RAFAEL MARQUES SOARES

**Trajetórias de vida de pessoas gordas residentes em São Paulo:
vulnerabilidades e marcadores sociais da diferença**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo como requisito para a
obtenção de título de Doutor em Ciências.

Programa de: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2020**

RAFAEL MARQUES SOARES

Trajetórias de vida de pessoas com obesidade residentes em São Paulo: vulnerabilidades e marcadores sociais da diferença

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção de título de Doutor em Ciências.

Programa de: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

**São Paulo
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Soares, Rafael Marques
Trajetórias de vida de pessoas com obesidade
residentes em São Paulo : vulnerabilidades e
marcadores sociais da diferença / Rafael Marques
Soares. -- São Paulo, 2020.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Obesidade 2.Vulnerabilidade em
saúde 3.Determinantes sociais da saúde 4.Estigma
social 5.Insatisfação corporal 6.Pesquisa
qualitativa

USP/FM/DBD-321/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedico este trabalho para Maria Paula Milep. Meu amor, foi com você, por você e para você. Sua combinação de força e gentileza, seu colo e carinho, suas palavras e olhares, seu tempo e dedicação a nós é que tornam tudo possível. Só nós sabemos, só nós sentimos, só nós estivemos aqui! Há quem diga que é uma loucura, eu digo que é coragem! Conseguimos! Te amo.

E para meu filho Nicolas Mileip Marques. A materialização de uma benção divina, tão pequeno, mas uma mão que me conforta em um simples toque no meu rosto, um abraço gigante que eu caibo dentro, um sorriso fácil que torna tudo iluminado. E que a cada dia faz de mim uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a memória do coração”, Antístenes. Para sempre com vocês nas minhas lembranças, grato por tudo e a todos.

À minha mãe, meu exemplo de coragem, de conduta, de independência, de força e principalmente de dedicação e amor. Te amo eternamente.

A meu pai (in memoriam) só eu e tu sabemos, promessa cumprida. Te amo eternamente.

A meu irmão, que mesmo de coração apertado de saudade e incomodado com a distância, compreende minhas aventuras e audácias. Te amo eternamente.

À Maria Paula, por sonhar comigo, por sentir comigo, pela generosidade, pelo companheirismo, pela construção de uma vida juntos com nosso filho. Este tijolinho é de nós três.

Um especial agradecimento à Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão, minha querida orientadora. Uma pesquisadora que ultrapassa seu brilhantismo científico, é exemplo de humanidade, de bom humor, de carinho e respeito. Muito obrigado por ter aceitado o desafio de me guiar pela pesquisa qualitativa, de confiar e acreditar que seria possível, apesar de tudo. Tenha certeza de que sua presença e suas palavras tornaram real o sonho de um aluno, muito obrigado.

À professora e colega Dra. Mariana Dimitrov Ulian por ser um exemplo. Sua inteligência, generosidade, gentileza, postura e ética são uma inspiração como pesquisador e nutricionista.

Agradeço ao Prof. Dr. José Ricardo Ayres, pela generosidade nas contribuições no início de minha jornada, pelas aulas incríveis e pelas imprescindíveis colaborações na qualificação.

À Profa. Dra. Priscila de Moraes Sato, que foi fundamental em minha banca de qualificação com seu conhecimento em pesquisa qualitativa e obesidade, contribuindo em muito no processo de desenvolvimento desta pesquisa.

À Profa. Dra. Enilda Lara, que com sua motivação, energia e conhecimento abriu as portas para que este trabalho se tornasse realidade.

À Lilian Santos de Godoy Prado e Marlene Goreti de Sales, pela atenção e paciência, na imprescindível organização de todas as informações e apoio que necessitamos.

Ao departamento de Medicina Preventiva da USP pela excelência de ensino e oportunidade de poder fazer parte de algo tão grandioso.

À todas e todos os participantes que dedicaram um pouco do seu tempo para conversar comigo e de forma generosa compartilharem suas histórias. Esse estudo não seria possível sem vocês, espero ter sido digno e que vocês gostem do resultado.

Ao Hospital do Coração que me proporcionou a realização deste trabalho.

Ao Instituto de Pesquisa HCor, em especial as minhas gestoras Dra. Ligia Nasi Laranjeira e Dra. Denise Paisani pelo acolhimento, apoio, compreensão durante todo o percurso deste trabalho.

Aos meus colegas do IP-HCor pela compreensão e suporte durante minhas ausências.

À Faculdade IPGS pelo companheirismo e confiança.

Aos colegas da pós-graduação, em especial aos membros do SIMAS (Saúde, Interseccionalidade e Marcadores Sociais das Diferenças), pelo aprendizado diário, mas especialmente pelo acolhimento.

Aos amigos, que fizeram meus dias mais leves com seu apoio e carinho, me tirando um pouco da imersão e me fazendo ter o tão necessário descanso e respiro, mesmo quando era quase impossível, vocês me deram força para concluir esta etapa.

"A discussão do 'saudável' não pode se resumir a uma visão dicotômica e restritiva. É preciso ultrapassar o domínio bio-nutricional e englobar também questões socioculturais, psicológicas e subjetivas que envolvem o comer".

(Hugo Marcos Alves Vilhena Souza)

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: Associação Brasileira de Normas Técnicas – Autor, Data.(ABNT)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	1
1.1 A EPIDEMIA DA OBESIDADE – QUINTA FASE DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	6
1.2 OS TRATAMENTOS PARA OBESIDADE.....	10
1.2.1 A FALHA DOS TRATAMENTOS	11
 2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
 3 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	17
3.1. DIMENSÕES SOCIAIS DA OBESIDADE	18
3.2 MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA E OBESIDADE	21
3.2.1 GÊNERO	22
3.2.2 CLASSE SOCIAL.....	24
3.3 ESTIGMA DO PESO	27
3.4 O AMBIENTE OBESOGÊNICO	31
3.5 A DIETA NEOLIBERAL	40
3.6 VULNERABILIDADE.....	43
3.6.1 TRANSPOSIÇÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE PARA A OBESIDADE	48
3.7CULPABILIZAÇÃO E COMPORTAMENTO.....	52

4 MÉTODO E CAMPO DE PESQUISA.....	54
4.1 A PRODUÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS E O (A)S PARTICIPANTES DA PESQUISA	57
4.2 PERCURSO ANALÍTICO-INTERPRETATIVO	60
4.3 INTERPRETAÇÕES DO PESQUISADOR-INTÉRPRETE DURANTE O TRABALHO DE CAMPO	63
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	70
5.2 TRAJETÓRIA DA ALIMENTAÇÃO	72
5.3 RELAÇÃO COM A ALIMENTAÇÃO.....	79
5.4 CORPO E ESTIGMA.....	88
5.5 CULPA E TENTATIVA DE CONTROLE.....	96
5.6 LIDANDO COM A OBESIDADE	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	127
ANEXOS.....	150

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e % de estabelecimentos que prestam serviços de alimentação ou comercializam alimentos no varejo, por Grande Região e tipo de estabelecimento, 2018.....	36
Tabela 2 - Características do(a)s participantes.	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O mapa completo do sistema da obesidade por grupos temáticos.	33
Figura 2 - Estabelecimentos por categoria de alimentos comercializados na Cidade de São Paulo	37
Figura 3 - Dimensões das análises de vulnerabilidade	46
Figura 4 - Esquema de combinação das dimensões da vulnerabilidade, seus aspectos de análise, e fatores biopsicosocioculturais que estimulam o ganho de peso populacional.....	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - A redução de vulnerabilidade como norte para a construção de estratégias de prevenção e cuidado.....	44
Quadro 2 - Aspectos a serem considerados nas três dimensões dos estudos de vulnerabilidades.....	47
Quadro 3 - Comparação da redução de vulnerabilidade com a prevenção tradicional.....	50
Quadro 4 - Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) em Adultos 20-60 anos	57

RESUMO

Soares RM. *Trajetórias de vida de pessoas com obesidade residentes em São Paulo: vulnerabilidades e marcadores sociais da diferença* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Introdução: A obesidade tem se tornado há algumas décadas foco de muitos estudos e atenção de setores e profissionais da área da saúde, em grande parte dado o crescimento acentuado de seus números na população. Observa-se, igualmente, o aumento das mais diversas abordagens para seu tratamento. Parte da falha destas abordagens se dá pela simplificação biomédica da obesidade. Observa-se que a maioria dos tratamentos propostos tendem a não ultrapassar as barreiras dos contextos biológico, fisiológico e comportamental, desconsiderando os domínios pertencentes às condições de vida (classe social, gênero e ambiente). A dificuldade de compreensão que o ato de se alimentar não é somente biológico, mas é também fundamentado nos valores culturais e nas dinâmicas históricas e sociais, tem produzido o fenômeno da medicalização da obesidade. Não somos somente o que comemos, mas como comemos, com quem comemos e por que comemos. O dinamismo das relações sociais articula o estudo da alimentação ao campo das ciências humanas, o qual ganha espaço como objeto de análise, interpretação e compreensão das práticas, representações e tensões que envolvem o espaço social alimentar. Esta complexidade ganha cores diferentes quando compreendida pela perspectiva dos marcadores sociais da diferença, do estigma do peso e das opressões interseccionais, representadas em trajetórias de vida das pessoas com obesidade, muitas vezes pautada pelas discriminações de classe e gênero. Neste estudo, tais aspectos são considerados a partir da abordagem conceitual das vulnerabilidades individuais, coletivas, programáticas e contextuais em articulação aos marcadores sociais da diferença, particularmente gênero e classe social. **Objetivos:** Explorar, através de aspectos relacionados à perspectiva da vulnerabilidade e dos marcadores sociais da diferença (classe e gênero), o lugar da obesidade nas trajetórias de vida de pessoas que se auto percebem como gordos e obesos. Identificar e compreender, a partir da percepção de participantes auto identificados como pessoas com obesidade, os impactos e influências dos fatores socioambientais em sua relação com o corpo e comportamento alimentar. Apontar e discutir aspectos de análise da vulnerabilidade e dos marcadores sociais da diferença que possam contribuir para a superação das possíveis barreiras geradas pela interação do seu corpo com ambiente obesogênico. **Metodologia:** Estudo com abordagem qualitativa fundamentado pelos referenciais conceituais de vulnerabilidade, marcadores sociais da diferença, ambiente obesogênico e estigma. O material empírico contempla entrevistas semiestruturadas com 18 mulheres (de 19 a 66 anos) e 7 homens (de 31 a 57 anos) todos trabalhadoras e trabalhadores de um hospital privado da cidade de São Paulo e residentes da grande São Paulo.

A produção dos dados empíricos ocorreu em 2019 utilizando da técnica de entrevistas semiestruturadas e análise narrativa. **Resultados:** Os resultados apontam que a importância da alimentação durante as trajetórias de vida é amplamente impactada por questões emocionais e circunstâncias; com o passar do tempo a qualidade do que e como se come diminui de forma importante. O impacto do ambiente obesogênico é relevante e foi atribuído pelo(a)s participantes à dificuldade de acesso e à escassez de alimentos in-natura ou minimamente processados em seus trajetos diários e cercanias do local de trabalho, somado ao fácil acesso e diversidade de opções de alimentos ultraprocessados. A questão econômica também é percebida pelos participantes como um balizador do ganho de peso, observando-se uma percepção de que o “comer saudável” e o acesso a qualquer questão de prevenção custa muito caro. O custo associado à praticidade de acessar alimentos ultraprocessados, a exploração midiática dos mesmos e o dispêndio de tempo em deslocamentos ao trabalho somados a jornada de trabalho, também são apontados como dificultadores de uma maior atenção e dedicação ao que se come. O estigma e preconceito com o corpo gordo foi relatado por participantes homens e mulheres, contudo os homens demonstraram menos preocupações e limitações em suas vidas, mesmo em situações em que seu corpo, fora do padrão estético vigente, era exposto. Já as mulheres, com muitos mais relatos e reflexões sobre a relação com seus corpos, ressaltaram olhares (próprios e alheios), sentimentos, julgamentos e valores externos, que impactam diferentes momentos de suas trajetórias de vida. A ideia de que o corpo gordo é sinônimo de fraqueza e ineficiência está internalizada pelo(a)s participantes. Mesmo que algumas limitações oriundas do peso sejam realmente sentidas, há consciência de que seu corpo não deveria ser questão de terceiros. A compreensão do despreparo de profissionais para lidar com a obesidade ou peso corporal impossibilita ao paciente o suporte necessário e acaba desmotivando o acompanhamento e faz recair exclusivamente sobre o indivíduo a culpa pelos problemas atribuídos ao seu corpo. O aspecto programático relativo à ausência de instalações desportivas gratuitas, espaços verdes ou parques, bem como o transporte públicos de amplo alcance e infraestrutura e políticas públicas também foram apontados como impulsionadores da vulnerabilidade a obesidade. **Conclusão:** O estudo possibilita ampliar a compreensão sobre a complexidade que envolve a obesidade, propondo uma reflexão sobre o tema através do referencial teórico da vulnerabilidade relacionada às dimensões como gênero e classe social. Os resultados são úteis para a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno da obesidade, bem como para um melhor desenvolvimento de propostas e intervenções que sejam mais eficazes e menos centradas na culpabilização do indivíduo e nos aspectos biológicos da obesidade. Não desconsiderando a participação do indivíduo no seu processo de autocuidado, é preciso reconhecer a preeminência de questões como o ambiente, cultura, saúde emocional, condições, situações e estilos de vida, a questão ambiental e o acesso aos direitos, como elementos que impactam na obesidade, tornam as pessoas vulneráveis e as induzem à adoção de comportamentos, modos e estilos de vida que favorecem sua instalação e perpetuação.

Descritores: Obesidade; vulnerabilidade em saúde; Determinantes sociais da saúde, Estigma social, Insatisfação corporal, Pesquisa qualitativa

ABSTRACT

Soares RM. *Life trajectories of people with obesity living in São Paulo: vulnerabilities and social markers of difference* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Introduction: For some decades, obesity has become the focus of many studies and attention by sectors and health professionals, mainly due to its sharp growth. Equally, there is an increase in the most diverse approaches to its treatment. Part of these approaches failure is due to the biomedical simplification of obesity. Most of proposed treatments tend not to overcome the barriers of the biological, physiological and behavioural contexts, disregarding conditions of life domains (social class, gender and environment). The difficulty in understanding that the act of eating is not only biological but is also based on cultural values and historical and social dynamics, has produced the phenomenon of the medicalization of obesity. We are not only what we eat, but also how we eat, with whom we eat and why we eat. The social relations dynamism articulates the study between food and human sciences. This integrated view gains space as an object of analysis, interpretation and understanding of the practices, representations and tensions that involve the social food space. However, it takes on different colours when it is understood from the perspective of the social markers of difference, the stigma of weight and the intersectional oppression, represented in life trajectories of people with obesity, often guided by class and gender discrimination. In this study, such aspects are considered from the conceptual approach of individual, collective, programmatic, and contextual vulnerabilities in articulation with the social markers of difference, particularly gender and social class.

Objectives: Explore, through the perspective of vulnerability and social markers of difference (class and gender), the place of obesity in the lives of people who perceive themselves as fat and obese. Identify and understand, from the perception of self-identified as obese, the impacts and influences of socio-environmental factors on their relationship with the body and eating behaviour. Point out and discuss aspects of vulnerability and social markers of difference that can contribute to overcome possible barriers generated by the interaction between the body and the obesogenic environment. **Methodology:** Study with a qualitative approach based on conceptual frameworks of vulnerability, social markers of difference, stigma and obesogenic environment. The empirical material includes semi-structured interviews with 18 women (from 19 to 66 years old) and 7 men (from 31 to 57 years old) all workers of a private hospital in the city of São Paulo and residents of the greater São Paulo. The production of empirical data occurred in 2019 using the technique of semi-structured interviews and narrative analysis. **Results:** The results indicate that the importance of food is impacted mainly by emotional issues and circumstances; over time, the quality of what and how it is eaten decreases significantly. The impact of the obesogenic environment is relevant and was attributed to the difficulty of access and the scarcity of fresh or minimally processed food in their daily commutes and

workplace, beside the easy access and diversity of ultra-processed foods. The economic issue is also perceived by the participants as a marker of weight gain, observing a perception that "healthy eating" and access to any prevention issue is very expensive. The cost associated with the easy access and marketing of ultra-processed foods, beside the time spent commuting and long working shifts, are also pointed out as hindering greater attention and dedication to what is eaten. Male and female participants reported the esteem and prejudice with the fat body, however, men showed fewer concerns and limitations in their lives, even in situations where their body, outside the current aesthetic standard, was exposed. Women, on the other hand, reported and thought more about their bodies, the way people look to them (or the way they look to themselves), feelings, judgments and external values. All of them, important aspects that impact in different moments of their life trajectories. The idea that the fat body is synonymous with weakness and inefficiency is internalized by the participants. Even if some limitations from weight are really felt, there is the awareness that your body should not be a matter for others. Understanding the unpreparedness of professionals to deal with obesity or body weight makes the necessary support to persons with obesity impossible and ends up discouraging follow-up and making the individual responsible for the problems attributed to his body. The programmatic aspect related to the absence of free sports facilities, green spaces, or parks, as well as wide-ranging public transport and infrastructure and public policies were also identified as drivers of vulnerability to obesity. **Conclusion:** The study makes it possible to broaden the understanding of the complexity obesity involves, proposing a way of think through the theoretical framework of vulnerability related to dimensions such as gender and social class. The results are useful for expanding knowledge about the phenomenon of obesity, as well as for better development of proposals and interventions that are more effective and less focused on blaming the individual and on the biological aspects of obesity. Not disregarding the individual's participation in their self-care process, it is necessary to recognize the pre-eminence of issues such as the environment, culture, emotional health, conditions, situations and lifestyles, the environmental issue and access to rights, as elements that impact on obesity. Elements that make people vulnerable and induce them to adopt behaviours and lifestyles that favour obesity installation and perpetuation.

