém em menor proporção quando comparados ao aumento do consumo de proteínas de origem animal, leite e seus derivados, biscoitos, óleos e gorduras, açúcares e alimentos industrializados.

Além dos fatores supracitados, Souza (2010) levanta também, a inserção da mulher no mercado de trabalho, como fator que contribuiu para uma piora nos hábitos alimentares dos brasileiros. Para a autora, reconfigura-se a figura da mulher como cuidadora do lar, uma vez que ela não dispõe mais de tempo para cuidar da alimentação com qualidade, dando preferência a alimentos industrializados devido a sua praticidade. Nessa mesma linha, Almeida et al. (2017) também identificaram a importância do papel da mulher nas ações voltadas à mudança de hábitos alimentares da família. Para as referidas autoras, mesmo com essa mudança, na sociedade moderna, ainda continua sendo de responsabilidade da mulher definir a nutrição familiar. Contudo, se faz necessário ressaltar que o cuidado com a nutrição familiar seja compartilhado enquanto família e o coletivo, o que passa pelo processo de desconstrução dessa função como sendo uma atribuição “natural” da mulher.

Observou-se que os participantes desta pesquisa se alimentam inadequadamente, tendo em vista a quantidade de vezes que a subcategoria alimentação emergiu em suas falas. No entanto, esses indivíduos vivenciam um paradoxo no que tange aos seus comportamentos

alimentares e ao peso que desejam chegar. Apesar de terem a consciência de que consumir alimentos mais saudáveis é um dos pilares para se evitar a obesidade, existe a dificuldade em se colocar em prática esse hábito. Em pesquisa realizada por Lima e Oliveira (2016) com pacientes obesos, quando questionados acerca da disponibilidade em mudar a alimentação, mesmo os participantes acreditando que fazer dieta valia a pena, a alternativa “nenhuma” disposição prevaleceu entre as demais, pois eles acreditam ser muito difícil fazê-la. Segundo as autoras, pessoas obesas não costumam selecionar os alimentos que comem, impossibilitando que façam uma alimentação composta de alimentos saudáveis e nutritivos.

A segunda subcategoria sobre os fatores individuais diz respeito às questões psicológicas, na qual estão compreendidas as falas de seis participantes que apontaram tais demandas como possíveis causadoras do excesso de peso. Foram englobadas nessa subcategoria compulsão alimentar, ansiedade, baixa autoestima, sentimentos de tristeza e crenças pessoais.

O DSM-V (2013) inclui a obesidade no eixo das condições que podem ser foco de atenção clínica, uma vez que envolve perturbações comportamentais e emocionais como ansiedade, raiva, tristeza, culpa e preocupação, havendo, muitas vezes, comorbidade com transtornos psicológicos como depressão, ansiedade, transtornos alimentares, entre outros. Autores (Lima & Oliveira, 2016) corroboram a correlação entre obesidade e estressores psicossociais no desenvolvimento e manutenção da obesidade, fatores estes que dificultam aquisição de hábitos saudáveis e, conseqüentemente, prejudicam o processo de emagrecimento.

A comida é prazerosa e tem o potencial de reduzir os níveis de ansiedade, pelo menos no primeiro momento. Comer proporciona um alívio imediato para os sintomas de tristeza e ansiedade, mas pouco tempo depois a sensação de alívio passa, dando lugar ao sentimento de culpa, pois os alimentos ingeridos são geralmente doces e carboidratos simples, alimentos estes que comprometem fortemente o processo de emagrecimento, como demonstrado no discurso da participante 08. Já a fala da participante 02 se refere à compulsão alimentar, que se caracteriza pela ingestão elevada de alimentos em um curto espaço de tempo, com a sensação de falta de controle. A compulsão alimentar provoca mais sofrimento subjetivo, maior incidência de recaídas, mais comorbidades psiquiátricas e mais prejuízos funcionais (Lima & Oliveira, 2016).

P: Eu queria que tu me falasse um pouquinho mais por que tu acha que a ansiedade causa o excesso de peso...

E: (ininteligível) Por causa da compulsão alimentar. A compulsão alimentar quanto mais a gente come, mais a gente tem vontade de comer, a gente se vinga na comida, então quanto mais a gente come, mais a gente engorda, quanto mais a gente come, mais “delata” o estômago, e quanto mais a gente come mais tem vontade comer, e aí vamos engordando, e aí vem o complexo de inferioridade, vem o distúrbio psicológico, o distúrbio alimentar. E o que nos acarreta muito é o complexo de inferioridade, porque a gente não gosta do que vê no espelho, é horrível. Eu luto muito (ininteligível), to lutando bastante. É inaceitável, ninguém aceita a obesidade.

P: É inaceitável...

E: É inaceitável. Eu não me aceito nunca obesa. Eu quero perder 70 kg. Eu ainda aceito perder 60kg (Participante 02, Feminino, 38 anos, IMC 48,9).

E: a comida, né? Pra mim é a comida. (pausa) quando pra mim, quando dá a autoestima baixo, aí eu me... aí fico comendo. Quando eu tô ansiosa, a comida é que tira minha ansiedade, que me dá aquele prazer e depois vem o arrependimento.

P: então você acha que a comida é o que provoca...

E: é. Minha ansiedade.

P: tua ansiedade te faz comer muito.

E: comer muito e depois vem a tristeza... (Participante 08, feminino)

P: e como é que a ansiedade te afeta e te faz comer?

E: me afeta de todo jeito. Assim, a minha ansiedade parece que fica um buraco no meu estômago e quanto mais eu como mais eu tenho vontade de comer (pausa) aí eu acho que afeta muito.

P: mas essa ansiedade ela vem de quê? Tu tá passando por algum problema específico e dá vontade comer ou é sempre?

E: Sempre! Tô vivendo assim sempre, mas fica mais forte quando tem algum problema, quando tem alguma coisa na família, aí fica mais.

P: todo dia é assim?

E: eu tô quase todo dia assim. Às vezes eu tô bem, por nada dá aquela vontade de chorar, aquela tristeza, aí eu tô mais assim nesse momento.

P: vontade de chorar... tristeza...

E: é... aí eu sinto aquela ansiedade. Aí num... aí eu acho que não tem nada que resolva, só comida. Que a primeira coisa que vem na sua mente é comida. E não é feijão, nem arroz como você come todo dia, é só besteira. Porque se pelo menos a gente comesse uma coisa mais saudável, tudo bem, mas não, é só besteira. Você pode comer feijão e arroz que você não enche, a vontade fica do mesmo jeito de você comer. Aí fica mais difícil ainda... (Participante 14, feminino, 39 anos, IMC 37,2).

Para Lima e Oliveira (2016), o papel das cognições disfuncionais, desregulação afetiva, padrões comportamentais desadaptativos, como o uso da alimentação como meio de atenuar sentimentos desagradáveis, além de pressões sociais, influenciam substancialmente na aquisição e manutenção da obesidade. No estudo conduzido por essas autoras com pacientes em tratamento para emagrecimento no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a maioria dos participantes não apresentou compulsão alimentar, mas um padrão de alimentação inadequada e excessiva. Os participantes da pesquisa em questão relataram,

também, maior ingestão de alimentos na presença de sentimentos como tristeza, solidão e irritabilidade.

Crenças e pensamentos disfuncionais também foram identificados nas entrevistas. Pensamentos excessivamente positivos como “*ah, fulano ficou gordo e num sei o que... mas foi com ele, eu posso comer isso aqui e comigo não acontece*” (Participante 10) se caracterizam como distorções que perpetuam comportamentos permissivos que, por sua vez, acabam sendo prejudiciais à vida do indivíduo (Deluchi, Souza, & Pergher, 2013). Outro participante nomeou de displicência um dos fatores causadores do excesso de peso, esse termo tem a ver com negligência, desleixo, desinteresse.

E: e o terceiro, acho que é a falta de... não é nem de consciência, é... é de você acreditar que certas coisas não acontecem com você. Então, assim “*ah, fulano ficou gordo e num sei o que... mas foi com ele, eu posso comer isso aqui e comigo não acontece...*” pode ser isso também.

P: deixa eu ver uma palavra que poderia... não acreditar que possa acontecer com você, né?

E: é (pausa). Porque eu só vim notar que eu tava é... gordo, isso há uns anos atrás, quando eu fui amarrar o sapato, que eu me abaixei pra amarrar e fiquei sem ar e... foi o dia que eu notei (Participante 10, masculino, 39 anos, IMC 58,6).

P: Como seria essa displicência?

E: Evitar de se cuidar, de se pesar, de procurar se manter no padrão brasileiro fora da obesidade. Então, é uma displicência (Participante 04, Masculino, 45 anos, IMC 37,6).

Diante dessa conjuntura, torna-se imprescindível estudar os fatores psicológicos envolvidos, tanto na manutenção, quanto na aquisição da obesidade, com a finalidade de aprimorar o arcabouço teórico sobre a temática e, desse modo, auxiliar no desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes para o tratamento desse problema de saúde pública tão relevante na contemporaneidade. Ademais, deve-se levar em conta a dimensão intersubjetiva, o que implica considerar os sujeitos em seus processos relacionais.

Os participantes também entendem que o sedentarismo é um fator que leva ao excesso de peso. A maioria deles relata não fazer exercício físico, os motivos que envolvem essa dificuldade estão na “preguiça”, falta de tempo e até da violência urbana, problema significativo enfrentado na cidade hoje, que gera insegurança e interfere na decisão de sair de casa. Apesar da prática de atividade física regular ser considerada um importante fator no controle da obesidade (Souza, Cordeiro, Ramos, Oliveira, & Pereira, 2016), comumente as pessoas não possuem esse hábito. Os dados desta pesquisa não diferem de outras (Lima &

Oliveira, 2016) nas quais é possível perceber que a disposição que os entrevistados têm para mudar seus hábitos e praticar exercícios físicos varia entre nenhuma e pouca.

E: porque o sedentarismo é o que causa a maioria dos problemas na vida gente da obesidade e coisa, segundo os especialistas é o sedentarismo.

P: segundo os especialistas...

E: é... segundo os especialistas. É o sedentarismo (Participante 03, Masculino, 54 anos, IMC 29,8).

E: no momento me relaxei, me relaxei mesmo, sabe? Não faço mesmo não. Entendesse, quando eu fazia eu ia para a universidade estadual fazer lá. Fazia também academia perto da minha casa, pagava também, entendeu? Isso daí eu já liberei, não estou indo mais, não caminho mais também...

P: aí tu acha que não fazer atividade física leva ao excesso de peso?

E: leva ao excesso de peso. Leva. Entendeu? Eu me sinto muito bem quando eu caminho, entendeu? A violência também pra mim sair de casa de madrugada. Seis horas eu tava em casa, hoje eu não posso mais sair de seis horas da manhã para caminhar. Ia de 5h30 para chegar de 6h em casa, não posso mais por conta da violência, entendeu? (Participante 09, Feminino, 57 anos, IMC 39,0)

E: porque você se alimenta, fica só em casa, deitada, vendo televisão, não se mexe (ênfase). Aí o que come fica lá guardadinho e depois engorda, né?

P: o que come fica guardadinho e depois engorda...

E: É! Eu acho isso (Participante 16, feminino, 50 anos, IMC 44,6)

Não é de hoje que a literatura tem apontado que a prática de exercícios físicos melhora as alterações metabólicas na obesidade (Souza, et al., 2016). De acordo com Francischi, Pereira, & Lancha Junior (2001), juntamente com o fator transição nutricional, o declínio progressivo da atividade física dos indivíduos, gera alterações na composição corporal, especialmente no que tange ao aumento da gordura. Contudo, é necessária a associação do treinamento físico com dietas, pois de maneira isolada causa uma perda de peso insignificante. Além disso, os dois hábitos associados facilitam a adesão ao controle alimentar e garante maior sucesso na manutenção da massa magra e redução da massa adiposa (Francischi, Pereira, & Lancha Junior, 2001). À medida que a sociedade se torna mais desenvolvida e mecanizada, a atividade física diminui, reduzindo, assim, o gasto energético diário, esses foram os dados encontrados na pesquisa realizada pela VIGITEL (Brasil, 2016). Em um estudo realizado por Rocca, Tirapegui, Melo e Ribeiro (2008) cujo objetivo foi avaliar os efeitos do exercício físico no processo de emagrecimento de mulheres obesas, as participantes praticaram atividades físicas durante doze semanas, ao final das intervenções as autoras perceberam que não houve redução significativa da massa corporal, no entanto verificou-se uma diminuição dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Desse modo, entende-se que os indivíduos com excesso de peso, mas fisicamente ativos, apresentam menor morbidade e mortalidade quando comparados àqueles que têm uma vida sedentária.

Por último, a subcategoria comodismo emergiu como uma das variáveis explicativas para o excesso de peso. Comodismo significa o ato de priorizar o que é mais conveniente, que traga mais facilidade. O processo de urbanização foi acompanhado por mudanças de comportamento (Mazur & Navarro, 2015), com as pressões da vida moderna, com várias atividades para realizar, as pessoas buscam evitar o que traz dificuldades e isso acaba gerando uma espécie de inércia. Esse fator se torna ainda mais relevante quando se trata da mulher, que além do trabalho fora de casa, ainda cuida dos filhos e da casa (Almeida et al., 2017; Souza, 2010).