Descriptors: Obesity; Health vulnerability; Social determinants of health; Social stigma; Body dissatisfaction; Qualitative research

APRESENTAÇÃO

Como ouvi em uma aula da minha brilhante orientadora, Prof. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão, “O papel do pesquisador vai além da interpretação. O pesquisador tem que estar além da fala”, transparece o quanto o pesquisador é sujeito em um estudo de metodologia qualitativa, o que por si só torna o estudo não neutro e deixa claro que o pesquisador tem previamente pressupostos sobre seu objeto de pesquisa. Com base nestes conceitos acredito que seja pertinente expor resumidamente minha trajetória pessoal/profissional até este momento que nos encontramos.

Começamos então, como cheguei à nutrição? Ela não foi minha primeira escolha de profissão, minha mãe sempre foi um dos meus maiores referenciais para tudo na vida, e desde muito pequeno eu a acompanhava em seu trabalho, e vê-la em frente aos “terminais de computador”, era assim que se chamava no início da década de 80, me encantava! Não tive dúvida, prestaria vestibular para a faculdade de informática, e assim o fiz, por mais que ela, com sua sinceridade e transparência características marcantes, me dissesse: -“não faça informática meu filho, você é péssimo em matemática”, mas não dei ouvidos, pois assim como ela, dizer para eu não fazer algo é um grande motivador para que vá fazer!

Claro que ela estava correta e a faculdade de informática foi uma grande decepção. Eu que na escola tinha minhas melhores notas nas ciências biológicas e humanas, lidar com máquinas não fazia o menor sentido. Tomada a decisão de trocar de curso, parei para olhar para o que outras pessoas me inspiravam como profissionais e só que me vinha a mente era a nutricionista que me acompanhou durante meu tempo de atleta de natação. Eu sempre admirava seu trabalho, e lembro também de certo amor platônico por aquela figura. Enfim, a decisão estava tomada prestaria um novo vestibular para nutrição, por mais que o teste vocacional que eu tenha realizado um pouco antes, tenha como resultado psicologia, que no decorrer do tempo, fez todo o sentido para o olhar que me encantaria dentro da nutrição, os transtornos do comportamento alimentar.

Então a troca se deu, da Informática, como era denominado na época, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul pelo curso de nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), o primeiro passo ao encontro do meu maior interesse nas pessoas e seus contextos, estava dado. Não que tenha sido um percurso acadêmico sem questionamentos e dúvidas, muito do que me era apresentado no curso também não fazia sentido, aquele pragmatismo matemático/biológico de causa-efeito, fatores-desfechos, sem considerar o todo, me trazia questões que não sabia como responder. Entretanto de forma não planejada, bem no meio da graduação as minhas duas grandes identificações profissionais surgiram, como bolsista de iniciação científica em um estudo de base populacional de saúde da mulher, coordenado pela professora Maria Teresa Anselmo Olinto, percebi que me tornar um pesquisador poderia me ajudar a ir em busca de algumas respostas e, simultaneamente a esta bolsa, me foi dada a oportunidade de também participar de uma pesquisa de mestrado da doutora Maria Angélica Antunes Nunes que estudava transtornos do comportamento alimentar (TCA) e pela primeira vez o contexto biopsicosociocultural dentro do contexto da saúde aparecia para mim.

Com a graduação concluída em 2002, todos os caminhos me levaram a dedicar a carreira a estes dois assuntos, minhas primeiras atividades profissionais foram como nutricionista clínico e pesquisador do Grupo de Estudos e Assistência em Transtornos Alimentares (GEATA) de Porto Alegre, onde atuei por 12 anos, e como coordenador de pesquisas em um estudo de base populacional coordenado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Como uma consequência destas escolhas, oportunidades e experiências, em 2005 fui aprovado no mestrado em epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e, mantendo a trajetória, estudei o comportamento alimentares em gestantes atendidas pelo Programa Saúde da Família, novamente associando os TCA com a pesquisa. E onde logo após seu término participei como pesquisador do estudo ELSA – Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto.

Ao final do ano de 2011 um novo desafio se apresentou, integrar a equipe de pesquisadores do Hospital do Coração de São Paulo – Hcor e, em fevereiro de 2012, já estava residindo em São Paulo e envolvido nas pesquisas da instituição, financiadas pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema de Saúde (PROADI-SUS). Em 2014 assumi a coordenação da Pós-Graduação em Comportamento Alimentar do Instituto de Pesquisa e Gestão em Saúde, função que também exerço até o presente momento.

Entretanto, a carreira ainda possuía uma lacuna a qual eu não sabia como preencher. Passei anos da minha vida, envolvido com pesquisas quantitativas, na verdade ainda estou, e nunca consegui de maneira satisfatória as respostas aos meus questionamentos científicos pessoais: - porque tantos dados, tantas estatísticas, tantas informações não conseguiam ser traduzidas, para a população, em tratamentos, condutas e políticas eficazes para as doenças crônicas não transmissíveis, e em especial à obesidade?

Precisava encontrar agora um local e alguém que compartilhasse comigo deste anseio, ou que pelo menos me ouvisse e embarcasse na tentativa de produzir algum conhecimento a partir destes pontos. O primeiro passo foi dado quando conheci a Doutora Enilda Maria de Sousa Lara, coordenadora do Núcleo de Pesquisa Qualitativa (NPQ) do HCor, que me apresentou pela primeira vez a abordagem qualitativa e, em 2013, me levou ao encontro da Professora Márcia Thereza Couto, que me ouviu, mas me fez passar por uma pré-seleção antes de me aceitar, teria que fazer duas disciplinas dela como aluno especial e dependendo do meu desempenho, consideraria se eu seria ou não seu orientando, bem, o resultado vocês estão lendo, e assim passei a buscar trilhar um novo desafio: o doutoramento pela Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, no qual ingressei ao final de 2015, com um projeto de pesquisa com método qualitativo.

Foi logo no início, nas primeiras disciplinas cursadas, que tudo começou a fazer sentido: a abordagem qualitativa agora era o meu foco de estudo, e a que faria sentido para o objeto que vinha sendo desenhado, um

olhar para obesidade e as pessoas com obesidade sem os rótulos de grupo de risco, comportamento de risco, culpa e estigmatização que nelas recaem. Assim, em uma aula do professor José Ricardo Ayres sobre vulnerabilidade, foi solicitado um trabalho avaliativo e deste trabalho esta tese nasceu, surgiu a ideia de que assim como as pessoas podiam ser vulneráveis a contaminação pelo vírus HIV, será que não podiam também ser vulneráveis a obesidade? Surge então o desafio de transpor o conceito de vulnerabilidade, tão bem empregado em uma doença infectocontagiosa, para uma condição crônica não transmissível. Assim, o desejo de pesquisar no Doutorado sobre a vulnerabilidade das pessoas com obesidade ao ambiente obesogênico que as cerca e a oportunidade de vislumbrar uma maior compreensão sobre umas das condições mais complexas a qual o ser humano está exposto.

Este material faz parte do início de um projeto idealizado entre sonhos, reflexões e questionamentos de um nutricionista/epidemiologista que nunca se sentiu completamente satisfeito com o que tinha aprendido e até mesmo ensinado. A partida se deu no final de dezembro de 2015 e agora se conclui.

A estrutura do material apresentado nesta tese consiste, em uma primeira parte, onde apresentamos e contextualizamos o tema da obesidade, desde sua distribuição até seus tratamentos atuais. Em seguida apresentamos as questões norteadoras do estudo, seus objetivos e os aspectos teóricos conceituais nos quais a pesquisa se fundamenta.

Finalmente, descrevemos os passos metodológicos utilizados, os participantes da pesquisa, os resultados obtidos pela produção e interpretação dos dados empíricos e nossas considerações finais. Os anexos são compostos pelo roteiro de entrevista utilizado durante a produção dos dados, Termo de consentimento Livre e Esclarecido, anuência da instituição, declaração de compromisso e responsabilidade e termo de compromisso para utilização dos dados e o parecer consubstanciado do CEP.

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Inicia-se este trabalho situando alguns conceitos e termos que serão amplamente utilizados no mesmo e as razões e os porquês dos seus usos. Para começar, esclarece-se que a Organização Mundial da Saúde define a obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta risco à saúde (WHO, 2020) e é o termo que ainda permanece sendo o mais amplamente utilizado dentro das ciências da saúde. Por esta razão, para permitir a discussão como os autores e a comunicação com grande parte da literatura sobre o tema, obesidade será como se refere à condição dos participantes do estudo. Já a variante “obeso (a)”, será substituída por “pessoas com obesidade”. Mesmo que na literatura biomédica os termos apareçam como neutros, nos estudos sobre estigma da obesidade, se detecta que são problemáticos pois transformam a quantidade de gordura corporal e o tamanho dos corpos em uma identidade de doente (KYLE; PUHL, 2014). A escolha do termo “pessoas com obesidade” vai ao encontro do “*Person-first language*” proposta que surgiu no campo das deficiências, o que evita colocar a condição na frente das próprias pessoas. Em outros momentos, o termo “gordo(a)” será utilizado, principalmente nos contextos de auto referimento do(a)s participantes (LOZANO-SUFRATEGUI; SPARKES; MCKENNA, 2016; MEADOWS; DANÍELSDÓTTIR, 2016). Ressaltando que ativistas e estudos científicos da área sugerem somente a utilização do termo “gordo(a)”, pois desvincula totalmente de uma condição médica, tornando-se puramente descritivo (GAMA, 2019).

Para as Ciências Sociais, o corpo é um reflexo da sociedade; ao corpo se aplicam discursos e práticas que estão na base de nossa vida social. Muito se tem discutido quanto em nossa sociedade ocidental atual nossos corpos vêm adoecendo e ganhando peso de forma extremamente acelerada (ALVES, 1994). A relação entre o alimento, o ambiente e a obesidade é complexa. Porém, a compreensão da relação entre o que se come e como se come o contexto socioambiental é essencial para o desenvolvimento em longo prazo

de estratégias de prevenção da obesidade. É necessário entender como os indivíduos interagem com o ambiente em termos de ingestão de alimentos e comportamentos alimentares¹, já que os dados epidemiológicos demonstram que os tratamentos para manutenção da saúde, quando se referem à alimentação saudável e perda/controle do peso, não estão sendo efetivos, pois não são capazes de proporcionar aos pacientes as ferramentas necessárias para aderir aos tratamentos prescritos e adotar um estilo de vida mais saudável (STROEBE et al., 2013).

A dificuldade de compreensão que o ato de se alimentar não é somente biológico, mas é também uma representação concreta dos valores mais fundamentais de uma cultura ou de uma época, faz com que o tratamento da obesidade tenha sido predominantemente direcionado a sua “medicalização”² (BIRRER; TOKUDA, 2017; CONRAD; LEITER, 2004; CONRAD; MACKIE; MEHROTRA, 2010; MORTOZA, 2011), sendo composto de premissas e metas que não alcançam a complexidade da interação do alimento com o indivíduo e deste com o mundo que o cerca (POULAIN, J., 2013; POULAIN; PROENÇA, 2003).

A alimentação tem uma função estruturante da organização social de um grupo humano. Quer se trate de atividades de produção, de distribuição, de preparação, de consumo, ela é um objeto crucial do saber socioantropológico.

Este processo de medicalização também afetou a alimentação e por consequência a ciência da nutrição humana. Uma exagerada quantidade de informação sobre nutrição, ausente de evidências científicas sobre sua segurança ou eficácia, alarmam a população em geral e apontam para riscos

¹ O comportamento alimentar refere-se às atitudes relacionadas com as práticas alimentares em associação aos atributos socioculturais, como aspectos subjetivos intrínsecos do indivíduo e próprios de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si (GEDRICH, 2003).

² Segundo Mortoza (2011), o processo de medicalização da obesidade vai ganhando força e notoriedade com a paulatina ideia de que a obesidade, sendo uma condição não saudável, seria melhor tratada através de intervenções médicas. Considera-se a medicalização, portanto, quando uma representação ou prática, que até então não eram considerados como problema de saúde ou de responsabilidade médica passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido através da racionalidade médica, e tratado por intervenções médicas.

sanitários, sociais e culturais. Outro aspecto a considerar, sobre o qual nos deteremos mais adiante, é a construção dos modelos convencionais de estética corporal, onde há uma supervalorização da magreza e um menosprezo e desmerecimento da pessoa com obesidade, que aumentam os riscos de desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar (POULAIN, 2009a; MATTOS, 2013; POULAIN, 2013; VIANA et al., 2017).

Quando nos alimentamos, o alimento passa a fazer parte íntima do nosso corpo, ele rompe a barreira entre nós e o mundo e cria uma via de ligação de mão dupla. Contudo discursos imperativos e contraditórios sobre alimentação e sua relação com a saúde, aumentam a ansiedade dos sujeitos, dado que a alimentação se torna uma das vias de conquista da “saúde”. Reduzido a práticas prescritivas ditas racionais, o ato de comer passa a ser visto como busca de melhoramento fisiológico e não mais considerando como um todo relacionado à complexidade econômica, política, social, cultural e existencial. Como se come e o que se come são elementos repletos de significados que interagem com o dinamismo das relações sociais, o que traz o estudo da alimentação ao campo das ciências humanas, ganhando espaço como objeto de análise, interpretação e compreensão das práticas, representações e tensões que envolvem o espaço social alimentar. (POULAIN; PROENÇA, 2003; LIMA; NETO; FARIAS, 2015; VIANA et al., 2017)

Ao se medicalizar a alimentação, e também a obesidade, fazemos com que esta última passe de uma questão sociocultural e moral para uma doença, substituindo por completo qualquer outra interpretação sobre o tema. Este processo ocorre em duas etapas (POULAIN; 2013):

- 1 – Passagem de uma avaliação qualitativa para uma avaliação quantitativa, que é acompanhada pelo surgimento da noção de fator de risco e da excessiva referência a este como preditor para mudanças de hábitos alimentares.

2 – O deslocamento do estatuto de fator de risco para o de doença, ao se atribuir um certo número de mortes e um custo.

Este processo de medicalização da obesidade aumenta a culpabilização sobre a pessoa com obesidade, afinal, ao olhar social, a obesidade é fruto de um desvio comportamental, falta força de vontade do sujeito. A meta de atingir um peso saudável passou a exigir “força, foco e fé” e a não obtenção de resultados é entendida como uma deficiência na experiência privada, caracterizada como uma catástrofe pessoal, envergonhando seus portadores a levando à estigmatização (GAUDENZI; ORTEGA, 2011; POULAIN, 2013).

Quantitativamente, já possuímos dados suficientes que tentam explicar os motivos pelos quais os tratamentos para obesidade não são bem-sucedidos, as razões encontradas são as mais diversas. Na maioria dos tratamentos e até mesmo na própria concepção dos pacientes, ter saúde é ter um peso baixo, muitas vezes irreal a sua constituição física, e para isso é necessário comer muito pouco, restringir grupos alimentares ou pular refeições. Estas atitudes radicais normalmente são muito difíceis de serem mantidas, pois não focam na mudança de comportamento e pensamento, fazendo com que rapidamente o comportamento alimentar anterior retorne, além deste aumento e ganho de peso repetitivo, conhecido como “efeito sanfona”, que podem ter consequências graves sobre seu estado nutricional e metabolismo (SCHWARTZ, 2012; STROEBE et al., 2013).

Com estas atitudes extremas os pacientes perdem peso muito rapidamente, podendo causar perda de massa muscular em vez de gordura. Como o músculo é mais metabolicamente ativo que o tecido adiposo, é importante manter a massa muscular magra quanto possível. Assim, evita-se um rápido declínio na sua taxa metabólica, o que acaba sempre tornando a nova tentativa de perda de peso mais difícil. Soma-se a isso a crescente inatividade física da população, a industrialização e a modernização, entre outros fatores, que dificultam a prática regular de atividade física (LEBLANC et al., 2011; SEAMAN, 2013).

Outra razão, encontrada na literatura e ainda mais presente na prática clínica, são os aspectos emocionais que levam as pessoas a comer. Ao contrário da fome fisiológica, a fome emocional é acionada por sentimentos como, por exemplo, tédio ou stress, que podem desencadear desde "beliscadas", que podem não causar mal algum quando não frequentes, até uma compulsão alimentar. Quanto mais comemos por motivos emocionais e menos por fisiológicos a chance de piorarmos a qualidade da nossa alimentação e relacionamento com a comida aumenta significativamente (ROHER; LATZER; GELIEBTER, 2014; PONTES et al., 2015).