E: Tem também o dois que é a questão do comodismo, né? A comida rápida, o fast food, que é... a gente nunca tem tempo, nosso tempo agora é muito resumido, então assim a falta de tempo.

P: falta de tempo (pausa) que leva você a se alimentar...

E: de coisas rápidas ou então até de coisas... não é a mesma coisa de você comer... não vou colocar nem uma lasanha, vamos colocar... não é a mesma coisa você comer um brócolis fresco do que você comer aqueles brócolis congelado de supermercado que bota num micro-ondas... até porque também não sei até que grau aquele micro-ondas causa alguma coisa de ruim, no sistema que ele funciona ou não, pra os alimentos. Então, eu acredito que seja essa questão também da coisa rápida, o comodismo (Participante 10, masculino, 39 anos, IMC 58,6).

E: ter força de vontade, como eu disse agora, de chegar em casa e preparar uma salada e comer. Muitas vezes a gente tem em casa uma tomate, uma alface, né? E não tem coragem de cortar e acha que tá pronto e vai comer. E força de vontade de focar naquilo que você quer.

P: de focar no que quer...

E: no que quer... que é perder peso. Muitas vezes a gente deixa pra lá um pouquinho

P: tu falou: às vezes tem em casa...

E: tem em casa! Muitas vezes compra as coisas de fazer e termina passando da... eu mesmo passo da hora de comer. Compro um monte de coisa, abacaxi, hortelã pra fazer suco e termino nem fazendo. Então quer dizer que eu não tive força de vontade, não foquei naquilo que eu quis (Participante 15, Feminino, 33 anos, IMC 43).

Percebe-se que o comodismo acaba interferindo em todas as esferas: na alimentação, as pessoas passam a não prepararem mais suas refeições, optando por alimentos mais baratos e prontamente disponíveis, tais como *fast food* e enlatados/processados, o que diminui a qualidade nutricional da dieta e os coloca em situação de insegurança nutricional; na prática de atividades físicas, a falta de tempo e o cansaço diário leva à inatividade; e, por fim, no

domínio psicológico, através de pensamentos permissivos, de sintomas de ansiedade e depressão, por exemplo. Desse modo, entende-se que todas as subcategorias que emergiram nos relatos dos participantes são aspectos que se inter-relacionam.

#### **4.1.2 Fatores sociais**

A vulnerabilidade social está relacionada com as condições de vida das pessoas, com as relações de poder, bem como com o grau de liberdade de pensamento, ou seja, possui relação com as condições de bem-estar social e cidadania, entre outros (Ayres, 2000). Conforme identificado nos discursos, a vivência da obesidade, no âmbito social, é permeada por questões objetivas e subjetivas de vida.

No estudo realizado por Silva, Batista, Galdino e Barros (2018) é ressaltada a importância do suporte familiar para as pessoas obesas. No estudo em questão foram identificadas correlações entre o suporte familiar percebido como inadequado com um aumento nos escores de ansiedade e depressão, sendo as correlações inversas também verdadeiras. Os autores sugerem, ainda, que a importância de se sentir aceito nesse público pode advir da pressão social sofrida por fugirem do padrão corporal, tomado como ideal por parte da sociedade. Desse modo, ter um lugar onde se sentem seguras e acolhidas torna-se fundamental para a saúde mental. O apoio familiar, mais especificamente a falta dele, foi relatado por duas participantes como causadores do excesso de peso, como pode ser visto nos discursos abaixo.

E: Se ajudasse, se apoiasse mais, não só um ou dois membros. Porque a maioria julga, acha que você tá obesa porque você quer, porque você come demais, alguns dizem aquele famoso ditado: é igual peixe, quer morrer pela boca. E não é. Você come mais pelo que ouve, não e tanto pelo que você tá comendo, pelo que você tá com vontade de comer, mas pelo que você ouve as pessoas te falando.

P: Mais pelo que ouve...

E: é... eu acho. No meu caso, não sei das outras pessoas. No meu caso pelo é mais pelo que ouve “ah, come mesmo, já tá gorda, do que adianta? Não vai emagrecer do dia pra noite”. “É só hoje, não engorda não”. “É assim mesmo”. Eu acho que é mais pelo que ouve também. E a família, né? Em alguns casos, a família é mais pra criticar você do que apoiar. No meu caso eu tô dizendo isso (Participante 01, 29 anos, IMC: 44,1).

P: humhum... e em relação a não ter um bom companheiro levar ao excesso de peso, como seria?

E: é tipo assim... ele... ele chega em casa, faz confusão, bate na mulher, bate nos filhos, aí você perde a vontade de viver. Aí o que? Tem uma raiva vai comer pra passar aquela raiva. E ele não incentiva a você fazer nada, só te bota pra baixo, entendeu agora?

P: sim... a raiva e...

E: é! A raiva, aí ele te bota pra baixo. Tu vai fazer o que? Comer! Não se liga de olhar pra você mesma, fica só pensando no momento que ele vai chegar em casa e fazer aquelas confusão. Tu entendeu? (Participante 16, feminino, 50 anos, IMC 44,6).

Nos discursos acima, foi percebido que nem sempre a família exerce função de proteção e promoção de bem-estar. A falta de apoio familiar surgiu em duas perspectivas, a primeira, na forma de comentários depreciativos; e a segunda, como uma relação abusiva pode levar a pessoa a comer como forma de extravasar os problemas e, com isso, ganhar peso. Ambas as perspectivas dizem respeito à atuação negativa da falta de apoio, que desestimula a pessoa e exerce forte influência no ganho de peso. A família tem sido retratada na literatura como uma referência fundamental na vida das pessoas, no sentido de experiência, de felicidade, suporte e promoção de equilíbrio pessoal, mas pode também estar relacionada muitas vezes a conflitos, preocupações, expectativas negativas e catastróficas, solidão e sofrimento (Cardoso & Féres-Carneiro, 2008), que ao invés de corroborar com o processo de saúde, acaba por prejudicá-lo.

Semelhante a outros estudos, como o de Ferreira et al. (2010), identificou-se que as condições materiais também estão estritamente relacionadas à aquisição dos alimentos no cotidiano de vida dessas pessoas. Na amostra deste estudo, via de regra, há um baixo consumo de alimentos saudáveis em virtude da falta de acesso em decorrência dos preços elevados dos alimentos.

E: Eu acho assim... hoje em dia, mesmo antes dessa crise, o brasileiro, a comida dele é mais o feijão e o arroz, e um pedaço de carne, questão de fruta e verdura é uma vez perdida. Eu digo assim, não é nem no geral, eu digo assim no meu caso, né?

P: sei...

E: então você compra, come uma vez, uma semana. Você vem no médico, ele manda o quê? Você comer três frutas variadas por dia, não tem como, você come uma fruta variada por dia, você não pode comer três frutas variadas por dia, as condições não dá. Verdura e legumes todos os dias? Você não tem condição de comprar. Devido a isso também você passa a comer besteira, aí você começa a fazer uma dieta, aí você diz assim “não vou ter condições de comprar aquela coisa. Do que adianta?” passa muito é... como é que eu posso te dizer? Alimento pra fazer... como é? Hortaliças, essas coisas que são bastante caras, aí você não tem condições, aí você faz muita substituição de uma coisa pela outra. Entendeu? (Participante 01, 29 anos, IMC: 44,1).

E: a indústria? Eu acho que a indústria tem que mudar essas coisas de guloseima, colocar mais coisa natural, ter mais acesso. Porque se você for se alimentar de fruta, é tudo caro. A verdura? Caríssimo. E a guloseima são bem mais barata. Aí vem excesso de sal, excesso de açúcar, de gordura. A coisa que a gente tem mais acesso é isso.

P: a questão do acesso, né?



E: é. O acesso, que a gente tem mais acesso a guloseima do que a frutas, porque são tudo caro. Você vai comprar um quilo de maçã é mais caro, você vai comprar um pacote de bolacha com um real, dois real você compra. E a fruta tá mais cara!

P: humhum.

E: então eu acho que é mais isso, deveriam trabalhar mais nessas questão, no meu ponto de vista (Participante 14, feminino, 39 anos, IMC 37,2).

E: o desemprego me causou o excesso de peso. Fiquei desempregada e fui descontando na comida. É mais ou menos por ansiedade, né?

P: sei...

E: é, meio que relacionado com a ansiedade

P: quer dizer que o emprego causou o excesso de peso pra tu?

E: foi. Eu tava com um peso mais ou menos, de repente fiquei desempregada e comecei a engordar, ficar dentro de casa muito tempo, né? E aí você vai descontando na comida aqueles... os problemas (...) me causou ansiedade. Eu fiquei muito descontrolada, não sabia o que fazer, como arrumar emprego, aí a me deixou com insônia (risos) acabou que um dia eu tava mais ou menos no outro dia eu já tava gorda, já tava engordando muito (Participante 12, feminino, 40 anos, IMC 32,4).

Essas falas remetem a um conceito denominado de insegurança alimentar, que diz respeito, segundo Mazur e Navarro (2015), a um desajuste da alimentação no que se refere à qualidade, quantidade e diversidade. Famílias em situação de insegurança alimentar moderada ou grave possuem dieta monótona, essencialmente constituída por alimentos energéticos (Panigassi, et al., 2008). Hoffmann (1995), por sua vez, define segurança alimentar como o acesso a alimentos suficientes para uma vida ativa e saudável. Para ele, no Brasil, e nas economias mercantis, o que acontece, normalmente, é que o acesso aos alimentos depende, sobretudo, da pessoa dispor de renda para comprá-los.

Considerando que a maioria da população brasileira tem rendimentos baixos, esse fator a coloca na condição de insegurança alimentar (Hoffmann, 1995). Segundo Mazur e Navarro (2015), em revisão da literatura, tem se identificado a associação do aumento da prevalência de obesidade com insegurança alimentar entre famílias de baixa renda. Para os autores, entre os fatores pelos quais isso ocorre, estão à falta de acesso a alimentos saudáveis, as escolhas alimentares erradas, a grande quantidade de alimentos ingeridos, a falta de diversidade de alimentos, resultando na baixa qualidade nutricional da dieta. Os motivos que influenciam na escolha dos alimentos estão arraigados na cultura de cada povo, fatores econômicos e psicológicos associados com a experiência de longo tempo de pobreza são dois importantes fatores. Nesse sentido, embora difícil, intervir nas desigualdades sociais quebraria esse ciclo, melhorando os efeitos da pobreza e, conseqüentemente, a obesidade e a insegurança alimentar, por meio da inserção de alimentos saudáveis e incentivo à atividade

física. Sem isso, o ciclo da pobreza e da obesidade é provável que continue (Crawford & Webb, 2011).

O aumento da renda e do consumo de alimentos, entretanto, não implica em um aumento de segurança alimentar, dado que a insegurança alimentar está relacionada também à escolha incorreta de alimentos, isto é, não há uma garantia da adequação qualitativa da dieta (Panigassi, et al., 2008). Conforme ressalta Panigassi, et al. (2008), esses resultados reforçam a necessidade de políticas de segurança alimentar e de ações educativas direcionadas à promoção de alimentação saudável, fator este ainda deficitário no Brasil como pode ser visto no próximo tópico.

#### ***4.1.3 Fatores programáticos***

A vulnerabilidade programática diz respeito ao grau de comprometimento das esferas governamentais com as questões relacionadas à redução de vulnerabilidades em saúde. Nesse bojo, compreendem-se as ações preventivas e educacionais, montante de investimento e financiamento para a prevenção e assistência, continuidade e sustentabilidade de ações e políticas públicas, entre outros (Ayres, 2000).

As metas de saúde pública para a prevenção da obesidade, segundo Mazur e Navarro (2015), têm considerado as políticas públicas e mudanças ambientais como meios para ajudar as populações e coletividade no desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis. Para os autores, a implementação de políticas públicas em um nível macro, incluindo local, estadual ou federal, é um meio eficaz e abrangente para isso. Transformações no nível de política modificam ambientes que produzem mudanças nos cuidados em saúde e nas escolhas dos indivíduos. Nesse sentido, um dos aspectos que merece especial atenção é a falta de informação. Essa queixa manifestou-se nos relatos dos participantes 04 e 10.

E: muitas vezes a gente não sabe o que é pra comer, o que não deve comer, a hora de comer, a forma de fazer exercício, o que significa exercício, o que o corpo precisa pra desenvolver a perda de caloria. Muitas vezes o pessoal não procura saber que o corpo tem que fazer digestão. Então, essa falta de conhecimento que leva muitas vezes ao aumento de peso (Participante 04, Masculino, 45 anos, IMC 37,6).

E: primeiro é a falta de informação. A gente come muita coisa que a gente não sabe ou assim... come porque vê alguém comer ou porque alguém falou num sei o quê, a gente nunca lê rótulo, né? Assim, um dificuldade que eu tenho é de começar a ler rótulo, pra ver o que tem, o que não, se tem gordura trans, é... gordura saturada, isso aí, então é falta de informação (Participante 10, masculino, 39 anos, IMC 58,6).

Junto com o aumento da disponibilidade de alimentos saudáveis, medidas regulatórias como a publicidade de alimentos e a melhora do perfil nutricional, a educação alimentar e geração de conhecimento são alguns dos principais pontos que se deve intervir a fim de promover Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e, conseqüentemente, uma diminuição da obesidade (Mazur & Navarro, 2015). Para Mazur e Navarro (2015), as políticas devem envolver todo o sistema alimentar, desde as formas de produção, até a compra de alimentos, facilitando escolhas alimentares saudáveis. Almeida et al. (2017) constataram que iniciativas de aconselhamento de modos saudáveis de vida à população, que considere seus contextos e condições de vida, é um dos principais desafios a serem superados na Atenção Primária.

Costa et al. (2012) estudaram, entre outros fatores, o nível de conhecimento nutricional de usuárias do Programa Academia da Cidade, que consiste em acesso gratuito a equipamentos e profissionais de educação física em espaços públicos de lazer. No estudo em questão, 77,9% das usuárias relataram nunca ter recebido orientação nutricional. Além disso, foi observado que o grupo de maior renda possuía mais conhecimento geral e específico acerca de nutrição. Esses dados apontam a necessidade de ações de educação nutricional.

De maneira geral, cada um dos participantes construiu repertórios explicativos para as causas da obesidade, a partir da sua visão de mundo e de suas experiências. A pergunta que direcionou essa discussão era ampla: “Em sua opinião, o que causa o excesso de peso?”, mas foi possível perceber que cada um falou sobre o que causou o seu excesso de peso particularmente, não se limitando ao discurso biomédico e aos condicionantes sociais.

## **4.2. Qualidade de vida**

Muitos são os fatores relacionados à qualidade de vida, que devem ser considerados nos estudos. Nesse sentido, faz-se pertinente uma avaliação qualitativa, pois “Cada trajetória pessoal e psicossocial depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais” (Medeiros, Silva, & Saldanha, 2013). Neste estudo as categorias enunciadas acerca da qualidade de vida se dividiram em duas, a saber, aspectos individuais e aspectos sociais.

### **4.2.1 Aspectos individuais**

A partir das análises dos discursos dos participantes sobre a qualidade de vida, observa-se que o controle da alimentação emergiu nas falas como um dos principais fatores propiciadores de qualidade de vida. Essa alimentação a qual os participantes se referem, pode ser caracterizada como o aumento do consumo de verduras, legumes, frutas e outros alimentos

ricos nutricionalmente, bem como a exclusão de outros, tais como os ricos em gorduras e os carboidratos simples. Além disso, aparece também nos discursos como algo a ser valorizado, remetendo as dificuldades em se ter o básico, como pode ser verificado nos relatos abaixo:

E: ter uma vida assim eu creio que saudável, morar bem, né isso? Ter uma alimentação boa. Sabemos que uma pessoa assim que vive mais ou menos de salário mínimo não tem uma qualidade de vida tão boa, mas glória a Deus eu não tenho tão mau. Mal é quando a gente mora mal, dorme mal, né? Bem... não tenho condição de fazer um regime assim, que é caro você cuidar bem da sua saúde, mas na medida do possível eu não tenho assim do que reclamar, num é isso? (...) é... alimentação. Num tenho aquela alimentação certinha, de... digo assim de você poder fazer uma dieta, aí é caro, né? Mas eu tenho minha alimentação (ininteligível) às vezes eu exagero por conta assim que eu quero, mas eu posso me organizar, controlar direitinho mais ou menos ter uma alimentação dentro do padrão assim pra eu não ficar doente... (Participante 13, Feminino)

E: comida saudável...

P: tá desenvolvendo, né? Alimentação, comida saudável, ingerir mais frutas... e fazer exercício, né? Físico... é... tirar... tirar a massa, massa... essas coisas gordurosas, fritura do cardápio... refrigerante, né? Açúcar ... essas coisas (Participante 15, Feminino, 33 anos, IMC 43)

E: a maioria das pessoas, hoje, passa fome. (ininteligível) A qualidade de vida não é só alimentação não, mas uma das coisas é alimentação (Participante 03, Masculino, 54 anos, IMC 29,8).

Em revisão da literatura utilizando as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Electronic Libray Online (SciELO), dos últimos cinco anos, com o termo “qualidade de vida” cruzado com as palavras-chave “alimentação” ou “segurança alimentar” foi encontrado apenas um artigo que investigou a temática. O referido estudo (Pereira & Filipe, 2016) buscou analisar as características nutricionais e a percepção da qualidade de vida em idosos. Os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com o estado nutricional (EN), a saber: grupo nutrido (GN) e grupo em risco de desnutrição (GRN). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. No GRN, a percepção da QV boa foi relatada por 50% dos participantes, ao passo que, no GN, a proporção foi de 64,8%. Os demais estudos encontrados avaliaram a alimentação para grupos específicos como pacientes oncológicos e portadores de fibromialgia, por exemplo. O mesmo ocorre quando se observa os instrumentos quantitativos que avaliam a qualidade de vida, como WHOQOL-Bref e Iwqol-Lite, isto é, não há questões relativas ao padrão alimentar.

Apesar da escassez de estudos, o tema parece ser relevante para essa população, mais especificamente do que em outras, uma vez que se trata de um dos principais fatores que

levam ao excesso de peso e um dos pontos em que há maior dificuldade em adquirir e manter hábitos. No estudo realizado por Horta et al. (2013) que investigou a qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis, o consumo alimentar se relacionou à qualidade de vida. Os dados apontaram que o aumento do consumo de carboidratos, sobretudo os simples, contribuiu negativamente para a qualidade de vida e, especialmente para o domínio físico. As autoras acreditam que isso deva pela associação direta deste macronutriente à ocorrência de doenças cardiovasculares, Diabetes *Mellitus* e obesidade.

Semelhante ao tópico anterior, no qual os participantes levantaram a atividade física como uma das causas do excesso de peso, neste também se apresentou como um fator importante responsável pela qualidade de vida. Os participantes percebem a importância da prática de esportes para o seu tratamento, mas não dedicam tempo para isso pelos mais variados motivos.

E: caminhar eu tô tentando. Às vezes dá preguiça, não vou dizer que não dá, porque dá. Eu digo “eu vou caminhar pra quê? Se eu caminho, caminho e não vejo resultado. Se eu tô é engordando, aí desanima”. Assim, não tem mais coragem de caminhar, mesmo que você caminhe e não veja que tá perdendo peso, mas caminhar não só pra emagrecer, mas pra circular o sangue, que eu tenho retenção de líquido. Caminhar não só pra emagrecer, caminhar porque tem que caminhar. Ter mais consciência pra caminhar, coisa que eu não tô tendo (Participante 01, 29 anos, IMC: 44,1).

E: sim... fazer... praticar esporte, alguma atividade física, isso é qualidade de vida. Eu tenho bicicleta em casa, mas não uso, entendeu? É porque também eu não tiro tempo pra mim, eu vivo mais me dedicando a minha família. Meu sobrinho, neto-sobrinho, entendesse? (pausa) Irmão... Me preocupo (Participante 09, Feminino, 57 anos, IMC 39,0).

P: por que fazer exercício físico é ter qualidade de vida?

E: porque ali você não vai ficar parado. Você vai caminhar, você vai ver outras pessoas, num vai ficar em casa só assistindo televisão. E ali você caminhando resolve muitos problemas.

P: resolve muitos problemas...

E: tipo assim...de perder peso, não ficar só em casa vendo televisão ou dormindo, né? Aí isso não é bom.

P: por que não é bom ficar só em casa vendo TV?

E: porque você vai ganhar peso, vai perder sua saúde, entendeu?

P: tu falou, você caminha, encontra pessoas...

E: é... encontra os amigos, até faz amizades... indo caminhar.

P: faz amizades, se distrai...

E: é... se distrai. E ficando em casa tua vida vai virando uma rotina. Entendeu? (Participante 16, feminino, 50 anos, IMC 44,6).

É consenso na literatura que a atividade física melhora a qualidade de vida e o estado de saúde. Diversos estudos (Abreu & Dias, 2017; Muros, Pérez, Ortega, Sánchez, & Knox, 2017) têm demonstrado que quanto mais ativa a pessoa é, melhor sua qualidade de vida em geral. Essa associação tem sido identificada em diversos públicos, tais como crianças (Poeta, Duarte, Giuliano, & Mota, 2013), adolescentes (Muros, et al., 2017), adultos (Abreu & Dias, 2017) e idosos (Ferreira, Tura, Silva, & Ferreira, 2017). No que diz respeito ao excesso de peso, acredita-se que, pelo fato da atividade física melhorar as funções físicas (Souza, et al. 2016), exerça uma influência positiva na qualidade de vida. Em um estudo realizado com adolescentes (Muros, et al., 2017), foi verificado que a atividade física desempenha uma influência mais forte sobre a qualidade de vida do que a dieta e o IMC.

Para os participantes desta pesquisa os aspectos psicológicos se configuraram como uma das dimensões da qualidade de vida, semelhante ao que vem sendo demonstrado na literatura (Fleck, 2008). Segundo Fleck (2008), nesse domínio o indivíduo avalia a percepção sobre sua condição afetiva e cognitiva, procurando identificar se há perturbação emocional, e a presença de sintomas de ansiedade e depressão, por exemplo. É importante ressaltar que outros estudos têm identificado a dimensão psicológica como uma das que mais contribui para a qualidade de vida global. No estudo realizado por Medeiros et al. (2013), com pessoas que vivem com HIV/AIDS, o domínio psicológico foi o que mais influenciou no escore global da qualidade de vida (26%). Na avaliação quantitativa do presente estudo também foram encontrados resultados afins.

E: Isso! E também não se preocupar muito com as coisas do dia-a-dia, né?

P: não se preocupar muito...

E: Porque tem pessoas que tão nem aí e eu me preocupo com tudo. Me preocupo com sobrinho, sobrinha. Entendeu? Eu me preocupo! (Participante 09, Feminino, 57 anos, IMC 39,0)

E está bem consigo mesmo eu acho que é a principal... é o principal tópico pra você ter uma qualidade de vida boa. Se você não se sente bem com você mesma, você não vai viver bem a sua vida, né?

P: estar bem consigo...

E: bem consigo...é! E se aceitar na sociedade, não querer viver enquadrando, porque hoje em dia a sociedade requer muito isso, requer um padrão tanto de beleza, quanto de estética, quanto de tudo. Eu acho que, eu vejo por mim, os adolescentes de hoje em dia a maioria querem um padrão, hoje é o fit, né? Todos querem tá no padrão fit. Eu acho que você quebrando padrões você vai conseguir se... viver bem na sociedade e viver bem com sua vida.

P: como seria quebrar padrões?

E: se aceitar do jeito que você é, se eu sou gorda, você é magra, se eu tenho cabelo cacheado, você tem o cabelo liso, então se aceitar. Não... porque hoje em dia é como

uma xérox, cada um tem que ser todo o mesmo corpo, o mesmo cabelo, a mesma altura (Participante 17, Feminino, 21 anos, IMC 44,4).

Tendo em vista que a qualidade de vida está diretamente relacionada com a promoção de saúde, bem como a promoção de saúde tem por finalidade promover a qualidade de vida (Campos & Neto, 2008), a saúde foi outro aspecto elencado pelos participantes como fator promotor de qualidade de vida. Para eles, sem saúde física, não se tem acesso a outras variáveis. Segundo Buss (2000), o debate sobre qualidade (condições) de vida e saúde tem certa tradição no Brasil e em países da América Latina. O estudo de Horta et al. (2013), demonstrou que há uma diversidade de fatores que influenciam a qualidade de vida, estes por sua vez, estão relacionados às condições de saúde e ao perfil nutricional das participantes da pesquisa.

E: saúde, né? (silêncio) a saúde que tá em primeiro lugar mesmo.

P: por que a saúde?

E: sem saúde como vai viver bem? Tem que ter primeiramente a saúde, né? Aí o resto vai conseguindo aos poucos.

P: então, ter saúde é ter qualidade de vida.

E: é... eu acho que sim. O que adianta você ter um padrão de vida bom e não ter saúde? (Participante 07, feminino).

E: porque sem saúde você não faz nada. Se você não tiver uma boa saúde, você não tem condição de trabalhar. (ininteligível) acesso a médico, né? Tem que ter. Para tudo na vida, você fica aí sem poder fazer nada (Participante 12, feminino, 40 anos, IMC 32,4)

Embora o conceito de QVRS seja estudado de maneira ampliada, tendo seu foco nas necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, assim como na promoção da saúde (Mynaio, et al., 2000), no discurso dos participantes, emergiu no sentido mais focalizado do termo, em outras palavras, percebeu-se que o cerne da questão nesses depoimentos reside na capacidade de viver sem doenças.

#### ***4.2.2 Aspectos sociais***

Aspectos como condições de moradia, lazer, serviços de saúde e dinheiro para satisfazer as necessidades, fazem parte, conforme os estudos da OMS, do domínio meio ambiente, que, de maneira geral, representa as condições estruturais de vida, e está relacionado à percepção do indivíduo acerca do lugar onde ele vive (Seidl & Zannon, 2004). Na pesquisa conduzida por Medeiros et al. (2013), entre as três variáveis que se sobressaíram como uma das principais determinantes para a qualidade de vida, está a dimensão ambiental.