Apoiados neste contexto descrito e sob o olhar do conceito de vulnerabilidade, que reforça que o adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que aumentam ou diminuem o risco individual, constatamos que métodos qualitativos de pesquisa têm sido relativamente pouco utilizados para investigar, de forma aprofundada os fatores socioambientais, que influenciam dificultam as tentativas de perda de peso das pessoas com obesidade e/ou após a perda de peso, a manutenção do equilíbrio alimentar e de um peso saudável.

Entendemos estes fatores ambientais como aqueles influenciam, de algum modo o comportamento alimentar e a obesidade por vários aspectos socioambientais, socioeconômicos e políticos, como por exemplo: acesso a diferentes alimentos através de vários tipos de lojas e ("*deliveries*", *buffets*, praças de alimentação, etc.); as exposições massivas na mídia dos alimentos industrializados, o aumento da produção de alimentos, "*fast-foods*", suplementos alimentares, substitutos alimentares; divulgação por meios eletrônicos (internet e redes sociais) de dietas da moda e medicações para emagrecimento; pressão por padrões corporais "magros"; ausência de instalações desportivas, espaços verdes ou parques, bem como o transporte públicos de amplo alcance e infraestrutura (LAKE; TOWNSHEND, 2006; GISKES et al., 2011; LACAILLE et al., 2011).

Estes aspectos culturais e ambientais poderiam explicar entre 76 a 92% da obesidade e do excesso de peso(FONT; FABBRI; GIL, 2010). Tudo isso

agregado às crenças e expectativas dos pacientes perante as dietas e tratamentos, os efeitos de longo e curto prazo na saúde física e emocional, como desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar e alterações metabólicas muitas vezes irreversíveis, nas tentativas frustradas de perda de peso, e o que eles próprios pensam que são as melhores soluções para ajudá-los a controlar e equilibrar o seu peso em um nível saudável.

É importante esclarecer o que é estar doente ou saudável no contexto deste trabalho. No caso específico da nossa abordagem sobre o peso e a constituição corporal dos indivíduos entendemos que a saúde não é determinada somente pelo peso corporal e pela alimentação, há uma série de fatores envolvidos que não podem ser compreendidos somente de forma quantitativa, pois segundo Matos (MATTOS, 2009) .

A vida constitui as próprias normas, sendo o ser humano quem determina o que é normal e saudável em determinada situação ou meio social. A vida é um continuum entre o aumento e a diminuição da normatividade biológica na medida em que o movimento ininterrupto de autossuperação e autopreservação é indelével.

Nossa reflexão não se dará através dos dados quantitativos, que estabelecem através dos seus resultados estatísticos e critérios populacionais (e não individuais), o que seria saudável e tampouco pelas normativas médicas e seu potencial iatrogênico que podem causar consequências drásticas nas relações sociais. Isto porque a construção do significado das enfermidades e da saúde por parte dos pacientes, se sobrepõe à causalidade e racionalidade biomédicas, exigindo uma compreensão socioantropológica e sócio histórica de conceitos que não são triviais e constituem uma importante lacuna epistemológica no campo das ciências da saúde(BONETTI, 2004; CANGUILHEM, 2009).

1.1 A epidemia da obesidade – Quinta fase da transição epidemiológica

As mudanças no perfil epidemiológico ao longo dos dois últimos séculos são amplamente reconhecidas e debatidas quanto às causas e

consequências. Igualmente é reconhecido que grande parte das mudanças se deram pelos avanços em saneamento, moradia, melhores diagnósticos e tratamentos mais efetivos e eficazes. Estes avanços diminuíram muito a incidência das doenças infecciosas, que já foram a maior preocupação e causa mais comum de morte(GAZIANO, 2010). Através dos avanços já citados, migramos para um aumento expressivo na incidência, morbidade e mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, os cânceres e a obesidade. Esta profunda mudança no perfil epidemiológico foi dividida em quatro fases³ conhecidas como a transição epidemiológica(MANSUR et al., 2009; MCKEOWN, 2009; WEISZ; OLSZYNKO-GRYN, 2010). Entretanto nas últimas duas décadas, uma quinta fase, marcada pelo aumento no sobrepeso e obesidade e contínua redução na atividade física surgiu de forma rápida e preocupante(FLEMING; *et al.*, 2014). Esta quinta fase é tida como ameaça a todos os avanços na qualidade de vida e ganhos já obtidos pela medicina preventiva no tratamento das doenças cardiovasculares, hipertensão, tabagismo e diabetes, com o consequente aumento na expectativa de vida(GAZIANO, 2010).

A maior parte da população mundial vive em países onde o excesso de peso e obesidade matam mais pessoas do que a desnutrição. As avaliações epidemiológicas ano a ano alertam para o aumento da obesidade em nível mundial e nas últimas estimativas ela mais do que duplicou desde 1980. Em 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos, com 18 anos ou mais, estavam acima do peso e destes mais de 600 milhões eram pessoas com obesidade. Dentre as crianças o quadro também é alarmante, 42 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade estavam acima do peso em 2013, fazendo com que as previsões de aumento de peso para a próxima década sejam extremamente preocupantes(WHO, 2000).

³ A primeira fase foi caracterizada pela da peste e fome, quando doenças infecciosas e desnutrição mantinham a expectativa média de vida em cerca de 30 anos. Na segunda fase a industrialização e urbanização, saneamento e abastecimento de água limpa levaram a um aumento da saúde. A terceira fase é caracterizada por doenças degenerativas e provocadas pelo homem além de mortalidade e fecundidade baixas. A quarta fase caracterizasse por diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares, envelhecimento da população, mudança no estilo de vida e doenças emergentes como o câncer(OLSHANSKY; AULT, 1986).

Segundo a literatura médica, no Brasil os números já alcançam patamares tão preocupantes quanto aos dos países com mais pessoas com obesidade do mundo, a prevalência de excesso de peso aumentou em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, de 43,2%(2006) para 51%(2012) (MALTA *et al.*, 2014). Os Estados Unidos da América trazem o pior quadro mundial. Ao longo dos últimos 40 anos, a proporção da população com diagnóstico de sobrepeso subiu drasticamente, os dados demonstram que 68,0% dos adultos norte-americanos estavam acima do peso, destes 33,8% eram pessoas com obesidade. e as previsões não são animadoras, se espera que até 2020, quase metade dos adultos americanos reunirá os critérios da organização mundial da saúde para obesidade(STURM; WELLS, 2001; KOPELMAN; JEBB; BUTLAND, 2007; PHILLIPS; WOOD; KINNERSLEY, 2014).

Este quadro preocupa a comunidade científica e a saúde pública, pois, como já é de conhecimento público, a obesidade traz muitos efeitos deletérios à saúde incluindo o aumento do risco de doença coronariana, acidente vascular cerebral isquêmico, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, doenças articulares, câncer, apneia do sono, asma, e uma série de outras condições crônicas. Análises de uma pesquisa nacional de quase 10 000 adultos dos EUA sugerem que a obesidade está mais associada a doenças crônicas e pior qualidade de vida relacionada com a saúde do que fumar ou problemas com álcool e se não for controlada, a obesidade, têm potencial para rivalizar com o tabagismo como um problema de saúde pública(STURM; WELLS, 2001). Quanto maior o atraso em intervenções dirigidas ao problema da obesidade, maior será a probabilidade de que os progressos significativos alcançados na diminuição das taxas de doenças crônicas, durante os últimos 40 anos, venham a ser perdidas e possivelmente até mesmo com um decréscimo da expectativa de vida (GAZIANO, 2010; STURM; WELLS, 2001).

Há uma contextualização alternativa que se somará a toda interpretação realizada neste estudo, a de que, apesar de toda a literatura e dados que dão suporte ao impacto da obesidade na saúde das populações, há uma discussão atual que ultrapassa o aumento do risco de doenças

causadas pela obesidade e questiona se obesidade deve ser considerada uma doença. Este debate ganhou ainda mais espaço quando em 2012, depois de muita argumentação, a *American Medical Association* (AMA)(ASSOCIATION, 2012), a organização médica mais influente do mundo, decidiu declarar a obesidade uma doença.

Os argumentos em favor desta linha vão ao encontro da ideia que reconhecer a obesidade como doença ajuda a comunidade médica a lidar com uma condição tão complexa, aumentaria o ganho dos médicos, pois as operadoras de saúde teriam que reconhecer o tempo gasto por eles em alertar sobre o risco de se manter com excesso de peso, facilitaria o acesso a cirurgias e medicações associadas a outras condições de saúde (diabetes, hipertensão, problemas ortopédicos); e gastos astronômicos associados as estas doenças (HURT et al., 2014; LOBSTEIN et al., 2017; THE LANCET DIABETES ENDOCRINOLOGY, 2017; KILOV; KILOV, 2018; UPADHYAY; FARR; PERAKAKIS; GHALY et al., 2018)).

Em um sentido contrário parte de médicos e outros profissionais de saúde se unem divergindo da ideia de considerar obesidade uma doença. Um exemplo é o texto publicado por David L. Katz, na revista NATURE em 2014 que afirma que(KATZ, D. L., 2014):

Os médicos estão historicamente mal preparados para abordar o problema da obesidade - com a tendência de ignorá-lo ou de apontar ineficazmente um dedo censurador ao obeso.

As consequências de rotular a obesidade como uma doença parece ser um preço que a profissão médica está disposta a pagar para legitimar esta condição. Também pode ser uma tentativa de ganhar os lucros oriundos do tratamento.

Dentre os argumentos que apoiam a visão de Katz (2014) estão: que o foco da abordagem deixa de ser a adoção de um estilo de vida mais saudável (alimentação e atividade física); o deslocamento para tratamentos médicos dispendiosos como as cirurgias bariátricas e medicações com resultados contestáveis; empresas encontrariam justificativas para não contratar trabalhadores portadores de uma doença “incapacitante” e aumentar o estigma e o preconceito social contra as pessoas com obesidade (ANTHES, 2014; KATZ, 2014; STONER; CORNWALL, 2014) Além do mais, apoiado na

proposição de Canguilhem (2009), entende-se que este se situa no nível da anomalia(diferença) e raramente na anormalidade (patologia).

Para este trabalho consideraremos a obesidade uma condição complexa mediada pela interação de múltiplos fatores (genéticos, biológicos, metabólicos, comportamentais, sociais, econômicos e culturais) que é estigmatizada por causa da percepção de que é uma escolha, causada principalmente por uma dieta inadequada e inatividade física. Contudo independente do “rótulo” que se dá à obesidade, é importante reconhecer o aumento dos casos em grandes proporções, levando a morbidades e a uma carga social progressiva, que necessita de nossa atenção e compreensão de que ser uma pessoa com obesidade não é simples questão de “força de vontade”, gera estigmatização, preconceito e que as abordagens utilizadas e ações propostas tem se mostrado limitadas e ineficazes, frequentemente associado à frustração de profissionais e pacientes.

1.2 Os tratamentos para obesidade

Com base nestes dados, se pode argumentar que os tratamentos atuais para obesidade (cirúrgicos, medicamentosos, comportamentais e dietéticos) não estão sendo capazes de controlar seu avanço ou reduzir o número de casos. Ao contrário do tabagismo, hipertensão e dislipidemias, que possuem terapias seguras e eficazes, há pouco consenso sobre a abordagem ideal para o controle do peso. Entretanto, através das análises em vários estudos, parece que, independente do tratamento seguido, a mudança no estilo de vida seria o que realmente influenciaria de forma mais efetiva. Contudo, do modo que esta mudança é cobrada e, até certo ponto, imposta aos pacientes, reforça a ideia que é uma questão de escolha e de “força de vontade”. Assim mesmo, essa estratégia tem alcançado resultados não muito promissores e, apesar de 25% dos homens e 43% das mulheres norte-americanas tentarem perder peso com a melhora em seu estilo de vida, as taxas de falha na manutenção da saúde, peso e comportamento alimentar

saudável são extremamente elevadas((NOZAKI; SAWAMOTO; SUDO, 2014; WADDEN et al., 2014).

De um modo geral, o que se encontra como estratégias eficazes de tratamento são as que geralmente envolvem uma abordagem multifacetada, incluindo aconselhamento dietético, modificação comportamental, aumento da atividade física e apoio psicossocial que promovam mudanças de longo prazo, em vez de dietas da “moda” que oferecem redução de peso em curto prazo, devolvendo os indivíduos aos seus hábitos anteriores, desperdiçando os ganhos que foram alcançados a curto prazo (STROEBE et al., 2013).

Percebemos que todos os tratamentos propostos tendem a não ultrapassar as barreiras dos contextos biológico, fisiológico e comportamental, desconsiderando os domínios pertencentes as condições de vida (classe social, gênero e ambiente). Estas expressam as concretas possibilidades e contextos de todas as dimensões sociais e ambientais que cercam os pacientes e que, ao ver deste trabalho, são as mais relevantes para compreensão e tratamento da obesidade e as que menos recebem atenção e por esta razão tornam a população vulnerável à obesidade(GOMES, 2006; NOA; OLIVEIRA, 2008).

Por este prisma, nossos próximos passos devem se direcionar a questões mais complexas como a visão e conduta política sobre o tema, a medicalização da alimentação, e condições sócio ambientais que compõem, em nossa opinião, a base do processo do aumento de peso da população e menos para questões mais “simples” como “comer menos e se mexer mais”(LANG; RAYNER; KAELIN, 2006).

1.2.1 A falha dos tratamentos

As teorias que abordam o controle do comer e o excesso de peso atribuem isso a um mal funcionamento da regulação homeostática do peso corporal, porém a análise do problema sobre outras perspectivas deve ser considerada. Uma percepção nítida é do quanto é difícil para as pessoas que praticam dietas de forma repetitiva, regularem a ingestão de alimentos e a

manutenção de um peso saudável, e dentre estes novos olhares encontramos o comer emocional, os aspectos hedônicos da alimentação e o ambiente obesogênico, sendo este último aspecto considerado de modo particular neste trabalho (STROEBE et al., 2013).

É comumente observável que os pacientes em dieta muitas vezes não conseguem controlar seu peso e, embora mais e mais pessoas estejam recorrentemente realizando dietas(ANDREYEVA et al., 2010), as taxas de obesidade mais do que dobraram nos Estados Unidos e entre 1980 e 2004 e também aumentaram de forma importante no Brasil e no mundo (FLEMING *et al.*, 2014). Com base nestes dados podemos esboçar a ideia de que as dietas são capazes de realizar a perda de peso, mas os estudos demonstram que os pacientes acabam recuperando o peso perdido nos anos seguintes. Estudos de seguimento de longo prazo apontam uma recuperação do peso perdido, em cerca de um a dois terços dos pacientes, dentro de um ano e quase todos o recuperam dentro de um prazo cinco anos(BASTOS et al., 2013; KROEGER; HODDY; VARADY, 2014).

Enquanto as intervenções baseadas em torno de atividade física e terapia comportamental, para aqueles que vivem com obesidade, têm demonstrado que há impactos positivos sobre o bem-estar; muitos indivíduos com obesidade ainda dependem de estratégias de "solução rápida" em seu curso e, muitas vezes, ao longo da vida na luta contra o seu peso(BLOMAIN et al., 2013).

Enquanto o porquê do apelo das dietas, mesmo com suas ineficiências são debatidos, eclodem novos tratamentos para obesidade e novas intervenções dietéticas surgem como "promessa de controle definitivo" do peso corporal, contribuindo para o crescimento da epidemia de obesidade. Dentre as buscas de respostas ao porquê, teorias psicológicas e estudos atribuem os problemas com o controle do excesso de peso a duas causas: 1. A capacidade reduzida de resposta aos controles internos de fome e saciedade e 2. A um aumento da capacidade de resposta a estímulos, principalmente emocionais, não relacionados à fome e à saciedade(GOLD, 1976). Em um artigo teórico influente publicado em 1957, Kaplan (KAPLAN;

KAPLAN, 1957; KAPLAN; KAPLAN; LEDER, 1957) expressou a então nova ideia de que a obesidade não era causada por um distúrbio metabólico, mas sim foi o resultado de comer demais. Uma das razões pelas quais algumas pessoas comem demais, de acordo com estes estudos, e que este ato reduziu o medo ou a ansiedade. Os indivíduos que aprenderam que exagerar na alimentação podem reduzir o medo ou a ansiedade, portanto, são motivados a comer sempre que sentirem estas sensações, sem sentir qualquer "aumento consciente da fome ou apetite".

O suporte para estas evidências vem de estudos mais recentes, que demonstram que lidar com a ansiedade e o estresse requer recursos cognitivos, e estar exposto a estas situações reduz a capacidade de controlar cognitivamente a alimentação(LATTIMORE; MAXWELL, 2004).

A segunda teoria é a do "*set-point*". De acordo com ela, o peso de um indivíduo é regulado por um ajuste que difere de indivíduo para indivíduo, ou seja, "os centros de alimentação do hipotálamo parecem ajustar o consumo alimentar de modo a manter as reservas de gordura no nível habitual" mesmo que este seja elevado(NISBETT, 1972).

A derivação mais importante da teoria de *set-point* é que o organismo vai defender o seu peso corporal contra a pressão para mudar. Uma pessoa com um nível elevado de gordura corporal sofrerá a grande pressão social para reduzir o peso, e realizará dietas extremamente restritas, entretanto em resposta a esta pressão acabará aumentando a quantidade de comida ingerida, pois não consegue controlar as sugestões externas devido ao fato que eles estão permanentemente com fome devido à dieta restritiva praticada. Estas dietas restritivas consecutivas também trazem alterações à taxa metabólica destes pacientes. Assim, a teoria do *set-point* explicaria por que as pessoas normalmente acham difícil perder peso e por que a maioria dos indivíduos que perderam peso, o recupera em pouco tempo. (BASTOS et al., 2013; BLOMAIN et al., 2013).