Neste estudo, os participantes apresentaram condições desfavoráveis relacionadas a esse domínio nos mais diversos aspectos, como pode ser visto a seguir:

E: é... sem ter uma casa, sem ter um lugar legal pra você morar, como você vai viver? Tem que ter acesso a um emprego, um emprego lhe dá condição pra você ter uma casa pra morar. Não tô dizendo uma casa luxuosa, mas você ter uma residência, porque quem não tem...

P: tu diz uma residência... você ter uma residência própria?

E: própria. Nem que seja alugada, mas você ter. Tem gente que não tem condição nem de pagar um aluguel. Isso aí é péssimo. Não tem como ter uma qualidade de vida. Saúde, emprego e uma residência, né? Uma casa! Não tem como! (Participante 12, feminino, 40 anos, IMC 32,4).

Moradia adequada faz parte dos elementos fundamentais, junto com educação, boa nutrição, condições agradáveis no lar e no trabalho, entre outros, para uma prevenção primária que visa desenvolver uma saúde geral melhor (Buss, 2000). Cumpre ressaltar que a prevenção primária atua com medidas na proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pela formação de barreiras contra os agentes do meio ambiente que interferem na saúde. Quando se fala em dificuldades do ambiente que influenciam a percepção da qualidade de vida se refere a condições precárias de moradia, infra-estrutura deficiente e situações de violência (Ribeiro, Souza, Atie, Souza, & Schilithz, 2008). Na perspectiva da participante 12, ter uma moradia se remete a estabilidade, de ter um local para viver e, não necessariamente, sobre as condições desse lar. Há uma notável escassez de estudos relacionados a esse fator na literatura, a maioria dos estudos encontrados que aprofundam a temática são voltados para o público de idosos.

Santos, Marinho, Mazo e Hallal (2014) analisaram a relação entre qualidade de vida e lazer em idosos. Os autores concluíram que a maior participação em diferentes atividades vivenciadas no lazer está associada com a boa percepção da qualidade de vida dos idosos investigados. Para isso, os autores consideraram como lazer as atividades artísticas, manuais, físicas, intelectuais, sociais e turísticas do lazer. Destaca-se que todas as facetas dos instrumentos de qualidade de vida se correlacionaram com as atividades mencionadas, exceto a faceta morte e morrer.

P: Como tu avalia tua qualidade de vida?

E: Muito ruim. Porque não tem aonde eu moro lazer pra gente. Aqui tem alguns bairro você vê uma academia popular, né? Lá não tem. Não tem coisa de lazer pra você fazer. (ininteligível)

P: quer dizer que lazer seria outro ponto, então?

E: é. Lazer seria outro ponto... é... (Participante 14, feminino, 39 anos, IMC 37,2)



Em seu estudo Medeiros et al. (2013), também verificaram que os usuários que mais se consideraram satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde apresentaram maiores médias na avaliação de qualidade de vida geral quando comparados aos que estavam insatisfeitos, assim como apresentaram melhores avaliações em todos os domínios do instrumento. No que diz respeito aos participantes deste estudo, percebe-se em suas falas que há, sobretudo, uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, eles acreditam que um maior acesso a esses serviços poderia influenciar a adoção de um estilo de vida mais saudável, bem como auxiliaria as pessoas a se manterem mais motivadas para mudança de hábitos, como pode ser visto nos relatos abaixo:

E: saúde que tá muito precária. Os atendimentos no posto... eu, no meu caso mesmo, espero dois anos, tem caso de esperar dois anos na saúde.

P: dois anos...

E: dois anos! Você que marcar um exame, e você não tem. Agora mesmo, ela [a médica] me pediu uns exame, e eu não pude fazer, porque no posto não faz. Uns exame de sangue e no posto não faz mais. Então, você fica sem acesso. (ininteligível) (...) tudo ruim. Porque eu acho a saúde mesmo tá precária, muito. E a pessoa quando tem condição, a pessoa faz de tudo, mas quando a pessoa não tem condição, não tem o dinheiro pra correr atrás, fica mais difícil. Porque hoje se você adoecer, se você não tiver o dinheiro, você tem que esperar quanto tempo? Morre. Já chegou caso mesmo de uma ultrassom no posto onde eu moro, de a pessoa morrer, depois que chegar a ultrassom pra fazer (Participante 14, feminino, 39 anos, IMC 37,2)

P: humhum... e por que o acompanhamento médico é importante pra qualidade de vida?

E: porque ele incentiva você.

P: o médico incentiva?

E: incentiva! Porque eu tava... eu faço tratamento lá no Recife... renal, né? Aí eles vêm me empurrando pra eu fazer uma bariátrica. Eu não quero fazer bariátrica. Aí a médica foi insistiu muito, ela falou pra mim que tinha vários tipos de cirurgias, ela disse “você não quer mesmo?”, eu disse “quero não”. “Mas vamos fazer assim, você leva o papel, você pensa e daqui a três meses você volta pra mim e me dá... me dá a resposta, mas não deixe de fazer, porque vai fazer bem pra sua saúde”. Eu achei muito importante o médico acompanhar (Participante 16, feminino, 50 anos, IMC 44,6).

Vida financeira estável também se configura como um dos elementos constitutivos da qualidade de vida, repercutindo nas condições de acesso dos participantes nos mais diversos contextos que demandam custos, tais como poder seguir uma dieta, realizar exames, fazer consultas médicas, praticar atividades físicas, ter acesso a lazer, moradia, entre outros. Presume-se que esses relatos estão relacionados à vulnerabilidade social da população.

P: por que tu acha que ter uma vida financeira estável é ter qualidade de vida?

E: porque hoje tudo envolve dinheiro, assim, né? Tudo que você for querer, geralmente tem que ter o dinheiro à frente, e você tendo uma vida financeira estável tudo fica mais fácil, tanto pra saúde, tanto pra o estudo, pra tudo (Participante 17, Feminino, 21 anos, IMC 44,4).

Os aspectos mencionados pelos participantes nesta categoria referem-se ao que Mynaio et al. (2000) denomina de “patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida”. Também é importante observar que valores não materiais também compõem concepção do conceito. Os depoimentos abaixo revelam a importância das redes de apoio psicossocial para a qualidade de vida.

E: eu acho que também o lugar onde você mora. Acho que vai depender muito do lugar também.

P: Como seria um lugar que traria qualidade de vida?

E: eu acho que se as pessoas se ajudasse mais, fosse menos egoísta, se preocupasse mais com o próximo. (...) Eu piorei bastante minha condição, quando eu vim morar no lugar onde eu moro eu pesava 70 kg, isso há nove anos atrás, comecei a engordar também devido ao local, o local interfere bastante no seu modo de pensar, na sua alimentação também.

P: como assim... que o lugar interfere na alimentação?

E: assim... as pessoas ficam o tempo todo... No lugar onde eu morava não era assim, era centro que eu morava... “fulano tá muito gorda. Se comer vai explodir se não comer vai explodir” e fica com esses comentários, dando uma de amiga sua, sabe? “mulher, como tu tá gorda! Come mesmo, é besteira. Já é feia mesmo, vai melhorar mais o quê?”. Já aconteceu comigo, têm pessoas assim que conversam normalmente comigo “é brincadeira” (ininteligível). Você não hora finge que não é com você, ri, deixa pra lá, mas quando você para pra pensar depende do seu humor, do seu estado de espírito, de como você tiver, é bastante chato (ininteligível). A questão da zoadá, muito barulhento, pra conseguir dormir, também é bem chato, bem desagradável. (pausa) Pode até ser que não sirva pra sua pesquisa, mas é meu modo de pensar (Participante 01, 29 anos, IMC: 44,1).

E: qualidade de vida pra mim é viver bem de uma forma... caminhar, procurar se reintegrar a sociedade, participar das coisas, fazer... se autoincluir socialmente, isso é qualidade de vida. De tudo um pouco. (...)

P: como é viver bem? O que é viver bem?

E: viver bem é sentir-se bem, o que você... fazendo de tudo um pouco. Conhecendo diferentes culturas e participando de muitos movimentos. E não ficando em casa procurando se excluir das coisas (Participante 04, Masculino, 45 anos, IMC 37,6).

E: eu acho assim... a educação proporciona que você tá num... você indo num canto. Aqui mesmo, como eu morei doze anos em São Paulo eu via que as pessoas eram mais educadas, aqui as pessoas passa pela pessoa, é já... não pede uma licença, é tudo empurrando. Aí eu acho que se a educação melhorasse, nessas muitas questão a educação melhorasse as crianças (ininteligível). Acho que tudo o começo é a educação. Se você tem educação muitas coisa você sabe lidar, resolver muito problema, muitas

coisas. Tem gente que quer resolver as coisas na ignorância (ininteligível) (Participante 14, feminino, 39 anos, IMC 37,2).

P: e um companheiro melhor...

E: o meu só presta pra fazer raiva a eu (risos) (Participante 11, feminino, 58 anos, IMC 47,4)

Na avaliação do domínio das relações sociais estão envolvidos aspectos referentes às relações pessoais, ao suporte e ao apoio pessoal, e à atividade sexual (Fleck, 2000). Estudos (Horta et al., 2013) têm demonstrado a importância do domínio relações sociais sobre o escore geral da qualidade de vida. O apoio social está relacionado à percepção que o indivíduo tem sobre os cuidados, consolo, suporte, estima ou ajuda que recebe dos outros (Silva, Santos, Angelotti, Andrade, & Tavares, 2017). O participante 04 enfatiza a importância de se inserir em atividades sociais, já a participante 14, de maneira semelhante a participante 01, quando fala em educação se refere à gentileza, polidez, ao saber conviver na coletividade. Já a participante 11 faz referência ao âmbito doméstico, visto que ela sofre pela relação que tem com o marido.

Em um estudo com idosos, o apoio social se caracterizou como importante estratégia para o enfrentamento das adversidades, sendo que o convívio familiar, mais especificamente, se mostrou ser um fator com efeito significativo sobre os escores médios de QV em quase todos os domínios dos instrumentos (Silva, et al., 2017). No contexto da Aids, no estudo realizado por Silva (2009) a família se apresentou como *locus* essencial favorecendo, através de uma rede apoio, a criação de estratégias de proteção para a convivência com a doença. Desse modo, pessoas com ampla rede de apoio social enfrentam o tratamento com menos sofrimento, bem como possuem adesão ao tratamento de maneira mais efetiva. Essa premissa também poderia ser aplicada no contexto do excesso de peso, levando em consideração as dificuldades de seguir um tratamento para emagrecimento.

### **4.3. Imagem corporal**

A obesidade, além de ser uma doença com impacto na saúde física e psicológica, como visto ao longo deste trabalho, é acompanhada por estigmas socialmente construídos no que tange também à imagem corporal. Durante a entrevista, quando se questionou sobre a forma como as pessoas avaliavam a sua imagem corporal, observou-se classes de respostas variadas que influenciam na construção da autoimagem, a saber: não se sentir bem ou não gostar do

próprio corpo, querer mudar pelas implicações que o peso traz para a saúde, o preconceito sofrido no cotidiano pelo excesso de peso ou se aceitar do jeito que é.

#### **4.3.1 Insatisfação com a imagem**

Na subcategoria insatisfação com a imagem, os participantes afirmaram não gostar e/ou não se sentir bem com a sua imagem, identificou-se a presença de conceitos autodepreciativos, acompanhados de sentimentos de tristeza, vergonha e a sensação de não se reconhecer naquele corpo. Para Macedo, Portela, Palamira e Mussi (2015) a imagem corporal negativa acarreta uma experiência aversiva e emoção negativa análoga, isso pode ser verificado nas falas das participantes 05 e 12.

E: aparentemente eu não me acho bonita. Acho que isso resume os três pontos. Assim, porque, é muito ruim você se olhar no espelho e achar que a roupa não cabe, que nada dá certo. Não sei nem como explicar essa pergunta. (...) é muito ruim. Não sei nem explicar. Incomoda (Participante 05, feminino, 32 anos, IMC 43,7).

E: ...Mas eu me sinto muito... assim, hoje eu me olho no espelho eu me vejo gorda demais, tenho tanta dificuldade de tanta coisa, de sentar e cruzar as pernas que as coxas tão muito grossas, o rosto tá muito gordo, eu não tinha essas bochechas (risos). É isso. Eu me olho e não gosto do que vejo.

P: Não gosta do que vê...

E: Não. Porque é totalmente diferente, eu engordei muito.

P: E como você gostaria de se ver?

E: ah! Com 60 kg, porque eu tô com 82. 60kg, com a cinturinha fina, sem barriga (risos) e sem essas bochechas (risos). É isso! Eu queria voltar aos meus 18 anos (risos). Tô meia dismantelada.

P: e como é o teu sentimento em relação a isso? A não se ver como gostaria de se ver?

E: Ah, eu fico muito deprimida. Tira uma foto, eu digo “Não! Apaga! Essa não sou eu”. Pode apagar a foto que não sou eu. Muito difícil eu conseguir tirar uma foto hoje e dizer assim “Eu gosto dessa foto, essa foto tá legal”. Eu **fico deprimida** quando eu olho, eu digo “Meu Deus, eu poderia emagrecer. Por que eu não faço uma dieta?”. Eu tento, né? Mas não consigo. Não vou até o final. Não sei se é falta de... força de vontade que eu tenho, né? Eu começo, aí não termino. Muito deprimida. Tem dia que eu digo “Meu Deus, por que que eu não faço isso? Por que que eu não faço exercício?” (risos)

P: Quer dizer que é mais relacionado a questão do peso?

E: Do peso, é. Assim, você começa a ficar com barriga, (ininteligível). É mais isso. E mulher que já é mais complicada. É péssimo! Eu me olho no espelho e digo “**Deus! Não sou eu!**” (risos) (Participante 12, feminino, 40 anos, IMC 32,4)

Observa-se que a obesidade ocasionou, nessas mulheres, o olhar sobre si como algo diferente de tudo, fora dos padrões. Resultados semelhantes a estes foram encontrados por Macedo et al. (2015), que realizaram uma pesquisa qualitativa com o objetivo de conhecer a

percepção da pessoa obesa sobre o próprio corpo. Uma categoria equivalente a esta foi nomeada de “Sofrer o peso de viver um corpo obeso”, contendo discursos que revelaram a dificuldade de aceitar a imagem corporal, o sofrimento vivenciado, os sentimentos de tristeza, de vergonha e de forte diminuição e desvalorização pessoal.

Nesta mesma direção, Araújo, Pena e Freitas (2015) identificaram, em seu estudo realizado com mulheres obesas, que estas vêm empenhando-se em adaptar seus corpos para que eles possam ser posicionados em um lugar confortável do ponto de vista social. Semelhante aos achados de Macedo et al. (2015), os relatos evidenciaram a percepção de um corpo que sofreu, ao longo do tempo, transformações para pior, que se tornou deformado, deteriorado, um corpo modulado fora dos padrões estéticos e morais. Em vista dessa visão negativa do próprio corpo, essas pessoas evitam situações comuns do cotidiano, tais como tirar fotos e se olhar no espelho.

É importante ressaltar que o emagrecimento não implica necessariamente em uma imagem corporal positiva, pois outros fatores, além do peso estão relacionados à construção de uma imagem corporal positiva. Estudos vêm demonstrando que pacientes nos pós-cirúrgico da bariátrica enfrentam problemas relacionados à flacidez e a necessidade de realizar cirurgias plásticas (Leal, Mellado, Diaz-Castrillón, & Cruzat-Mandich, 2017; Salazar-Maya & Hoyos-Duque, 2017). Além disso, insatisfação com o tamanho e forma corporais vem sendo identificada em públicos que não estão acima de peso (Coqueiro et al., 2008).

#### ***4.3.2 Insatisfação com o excesso de peso***

Um dos fatores que incomoda as pessoas que estão acima do peso são partes do corpo específicas, como a região abdominal, que as impedem muitas vezes de usar uma roupa que gostariam, bem como as dores e dificuldades causadas pelo peso.

E: ah, eu gostaria que eu fosse... porque assim... eu tenho mais barriga, abdômen, tá entendendo? Gostaria de ter menos abdômen, que eu pudesse vestir um vestido, uma saia. Não uso por hipótese alguma. Só short e leg (...) assim... eu não tenho preconceito assim de não poder me olhar no espelho, mas gostaria que fosse menos abdômen. Se eu tivesse menos peso seria melhor pra mim (Participante 09, Feminino, 57 anos, IMC 39,0).

E: não é nem um problema, hoje em dia pra mim que sou plus é bem mais fácil do que antigamente, porque o mundo da moda ou... tá sendo mais aceitável você ser gorda, né? Do que antigamente, mas ainda é um problema, não por conta de estética pra mim. Hoje em dia eu não procuro estética, procuro saúde. Eu via que meu peso de antigamente tava me prejudicando muito, tanto pra se locomover, tanto na minha

respiração, como eu faço tratamento de tireoide, eu já não tinha mais a tireoide, mas as minhas taxas hormonais estavam vindo muito altas, isso tava prejudicando, eu tava vendo, eu me conscientizei que aquilo... o peso que eu tava era prejudicial a minha saúde, então hoje eu procuro não a beleza de estética e, sim, priorizar a minha saúde. Eu me sinto muito bem com... eu nunca fui magra, então, eu vou procurar um peso, eu sendo gordinha ainda, que me tire de perigos... da minha saúde, entendeu? (Participante 17, Feminino, 21 anos, IMC 44,4).

O depoimento da participante 09 deixa claro que o corpo fora do padrão prejudica a vida cotidiana. Ela não se refere à imagem do seu corpo com desprezo, mas critica a sua própria aparência, não se permitindo usar determinados tipos de roupas, pois se sente desconfortável. Outros estudos identificaram que é comum para essa população passar por situações parecidas (Macedo et al., 2015; Castro et al., 2013). No estudo realizado por Leal et al. (2017) com mulheres que se submeteram a cirurgia bariátrica, poder usar uma roupa que antes da cirurgia não podiam usar, proporcionou um sentimento de pertença, isto é, de voltar a fazer parte da sociedade. Cumpre ressaltar, que no referido estudo a insatisfação com a região abdominal também foi relatada pelas participantes.

O depoimento da participante 17, por sua vez, representa aquelas pessoas que não se incomodam diretamente com a imagem, mas com as implicações do peso na sua saúde. Ela evidencia, ainda, outro aspecto importante, que é a moda *plus size*, que tem tido maior visibilidade, atualmente. Alguns estudos (Macedo, et al., 2015) ainda reconhecem essa dificuldade. No entanto, no passado havia uma escassez ainda maior de roupas para esse público, o que reforça o estigma de que as peças nas lojas não são adequadas aos seus corpos (Zanette, Lourenço, & Brito, 2013).

Hoje, como relatado pela participante 17, percebe-se que algumas lojas têm demonstrado sensibilidade acerca das dificuldades das pessoas que usam um tamanho maior em comprar roupas. Contudo, isso não é visto de maneira positiva por todos. No estudo realizado por Zanette, Lourenço e Brito (2013) foi identificado que as participantes acreditam que o termo traz ainda mais estigma, tendo sido relatadas inúmeras situações de dificuldades enfrentadas, tais como roupas que não estão na moda ou com estampas que as participantes não consideram bonita, o que implica em roupas diferenciadas. Para as autoras do estudo, essa queixa pode ter ocorrido pela classe social das participantes do estudo, nenhuma pertencia às classes mais baixas.

### **4.3.3 Preconceito**

Foi possível observar nos relatos o estigma que cerca o excesso de peso. O preconceito surgiu, mesmo que de forma velada, em diversas falas, isto é, mesmo quando não há uma ofensa direcionada, os participantes se percebem sendo observados em diversas ocasiões. Permeia o imaginário social a ideia de que o obeso é desleixado e come demasiadamente, o modo como as outras pessoas observam os obesos tem como objetivo confirmar tais hipóteses, como pode ser visto nos discursos abaixo, em que as pessoas se sentem discriminadas pela condição de sua obesidade. Os participantes chegaram a comparar o preconceito sofrido pelo obeso com o sofrido pelos negros.

E: Porque quem é gordo, quem é obeso, dizer que é feliz é hipocrisia. Porque quer queira quer não, há discriminação, há rejeição. É igual ao racismo, quem disser que o negro é aceito na sociedade é hipocrisia, não é aceito! É aceito se você tiver uma boa... uma boa qualificação social, mas se você for um negro pobre você é discriminado, se você for um gordo pobre, você é discriminado, (ininteligível) essa é a realidade da sociedade, é o que a gente vive hoje no Brasil, no país, certo? É a verdade, é porque muita gente é hipócrita, muita gente não quer enxergar a verdade, esse negócio de gordinha plus size, existe uma gorda com a gordura bem dividida, certo? Que tem barriga, uma barriguinha saliente, que tem perna, e aquela gorda que é gorda obesa, que tem a barriga de avental, como se diz, que tem a barriga dobrada, que tem excesso de mama... displasia mamária, que a pessoa com 130 e poucos quilos não é normal, não existe isso, dizer que é normal... é hipocrisia total, isso é falta de desconfiômetro, é hipocrisia, isso é (ininteligível) (Participante 02, Feminino, 38 anos, IMC 48,9).

É visível nessas falas a importância que o olhar do outro tem na configuração da imagem corporal desses participantes. Comentários e chacotas em atividades cotidianas em função da obesidade é algo comum, e foi destacado também nos depoimentos do estudo realizado por Castro et al. (2013) e de Macedo et al. (2015). Além dos comentários, há os olhares de reprovação e de curiosidade acerca do quanto a pessoa come e dos embaraços que podem passar. Ambientes de alimentação, como restaurantes e lanchonetes, são apontados como locais em que o grupo foi alvo de atenção indesejada e/ou críticas, como pode ser visto nos depoimentos abaixo.

E: Acho que em relação a aparência é só essa questão mesmo, física... de você... é... e volta de novo pra aquela questão da preocupação com o que as pessoas, não é nem que você se preocupe com o que as pessoas estão pensando, que isso aí eu não me preocupo muito não. Mas assim que os olhares incomodam, sabe? Das pessoas olharem, e vamos supor, você tá num restaurante, todo mundo vai olhar pro tamanho do seu prato. Isso é... às vezes a pessoa pode até fazer sem maldade, porque isso é natural, quando você chega a pessoa já “Eita! Aquele gordinho ali... vamo ver o

tamanho do prato dele.” Então, às vezes a pessoa olha por olhar e isso vem assim naturalmente (Participante 10, masculino, 39 anos, IMC 58,6).

P: E se fosse colocar aqui três pontos importantes pra ter uma imagem corporal positiva quais seriam?

E: Primeiramente, eu quero ficar magra, não magra, magra, mas eu quero chegar a um peso que não me incomode mais.

P: E o quê mais?

E: É... ter... eu quero chegar... chegar nos cantos e não ter dificuldade, tipo assim, o pessoal fica olhando quando a gente vai passar numa roleta... todo canto que a gente chega tem que gente que olha com um... olha com jeito mau, achando que a gente é gordo porque quer, mas não é ... tendeu? É isso

P: Então seria ficar magra, a avaliação das pessoas e... qual a outra? Tem outro ponto?

E: Tem! Ser aceita! (Participante 16, feminino, 50 anos, IMC 44,6).

As atitudes negativas e preconceituosas da sociedade lançadas a pessoa obesa sugere que elas são responsáveis por sua obesidade (Macedo et al., 2015), como ressalta a participante 16. Ainda segundo esses autores o preconceito pode prejudicar os relacionamentos sociais e afetivos, levar o indivíduo a uma autodepreciação da sua imagem e se sentir inseguro em relação aos outros, pois têm medo de serem tratados com hostilidade e desprezo. A maneira que o peso social da obesidade incide sobre as pessoas varia conforme o a percepção que ela tem sobre a obesidade, assim como a percepção que o grupo ao qual ela faz parte possui (Castro et al., 2013). Em uma pesquisa realizada com nutricionistas obesas (Araújo et al., 2015) o estigma parece ser ainda mais forte, além de não pertencerem aos padrões, ainda carregam o sofrimento de ser “representante de um saber não aplicado”, muitas delas, chegaram a abandonar a profissão. Situações como as relatadas neste tópico trazem a esse grupo sentimentos de inferioridade. Castro et al. (2013) acreditam que isso pode gerar um comodismo com a situação em que se encontram que, por sua vez, leva a não fazerem nada para sair dessa condição ou a desistirem do tratamento.

#### **4.3.4 Autoaceitação**

Ainda que muitas pessoas com excesso de peso se percebam fora dos padrões de beleza socialmente construídos e sofram por isso, existem aquelas que não se sentem insatisfeitas e não possuem uma relação negativa com a sua imagem. Outras, por sua vez, relatam que, apesar de o excesso de peso incomodar, se aceitam como são.

E: No meu caso eu tenho hérnia de disco, tenho problema no joelho. Então... devido ao peso, devido a uma coisa ligada a outra eu tive muito problema de dor. (ininteligível)



não me incomoda, defeito no corpo isso é uma que a gente nasceu desse jeito não me incomoda (ininteligível) (Participante 03, Masculino, 54 anos, IMC 29,8).

E: Tento me ver normal, como qualquer um. Porque afinal não é os meus quilos que me define, né? Minha personalidade, meu caráter, independente do peso (Participante 06, feminino, 29 anos, IMC 58,4).

P: tu não se sente mal, mas queria ser diferente...

E: exato! Humhum... diferente! É! Porque você vê... Eu penso assim... tem gente sem braço sem perna e é tão feliz. E eu não tenho nenhuma deficiência dessas, pra quê tá reclamando do meu cabelo, entendeu? É... da minha gordura. Eu não faço nenhum esforço, porque se eu fizer um esforço pra perder peso. Quando você quer uma coisa você consegue. E se eu for fazer... eu tenho condições pra manter minha dieta, pra honra e glória, eu tenho. Mas é porque eu acho que é desleixo... num sei... mas eu também me amo, tu tá entendendo? (Participante 09, Feminino, 57 anos, IMC 39,0).