Ainda no âmbito na teoria do *set-point*, vê-se a perspectiva evolutiva, a qual sugere que a resistência do nosso corpo à perda de peso tem um "motivo": quando o alimento era escasso, a sobrevivência dos nossos

ancestrais dependia de pouparem energia e recuperar peso; ao conseguirem alimento os ajudava a se prepararem para uma futura escassez. Afinal, ao longo da história da humanidade, a fome foi um problema muito maior do que comer em excesso. A ativação deste sistema de “defesa” seria facilmente detectada quando a massa de gordura corporal se desvia do seu nível defendido, como ocorre, quando as pessoas praticam restrições calóricas voluntárias. A resposta homeostática a este desafio inclui tanto um aumento da vontade de comer quanto uma diminuição da taxa de gasto energético; esta combinação persiste até que o peso perdido seja recuperado. Uma vez que estas respostas ocorrem em pacientes com obesidade, assim como indivíduos magros, a obesidade pode ser vista como uma desordem de regulamentação caracterizada por um aumento no nível de depósitos de gordura defendido pelo nosso organismo, e por esta razão a perda de peso voluntário é tão difícil manter (GENNÉ-BACON, 2014).

A terceira teoria é a dos estímulos ambientais que concluiu "que comer para pessoas com obesidade parece alheio a qualquer estado interno, visceral, mas é determinado por estímulos ambientais relevantes, tais como a visão, cheiro, e sabor dos alimentos" (STROEBE et al., 2013, p.112). Esta hipótese explicaria por que essas pessoas muitas vezes comem demais em ambientes ricos em alimentos. Ela sugere que o papel dos centros de alimentação do hipotálamo na regulação do apetite pode ser responsável por essa diferença, concluindo que os estímulos externos desempenham um papel importante na regulação da ingestão de alimentos, alterando de forma importante o comportamento alimentar das pessoas com obesidade em comparação aos indivíduos de peso normal (WANSINK, 2004; MENDES et al., 2013).

A quarta e última teoria que abordaremos é a do hedonismo alimentar, que levanta a hipótese da importância da palatabilidade dos alimentos e as recompensas psíquicas e fisiológicas que estes alimentos proporcionam, postulando que as pessoas não são levadas a comer por quedas nos seus recursos energéticos abaixo do normal. Em vez disso, são atraídas para comer pelo prazer antecipado de comer (STROEBE et al., 2013) Lowe e

Butryn (2007) propuseram uma distinção entre comer homeostático e o hedônico, com o comer homeostático determinado por déficits de energia, e comer o hedônico por palatabilidade.

Baseando-se nestas 4 teorias, fica claro o porquê dos tratamentos para obesidade, em especial os dietéticos têm falhado pois não somos somente o que comemos, mas como comemos, com quem comemos e por que comemos. As dietas modernas não incluem os aspectos fisiológicos, sociais e emocionais da alimentação e nosso comportamento alimentar está diretamente relacionado com a nossa cultura, a sociedade em que vivemos, nossa relação com a comida, clima, ecologia, aspectos relacionados aos marcadores sociais da diferença (idade, gênero, classe e raça), ou seja, o mundo que nos cerca.

A obesidade se torna inquietante, principalmente pelo fato das ações realizadas até hoje na luta contra o seu avanço como um problema de saúde pública mundial, mostram-se quase sempre contra produtivas e que esgotam os discursos médico-científicos, aqui considerados hegemônicos, que buscam respostas de curto prazo para uma situação tão complexa. Em uma perversidade social a magreza se transforma em sinal de qualidade moral e a pessoa com obesidade, em via inversa, se torna cada vez mais estigmatizado e rotulado como fracassado e portador de uma anormalidade socialmente não aceita. Está presente realidade induz a culpabilização dos indivíduos pelas más escolhas alimentares e por sua imagem e peso.

Atentos ao aumento da produção e oferta de produtos ultra processados, sem nenhuma identidade cultural e histórica com nossa população e a diminuição do consumo dos alimentos in natura ou minimamente processados, fomentados pela influência econômica e política das empresas agroindustriais e estratégias agressivas de marketing, criam as perfeitas condições para o que chamamos de ambiente obesogênico.

Acreditamos que o ambiente, definido por Poulain (2009a) como um “continente científico que compreende o social, o cultural, o demográfico, o econômico e o urbano”, é o elemento determinante da obesidade, torna as

peessoas vulneráveis e as induzem à adoção de comportamentos e modo e estilo de vida que favorecem sua instalação e perpetuação.

Assim, no contexto da vulnerabilidade nos perguntamos como pessoas que se identificam como pessoas com obesidade, cuidam de sua saúde e buscamos a compreensão e interpretação dos aspectos sobre a trajetória social de vivência em relação à obesidade e sua conexão com o mundo onde coexistem cobranças, estigmas e preconceitos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Explorar, através de aspectos relacionados à perspectiva da vulnerabilidade e dos marcadores sociais da diferença (classe e gênero), o lugar da obesidade nas trajetórias de vida de pessoas que se auto percebem com obesidade.

2.2 Objetivos específicos

Identificar e compreender, a partir da percepção de participantes auto identificados como pessoas com obesidade, os impactos e influências dos fatores socioambientais em sua relação com o corpo e comportamento alimentar.

Apontar e discutir aspectos de análise da vulnerabilidade e dos marcadores sociais da diferença que possam contribuir para a superação das possíveis barreiras geradas pela interação do seu corpo com ambiente obesogênico.

3 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Este capítulo apresentará o apanhado dos referenciais eleitos para nortear o trabalho na compreensão de algumas esferas relacionadas a vulnerabilidade à obesidade, podendo abrir novas vias de compreensão sobre a não efetividade das medidas implementadas pelos sujeitos ao longo de suas trajetórias. Estes referenciais serão abordados sobre a perspectiva da interação e articulação entre o objeto do estudo e os conceitos de ambiente obesogênico, culpabilidade e estigma.

O referencial teórico desse estudo toma por base os determinantes sociais da obesidade, a partir dos marcadores sociais da diferença, especialmente gênero e classe social em articulação com a perspectiva da vulnerabilidade, no intuito de apreender as dimensões relacionais destes marcadores em operação a nível socioambiental (Relações familiares e redes sociais, cultura, gênero e classe social) e programático (políticas e investimento público).

A escolha deste referencial teórico objetiva ampliar a compreensão das interpelações, diante as condições socioculturais tratadas, da população escolhida e do problema de investigação (trajetórias de obesidade). Espera-se que a produção de dados oriundas de duas camadas urbanas distintas e portadoras destas características e as análises desde o referencial da vulnerabilidade e dos marcadores sociais da diferença na produção de determinantes sociais da saúde-doença possam enriquecer as discussões acerca dos valores e trajetórias de vida destas pessoas, conciliado a dimensão do cuidado com possíveis propostas que possam alargar as discussões e contribuir para do debate acerca das transformações sociais mais amplas e necessárias para alterar a inefetividade no tratamento da obesidade.

A inovação proposta neste trabalho, em outras palavras, é a de trazer à uma condição crônica não transmissível (obesidade) a mesma perspectiva hermenêutica de compreensão e interpretação do conceito de vulnerabilidade, amplamente estudado na epidemia de uma doença

infectocontagiosa (AIDS), construída em combinação com os pressupostos epistemológicos propostos por Poulain (2009b) e Ayres et al. (2006), trazendo para reflexão a complexa avaliação do papel da obesidade na nossa sociedade assim como os sistemas de valores envolvidos em seu desenvolvimento e cronicidade.

A partir da construção de um mapa dos significados atribuídos pelos participantes da pesquisa empírica, cremos poder identificar as possíveis representações sociais dos sujeitos acerca de suas condições subjetivas no que toca a obesidade e aventar e tecer elaborações sobre as implicações sociais da obesidade na trajetória de vida e do próprio ato de comer para estes indivíduos. Com isto, tornar-se-á possível ilustrar como o problema em foco impacta a experiência subjetiva e social dos sujeitos.

3.1. Dimensões Sociais da obesidade

A maior quantidade de informação sobre obesidade e sua difusão, tem como principal origem a ciência anglo-saxã, que prioriza a relação causal do excesso de peso e seus fatores de riscos e agravos à saúde. Nesta visão positivista dois fenômenos se criam, o de designar como doentes pessoas para as quais o excesso de peso não causa os efeitos indesejados, descritos e esperados pela literatura, e justificar gastos astronômicos no seu combate nas mais diversas “indústrias” (agroalimentares, farmacêuticas, moda, publicidade e imprensa) (POULAIN, 2009a).

A obesidade é fruto e causadora de mudanças socioambientais e toda a mudança social depende do entrelaçamento entre atores individuais e a estrutura social num determinado tempo. Estas mudanças criam padronizações e normas na vida para sujeitos e populações, o que na obesidade é facilmente detectável quando falamos de padrões estéticos e comportamentais, por exemplo (BORN, 2001).

Em um nítido movimento mais construtivista e holístico, o advento do conceito de ambiente obesogênico, têm proporcionado o surgimento, e perceptível aumento, de pesquisadores com perfil interdisciplinar buscando

aproximações entre a nutrição, a sociologia e a antropologia e verificando o quanto o comportamento pessoal/individual é igualmente relevante para o entendimento de trajetórias de vida e de suas mudanças através de um determinado tempo histórico (POULAIN, 2009^a; POULAIN, 2013). A dificuldade que a abordagem mais positivista da saúde tem tido em transferir o sucesso obtido nas intervenções sobre as doenças infectocontagiosas para as doenças crônicas(MARANDOLA; HOGAN, 2006) criou a necessidade de formar profissionais criativos, inquiridores e com capacidade de articular os aspectos biológicos e sociais(CANESQUI, A.; GARCIA, R., 2005). As crenças, valores e significados passaram a ser necessários nos estudos envolvendo alimentação e nutrição, em articulação com as contribuições da Sociologia e da Antropologia para a compreensão das doenças crônicas e da modernidade alimentar(FRIEDEN, 2015; MINTZ; BOIS, 2002).

Para entendermos o significado e as determinações sociais do corpo e do comer no contexto atual as representações sociais⁴ é necessário voltarmos o olhar à compreensão deste ambiente gerador de ansiedades, estigmas e vulnerabilidades onde o papel da mídia e da indústria alimentar divulgam, disponibilizam e vendem tanto produtos que, devido a sua composição nutricional, engordam, quanto produtos e serviços para o emagrecimento, uma vez que ditam o padrão de beleza a ser seguido. Este padrão na atualidade é o do corpo magro e o ideal de magreza, presente nas propagandas, nos discursos dietéticos, e em espaços como as academias e clínicas estéticas contribuiriam para que indivíduos que fogem ao padrão sejam vistos como “anormais” e mesmo repulsivos aos olhos dos demais(MATTOS; LUZ, 2009). Evidencia-se, portanto, a obesidade como um constructo social, constatando que culturas em tempos e espaços diferentes não produziram os mesmos padrões de significados a respeito dos que hoje se consideram pessoas com obesidade.

⁴ As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tal, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica (ALVES- MAZZOTTI, 2008).

As diferenças são detectadas quando revisitamos a historiografia e reconhecemos que as grandes corpulências foram valorizadas em determinados momentos, como por exemplo o Renascimento, onde o padrão de beleza era o da mulher de corpos mais “fartos – como é possível observar em inúmeras obras artísticas do período – enquanto os homens com obesidade passavam a ser associados à riqueza e ao sucesso, diferentemente do que são na contemporaneidade(EKNOYAN, 2006; RODRIGUES, 2013).

O reconhecimento que a obesidade é um importante problema de saúde pública, que tem seu tratamento, combate, controle, ou como queiram chamar, falho e ineficiente, e que necessita de compreensão e intervenção social é o que fomenta o surgimento de profissionais que procuram abordar a obesidade sobre uma perspectiva que enfoque a complexidade da questão, propondo ir além do olhar clínico, explorando as dimensões sociais, políticas e culturais envolvidas. Pela perspectiva socioambiental há dois conceitos relevantes que merecem atenção: o ambiente obesogênico e o estigma.

Como assinalado na introdução, a obesidade é nova na história da evolução humana, através dos últimos 70 anos, as mudanças sociais, econômicas e tecnológicas desempenham papel importante na alteração dos padrões de vida e, em paralelo, as mudanças nos padrões de alimentação e atividade física têm sido fundamentais para o surgimento da obesidade entre muitas populações do mundo, incluindo os países em desenvolvimento. A obesidade tem sido muito estudada através da genética, fisiologia e psicologia, entretanto, o incremento das taxas globais de obesidade passa também a ser atribuída ao comportamento, cultura, economia e ambiente, este comumente citado na literatura como ambiente obesogênico (LOFINK, 2006)

Este novo olhar, presente na literatura com maior frequência a partir do ano 2000(POSTON; FOREYT, 1999), destaca os fatores ambientais e sociais e sua forte influência na obesidade. Assim, se acredita que a epidemia de obesidade é resultado de uma conjugação complexa entre os fatores

biológicos, psicológicos, culturais, sociais e ambientais (LOWE; BUTRYN, 2007).

3.2 Marcadores sociais da diferença e obesidade

As categorias de diferenciação social, ou marcadores sociais da diferença, podem ser definidos como construções sociais estabelecidas antes da existência dos sujeitos, estes fatores quando unidos trabalham para produzir maior ou menor inclusão ou exclusão social dependendo da posição que este sujeito ocupa (COUTO, 2019).

Eles criam um sistema de classificação que organiza a experiência ao identificar certos indivíduos com determinadas categorias sociais (Gênero, Classe, Raça, Geração Incapacidade e orientação sexual) são exemplos. É importante termos em mente que quando os abordamos, estamos destacando a noção de que certos sujeitos são mais ou menos afetados/oprimidos de acordo com aquilo que lhes caracteriza como “diferentes”, e que essas diferenças vão se somando umas às outras produzindo uma experiência social distinta (HENNING, 2015; ZAMBONI, 2018; COUTO, 2019).

Esta experiência social no que tange a obesidade, se articula com a gordofobia⁵, estigma do peso e opressões interseccionais, representadas em uma trajetória de vida muitas vezes pautada pelas discriminações de classe e gênero, onde a busca pela redução do peso proporcionaria uma superação de preconceitos, acesso aos serviços sociais e públicos, inclusive uma melhor entrada ao mercado de trabalho (MATTOS, 2013; MATTOS; LUZ, 2009).

⁵ Uma forma de discriminação estruturada e disseminada nos mais variados contextos socioculturais, consistindo na desvalorização, estigmatização e hostilização de pessoas gordas e seus corpos. As atitudes gordofóbicas geralmente reforçam estereótipos e impõem situações degradantes com fins segregacionistas; por isso, a gordofobia está presente não apenas nos tipos mais diretos de discriminação, mas também nos valores cotidianos das pessoas (SILVA; CANTISANI, 2018).

3.2.1 Gênero

Considerando-se que nesta Tese buscaremos compreender a importância de gênero e condição social nas trajetórias de obesidade e nos significados subjetivos e sociais, bem como a articulação destes referentes, será importante voltarmos o olhar para a relação gênero-obesidade. Embora homens e mulheres sejam vulneráveis à estigmatização pelo seu peso corporal, suas experiências podem ser diferentes quanto a discriminação que eles estão expostos e as formas que essa toma. Mas notavelmente, as mulheres parecem experimentar níveis mais altos de estigmatização de peso do que homens, mesmo em níveis mais baixos de excesso de peso(KING; PUHL, 2013). Independente do gênero, as ideias de beleza normatizam o modelo corporal, e simplesmente, essas normas determinam que o corpo ideal seja magro(KWAN, 2009).

Entretanto, estudos sugerem que as mulheres, especialmente aquelas de meia idade ou com níveis mais baixos de educação, sofrem discriminação quanto ao peso em taxas significativamente mais altas que os homens. Além disso, as mulheres relatam discriminação em níveis mais baixos de excesso de peso que os homens, por exemplo, os homens tendem relatar considerável estigmatização em um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 35, enquanto as mulheres relatam experimentando aumentos notáveis na discriminação de peso com um IMC menor de apenas 27(KING; PUHL, 2013).

Ideais norte-americanos de atratividade física, que enfatizam a magreza como central para a beleza feminina, podem ser responsáveis por algumas dessas diferenças, mulheres cujas os corpos se desviam, mesmo que ligeiramente, dos padrões físicos de beleza pode ser vulnerável à estigmatização do peso(GONÇALVES, 2004).

Dado que os ideais de magreza se tornaram profundamente arraigados em nossa sociedade e são fortemente promovidos pela mídia de massa, indústria da dieta e indústria da moda, não é de surpreender ver a estigmatização generalizada do peso em relação às mulheres, mesmo que

não sejam "obesas". Para as mulheres, discriminação de peso tem sido associada à pior imagem corporal, baixa autoestima, depressão, ansiedade e uma série de problemas relacionados a comportamentos alimentares, incluindo compulsão alimentar(PUHL; ANDREYEVA; BROWNELL, 2008).