A fala da participante 09 associa estar acima do peso ao que Castro et al. (2013) chama de “não ter responsabilidade com o seu corpo”, ou seja, a falta de disciplina e de investimento em si mesmo. Embora afirme se aceitar como é, ela acredita que sair dessa condição depende do seu esforço, se autointitulando de desleixada. Para os referidos autores, numa sociedade em que saúde e boa forma são essenciais, isso é equivalente a transgredir uma lei, e a participante parece acreditar nisso.

No estudo realizado por Macedo et al. (2015), das dezenove pessoas entrevistadas, apenas três afirmaram ter identificação com a imagem corporal. Nessa categoria percebeu-se uma aceitação da imagem, não referindo sentimentos negativos ao próprio corpo, nem sofrimento decorrente das pressões sociais sobre o padrão tido como ideal. Para eles, a autoaceitação e confiança em si e em outros favorece para que o indivíduo lide melhor com as ações preconceituosas. No caso do presente estudo, a categoria “se aceitar” emergiu de maneira diferente, visto que as pessoas afirmaram que, apesar de se aceitarem como são, isto é, de conviverem com a sua imagem de maneira menos negativa, acreditam que ficam um pouco a desejar. Desse modo, percebeu-se, ainda, sentimentos de não aceitação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, conforme seu objetivo principal, permitiu compreender os aspectos psicossociais presentes na história de vida das pessoas com excesso de peso que interferem na sua qualidade de vida e na imagem corporal. Destaca-se que, apesar de na escala os participantes terem apresentado índice geral de Qualidade de Vida positivo, foram identificados sentimentos de tristeza, ansiedade e culpa, bem como a vivência de situações de preconceito. Segundo Silva (2011), independentemente das condições econômicas e sociais, há uma tendência em se avaliar a qualidade de vida de maneira positiva. Cumpre ressaltar, que esses resultados não contrapõem os índices da escala, no entanto demonstra o caráter subjetivo do construto, evidenciando a necessidade de avaliações complementares. De outro modo, um instrumento com respostas objetivas não contemplaria o aprofundamento das vivências cotidianas. Nesse sentido, buscou-se avaliar a percepção dos participantes acerca da sua experiência, das dificuldades encontradas e a maneira como ele lida com as questões decorrentes do excesso de peso.

Tendo em vista a dimensão subjetiva do construto, na avaliação da Qualidade de Vida se faz necessário enfatizar as particularidades da vida valorizadas pelas pessoas. Nesse público, especificamente, aspectos individuais como controle da alimentação, atividade física e saúde parecem ter uma maior importância que para a população geral.

A escala IWQOL-Lite, no presente estudo, foi mais sensível para medir o impacto do IMC na qualidade de vida que o WHOQOL-Bref, o que pode estar relacionado ao uso da frase “devido ao meu peso” em todas as questões do instrumento. Nela, os participantes também obtiveram uma avaliação moderadamente boa. Já em relação à avaliação por fatores, a Função Física foi a dimensão mais prejudicada, isso porque a obesidade implica em limitações corporais e redução em suas funções, tais como andar, se abaixar, calçar sapatos, passar em corredores estreitos e roletas, sentar em cadeiras, entre outras. Já em participantes que já haviam perdido peso, percebeu-se significativa melhora dessas funções. No que diz respeito à saúde, houve uma baixa satisfação geral, o que ratifica a diferença entre os construtos, sugerindo considerar a saúde como importante dimensão da qualidade de vida.

De maneira geral, verificou-se que o fator econômico, isto é, a baixa renda se apresentou como uma variável que pode dificultar a vivência cotidiana no lidar com o excesso de peso, haja vista que a dimensão ambiental foi a mais comprometida em relação às demais - recursos financeiros, condições de moradia, lazer, qualidade na assistência à saúde, entre outros. No que tange à avaliação quantitativa, foi a dimensão avaliada abaixo do ponto de corte, e qualitativamente emergiu nos discursos como fatores preponderantes na qualidade de

vida. O menor poder aquisitivo, na maioria dos casos associada à baixa escolaridade, expõe os indivíduos às vulnerabilidades, isto é, influencia no conhecimento em nutrição, no acesso a informação e aos serviços de saúde, no poder de compra, por exemplo. Desse modo, é um dos aspectos que deve chamar a atenção das políticas públicas para obesidade no Brasil, sem isso, é provável que o ciclo da obesidade continue se perpetuando.

No que tange à imagem corporal, a amostra deste estudo apresentou relevante insatisfação corporal, tendo em vista que todos assinalaram figuras diferentes no que refere ao que representa seu corpo atual e o ideal. Além disso, uma minoria afirmou se aceitar como é. Os participantes parecem ter uma boa percepção do tamanho do corpo, e isso pareceu ter influenciado a escolha da figura ideal, isto é, já era esperado que escolhessem figuras menores como representativas do corpo, tendo em conta os padrões biomédicos. No entanto, vale destacar que a Imagem Corporal não se limita a uma questão biológica, sendo um constructo multifatorial, relativamente variável e transitório ao longo do tempo, permeado por variáveis cognitivas, emocionais e ambientais idiossincráticas.

Foi possível notar, ainda, que a internalização de sentimentos como tristeza, inferioridade e inadequação ao padrão corporal contemporâneo acarretou um impacto negativo na imagem corporal dos entrevistados, interferindo em seu modo de pensar e sentir sobre si mesmo. Percebeu-se também que a relação do indivíduo com o meio em que vive constitui elemento fundamental na construção da imagem corporal para esse grupo. Para eles, o emagrecimento proporcionaria um autoconceito positivo e uma melhor inserção na sociedade, pois deixariam de se destacar “negativamente”. As interações sociais positivas, por sua vez, proporcionariam um suporte e uma melhor maneira de lidar com as diferenças. Fica evidente a relevância da avaliação da imagem corporal em intervenções na área da obesidade, porém ainda é preciso aprimorar o entendimento do construto nesse contexto. Ressalta-se, a escassez de estudos sobre a percepção da imagem corporal de pessoas obesas, situadas em diferentes contextos socioculturais. Os estudos referentes à temática estão voltados para o público de universitários, especialmente dos cursos de nutrição e educação física, assim como para mulheres e adolescentes, por serem consideradas populações de risco ao desenvolvimento de transtornos alimentares.

No que diz respeito às limitações da pesquisa, ressalta-se o desenho do estudo do tipo transversal, que impossibilita a compreensão das relações de causalidade, além da necessidade de ampliação da amostra. Outro ponto a ser destacado, consiste no fato da amostra ter sido composta majoritariamente por mulheres. Embora não seja possível fazer generalizações dos resultados, eles evidenciam a necessidade de expandir a abordagem das pessoas com excesso

de peso, especialmente àquelas que estão morbidamente obesas, para além dos problemas relacionados à esfera físico-biológica. Isto implica em dizer que o cuidado em saúde requer a perspectiva da integralidade, buscando compreender as questões que causam impacto, assim como retirar o foco apenas do controle da doença, mas também buscando meios de compreensão e acolhimento, a fim de minimizar o sofrimento psicossocial de ser obeso.

Sugere-se a realização de outros estudos que contemplem as implicações do peso para saúde mental dessas pessoas e suas estratégias de enfrentamento. Além disso, aspectos intersubjetivos, como perda de papéis ocupacionais, doenças e relações afetivas, são de fundamental importância serem incluídos na avaliação da Qualidade de Vida e Imagem corporal, da mesma maneira a utilização de critérios de diferentes naturezas – biológica, psicológica e sociocultural – dado que esses elementos estão relacionados com as potencialidades de saúde e de vida, sendo capazes de interferir tanto negativamente, quanto positivamente no processo saúde-doença.

A guisa de conclusão, embora este estudo seja de cunho básico, é possível identificar possíveis aplicações. Acredita-se que os resultados dessa investigação possam nortear propostas mais específicas, a viabilidade e a eficácia de programas de intervenção, bem como o incentivo de políticas públicas mais abrangentes, na perspectiva da promoção de saúde, que visem tornar a pessoa com excesso de peso corporal menos vulnerável aos efeitos nefastos de uma imagem corporal negativa e de aspectos psicossociais que interfiram na sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.*, 85(5), 365-376.
- Abreu, M. O., & Dias, I. S. (2017). Exercício físico, saúde mental e qualidade de vida na ESECS/IPL. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 512-526.
- Ades, L. & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: realidade e indignações. *Psicologia USP*, 13(1), 197-216.
- Almeida, L. M., Campos, K.F.C., Randow, R., & Guerra, V. A. (2017). Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 8(1), 114-139.
- Almeida, G. A. N, Santos, J. E., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(1), 27-35.
- Alvarenga, M. S., Philippi, S. T., Lourenço, B. H., Sato, P. M., & Scagliusi, F. B. (2010). Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J Bras Psiquiatr.*, 59(1), 44-51.
- Alves, E., Vasconcelos, F. A. G., Calvo, M. C. M., & Neves, J. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(3), 503-512.
- Amaral, A. C. S. (2011). *Adaptação Transcultural do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire – 3 (SATAQ – 3) para a população brasileira* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Amaral, O., & Pereira, C. (2016). Obesidade: da genética ao ambiente. *Revista Millenium*, 34(13), 311-322.
- American Psychological Association (2003). Página oficial da Associação. Recuperado de <http://www.health-psych.org/>
- Anjos, L. A. (2006). *Obesidade e Saúde Pública* (1ª Ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz

Araújo, K. L., Pena, P. G. L., & Freitas, M. C. S. (2015). Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2787-2796.

Araujo, M. C., Dias, J. M. D., Vasconcelos, K. S. S., Medeiros, A. P., Santos, C. M., & Dias, R. C. (2014). Impacto das condições clínicas e funcionais na qualidade de vida de idosas com obesidade. *Fisioter Pesq.*, 21(4), 372-377.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2002). Diretrizes brasileiras de obesidade. Recuperado de <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2002). Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. Recuperado de <http://www.abeso.org.br/pagina/194/metodos-de-avaliacao-de-obesidade-e-alguns-dados-epidemiologicos.html>.

Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.117-39). Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz.

Ayres, J. R. C. M. (2000) Vulnerabilidade dos jovens ao HIV AIDS: a escola e a construção de uma resposta social. In: Silva, L. H. A. (org.). *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 423-423). Petrópolis (RJ): Vozes

Backes, V., Olinto, M. T. A., Henn, R. L., Cremonese, C., & Pattussi, M. P. (2011). Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(3), 573-580.

Barbieri, A. F (2012). As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, Campinas, 10 (1), 133-153.

Barros, L.M, Moreira, R. A. N., Frota, N. M., Araújo, T. M., Caetano, J. A. (2015). Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 17(2), 312-21.

Beck, J. S. (2011). *Pense Magro por toda a vida* (1ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Bedone, M. R. V. (2013). *Resposta sexual, disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres obesas* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Brilmann, M. (2012). *Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e perda de peso após Bypass Gástrico em Y de Roux: Perder Para Ganhar?* (Tese de doutorado). Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Fundação universitária de cardiologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

Brilmann, B., Oliveira, M. da S. Thiers, V de O. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde na obesidade. *Caderno de Saúde Coletiva*, 15(1), 39-54.

Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

Borges, J. (Produtor) & Renner, E. (Diretor). (2012). *Muito além do peso* [DVD]. Brasil: Maria Farinha Filmes.

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.

Buss, P. M., & Pellegrini-Filho, A. A. (2007). Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 17(1), 77-93.

Campana, A. N. N. B., Campana, M. B., & Tavares, M. C. G. C. F. (2009). Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. *Aval. psicol.*, 8(3), 437-446.

Campos, M. O., & Neto, J. F. R. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240.

Cardoso, C. L. & Féres-Carneiro, T. F. (2008). Sobre a família: com a palavra, a comunidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8 (2), 511-526.

Carvalho, P. H. B., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Coelho, F.D., & Ferreira, M. E. C. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *J Bras Psiquiatr.*, 62(2), 108-14.

Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia ciência e profissão*, 24(3), 48-57.

Castro, G. G., Figueiredo, G. L. A., Silva, T. S., & Faria, K. C. (2016). Qualidade de vida em crianças escolares com sobrepeso e obesidade. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc*, 17(4), 287-291.

Castro, M. R., Ferreira, V. N., Chinelato, R. C., & Ferreira, M. E. (2013). Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais. *Motricidade*, 9(3), 82-95.

Chagas, M. O. & Neves, S. M. M. (2015). Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. *Estudos, Goiânia*, 42( 4), 465-479.

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther.* 39(5), 499-511.

Coqueiro, R. S., Petrosky, E. L., Pelegrini, A., & Barbosa, A. R. (2008). Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 30(1), 131-168.

Cory, G. C., Petty, M. L. B., & Alvarenga, M. S. (2015). Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 565-576.

Couric, K., Soechtig, S., David, L., Singbiel, E. M., & Olson, S. (Produtores) & Soechtig, S. (Diretor). (2014). Fed Up [DVD]. Estados Unidos.

Coutinho, W. F. (1999). Consenso Latino Americano de Obesidade. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* v. 43, n. 1, 21-67. doi: 10.1590/S0004-27301999000100003

Crawford, P.B., & Webb, K.L. (2011). Unraveling the paradox of concurrent food insecurity and obesity. *Am J Prev Med.*, 40(2), 274-5.

Cunha, A. C. P. T. da, Pires, C. S., Neto, & Cunha A.T., Jr. (2006). Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Fitness & Performance Journal*, 5 (3), 146-154.



Damasceno, V. O., Lima, J. R. P., Vianna, J. M., Vianna, V. R. A., & Novaes, J. S. (2006). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev Bras Med Esporte*, 11(3), p. 181-186.

Deluchi, M., Souza, F. P. de, & Pergher, G. K. (2013). Terapia cognitivo-comportamental e obesidade. In: Araújo, R. B., Piccoloto, N. M., & Wainer, R. (Orgs.). *Desafios clínicos em terapia cognitivo-comportamental* (capítulo 14, pp. 239-262). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dias, R. C., & Dias, J. M. D. (2002). Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em idosos com osteoartrite de joelhos. *Rev. bras. fisioter.*,6(3),105-111.

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia Cultura Profissional do Psicólogo*,5(1), 95-121.

Duca, G. F. D., Garcia, L. M. T., Sousa, T. F., Oliveira, E. S. A., & Nahas, M. V. (2010). Insatisfação com o peso corporal e fatores associados em adolescentes. *Rev Paul Pediatr*, 28(4), 340-6.

Duncan, B. B., Chor, D., Aquino, E. M. L., Bensenor, I. M., Mill, J. G., Schmidt, M. I., Lotufo, P. A., Vigo, A., & Barreto (2012). Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*, 46(1), 126-134.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*, 29(2), 321-326.

Federação Latino-Americana de Endocrinologia (FELAEN) e a Federação Latino-Americana de Obesidade (FLASO) (2015). Recuperado de:  
<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/91/572a58480cbd8.pdf>

Francischi, R.P., Pereira, L. O., & Lancha Junior, A. H. (2001). Exercício, Comportamento Alimentar e Obesidade: Revisão dos Efeitos sobre a Composição Corporal e Parâmetros Metabólicos. *Rev. Paul. Educ. Fís. São Paulo*, 15(2), 117-40.

Feldmann, L. R. A., Mattos, A. P., Halpern, R., Rech, R., Bonne, C. C., & Araújo, M. B. (2009). Implicações Psicossociais da Obesidade Infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade Serrana do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 3(15), 225-233.

Ferreira, M. C. G., Tura, L. F. R., Silva, R. C., & Ferreira, M. A. (2017). Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 70(4), 840-7.

Ferreira, V.A., & Magalhaes, R. (2011). Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(4), 2279-2287.

Ferreira, V. A., Silva, A. E., Rodrigues, C. A. A., Nunes, N. L. A., Vigato, T. C., & Rosana, M. (2010). Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(1), 1423-1432.

Figueiredo, M.A.C. (1993). Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial. *Medicina. Ribeirão Preto*, 26(3), 393-407.

Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck, M. P. A. A avaliação da qualidade de vida (p. 19-28). Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1), 33-38.

Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. M, & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 21-8.

Freire, M. E. M., Sawada, N. O., França, I. S. X., Costa S. F. G., & Oliveira C. D. B. (2014). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 357-67.

Gold, M. S., Oppenheim, H. C., Frost-Pineda, K. (2006). Obesity and Substance Use Disorders. In: S. L. McElroy, D. B. Allison, G. A. Bray (Ed.) *Obesity and mental disorders*. (pp.103-122). Taylor & Francis Group, London.

Grejanin, D. K. M., Pezzo, T. H., Nastri, V., Sanches, V. P. P., Nascimento, D. D. G., & Quevedo, M. P. (2007). As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 17(3), 37-47.

Halpern, A. (1999). A epidemia de obesidade. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 43(3), 175-176.

Hoffmann, R. (1995). Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. *Estudos avançados*, 9(24), 158-172.

Holmes, W.C., & Shea, J. A. (1998). A new HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument: development, reliability, and validity. *Med Care*. 36(2), 138-154.

Horta, P. M., Cardoso A. H., Lopes A. C. S., & Santos L. C. (2013). Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(4), 121-129.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Autor. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

Kac, G., & Velásquez-Meléndez, G. (2003). A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saude Publica*, 19(1), 4-5.

Kakeshita, I. S., & Almeida, S. S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 497- 504.

Kunkel, N., Oliveira, W. F. & Peres, M. (2009). Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 226-235.

Lancet (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*, 387 (2): 1377–96. Recuperado de: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

Laus, M. F., Kakeshita, I. S., Costa, T. M. B., Ferreira, M. E. C., Fortes, L. de S., & Almeida, S. S. (2014). Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 331-346.

Leal, M., Mellado, S. C., Diaz-Castrillón, F., & Cruzat-Mandich, C. (2017). Imagen corporal de mujeres com obesidad tipo I tras 2-5 años de una gastrectomia subtotal vertical. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 8, 151-160.

Liberali, T., Schmittb, V., Orué, A. L., & Novello, D. (2013). Efeito da Imagem Corporal Sobre o Estado Nutricional e Comportamento Alimentar de Adolescentes. *Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 15(ESP), 357-361.

Lima, L., Guerra, M. P., & Lemos, M. S. (2009). Adaptação da escala genérica do Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida — Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 — PedsQL, a uma população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 83-96.

Lima, A. C. R., & Oliveira, A. B. (2016). Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 24 (1), 1-14.

Lira, A. G., Ganen, A. P., Lodi, A. S., & Alvarenga, M. S. (2017). Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. *J Bras Psiquiatr.*, 66(3), 164-7.

Macedo, T. T. S., Portela, P. P., Palamira, C.S., & Mussi, F. C. (2015). Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Esc Anna Nery*, 19(3), 505-510.

Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C., Silva, M. M. A., Freitas, M. I. F., & Barros, M. B. A. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 51(1), 1-10.

Mannucci, E., Bicca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P. L., & Rotella, C. M. (1999). *Quality of life and overweight. Addictive Behaviors*, 24(6), 345- 357.

Marcuzzo, M. (2011). *A construção da imagem corporal de obesos e a sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal* (Dissertação de mestrado). Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALE, Itajaí, SC, Brasil.

Mariano, M. H. de A., Kolotkin, R. L., Petribú, K., Ferreira, M. de N. L., Dutra, R. F., Barros, M. V., Almeida, N. C., L. Filho, L. E., Rabelo, P. J., Monteiro, V., Silva, B. F. (2010). Psychometric evaluation of a Brazilian version of the impact of weight on quality of life (IWQOL-Lite) instrument. *Eur Eat Disord Rev.*, 18(1), 58-66.

Mariano, M. L. L., Paula, M. A. B. de, Bassi, D. G., & Paula, P. R. de. (2014). Cirurgia bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa. *Rev. Col. Bras. Cir.*[online], 41 (6), 412-420.

Mataruna, L. (2004). Imagem Corporal: noções e definições. *Revista Digital - Buenos Aires*, 10 (71).

Mazur, C. E., & Navarro, F. (2015). Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? *Saúde (Santa Maria)*, 41(2), 35-44.

Medeiros, B., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2013). Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 543-550.

Melo, M. E. (2011). Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade. Recuperado de <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/28/5521afaf13cb9.pdf>

Minayo, M. C., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), p. 7-18.

Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL BRASIL 2016. Brasília, 2017.

Ministério da Saúde (Brasil). Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL BRASIL 2014. Brasília, 2015. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf).

Ministério da Saúde (Brasil). Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Moraes, J. M., Caregnato, R.C., Schneider, D. S. (2014). Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm.* 27(2), 157-64.

Muros, J. J., Pérez, F. S., Ortega, F. Z., Sánchez, V. M. G., & Knox, E. (2017). Associação entre comportamentos de estilo de vida saudável e a qualidade de vida relacionada à saúde entre adolescentes. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 93(4), 406-412.

Nascimento, C. A. D., Bezerra, S. M. M. S., & Angelim, E. M. S. (2013). Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 193-201.

Neves, A. N., Morgado, F. F. da R., & Tavares, M. C. G. C. (2015) Avaliação da Imagem Corporal: Notas Essenciais para uma Boa Prática de Pesquisa. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 31(3), 375-380.

Nobre, M. R. C. (Ed.). (1995). *Arq Bras Cardiol.*, 64 (4), 299-300.

Oliveira, A. G. B. (2006). Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(4), 694-702.

Oliveira, M. R., & Orsini, M. (2008). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, 17(3), 255-262.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, Geneva: World Health Organization, 3-5.

Paludo, J., & Dalpube, P. (2015) Imagem corporal e sua relação com o estado nutricional e a qualidade de vida de adolescentes de um município do interior do Rio Grande do Sul. *Nutrire*, 40(1), 1-9.

Pauli, K., & Campos, R. (2016). A inserção do Fisioterapeuta na equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Fisioter S Fun. Fortaleza*, 5(1), 14-22.

Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250.

Pereira, M. M., & Filipe, E. M. V. (2016). Qualidade de vida e nutrição em idosos participantes de centros de convivência. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40(1), 156-168.

Pinheiro, A. R. de O., & Freitas, S. F. T. de (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(4), p. 523-533.

Porto, D. B., Arruda, G. A., Altimari, L. R., & Cardoso Júnior, C. G. (2016). Autopercepção de saúde em trabalhadores de um Hospital Universitário e sua associação com indicadores de adiposidade, pressão arterial e prática de atividade física. *Cien Saude Colet.*, 21(4), 1113-22.

Pronk, S. L. S. (2010). *Correlatos da imagem corporal: uma explicação pautada na auto-imagem e nos valores humanos* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, PB, Brasil.

Rentz-Fernandes, A. R., Viana, M. S., Liz, C. M., & Andrade, A. (2017). Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Rev. Salud Pública*, 19 (1): 66-72.

Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A. C., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273.

Rio, G. T. M. (2016). *Imagem corporal e obesidade em universitários de Juiz de Fora – MG* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de fora, MG, Brasil.

Rocca, S. V. S., Tirapegui, J., Melo, C. M., & Ribeiro, S. M. L. (2008). Efeito do exercício físico nos fatores de risco de doenças crônicas em mulheres obesas. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 44(2), 185-192.

Roncada, C., Oliveira, S.G., Cidade, S.F., Rafael, J.G., Ojeda, B.S., Santos, B.R., Gustavo, S., & Pitrez, P.M. (2016). Tratamento de asma em crianças e adolescentes em uma área urbana no sul do Brasil: mitos populares e características. *J Bras Pneumol.*, 42 (2), 136-42.

Salazar-Maya, A. M., & Hoyos-Duque, T.N. (2017). En busca de la imagen corporal deseada después de la cirugía bariátrica. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 28-38.

Santos, P. M., Marinho, A., Mazo, G. Z., & Hallal, P. C. (2014). Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 19(4):494-503.

Saur, A. M., & Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 199-209.

Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordás, T. A., de Oliveira Queiroz, G. K., Coelho, D., Philippi, S. T., & Lancha Jr., A. H. (2006). Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47(1),77-82.

Scagliusi, F. B., Pereira, P. R., Stelmo, I. C., Unsain, R. F., Martins, P. A., & Sato, P. M (2012). Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mães residentes em Santos. *J. bras. psiquiatr.*,61(3), 159-167.

Scherer, P. T. dos Santos, A. M., Bado, F., Cardoso, V. C., & Barreto, J. B. V. (2014). Sintomas da obesidade: exclusão e impactos no trabalho. *Anais do II Seminário Regional De Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: Formação e Intervenção Profissional*. Porto Alegre, RS, Brasil, 2. Recuperado de <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2014/assets/24.pdf>

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

Skopinski, F., Resende, T. L., & Schneider, R. H. (2015). Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online], 18(1), 95-105.

Silva, N. G., Batista, J. R. M., Galdino, M. K. C., & Barros, S. M. M (2018). Suporte familiar e sintomatologia depressiva e ansiosa em mulheres com obesidade. *Revista Interação em Psicologia*, 22(1), 21-30.

Silva, A. I. S., Freitas, I. A., Almeida, L. S., Oliveira, M. N. S., Rocha, P. S. S., Matos, E. C. O. (2017). A prevenção da obesidade na gestação através de ações educativas em saúde. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 6(2),144-152.

Silva, J. (2011). *O impacto da Aids na Saúde Mental e Qualidade de Vida de pessoas na maturidade e velhice* (Tese de doutorado). Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, PB, Brasil.

Silva, J. (2009). *O viver com Aids depois dos 50 anos e sua relação com a qualidade de vida* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, PB, Brasil.

Silva, M. P., Jorge, Z., Domingues, A., Nobre, E. L., Chambel, P. & J. Castro, J. J. (2006). Obesidade e Qualidade de vida. *Acta Med Port.*, 19, 247-250.

Silva, M. O., Santos, A. S., Angelotti, L. C. Z., Andrade, V. S., & Tavares, G. S. (2017). Trabalho, atividades de lazer e apoio familiar: fatores para proteção da qualidade de vida de idosos. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, 28(2), 163-72.

Smith, K.W., Avis, N. E., & Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. *Qual Life Res.* 8(5), 447-59.

Sousa, K. O. & Johann, R. L. V. O. (2014). Cirurgia bariátrica e qualidade de vida. *Psicologia Argumento*, 32(79), 155-164.