As taxas de discriminação devido ao peso aumentaram em 66% na última década nos Estados Unidos(ANDREYEVA; PUHL; BROWNELL, 2008), sendo comparável a discriminação racial especialmente entre mulheres(PUHL; ANDREYEVA; BROWNELL, 2008). O impacto da obesidade nas mulheres não se atém somente a estética, estudos demonstram que na vida profissional a discriminação abrange muitos pontos como ser alvo de humor depreciativo e comentários pejorativos de colegas de trabalho e supervisores e tratamento diferenciado por causa do peso, como não ser contratada, ter promoções negadas ou demitida por causa do peso(PUHL; BROWNELL, 2006).

Em uma entrevista de emprego um mulher tem 16 vezes mais chance de relatar discriminação relacionada ao peso (ROEHLING; ROEHLING; PICHLER, 2007), e serem penalizadas em seus salários entre 2,3 a 6,1% enquanto os homens gordos a penalidade salarial variou de 0,7 a 3,4%(BAUM; FORD, 2004). Outro estudo (LEE; et al 2019) descobriu mulheres brancas que aumentaram seu peso em de 29 quilos acima do peso médio foi associado a uma diminuição de 9% nos salários, o que foi aproximadamente equivalente à diferença de 1,5 anos de educação ou 3 anos de experiência de trabalho. Em comparação com suas contrapartes de peso normal, as mulheres brancas levemente obesas e gravemente obesas tiveram uma diminuição nos salários de 5,8% e 24%, respectivamente.

Da mesma forma, os salários das mulheres negras com obesidade leve e obesidade grave eram 3,3% e 14,6% menos do que os salários das mulheres negras com peso normal, respectivamente. Homens brancos com obesidade grave ganhavam 19,6% menos e negros com obesidade grave ganhavam 3,5% menos do que seus colegas de peso normal(MARANTO; STENOIEN, 2000). Para os homens o impacto de peso também pode ser detectado, em um estudo em adultos residentes da união europeia observou-

se que um aumento de 10% no IMC médio reduziu o salário horário dos homens em 1,9% e das mulheres em 3,3%(BRUNELLO; D'HOMBRES, 2007).

Em um olhar mais direcionado aos homens e aos padrões de masculinidade, percebe-se que as questões de estigma e pressões sobre o peso independem do nível sócio econômico estando mais associados a problemas de saúde, incluindo sintomas depressivos maiores, aumento da dieta, diminuição da saúde autor relatada e aumento das chances de compulsão alimentar(HIMMELSTEIN; PUHL; QUINN, 2019). Contudo a influência do tamanho do seu corpo, quando determinado pelo IMC, sobre as experiências ruins, diferentemente das mulheres ocorre tanto nos valores de baixo peso quanto nos valores mais elevados. Porém achados científicos apontam que o efeito do peso masculino sobre a discriminação pode ser mais semelhantes entre homens e mulheres do que se pensava anteriormente (ROEHLING; PICHLER; BRUCE, 2013; HIMMELSTEIN; PUHL; QUINN, 2018).

Quando observado pelo marcador de gênero, percebemos que existem diferenças entre a natureza e a extensão das diferenças nas experiências de estigmatização de peso. Mulheres podem ter aumentada a vulnerabilidade em certos contextos comparados aos homens, que, entretanto, não devem ser tratados somente como um grupo de comparação, mas também como uma população vulnerável. E estarmos atentos a estas diferenças, especialmente nos locais de trabalho, pode ajudar a intervir para redução da estigmatização do peso e prepara para dar o suporte já que homens e mulheres são afetados de modos diferentes.

3.2.2 Classe social

Como apontam Couto et al. (2009a), é bastante antiga a abordagem da relação entre as desigualdades referentes às classes sociais com a saúde das populações, remontando às primeiras investigações epidemiológicas, ainda no século XIX. Assim, classe social é uma categoria-chave para estudos

sociais e dos determinantes dos processos saúde-doença, considerando que os agravos à saúde tendem a se apresentar em taxas diferentes de acordo com a classe social e posição na estrutura social. Não obstante sua importância, a operacionalização do conceito de classe em pesquisas em saúde de tipo epidemiológico permanece como central no debate no campo, desde os anos de 1970 (BARATA et al., 2013).

Em seu sentido social, classe indica grupos amplos que são diferenciados em determinada sociedade segundo a distribuição desigual de bens econômicos. Somado a tal diferenciação de base econômica, esta projeta sobre indivíduos e grupos diferenciações de valores culturais, poderes políticos e status social (WESOLOWSKI; SLOMCZYNSKI, 1996).

No nosso estudo, de caráter qualitativo, optou-se pela adoção de posição social, auto referida pelos participantes no momento da entrevista e por meio do critério de classificação econômica Brasil (ABEP, 2016)⁶ (PILLI; et al., 2016) por entendermos que as divisões de classe estão enraizadas nos processos econômicos de produção e consumo e passam a constituir referências identitárias que situam as pessoas no mundo social.

Ao olhar a obesidade pela perspectiva dos marcadores sociais da diferença há uma combinação interseccional entre classe e gênero que expressa diferenças na distribuição da obesidade na população, onde as desigualdades sociais fazem com que afete desproporcionalmente os grupos socioeconômicos mais baixos, especialmente as mulheres. Essas consequências podem incluir o agravamento da baixa autoestima e da exclusão social, além de discriminação social no local de trabalho ampliando ainda mais as desigualdades econômicas para mulheres de baixa renda (LORING, 2014).

O consumo alimentar é influenciado pelo o status econômico das famílias e indivíduos e é determinante no acesso a comida. O custo destes

⁶ No nosso estudo, de caráter qualitativo, optou-se pela adoção de posição social, auto referida pelos participantes no momento da entrevista e por meio da aplicação do critério de classificação econômica - Brasil (ABEP, 2016), no qual, a partir de perguntas sobre a posse de itens de bens e consumo, situa indivíduos e seus domicílios segundo estratificação socioeconômica. Mais detalhes na sessão metodológica da Tese.

alimentos e a capacidade de um indivíduo de comprar alimentos específicos (relacionados à renda) são determinantes primários ao acesso (VIEIRA, 2008).

Relata-se que grupos de baixa renda consomem dietas desequilibradas com baixa ingestão de frutas e legumes. No entanto aumentar a renda disponível para escolhas alimentares não significa necessariamente que os indivíduos consumirão uma dieta mais equilibrada e saudável.

Existem diferenças nas escolhas alimentares em diferentes classes sociais que levam à sub e supernutrição. Por exemplo, as pessoas dos grupos de classe social mais alta tendem a ter dietas mais saudáveis (como: maior consumo de frutas, carne magra, peixes oleosos, produtos integrais e vegetais crus) em comparação com os trabalhadores manuais. Pensa-se que grupos socioeconômicos mais altos têm dietas mais saudáveis porque podem ter níveis educacionais mais altos e ter mais consciência da saúde e ter mais saúde estilos de vida. As diferenças de classe social na dieta são particularmente preocupantes em relação às desigualdades na saúde.(PHEASANT; CARTWRIGHT; NUNN, 2008)

Um exemplo recente é o detectado por uma pesquisa realizada pela UNICEF em parceria com o IBOPE(BOPE, 2020), publicada em um relatório que detectou um relação entre a diminuição da renda da população durante a pandemia da COVID-19 e a piora na qualidade de sua alimentação. Os resultados encontrados foram que Mais da metade da população (55%) teve decréscimo na sua renda familiar durante o período da pandemia, proporção que chega a 63% entre os que residem com crianças ou adolescentes de 0 a 17, e a percepção de aumento no consumo de alimentos industrializados, especialmente entre pessoas residentes com crianças ou adolescentes. E, aproximadamente, um em cada cinco brasileiros com 18 anos ou mais passou por algum momento em que não tinha dinheiro para comprar comida quando os alimentos acabaram.

O impacto negativo da pandemia na renda das famílias, repercutiu diretamente na escolha dos alimentos que seriam consumidos aumentando em 23% o consumo de alimentos industrializados, como, por exemplo,

macarrão instantâneo, bolos, biscoitos recheados, achocolatados, alimentos enlatados, entre outros. Elevando em 16% a preferência por alimentos preparados em restaurantes e *fast-food* como, por exemplo, hambúrgueres, esfirras ou pizzas. Por fim ampliando o consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas em 17% (IBOPE, 2020).

As marcantes desigualdades brasileiras (sociais, econômicas, de raça, de gênero e outras) historicamente foram vinculadas a uma incomoda e profusa prevalência de fome e desnutrição, além de outros problemas nutricionais. Contudo estas mesmas desigualdades vem convivendo e se conectando ao aumento acelerado da obesidade da população em todas as faixas de idade e de renda, contudo de forma mais acentuada nas classes mais baixas(DIAS et al., 2017; CASTRO, 2019).

Esta relação positiva entre desigualdade, pobreza e obesidade tem sido demonstrada em estudos nacionais e internacionais, que também evidenciam que as mulheres mais pobres, constituem um grupo especialmente vulnerável (WARDLE; WALLER; JARVIS, 2002; CANESQUI; GARCIA, 2005; FERREIRA et al., 2010). Mulheres, chefes de família ou não, que recebem baixos rendimentos, possuem menor nível de instrução, não apresentam seguridade e proteção social, são extremamente vulneráveis à obesidade. Simultaneamente, essas mulheres, dispõem de nenhum recurso para acessar algum instrumento de tratamento ou prevenção(WARDLE; GRIFFITH, 2001; DIJKSHOORN; NIERKENS; NICOLAOU, 2008).

Assim, acentua-se como os marcadores sociais da diferença como gênero e classe quando sobrepostos em uma análise revelam padrões diferentes de risco e resiliência às doenças, tornando possível entender como estes processos de exclusão social acentuam vulnerabilidades(COUTO, 2019).

3.3 Estigma do peso

Estigma é um conceito sociológico de destaque para a compreensão do fenômeno da obesidade e de suas repercussões ao nível da experiência

dos indivíduos⁷. Goffman (1988), descreveu três tipos de condições estigmatizadas: desfigurações ou diferenças corporais, falhas de caráter e afiliação racial / tribal / religiosa. Suas proposições teóricas sobre o estigma permitiram aos estudiosos do campo da alimentação e da corporeidade estabelecer avançar na compreensão do estigma da gordura como uma construção social que desqualifica os sujeitos e sua respectiva relação com o corpo gordo (desfigurado e falho). Com o corpo magro sendo, hoje, o corpo valorizado, a pessoa com obesidade será a portadora da diferença corporal que não se enquadra no padrão hegemônico de beleza. Além de contrário ao referencial contemporâneo de beleza, a gordura corporal em excesso se torna um símbolo de falha de caráter e de moral indesejável, desqualificando os sujeitos e conferem a eles conceitos pejorativos como preguiçoso, fracassado, descuidado, relaxado, descontrolado; excluindo o gordo da sociedade e tornando-o marginalizado e estigmatizado (MATTOS; LUZ, 2009).

Estigma (GALLINO, 2005) e discriminação⁸ (MARCOS, 2002) para com as pessoas com obesidade causam inúmeras consequências à saúde física e psicológica. E, apesar de décadas de ciência e registros de que o estigma com o peso contribui negativamente no tratamento da obesidade, suas implicações são largamente ignoradas pelos profissionais de saúde e pela sociedade. As manifestações mais comuns deste estigma são as piadas e a ridicularização de pessoas com obesidade, além do nocivo *bullying* contra crianças com sobrepeso ou gordas (RIBAS; DAVID; SAKAUE, 2009; MATTOS et al., 2012).

Um estudo qualitativo, onde as categorias de destaque foram: autoimagem negativa, discriminação, ansiedade e sentimento de culpa,

⁷ Definição proposta por Erving Goffman (1963) - Estigma é um atributo (ou característica) considerado socialmente impuro, que torna o sujeito estranho, depreciado, desvalorizado, diferente dos demais, considerado alguém menos desejável. Sob uma perspectiva biológica, quando um traço somático é objeto de avaliações negativas especialmente difusas e hostis, capazes de marcar severamente a identidade e a autoestima do sujeito.

⁸ Comportamento manifesto, geralmente apresentado por uma pessoa preconceituosa, que se exprime através da adoção de padrões de preferência em relação aos membros do próprio grupo e/ou de rejeição em relação aos membros dos grupos externos.

buscou avaliar a interferência da sociedade no consumo de alimentos por pessoas com obesidade. Os resultados se referem a algo que na prática facilmente se percebe, que ao se tornarem pessoas com obesidade, os indivíduos desenvolvem autoimagem negativa, relacionada à ansiedade e à depressão, entre outros fatores, o que pode levar a um sentimento de culpa, reforçado pelas mensagens preconceituosas da sociedade, e o “crime” por comer alimentos tidos como “proibidos”, isso faz com que as pessoas com obesidade comam mais e não menos(COSTA *et al.*, 2012). Surge então o espaço perfeito para a culpabilização, afinal é amplamente divulgada a mensagem de que a aparência estética, enquanto forma física hegemônica de beleza, é única e exclusivamente um ato individual se tornado o critério sociocultural primordial de enquadramento dos sujeitos para determinar se realmente são “saudáveis”.

A responsabilidade com a aparência passa a ser cada vez mais do próprio indivíduo, na medida em que ele mesmo deve se vigiar e controlar seu comportamento, a fim de evitar constrangimentos morais e sociais. Segundo Luz (2005), na sociedade neoliberal, os sujeitos são os únicos responsáveis pela própria saúde, confundidos por uma mídia que difunde de forma ideológica a cultura hegemônica dos corpos belos e saudáveis, influenciando por meio de palavras e imagens na construção do padrão corporal considerado “ideal” e “perfeito” que em sua maioria estão em desacordo com o que é orientado e apontado por muitos profissionais de saúde como saudáveis. De forma arbitrária, irresponsável e inapta a mídia se apropriou da competência de estabelecer o papel e legitimidade dos corpos(LUZ, 2005).

O estigma também pode ser não explícito, na forma de discriminação em entrevistas de emprego ou promoções no trabalho, em que o candidato como obesidade é preterido, mesmo quando tem currículo e experiência superiores aos de candidatos mais magros. Também se pode considerar a presença do estigma por meio das barreiras físicas que muitas pessoas com obesidade encontram para se locomover nas cidades (assentos muito estreitos em metrô e ônibus, catracas, etc.) (PUHL; HEUER, 2009; 2010). A obesidade, enquanto estigmatizadora, produz discriminação, preconceito e

exclusão social. Dar ouvidos a esses sujeitos é abrir uma escuta ao que eles têm poucas chances de falar ou a sentimentos que são privados de externar. Esta ruptura com o silêncio possibilita a ruptura da situação corrente e pode ser transformada no momento em que é discutida, socializada, polemizada e politizada.

Soma-se a estes fatores a complexa questão dos profissionais de saúde que deveriam ser receptivos e acolher os pacientes com obesidade, mas acabam agindo de maneira preconceituosa e antiética. Tal posicionamento, resultado de valorações morais e preconceitos que são transpostos para o ambiente de trabalho geram barreiras ao vínculo e afasta os pacientes e usuários dos serviços do tratamento. O medo de ser ridicularizado ou receber atenção diferenciada em comparação com outros pacientes (nesse caso, uma pior atenção) podem gerar quebra no seguimento e dificultar a busca dos serviços. Tal dinâmica pode aumentar a morbimortalidade da condição através dos efeitos adversos do stress relacionado ao peso, pioria da qualidade e aumento da quantidade da alimentação e redução da motivação do exercício (RAHAL; GENTIL; BOCCHI, 2018). Entretanto, no geral, profissionais de saúde podem continuar reduzindo tais questões e apontar para a responsabilização dos pacientes e usuários, desconsiderando as causas multifatoriais da obesidade (SCHWARTZ et al., 2003; TOMIYAMA et al., 2015).

Stunkard e Sobal (1995) mostram que já existiam notáveis medidas legais e normas sociais tentando diminuir a estigmatização de grupos raciais, religiosos, de gênero, enquanto que o preconceito contra pessoas com obesidade continuava sendo tolerado e até socialmente aceito (STUNKARD; SOBAL, 1995). Todo esse estigma e discriminação repercute de forma direta no comportamento alimentar (GARCIA, 1997) e na relação deste sujeito com seu corpo, que deve estar em conformidade com certos padrões estéticos desempenhando um papel fundamental na vida das pessoas, proporcionando ascensão social e possibilitando desenvolver relações de sucesso (GOLDENBERG, 2010; BROWNELL, 2012).

3.4 O ambiente obesogênico

O ambiente alimentar é um campo relativamente novo de pesquisa que investiga como as exposições ambientais, tais como a disponibilidade e acessibilidade de alimentos, mídia e padrões estéticos interagem com os fatores individuais como, paladar, familiaridade, hábito e saúde. Contudo a relação entre obesidade e o ambiente é complexa. Um exemplo pode ser construído a partir dos pacientes em ‘dietas crônicas’. Motivados a prosseguir em sua meta de controle de peso, muitas vezes falham, em parte devido a posição que ocupam em ambientes ricos em alimentos. Cercados e expostos a muitos alimentos de alta palatabilidade que estimulam o componente hedônico da alimentação. Este estímulo dificulta o paciente a controlar seu peso, pois acaba inibindo o controle cognitivo da alimentação e induzindo a escolha dos alimentos que mais estimulam o excesso de seu consumo e este processo interfere na possibilidade de controle do peso e facilita o aumento da ingestão de alimentos pouco saudáveis (LOWE; BUTRYN, 2007).