Souza, M. V. S., Cordeiro, E. M., Ramos, V. W., Oliveira, G. V., & Pereira, W. L. (2016). Obesidade e suas implicações à saúde: exercício como um fator interveniente. *Revista de trabalhos acadêmicos — universo campos dos goytacazes*, 6 (2), 1-14.

Straub, R. O. (2014). Nutrição, obesidade e transtornos da alimentação. In Straub, R. O., *Psicologia da saúde : uma abordagem biopsicossocial* (3ª Ed, cap. 7, p. 178-213). Porto Alegre: Artmed.

Stunkard, A. J. (2000) Factors in obesity: current views. In: Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge (Pen a, M. & Bacallao, J., eds.), Scientific Publication 576, Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington, D.C.

Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. Em S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman & S. W. Marthysse (Eds.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp. 115-120). New York: Raven

Tavares, M. C. G. C. F. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri, SP : Manole, 2003.



- Tavares, M. C. G. C. F., Campana, A. N. N. B., Tavares-Filho, R. F., & Campana, M. B. (2010). Avaliação Perceptiva da Imagem Corporal: história, reconceituação e perspectivas para o Brasil. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 15(3), 509-518.
- Tavares, T. B., Nunes, S. M., & Santos, M. O. (2010). Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20 (3), 359-366.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 4(10), 1403-1409.
- Torres, K. D. P., Rosa, M. L. G., & Moscovitch, S. D. (2016). Interação entre gênero e obesidade na qualidade de vida de adultos assistidos pelo programa médico de família de Niterói, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(5), 1617-1624.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, 6(2), 49-56.
- Valença, C. N., & Germano, R. M. (2009). Percepção da auto-imagem e satisfação corporal em adolescentes: perspectiva do cuidado integral na enfermagem. *Rev. Rene*, 10(4), 173-180.
- Vasconcelos, N. A., Sudo, I., & Sudo, N. (2004). Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(1), 65-93
- Veras, A. L. L. (2010). Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. *Rev. bras.ter. cogn.* 6 (2), 96-116.
- Vigarello, G. (2012). *As metamorfoses do gordo : histórias da obesidade no ocidente : da idade média ao século XX*. Petrópolis: Vozes
- Wanderley, T. C. F. (2015). *Impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.
- Wanderley, E. N., & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194.
- Xavier, G. S., Pasian, S. R., & Almeida, S. S. (2015). Assessment of Body Image: Instruments Available in Brazil. *Psico-USF*, 20(3), 529-545.
- Yasui, S., Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 27-37.
- Zanette, M. C., Lourenço, C.E., & Brito, E. P. Z. (2013). O peso do varejo, o peso no varejo e a identidade: uma análise de consumidoras plus size. *Revista de Administração de Empresas / FGV-EAESP*, 53(6), 539-550.

## Apêndice

### 1. Questionário sóciodemográfico

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ Hospital:  sim  não

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  feminino  masculino

**Cor:**  branco  negro  pardo  amarelo  outro \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**  1º grau incompleto  1º grau completo  2º grau incompleto  2º grau completo  superior incompleto  superior completo  nunca estudou

**Estado civil:**  solteiro  casado  divorciado  separado (a)  viúvo  união estável

**Religião:**  católico  evangélico  espírita  outra \_\_\_\_\_

**Renda pessoal:**  até 1 salário mínimo  de 2 a 5 salários-mínimos  de 5 a 10 salários-mínimos  de 10 a 20 salários-mínimos  mais de 20 salários-mínimos

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Trabalho:**  empregado  desempregado  aposentado  autônomo  empregador  incapacidade física  dona de casa

**Fonte de renda:**  emprego remunerado  auxílio doença  renda de cônjuge

aposentadoria  seguro desemprego  renda familiar  pensão dos pais  pensão privada/outros rendimentos

**Peso atual:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_ **IMC:** \_\_\_\_\_

**Peso desejado:** \_\_\_\_\_

**Está em tratamento para perda de peso?**  sim  não **Se sim, há quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**Tratamentos anteriores para redução de peso:**

nunca fez tratamentos  só dieta  dieta + exercício  dieta + medicação  uso de laxantes  uso de diuréticos  provocar vômitos  cirurgia para obesidade  jejum

\*Tratamento com:  nutricionista  psicólogo  endocrinologista

outros \_\_\_\_\_

**Com que frequência costuma fazer dieta?**

nunca  raramente  frequentemente  sempre

**Há quanto tempo está acima do peso?**  infância  adolescência  casamento

gravidez  outro \_\_\_\_\_

**Sua família tem histórico de pessoas com o mesmo problema?**  sim  não

**Quem?** \_\_\_\_\_

**Doenças associadas:**  hipertensão  diabetes  outras \_\_\_\_\_

**Etilismo:**  nunca  raramente  frequentemente  diariamente

**Tabagismo:**  nunca  raramente  frequentemente  diariamente

## Anexos

### 1. Avaliação da Qualidade de Vida

#### 1.1 Questionário Impact of Weigth on Quality of Life-Lite (Iwqol-Lite)

#### QUESTIONÁRIO IMPACT OF WEIGTH ON QUALITY OF LIFE-LITE (IWQOL-Lite)

Responda às afirmações a seguir circulando o número que corresponda à afirmação que melhor se aplica à sua condição nos últimos 7 dias. Seja o mais franco possível. Não existem respostas certas nem erradas.

Função física		Nunca Verdade	Raramente Verdade	Algumas Vezes Verdade	Geralmente Verdade	Sempre Verdade
1.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em apanhar objetos do chão.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em amarrar meus sapatos.	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em me levantar de cadeiras.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em subir e descer escadas.	5	4	3	2	1
5.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em me vestir e em tirar minha roupa.	5	4	3	2	1
6.	Devido ao meu peso, tenho dificuldades em me deslocar.	5	4	3	2	1
7.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em cruzar as pernas.	5	4	3	2	1
8.	Sinto falta de ar mesmo com esforços físicos mínimos	5	4	3	2	1
9.	Fico incomodado porque minhas articulações ficam duras ou com dor	5	4	3	2	1
10.	Os meus tornozelos e a parte inferior das pernas ficam inchados no final do dia.	5	4	3	2	1
11.	Estou preocupado com a minha saúde.	5	4	3	2	1
Autoestima		Nunca Verdade	Raramente Verdade	Algumas Vezes Verdade	Geralmente Verdade	Sempre Verdade
1.	Devido ao meu peso, fico preocupado com minha imagem diante dos outros.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, a minha autoestima não é tão boa quanto poderia ser	5	4	3	2	1

3.	Devido ao meu peso, sinto-me inseguro.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, não gosto de mim	5	4	3	2	1
5.	Devido ao meu peso, tenho medo de ser rejeitado.	5	4	3	2	1
6.	Devido ao meu peso, evito olhar para espelhos ou ver fotografias minhas.	5	4	3	2	1
7.	Devido ao meu peso, me sinto constrangido de ser visto em lugares públicos.	5	4	3	2	1
<b>Vida sexual</b>		<b>Nunca Verdade</b>	<b>Raramente Verdade</b>	<b>Algumas Vezes Verdade</b>	<b>Geralmente Verdade</b>	<b>Sempre Verdade</b>
1.	Devido ao meu peso, não sinto prazer em atividades sexuais.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, sinto pouco ou nenhum desejo sexual.	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade no desempenho sexual.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, evito encontros sexuais sempre que possível.	5	4	3	2	1
<b>Dificuldades em locais públicos</b>		<b>Nunca Verdade</b>	<b>Raramente Verdade</b>	<b>Algumas Vezes Verdade</b>	<b>Geralmente Verdade</b>	<b>Sempre Verdade</b>
1.	Devido ao meu peso, sou ridicularizado, sofro gozação ou atenção indesejada.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, me preocupo se vou caber em assentos em lugares públicos (por exemplo, cinemas e teatros, restaurantes, carros ou aviões).	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, me preocupo se vou conseguir passar em corredores estreitos ou roletas.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, me preocupo em procurar cadeiras suficientemente fortes para agüentarem o meu peso.	5	4	3	2	1
5.	Devido ao meu peso, me sinto discriminado pelos outros.	5	4	3	2	1
<b>Trabalho</b> (Obs: Se você é do lar ou aposentados, responda com relação às suas atividades diárias).		<b>Nunca Verdade</b>	<b>Raramente Verdade</b>	<b>Algumas Vezes Verdade</b>	<b>Geralmente Verdade</b>	<b>Sempre Verdade</b>
1.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em desempenhar as minhas tarefas ou em cumprir as minhas obrigações.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, sou menos produtivo do que poderia ser.	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, não recebo aumentos, promoções ou reconhecimento no trabalho.	5	4	3	2	1

4.	Devido ao meu peso, tenho medo de ir a entrevistas de trabalho.	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---

IWQOL-Lite — português do Brasil

Copyright © Copyright 2000. Duke University Medical Center. Toda correspondência deve ser endereçada a: Ronette L. Kolotkin, Ph.D., Obesity and Quality of Life Consulting, 1004 Norwood Avenue, Durham, NC 27707, USA; Tel. +1 (919) 493-9995; Fax: +1 (919) 493-9925 (e-mail: rkolotkin@qualityoflifeconsulting.com)

## 1.2 The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

### Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

#### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	nada	muito	mais ou	bastante	extremamente

			pouco	menos		
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está	1	2	3	4	5

	consigo mesmo?					
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



## 2. Avaliação da Imagem corporal

### 2.1 Escala de Figuras de Stunkard - Figure Rating Scale (FRS)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observe as figuras abaixo.

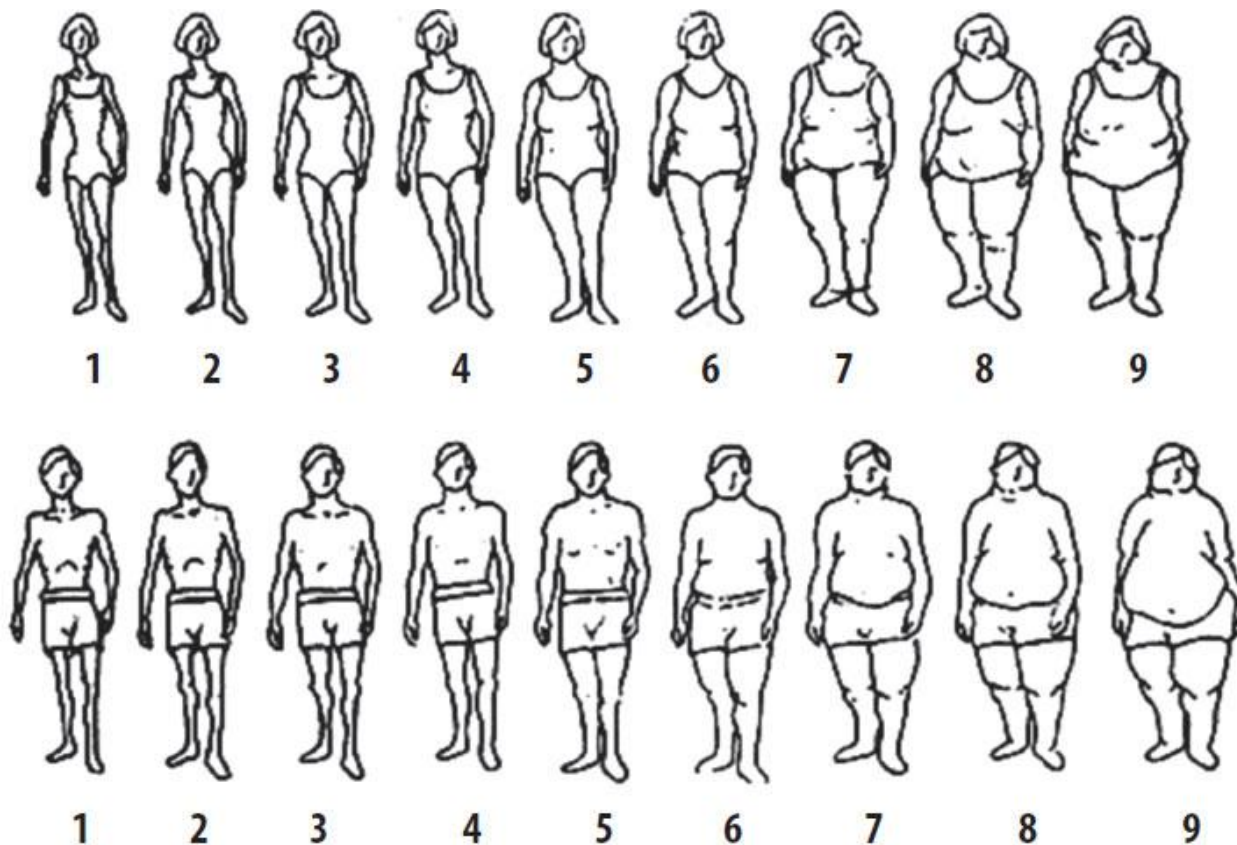


Fig. 1 Conjunto de silhuetas propostas por Stunkard et al.

Escreva a palavra **eu** embaixo daquela que melhor **representa você atualmente**.  
Escreva a palavra **ideal** embaixo daquela que **você gostaria de ser**.