O ambiente obesogênico tem sido definido como "a soma de influências que o ambiente, oportunidades e condições de vida têm na promoção da obesidade em indivíduos ou populações" estas influências alteram o modo de como fazemos nossas escolhas alimentares e obtemos comida em todos os níveis envolvidos, seja em casa, no trabalho ou em qualquer outro lugar ou situação. (WANSINK, 2004)

Um exemplo de quão complexa pode ser a influência ambiental na obesidade, é o gráfico que representa o mapa (Figura 1) completo do sistema da obesidade por grupos temáticos, desenvolvido pelo governo britânico em um documento chamado *Tackling Obesities: Future Choices – Project Report 2nd Edition* (BUTLAND, 2007). O mapa do sistema mostra que o motor central de ‘equilíbrio de energia’ é acionado principalmente por quatro variáveis-chave, uma de cada uma das quatro áreas principais do mapa (fisiologia, alimentação, atividade e psicologia), cada uma delas contendo outros aspectos que também influenciam no fenômeno da obesidade (mídia, social, psicológicos, econômico, alimentos, atividades, infraestrutura,

desenvolvimentista, biológicos e médicos) que são impulsionados por um rede complexa de interdependências.

Figura 1 - O mapa completo do sistema da obesidade por grupos temáticos.

Fonte: Butland (2007)

A globalização e a industrialização em conjunto com a migração para as áreas urbanas contribuem de forma acelerada na perda das tradições e culturas alimentares criando um ambiente propício de acesso às redes de *fast-food*. Esta nova construção de cidades multiplicou a quantidade e o alcance as grandes redes de supermercados e as grandes redes varejistas que promovem e disseminam os produtos processados e ultraprocessados (com maiores teores de açúcar, gorduras, sódio e conservantes) (SAÚDE, 2014). Tais alimentos, devido a estas características, tornam-se mais palatáveis e tem um validade muito maior e facilitam sua comercialização (POPKIN; GORDON-LARSEN, 2004).

Um dos principais fatores que expressam a exagerada industrialização da alimentação é o surgimento dos desertos alimentares⁹ (CUMMINS; MACINTYRE, 2002), estes são um fenômeno com diversas características, peculiaridades, componentes e variáveis. O conceito diz respeito à ausência, e consequente dificuldade de acesso, de alimentos que contribuam para a saúde e bem-estar na alimentação de uma pessoa, trata-se de áreas onde o que mais existe a disposição são os alimentos ultraprocessados de alta densidade calórica e menor valor nutricional e bebidas açucaradas ou adoçadas artificialmente.

O Deserto Alimentar se evidencia a partir das diferenças sociais, culturais, renda, tempo, falta de informação e distância dos locais que ofereçam alimentos in natura e minimamente processados (BRASIL, 2014). Assim, ele é o resultado da combinação de inúmeros fatores que dialogam com de forma singular, complexa e desigual com as diversas realidades e o cotidiano de cada um de nós, se tornando um ponto de intersecção importante entre a obesidade, o comportamento alimentar e o ambiente obesogênico. (GRAUEL; CHAMBERS 2014)

⁹ Segundo Cummins (2002) o termo "deserto alimentar", em tradução livre foi usado pela primeira vez por um residente de um plano habitacional do setor público no oeste da Escócia no início dos anos 90 apareceu pela primeira vez em um publicação do governo escocês em um documento de 1995 de um grupo de trabalho da força tarefa de nutrição sobre políticas de nutrição para baixa renda O termo tem sido usado cada vez mais por acadêmicos, formuladores de políticas e grupos comunitários para descrever áreas urbanas povoadas onde os moradores não tem acesso a uma dieta acessível e saudável.

Os dois países com maior prevalência de obesidade no mundo, Estados Unidos e México, em ordem, são os casos mais extremos de desertos alimentares(WALKER; KEANE; BURKE, 2010) possuindo em comum a influência do ambiente, renda e acesso aos alimentos sobre a insegurança e comportamento alimentares. Os bairros de mais baixa renda têm maior probabilidade de se caracterizar como desertos alimentares já que apresentam baixa disponibilidade ou altos preços de alimentos saudáveis, enquanto muitos outros podem oferecer um número extremamente elevado de restaurantes *fast-food* e lojas de conveniência com alta disponibilidade de alimentos ultra processados a preços mais baixos. Esta distribuição desproporcional de fontes de alimentos contribui para o desenvolvimento de comportamentos não saudáveis e consequente aumento da carga de doenças e obesidade na população, afetando não apenas indivíduos e famílias, mas também a sociedade como um todo (ALLCOTT; DIAMOND; DUBÉ, 2018; WAGNER et al., 2019).

No Brasil ocorreu a publicação do mapeamento dos desertos alimentares no Brasil, que classificou os estabelecimentos que prestam serviços de alimentação ou comercializam alimentos no varejo(RAHAL; GENTIL; BOCCHI, 2018):

1. Estabelecimentos onde a aquisição de alimentos in natura ou minimamente processados representa mais de 50% da aquisição total, ou seja, nestes estabelecimentos há uma predominância de aquisição de produtos saudáveis.

2. Estabelecimentos onde a aquisição de alimentos ultraprocessados representa mais de 50% da aquisição total, ou seja, nestes estabelecimentos há uma predominância de aquisição de produtos não saudáveis.

3. Estabelecimentos onde há predominância de aquisição de preparações culinárias ou alimentos processados ou onde não há predominância de aquisição de alimentos in natura/minimamente processados nem de alimentos ultraprocessados.

Para fins metodológicos, essas categorias foram denominadas de “Estabelecimentos de aquisição de In Natura”, “Estabelecimentos de aquisição de Ultraprocessados” e “Estabelecimento Mistos”, respectivamente.

Tabela 1 - Número e % de estabelecimentos que prestam serviços de alimentação ou comercializam alimentos no varejo, por Grande Região e tipo de estabelecimento, 2018

Região	Tipo de estabelecimento							
	In natura		Misto		Ultraprocessado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	13.039	36,2	19.241	53,4	3.741	10,4	36.021	100
Nordeste	45.148	26,9	103.035	61,4	19.584	11,7	167.767	100
Sudeste	43.613	21,2	189.798	57,2	97.087	21,7	330.498	100
Sul	15.713	13,2	85.040	57,4	29.718	29,4	130.472	100
Centro-oeste	11.803	12,0	31.854	65,2	12.070	22,8	55.726	100
Brasil	129.315		428.968		162		720.483	

Fonte: Adaptado de SE-CAISAN (Câmara Interministerial de segurança alimentar e nutricional) (2018)

Em São Paulo, a Figura 2 ilustra um levantamento feito site o joio e o trigo em 2020 demonstrando, como é fácil o acesso aos estabelecimentos de *fast-food* (pontinhos vermelhos) e sua distribuição os torna desigualmente muito mais presentes quando comparado com a rede de distribuição e oferta de alimentos in natura (pontinhos verdes), tornando as regiões mais centrais vulneráveis ao apelo dos ultra processados e as regiões mais afastadas também impactadas pelo menor acesso a feiras, sacolões e super/hipermercados, ambas as situações impactando diretamente os hábitos alimentares da população. Este estudo é semelhante a um levantamento realizado por Duran e colaboradores entre os anos de 2008 e 2011(DURAN, 2013; DURAN et al., 2013; PETRO, 2017).

Figura 2 - Estabelecimentos por categoria de alimentos comercializados na Cidade de São Paulo

Fonte: “O joio e o Trigo” (2020)

<https://ojoioetrigo.com.br/2020/06/sao-paulo-ambiente-alimentar/>

As feiras livres – que têm a desvantagem de acontecer só uma vez por semana. Os mercados municipais são escassos, e os supermercados e hipermercados diminuem bastante nos bairros mais periféricos. Com essa desigualdade, quem mora nessas regiões caracterizadas como deserto tem acesso mais difícil aos alimentos que deveriam compor a base das refeições. É uma sinalização clara de como a questão da alimentação saudável está também ligada ao ambiente e planejamento urbano (PETRO, 2017).

Segundo os estudos de Duran, as pessoas consomem alimentos de acordo com oferta que encontram nas proximidades de suas residências, quer sejam frutas e verduras, quer seja *fast-food*, influenciados pela disponibilidade de mercados e restaurantes próximos de suas casas e trabalho. Ela detectou que moradores próximos de pontos com variedades de frutas as consomem mais - enquanto lugares com mais *fast-foods* estão associados com maior consumo de refrigerante, açúcar, menor consumo de frutas e hortaliças. Dos 26% dos homens analisados e 19% das mulheres comiam em restaurantes de *fast-food* ao menos uma vez por semana e a maior prevalência de obesidade foi encontrada nos homens, uma hipótese é a desigualdade de gênero no trabalho formal onde os homens teriam mais acesso a vale-refeição e consequentemente aos estabelecimentos de venda prioritária de ultra processados (DURAN, 2013; DURAN et al., 2013).

Outro ponto de estímulo ambiental e social ao aumento do consumo de alimentos ultra processados e menor atenção aos alimentos in-natura e a mudança da valorização social das atividades domésticas leva as indústrias agroalimentícias a se desenvolver no espaço de produção que representava a cozinha familiar, propondo produtos cada vez mais prontos ao consumo, substituindo a função socializadora da cozinha, mas não assumindo a qualidade inerente a alimentação caseira, e segundo Poulain (2013) todo este processo desvincula a relação das pessoas com o alimento.

O alimento é visto pelo consumidor como “sem identidade”, “sem qualidade simbólica”, como “anônimo”, “sem alma”, “saído de um local industrializado não identificado”, numa palavra, dessocializado⁴⁸.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, assumindo um espaço antes majoritariamente masculino, é um outro exemplo onde as indústrias agroalimentares conseguiram espaço para “assumir” o papel da alimentação familiar, por uma questão histórica e culturalmente questionável, o cuidado com alimentação humana é tradicionalmente feminino. Quando a mulher assume uma vida profissional, extra domicílio, segue acumulando a responsabilidade sobre a alimentação da família, e como o equilíbrio das

tarefas domésticas¹⁰ entre homens e mulheres ainda não foi alcançado, tão pouco foram criados mecanismos de suporte social para descentralizar esta atribuição do âmbito feminino observa-se a tendência de mudança no padrão alimentar familiar com ênfase nas refeições pré-processadas(POPKIN; GORDON-LARSEN, 2004; LELIS; TEIXEIRA; SILVA, 2012; PNAD; IBGE, 2017 ; MARTINS et al., 2020).

A evolução da maneira de comer é analisada por Poulain (2009a) com base na tese da gastronomia de Fischler (1980), o autor propôs uma abordagem pluridisciplinar da alimentação e de buscar uma interpretação das mutações da alimentação contemporânea, surpreendentemente atuais mesmo 40 anos depois. Fischler entende a modernidade alimentar a partir de três fenômenos: “uma situação de superabundância alimentar, a diminuição dos controles sociais e a multiplicação dos discursos sobre a alimentação”. Estes fenômenos direcionam a alimentação para um processo de desequilíbrio das práticas alimentares e tira a autonomia das escolhas alimentares dos indivíduos, tornando a alimentação uma esfera permanente de decisões, dúvidas e angústias, “nutridas” por discursos contraditórios e imperativos a respeito dos alimentos que hoje se proliferam a uma grande velocidade. Estas imposições higienistas, identitárias, hedonistas, estéticas, entre outras, contribuem para aumentar a ansiedade das pessoas, caracterizando uma situação onde o problema é o excesso de regras e não a falta delas(POULAIN; PROENÇA, 2003).

Para ilustrar o quanto possibilitar um ambiente que promova hábitos saudáveis para a população, independentemente do peso que possuam é importante, vejamos o que diz o estudo de Matheson, King e Everett (2012). Ele avaliou o risco de morte durante um período de quatorze anos, com base

¹⁰ Em 2016, desagregando-se a população ocupada do país por sexo, as mulheres dedicavam 18,1 horas semanais aos cuidados de pessoas ou afazeres domésticos – cerca de 73% a mais de horas do que os homens (10,5 horas semanais). Regionalmente, a maior desigualdade estava no Nordeste, onde as mulheres dedicaram 19,0 horas semanais àquelas atividades, ou 80% de horas a mais do que os homens. As mulheres pretas ou pardas são as que mais se dedicam aos cuidados de pessoas e afazeres domésticos, com 18,6 horas semanais. Entre os homens, o indicador pouco varia quando se considera a cor ou raça ou região.

em quatro hábitos saudáveis: comer frutas e vegetais suficientes, fazer exercícios três vezes por semana, não fumar e beber com moderação, demonstrou que - como seria de se esperar - quanto mais saudável o estilo de vida, menor era a possibilidade de as pessoas morrerem, também previsíveis foram os achados entre as pessoas que estavam acima do peso e não tinham nenhum hábito saudável, estas possuíam um risco muito alto de morrer, na verdade sete vezes maior que o grupo mais saudável do estudo. Entretanto em contraste aos achados esperados aquelas que adotaram apenas um hábito saudável tiveram seu risco de morte minimizado e se os quatro estivessem presentes a mortalidade caía aos mesmos níveis dos não obesos, tornando o efeito do excesso de peso aparentemente nulo(MATHESON; KING; EVERETT, 2012).

3.5 A dieta Neoliberal

Esta relação entre o ambiente, as escolhas e comportamentos alimentares são hoje o reflexo de um processo de transformação dos ambientes alimentares, sobre a influência dos regimes alimentares, conceito elaborado por Friedmann e McMichael (1989), se caracterizando pôr em uma linha de interpretação das transformações ocorridas no sistema agroalimentar desde meados do século XIX.

Os autores descrevem três Regimes Alimentares, o primeiro regime ocorreu entre 1870 e 1914, quando a Europa importava alimentos e matérias primas de suas colônias ao mesmo tempo em que exportava bens manufaturados, mão de obra e capital, especialmente para a construção de ferrovias. Essa divisão internacional do trabalho reafirmava a posição das colônias como produtoras de bens primários e a Europa, mais especificamente a Inglaterra, como produtora de bens manufaturados (FRIEDMANN; PHILIP, 1989).

O segundo regime desenvolve-se entre 1950 e 1970, no contexto pós segunda guerra mundial, na esteira da hegemonia dos Estados Unidos, cujas políticas agrícolas geraram um regime de excedentes, em grande medida

desovados para os países pobres e em desenvolvimento, na forma de exportação e ajuda alimentar, resultando num quadro de dependência do sul por importações de produtos baratos (FRIEDMANN, 1993).

O terceiro regime teve início em meados da década de 1980 e perdura até os dias de hoje, embora ainda não exista um consenso em torno de seus determinantes e mesmo de sua denominação, utilizaremos o nome utilizado pelo sociólogo mexicano Gerardo Otero “*Neoliberal Food Regime*”. Este “Regime alimentar neoliberal”, em tradução literal, trata das influências do neoliberalismo no terceiro regime alimentar global, em cujas análises são levantadas questões que enfatizam o protagonismo do capital transnacional, a liberalização do comércio internacional, a emergência de um sistema agroenergético, em sintonia com transformações produzidas pela engenharia genética e biotecnologia. Na contramão desses elementos estruturantes do terceiro regime destacam-se aqueles formados de forma contra hegemônica, no âmbito dos movimentos sociais (PECHLANER; OTERO, 2010).

Otero desenvolve a noção de “Neoliberal Diet”, um dos principais referenciais teóricos com olhar para os determinantes econômicos e socioculturais dos problemas agrícolas e nutricionais do século XXI. Quatro fatores compõem a dieta neoliberal: as multinacionais do agronegócio, a biotecnologia, o Estado e os supermercados. A ideia é de que não faria mais sentido que o Estado atuasse como regulador dos sistemas alimentares, que deveriam ser deixados a uma espécie de “autorregulação”, entretanto, em matéria de alimentação, o que foi percebido algumas décadas depois foi a promoção de uma dieta e um ambiente obesogênicos (OTERO et al., 2015; PECHLANER; OTERO, 2010; OTERO, 2018).

Essa noção está no centro da crítica de Otero: para ele, não é verdade que exista um Estado mínimo, como defendem os cabeças do neoliberalismo, e sim uma neorregulação. É um Estado que passa a criar medidas regulatórias que favorecem poucas corporações enquanto se retira da proteção social garantida nas décadas anteriores. De acordo com o autor a dieta neoliberal é composta em grande parte por alimentos densos em energia com alto teor de gordura, açúcar e sal, calorias vazias e baixo valor nutricional.

Assim como a crescente adição de ingredientes sintéticos como, corantes, aromatizantes, edulcorantes, saborizantes, acidulantes, espessantes, alimentação frequentemente intitulada “*junk food*” em inglês ou “comida chatarra” em espanhol. Sem a intenção de serem nutritivos, mas sim, super palatáveis, essa dieta tem fortes impactos negativos na saúde, como diabetes, doenças cardíacas e vários tipos de câncer e uma influência importante no processo de ganho de peso da população. Além disso a dieta neoliberal não afeta os indivíduos de maneira igual. Enquanto as pessoas de maior poder aquisitivo consomem mais alimentos de alta qualidade, como frutas, verduras, vinhos, e alimentos orgânicos, aquelas de menor poder aquisitivo, em sua maioria negros e latinos consomem produtos de qualidade nutricional inferior, o que conseqüentemente gera índices desproporcionais de obesidade fazendo dessa uma nova face da discriminação (OTERO et al., 2015).

Isso fica mais evidente, quando Otero, demonstra que é cada vez mais difícil os estratos mais pobres terem acesso a alimentos básicos. Ele traz a informação que de que década de 1970, os gastos com vegetais dos menos privilegiados eram proporcionalmente maiores que nos anos 1990, e desde então a situação só piorou. Em sua visão é incorreto atribuir as pessoas esta redução, como se elas estivessem desistindo de consumir alimentos frescos para dar preferência ao *fast-food* e ultraprocessados, o que ocorre é que elas estão comprando o que se tornou acessível, um dos casos mais extremos é o do México, segundo país mais gordo do mundo, onde os mais pobres não tem acesso a água potável e os refrigerantes são mais baratos que água mineral. A dieta neoliberal exacerba as desigualdades de acesso a uma alimentação saudável (GRAUEL; CHAMBERS 2014), em um sistema alimentar que não tem a ver, única e exclusivamente com escolhas, preguiça ou opção por um estilo de vida menos saudável, em sua análise é improvável que bilhões de pessoas tenham perdido o controle e o interesse em sua saúde e passado a comer mais e pior, a questão é estrutural e, portanto, defende o autor, só pode ser resolvida pelo estado (OTERO et al., 2015; OTERO, 2018).

3.6 Vulnerabilidade

Podemos conceituar vulnerabilidade por “Um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos ” (AYRES et al., 2006; AYRES, 2016b), criado na década de oitenta, durante o aumento da epidemia de HIV/AIDS, oriundo da limitação que a categorização de grupos de risco e a “culpabilização” individual (comportamento de risco) e a pouca contribuição e limitação destes conceitos no auxílio ao tratamento e controle da epidemia, opondo-se a ideia de empoderamento, da capacidade que as pessoas têm de tomar decisões baseadas no seu conhecimento ou informações de forma definitivamente livres sobre suas vidas(MARANDOLA; HOGAN, 2006).

A visão proposta pelo conceito de vulnerabilidade, se diferencia da interpretação do conceito de risco - “A probabilidade de um indivíduo qualquer de um grupo em um dado lugar e tempo, definidos a partir de uma característica de interesse (exposição), apresentar um determinado agravo ou condição de saúde (desfecho) ”. O risco traz em sua gênese outros dois conceitos, o do grupo de risco e do comportamento de risco que se interseccionam com a culpabilização do indivíduo (AYRES et al., 2009).

A vulnerabilidade busca as sínteses conceituais e diretrizes práticas para transformação das dimensões comportamentais, sociais, e político institucionais relacionadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais a um agravo à saúde e suas consequências indesejáveis (sofrimento, limitação e morte), primando pela não exclusão social, estigmatização e discriminação, priorizando o estudo e detecção de suscetibilidades populacionais e como a sociedade responde a elas. O risco tem seu saber fruto de um polo formal e positivista (analítico-matemático), enquanto a vulnerabilidade se vale do saber hermenêutico (compreensivo-interpretativo)(AYRES, 2016b; AYRES et al., 2006).

Quadro 1 - A redução de vulnerabilidade como norte para a construção de estratégias de prevenção e cuidado.

Característica	Abordagem Tradicional	Abordagem da Vulnerabilidade
Alvo	Indivíduos expostos	Pessoas e grupos populacionais suscetíveis
Finalidade	Alertar, orientar	Favorecer a capacidade de resposta
Processos Educativos	Modeladores	Construcionistas
Informação	Transmissão unilateral	Compartilhamento Bilateral
Base Institucional	Setorial	Intersetorial
Agentes Privilegiados	Técnicos	Pares
Expectativa de resposta	Adesão	Autonomia
Impacto visado	Adaptação	Transformação de contextos e relações, reflexão e ação compartilhados

Fonte: Adaptado de Ayres et al (2016)

As análises de vulnerabilidade ocorrem sobre três dimensões, a individual que parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis a doença. A dimensão social que analisa os aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito a vida em sociedade e a programática que visa avaliar como, e em que circunstâncias sociais dada, as instituições, especialmente as de saúde e educação, bem-estar social e cultura atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade (AYRES et al., 2006; AYRES et al., 2016a).

A dimensão individual tem a premissa que qualquer indivíduo pode passar por processos de adoecimento ou de prevenção, que podem envolver desde características de sua constituição física, aos aspectos mais amplos do seu modo de vida, e é neste ponto onde se concentram boa parte da busca na compreensão do nível da qualidade da informação que as pessoas dispõem sobre o aspecto de saúde em questão, sua possibilidade e capacidade de transformar essas preocupações em práticas de prevenção e principalmente suas motivações e habilidades para tal (AYRES et al., 2016b).

Contudo estes processos do adoecimento, assim como, as motivações e habilidades, não podem ser entendidas sem reconhecer sua interação com os outros, e como os processos do cotidiano, construindo as ações e reações

a partir das relações nas quais o indivíduo está imerso e toda sua história pregressa (BARROS; SOUZA; FERNANDES, 2014).

O processo saúde-doença, entendido também como um processo social, delimita que a respostas venham somente do plano individual, deste fato se origina a dimensão social da vulnerabilidade. O contexto de vida da pessoas se relaciona intimamente com o enfoque individual e aspectos como acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, gênero, classe social, organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações geracionais, entre outras tantas, são as que permitem compreender as práticas e comportamentos dos indivíduos e suas relações com o processo de adoecimento ou de qualquer processo de mudança (AYRES et al., 2006; AYRES, 2016b; BARROS; SOUZA; FERNANDES, 2014).

Por fim, a dimensão programática, onde se analisa o cenário dos esforços das instituições sociais (famílias, escolas, serviços de saúde) e o conjunto de políticas, serviços e ações, podem ser elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos, em dadas circunstâncias sociais. Quanto é propiciado, por serviços de saúde, educação, bem-estar social e cultura, aos participantes transformarem seus contextos e se emancipar de situações de vulnerabilidade (AYRES et al., 2006; AYRES, 2016b; BARROS; SOUZA; FERNANDES, 2014).

A noção de vulnerabilidade que pretendemos utilizar para uma compreensão mais ampliada da obesidade na trajetória na fala dos participantes busca criar uma alternativa na compreensão de que o adoecimento das pessoas que se expõem ao ambiente obesogênico, não resulta de apenas de aspectos, fisiológicos, biológicos e comportamentais mas sim de um conjunto de questões individuais, coletivas, programáticas e contextuais que acarretam na maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens na prevenção ou diminuição da suscetibilidade a obesidade (AYRES et al., 2006; AYRES, 2016b).

Compreender a vulnerabilidade (Figura 3 e Quadro 2), possibilita reunir o conhecimento técnico ao sucesso prático no cuidado da obesidade, reduzindo a distância entre a produção de conhecimento e o desenvolvimento de novas tecnologia e políticas de cuidado, mais repletas de possibilidades

Figura 3 - Dimensões das análises de vulnerabilidade

Fonte: Adaptado de Ayres et al (2016)

Quadro 2 - Aspectos a serem considerados nas três dimensões dos estudos de vulnerabilidades

Individual	Social	Programática
		Compromisso político dos governos
		Definição de políticas específicas
		Planejamento e avaliação das políticas
	Normas sociais	Participação social no planejamento e avaliação
	Referências culturais	Recursos humanos e materiais para as políticas
Valores	Relações de gênero	Governabilidade
Interesses	Relações de raça/etnia	Controle social
Crenças	Relações entre gerações	Sustentabilidade
Credos	Normas religiosas	Articulação multissetorial
Desejos	Estigma e discriminação	Atividades intersectoriais
Conhecimentos	Emprego	Organização do setor de saúde
Atitudes	Salários	Acesso aos serviços
Comportamentos	Suporte social	Qualidade dos serviços
Relações familiares	Acesso à saúde	Integralidade da atenção
Redes Sociais	Acesso à educação	Equidade das ações
Relações afetivas	Acesso à justiça	Equipes multidisciplinares
Situação profissional	Acesso à cultura e ao lazer	Equipes interdisciplinares
Situação material	Acesso à mídia	Integração entre prevenção, promoção e cuidado
Situação psicoafetiva	Liberdade de expressão	Preparo técnico de profissionais e equipes
Situação de saúde	Participação política	Compromisso e responsabilidade profissionais
	Cidadania	Promoção e proteção de direitos humanos
		Participação comunitária na gestão dos serviços
		Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
		Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Adaptado de Ayres et al. (2016).

Um exemplo ilustrativo da relação entre ambiente, vulnerabilidade e obesidade, proposta por nosso trabalho, é dada pelo Dr. David L. Katz em uma entrevista ao Yale Daily Ne(KATZ, D., 2014)

Eu costumo comparar a obesidade com o afogamento. Quando alguém está se afogando, não é um problema com seu corpo: os seres humanos não podem estar na água por um período arbitrário, então o problema é uma desigualdade entre o corpo e o ambiente. Em ambas as condições há uma interação entre um corpo

perfeitamente saudável e um ambiente desafiador. Nos dois casos você está exposto a algo que é inicialmente bom, no caso da água, se for por muito tempo você pode se afogar. No caso do ambiente alimentar, você pode engordar. Em ambos os casos, absolutamente todos são vulneráveis, mas, as pessoas são vulneráveis em graus variados. Se nos colocarmos debaixo d'água, eventualmente todos nós nos afogaremos, entretanto, alguns de nós somos capazes de nos mantermos sem respirar por mais tempo. Eu acho que isso é verdade sobre a obesidade: cerca de 80% da população adulta dos Estados Unidos está com excesso de peso ou obesidade. Isso indica que, essencialmente, somos todos vulneráveis, mas não somos todos vulneráveis ao mesmo grau.

Acreditamos que analisar o fracasso no manejo da obesidade, fato demonstrado pelos dados epidemiológicos disponíveis, pela perspectiva da vulnerabilidade pode auxiliar na detecção de responsáveis e na interpretação de possíveis ações que possam estar sendo negligenciadas.

3.6.1 Transposição do conceito de vulnerabilidade para a obesidade

Mesmo se tratando de duas condições etiológicamente distintas - uma doença infecto contagiosa e uma condição crônica não transmissível – os princípios de criação do conceito de vulnerabilidade são muito semelhantes às questões que envolvem a população diagnosticada com obesidade, como por exemplo, a estigmatização, a culpabilização individual e a falta de uma visão Intersetorial, fatores que assim como na epidemia de AIDS, tem colaborado negativamente para o tratamento e controle do ganho de peso da população.

O percurso para a proposta do reconhecimento da vulnerabilidade a obesidade que este trabalho se propõe se dá por alguns pontos. O primeiro é a utilização de um conceito em comum a caracterização como epidemia. Na verdade a obesidade, passou durante o tempo ao nível de pandemia (*Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, 2000*), assim como a AIDS, e desde 2019 a obesidade foi alçada em uma publicação realizada pelo LANCET, como pertencente a uma sindemia¹¹ que

¹¹ Segundo o Centro de Controle e Doenças dos Estados Unidos (CDC), se define sindemia como a interação sinérgica entre epidemias.

reúne três grandes epidemias (obesidade, desnutrição e mudanças climáticas)(SWINBURN et al., 2019).

O segundo aspecto é o próprio estudo da vulnerabilidade e seu surgimento exatamente a partir da eclosão de uma epidemia, o mesmo que de forma mais recente ocorre com a obesidade, e muitas das questões levantadas que são muito similares a ambas condições, permitindo sua adaptação e uso em propostas de melhor entendimento e abordagem da obesidade(AYRES, 2016b):

- O caminho da construção do conceito de vulnerabilidade para a AIDS passou pela necessidade de uma maior interação positiva entre a clínica, a epidemiologia com os campos da psicologia, ciências sociais e educação. Do mesmo modo que acreditamos que a obesidade necessite.
- A compreensão de que qualquer pessoa podia se expor ao vírus e por consequência adoecer, atenuando o estigma e o preconceito. Questão primordial para um melhor manejo da obesidade.
- Que algo da prevenção poderia se dar pela mudança de comportamento, o mesmo que é hoje proposto para a obesidade.
- Que só o comportamento não é o suficiente, pois esta atribuição de toda a prevenção se dar única e exclusivamente pelo indivíduo aumenta a culpabilização e o estigma sobre o portador, afinal ele falhou em seu esforço de prevenção. Fato amplamente identificado na obesidade.
- Que para mudança de comportamento, vontade e informação não são suficientes, há a necessidade de fornecer condições nos mais amplos aspectos sociais para que ela ocorra. Se aplicando amplamente a obesidade como já exposto neste trabalho.

Toda esta trajetória levou a escola de saúde pública de Harvard a propor o conceito de vulnerabilidade, como já definido neste capítulo, como um novo instrumento para uma melhor compreensão e intervenção na epidemia de AIDS. Sendo exatamente o que este trabalho propõe para a epidemia de obesidade.

Um demonstração da similitude entre o conceito de vulnerabilidade e sua aplicação na obesidade se encontra nos Quadros 1 e 2 que propõem os pontos para redução da vulnerabilidade e pontos a serem estudados em suas três dimensões, que se aplicam em sua totalidade a abordagem da obesidade, conforme queremos ilustrar, onde o modo de atuação e prevenção se dá pela

promoção de transformações sociais que reduzam a exposição e a suscetibilidade da população aos agentes causais do agravo ou da doença.

O quadro 3 acrescenta mais um ponto de confluência entre o proposto para a AIDS e a sua utilização para a obesidade quando sugerimos um modelo diferente de prevenção da obesidade, através da redução de sua vulnerabilidade.

Quadro 3 - Comparação da redução de vulnerabilidade com a prevenção tradicional

Componente	Prevenção tradicional	Redução de vulnerabilidade
Alvo	Indivíduos expostos	Pessoas e grupos populacionais suscetíveis
Finalidade	Alertar	Favorecer capacidade de resposta
Processo educativo	Modeladores	Construcionistas
Informação	Transmissão unilateral	Compartilhamento bilateral
Base institucional	Saúde	Intersetorial
Agentes privilegiados	Técnicos	Pares
Expectativa	Adesão	Autonomia
Impacto visado	Mudança de comportamento	Transformação de contextos e relações

Fonte: Adaptado de Ayres et al. (2016).

Outro ganho oriundo de uma visão da obesidade pela perspectiva da vulnerabilidade é a possibilidade de alinhar as condutas ao conceito de promoção de saúde, que teve o início de sua concepção em 1974 no informe Lalonde (LALONDE, 1974) que altera o olhar ultrapassado da mudança do estilo de vida com ênfase na ação individual e preventiva, que surpreendentemente permanece fortemente associado aos tratamentos atuais da obesidade, fomentados pelo esgotado modelo biomédico, focado nos determinantes biológicos (HEIDEMANN et al., 2012).

Em continuidade a este processo de mudança e evolução do conceito de promoção da saúde é elaborada a carta de Ottawa(WHO, 1986), segundo a Carta, há cinco campos fundamentais de ação:

1. Implementação de políticas públicas saudáveis,
2. Criação de ambientes saudáveis,
3. Capacitação da comunidade,
4. Desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e
5. Reorientação de serviços de saúde.

E nove condições e recursos fundamentais para a saúde:

- I.paz
- II.habitação
- III.educação
- IV.alimentação
- V.recursos económicos
- VI.ecossistema estável
- VII.recursos sustentáveis
- VIII.justiça social
- IX.equidade

Ao acrescentarmos aos conceitos acima os princípios e valores que se expressam como fundamentais as práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde(SAÚDE., 2015.; WHO, 1998).

- concepção holística,
- intersetorialidade,
- intrasetorialidade
- empoderamento
- autonomia
- participação social
- integralidade
- territorialidade.
- ações multi-estratégica
- sustentabilidade

Podemos considerar a promoção da saúde e seu alinhamento com vários elementos na vulnerabilidade, já que ambas buscam transformar e compreender os processos e determinantes do transcurso saúde-doença-cuidado desde uma perspectiva sociopolítica, ambiental e comportamental, como sendo uma visão promissora para melhor compreender e tratar a obesidade.

[...] Segundo Gutierrez, 1996 promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (apud (SAÚDE, 2014)

Estes pontos reforçam uns dos objetivos deste trabalho, ampliar a discussão sobre a necessidade de superarmos o modelo biomédico que impera no tratamento e prevenção da obesidade, que se concentra na doença como um fenômeno individual, culpabilizando e estigmatizando os indivíduos com obesidade, e uma alteração e na assistência primordialmente focada nas questões biológicas e curativas que desconsidera a vulnerabilidade da população a obesidade.

3.7Culpabilização e comportamento

Explorando a dimensão individual da vulnerabilidade, percebemos sua intersecção com a culpabilização. Todo o adulto com excesso de peso ou pais com filhos “gordos” em algum momento da vida já foram acusados de se comportar de modo irresponsável e negligente em relação a sua saúde ou de seus familiares, adotando ou permitindo estilos de vida e comportamentos referentes aos cuidados com a alimentação e o corpo prejudiciais à saúde, afinal “Se os próprios indivíduos não se controlam, o problema seria deles. Ninguém os obriga a comprar ou a consumir”(POULAIN, 2009). Contudo, esta acusação omite, ao nosso modo de ver, o contexto social extremamente vulnerável quando relacionado a obesidade. No processo de globalização e no conceito capitalista, a economia de mercado é baseada no crescimento do consumo, quando este conceito é aplicado à nutrição, o resultado é um consumo energético passivo e excessivo.

As escolhas alimentares os locais de compra e consumo, o número de refeições e o tempo de cada refeição sofrem grandes transformações. Isso aliado ao aumento dos alimentos processados, mais baratos e acessíveis e

ampla e efetivamente divulgados e promovidos pela mídia, possibilita que a pandemia de obesidade possa ser considerada, em grande parte, como uma resposta normal do indivíduo ao ambiente obesogênico no qual ele está inserido (POPKIN; GORDON-LARSEN, 2004; JACOBS; TAPSELL, 2013; SWINBURN et al., 2011).

Um limitante ao se culpar o paciente sobre sua condição é a subordinação a uma norma vigente, a de que ao se adquirirmos determinados conhecimentos, nos tornamos capazes de controlar uma determinada condição ou doença. Como já discutimos neste trabalho, não estamos tratando a obesidade como doença, contudo todos seus tratamentos e condutas prescritas foram construídas e se direcionam neste sentido. Crer nestes conceitos como fator exclusivo e sucesso nas práticas de saúde, direciona o profissional a se ater a negatividade da doença e ao fato de que se o paciente não os coloca em prática é culpado por todos os males que sofre. (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014)

Em um modelo proposto por Swinburn et al. (2011) os determinantes da obesidade, que interferem no balanço energético, se dividem em – eixo proximal (os comportamentos) – e eixo distal (os ambientes). Fazem parte do eixo distal, as políticas econômicas e sociais, a regulação do mercado e os regimes de taxaço. Como ilustração podemos citar o marketing persuasivo e taxativo associado a um sistema de distribuição que aumenta o fornecimento e acesso a alimentos com alta densidade energética, palatáveis e extremamente baratos. Como anteriormente citado, focar as atenções e as intervenções somente nos comportamentos individuais, não tem surtido efeito, dado ao perceptível contínuo aumento da epidemia global de obesidade (SWINBURN; et al., 2011), por esta razão atuar de forma coordenada sobre a complexa interação entre os múltiplos fatores ambientais, permitindo que as pessoas tenham a oportunidade de fazer melhores escolhas e se alimentem de forma mais saudável é parte do combate a vulnerabilidade social e programática proposta por este estudo (DURAN et al., 2013; JACOBS; TAPSELL, 2013).

4 MÉTODO E CAMPO DE PESQUISA

A partir dos objetivos propostos, considera-se que o método qualitativo se mostra o mais adequado à proposta, na medida em que dá suporte a investigação de processos e fenômenos sociais complexos, envolvidos com o crescente aumento da obesidade em nossa população, considerando a particularidade de diferentes atores e suas preocupações, bem como estudar os sentidos de suas ações e conhecer suas interpretações a respeito (DESLAURIERS, 2008).

A pesquisa qualitativa tem como verbo principal o compreender e o objetivo de exercer a capacidade de se colocar no lugar do outro (MARTINS, 2004; MINAYO, 2012).

Assume-se então que os dados não falam por si, nem descrevem uma realidade; que o conhecimento produzido em campo é sempre produzido por um pesquisador, ele próprio um ator social, que, pelas lentes de suas próprias condições identitárias e contextuais, olha seu objeto de uma determinada perspectiva, e constrói sobre o campo de pesquisa uma narrativa única (BASTOS; BIAR, 2015).

A produção dos dados empíricos foi conduzida pela abordagem qualitativa com utilização da técnica de entrevistas semiestruturadas e análise narrativa. Entrevistas semiestruturadas são consideradas conversas com finalidade e são compostas por um conjunto de perguntas previamente definidas, conduzidas em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2014).

Optou-se por utilizar entrevistas semiestruturadas pela possibilidade de captar os relatos de experiência narrados, representados e recontados pelos participantes. Com essa modalidade de entrevista qualitativa, os eventos narrados seguem uma ordem significativa, coerente, permitindo uma articulação entre passado, presente e futuro. Como salienta Ricouer (2012), a partir da entrevista são produzidas informações que ocorreram no passado com o olhar do presente e a projeção do futuro. Nesse sentido, a técnica de

entrevista proporciona ao entrevistado contar suas histórias com reduzida interferência, numa sequência de fatos para os quais encontra explicações e sentidos possíveis (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2015).

Nas entrevistas semiestruturadas, o entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (DUARTE, 2004; OLIVEIRA, 2010).

A principal vantagem da entrevista semiestruturada é que quase sempre produz uma melhor amostra da população de interesse e permite explorar em profundidade a perspectiva dos atores sociais, indispensável à apreensão e compreensão das condutas sociais abrindo a possibilidade de compreender os dilemas e questões enfrentados pelos atores sociais, possibilitando atingir o universo simbólico da obesidade na população estudada e denunciando dificuldades e iniquidades. É uma ferramenta de informação destacadamente capaz de elucidar as realidades sociais, um instrumento privilegiado de exploração do vivido dos atores (DUARTE, 2004).

A entrevista partiu de um roteiro pré-estabelecido (Anexo 1), mas de natureza aberta, constituída intencionalmente por perguntas amplas sobre a história alimentar e o papel e efeitos da obesidade na trajetória dos indivíduos. As perguntas não foram construídas atribuindo julgamentos sobre a obesidade. A ideia foi possibilitar aos participantes a liberdade não estigmatizadora sobre um tema já tão investido por preconceitos e crenças distorcidas. Empregamos o roteiro de forma fluida quanto a ordem das questões, e exploramos determinadas reflexões quando fossem oportunas e respeitando o curso da narrativa proposto pelo (a)s participantes.

No roteiro proposto, buscamos contemplar o contexto alimentar durante a vida, conceitos e concepções sobre alimentação, ambiente

obesogênico, vulnerabilidades, experiência com a obesidade e tratamentos, isso tudo sobre a percepção de cada sujeito.

Optou-se por usar a ferramenta critério de classificação econômica Brasil 2016, da associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP)¹², para obter a classificação socioeconômica dos participantes (PILLI; *et al.*, 2016).

A classificação nos níveis de obesidade dos participantes foi realizada através da utilização do Índice de Massa Corporal, parâmetro que vem sendo questionado quanto sua utilização isolada par o diagnóstico de obesidade no indivíduo por não levar em consideração a real composição corporal, segue sendo amplamente utilizado na prática clínica cotidiana e em escala populacional por sua facilidade de mensuração e por ser uma medida não invasiva e de baixo custo (POULAIN, 2013; BRASIL, 2014).

O IMC¹³ é estimado pela relação entre o peso e a altura do indivíduo, expresso em kg/m². A fórmula para o cálculo do IMC é: peso (em kg) dividido pela altura elevada ao quadrado(em metros) (*Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, 2000; ABESO, 2016*).

$$\frac{\text{peso (em kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em metros)}}$$

¹² A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE

¹³ A utilização do IMC como um parâmetro antropométrico em nosso trabalho, tem apenas caráter ilustrativo, tendo o sentido de demonstrar a diversidade de pessoas que se identificam como gordas ou obesas, entretanto em nenhum momento foi critério de seleção dos participantes da pesquisa.

Quadro 4 - Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) em Adultos 20-60 anos

Classificação	IMC (quilograma/m²)
Baixo peso	<18.5
Peso Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidade Classe 1	30-34.9
Obesidade Classe 2	35-39.9
Obesidade Classe 3	>40

Fonte: Adaptado de OMS (2000) e Abeso (2016).

Nosso interesse neste estudo envolve buscar o entendimento de alguns aspectos da vulnerabilidade, relacionados à obesidade especificamente diferenciando as trajetórias de vida pelos gêneros e classes sociais, já que partimos do pressuposto que a trajetória de vida não está isenta destas questões, principalmente em um país com tamanha inequidade como o nosso. Essa busca se dará através da análise de narrativa que compartilhe da legitimidade metodológica das entrevistas na articulação entre trajetória de vida e subjetividades com o recorte temporal e contexto sociocultural analisados (BORN, 2001; CEDRO, 2011).

4.1 A produção dos dados empíricos e o (a)s participantes da pesquisa

A produção dos dados empíricos desta pesquisa ocorreu em um Hospital privado, de grande porte, situado no município de São Paulo. Nossa pretensão foi acessar os colaboradores da instituição guardando a diversidade de gênero, idade e perfil sócio econômico.

Quanto ao tamanho amostral, partimos da compreensão de que em pesquisa com metodologia qualitativa o número de participantes que comporá o grupo de entrevistas dificilmente pode ser determinado previamente, já que depende da qualidade das informações obtidas assim como da profundidade

e do grau de recorrência e divergências destas informações no decurso da realização das entrevistas. As entrevistas permaneceram sendo agendadas enquanto foram aparecendo dados originais ou pistas que podiam indicar novas perspectivas à investigação precisa continuar.

Diante disto, utilizamos a técnica conceitual de saturação, que consiste em interromper a inclusão de novos participantes quando se percebe que as informações relativas ao objeto de pesquisa, dependendo do volume e qualidade, tornam-se cada vez mais consistentes e densos e se torna possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios.

Nesse estágio, as categorias de análise, os discursos e os sentidos se tornam repetitivos ou redundantes, passando a contribuir pouco à análise do objeto em questão, o que configura o que se convencionou chamar de “ponto de saturação”. A definição do “ponto de saturação” depende indiretamente do referencial teórico e recorte do objeto, e diretamente dos objetivos da pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população estudada (DUARTE, 2002; FONTANELLA et al., 2008; FONTANELLA et al., 2011)

O convite à participação estendido aos potenciais participantes do estudo foi moldado pelo recorte proposto pelo estudo, buscando alcançar uma maior diversidade de opiniões, sentimentos, sentidos e situações referentes a obesidade e a ser gordo ou obeso.

A aproximação foi feita, em um primeiro momento, por relações de relativa proximidade com o pesquisador. A abordagem inicial iniciava com uma conversa sobre do que se tratava a pesquisa, seus objetivos e o uso da entrevista semiestruturada. Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, deixamos claro que não estávamos em busca do “certo” e “errado” nas respostas, e sim que nos interessava suas histórias e trajetórias de vida na relação com seu peso e alimentação.

As três primeiras entrevistas foram utilizadas como uma fase “piloto” na qual a compreensão e viabilidade do roteiro foram testados. As duas entrevistas seguintes, que já compõem a produção de dados deste estudo foram fruto de um contato direto do pesquisador com a equipe de pesquisa

em nutrição do Hospital que indicaram as participantes, pois elas participaram da amostra de um outro estudo que tratava pessoas com obesidade. As demais se dividiram em duas fontes, o encaminhamento feito pela nutricionista do setor de medicina do trabalho do hospital e pela indicação de colaboradores que já haviam participado do estudo, aproximando do conceito de “bola de neve”, quando o pesquisador se insere em um rede de relacionamentos, neste caso de trabalho, e alcança novas entrevistas a partir de sucessivas indicações(KENDALL *et al.*, 2008).

Os agendamentos das entrevistas¹⁴ foram realizados de acordo com as disponibilidades de dia e horário do(a)s participantes e ciência e liberação de seus superiores quando necessário. Vinte e três das entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho do (a)s participantes, estes horários foram priorizados e escolhidos para evitar novos deslocamentos dos participantes a um outro local, assim como gastos desnecessários. A exceção de duas participantes que optaram, uma por realizarmos a entrevista antes do seu horário de início do trabalho e outra por ser após seu horário de trabalho.

Deixamos claro a ambas e aos seus superiores que as entrevistas se adequariam aos seus horários, para que não causassem nenhum prejuízo ao seu trabalho. A estratégia se mostrou apropriada pois evitava uma alusão ao constrangimento de uma ‘imposição’ dos superiores na participação do estudo e uma suspeita sobre repercussões no ambiente de trabalho. As entrevistas foram realizadas em uma sala privativa do hospital, local que previmos como o mais indicado aos participantes para a realização das entrevistas.

A duração das entrevistas variou entre 39 minutos a 1 hora e 2 minutos. Todas foram gravadas em áudio digital. Posteriormente, foram transcritas na íntegra por um profissional capacitado para posterior análise. Após o recebimento das transcrições o pesquisador realizou a leitura simultaneamente

¹⁴ As entrevistas piloto ocorreram entre fevereiro e julho de 2018, as demais no período de fevereiro a junho de 2019. Estas incluíram 08 homens e 17 mulheres, que se auto identificavam como obeso (a)s ou gordo(a)s. O quadro geral dos participantes está apresentado no capítulo de resultados.

a escuta, para garantir a qualidade e completude das transcrições das narrativas produzidas.

O diário de campo, como instrumento auxiliar no momento de realização das entrevistas serviu ao propósito de compilar acontecimentos, impressões gerais, reflexões, sentimentos e emoções intrínsecas a cada entrevista, possibilitando complementar e ajudar na análise delas.

4.2 Percurso analítico-interpretativo

Utilizamos a análise narrativa como marco teórico metodológico para compreensão de ser gordo ou obeso na trajetória de vida dos participantes. Entendemos trajetória de vida como um conjunto de eventos que fundamentam a vida de uma pessoa e que normalmente é determinada pela frequência dos acontecimentos, pela duração e localização dessas experiências ao longo da vida (BORN, 2001) onde podemos acessar informações por meio dos relatos de tais experiências (ABDAL *et al.*, 2016).

A trajetória de vida procura desvendar e descrever articulações entre fenômenos objetivos e a experiência subjetiva ao longo da vida e por meio de padrões similares em várias histórias individuais. Busca, também, identificar uma sequência recorrente de eventos, tipificando o trajeto pelo qual os indivíduos chegam a ocupar suas posições sociais, possuindo também como premissa a busca da reconstrução dos sentidos conferidos pelos indivíduos aos eventos que julgam significativos em seus percursos pessoais, reconstruindo subjetivamente os percursos biográficos das posições objetivas que fizeram parte de seu perfil biográfico em relação ao tema proposto (ABDAL *et al.*, 2016). Considerar as trajetórias significa dar relevo às interpretações dos sujeitos para acontecimentos, movimentos e ações individuais ou coletivas (CEDRO, 2011).

No tocante as narrativas, tal qual utilizadas nesse estudo, estas são reconhecidas como uma forma discursiva como um objeto privilegiado da pesquisa social. É o discurso construído na ação de contar histórias em contextos cotidianos ou institucionais, em situações ditas espontâneas ou em

situação de entrevista para pesquisa social. Ao produzir narrativas no contexto de interação com o pesquisador, os indivíduos organizam suas experiências de vida e constroem sentido sobre si mesmos. E, com isso, enquanto pesquisadores, podemos alcançar e aprofundar inteligibilidades sobre o que acontece na vida social (BASTOS; BIAR, 2015).

Os estudos narrativos contém como elementos comuns(CRESWELL, 2013):

- A produção de histórias dos indivíduos, estas são co-construídas entre o pesquisador e o participante, de forma colaborativa e fruto da interação entre ambos, e tem como intenção transmitir uma mensagem ou ponto de vista.

- Contam a experiência do indivíduo, e permite trazer a luz a sua identidade e como este vê a si mesmo.

- Pode produzir dados das mais diversas formas, sendo as entrevistas a opção primária.

- Normalmente são ouvidas e desenhadas pelos pesquisadores de forma cronológica, entretanto não são contadas pelos participantes deste modo.

- Podem ser analisadas das mais diversas formas. Podem ser analisadas tematicamente, estruturalmente (de acordo com a natureza da história) ou por desempenho dialógico.

A modalidade de pesquisa que utiliza as narrativas é considerada um tipo específico de discurso e sua análise tem algumas características que a tornaram uma abordagem produtiva. Dentre elas a possibilidade de entendimento dos padrões dinâmicos do comportamento humano; a captação da interligação entre “vida” e “história/trajetória de vida” em uma contínua produção de significado; além de potencializar o resgate do ponto de vista dos agentes sociais, especialmente dos “silenciados, aqueles comumente situados no polo subordinado dos sistemas de dominação”(ABDAL *et al.*, 2016; p12).

Em síntese, a análise de narrativa configura-se como uma ferramenta útil a esse projeto na medida em que, segundo Bastos (2015), ela: (i) promove

diálogo entre múltiplas áreas do saber; (ii) se debruça sobre a fala dos diversos atores sociais, nos mais diversos contextos; (iii) reverbera entendimento do discurso narrativo como prática social constitutiva da realidade; (iv) nega a possibilidade de se delinear as identidades estereotipadamente, como instituições pré-formadas, atentando para os modos como os atores sociais se constroem para fins locais de performance (v) avança no entendimento sobre os modos como as práticas narrativas orientam, nos níveis situados de interação, os processos de resistência e reformulação identitária.

As categorias de análise eleitas emergiram do trabalho de identificação dos conteúdos recorrentes no discurso dos participantes, trabalho realizado pelo pesquisador e uma pesquisadora independente para que uma amplitude de temas surgisse, a partir de dois olhares diferentes. Após ambos chegarem a um consenso sobre quais temas foram identificados/criados, foi então construído uma planilha contendo as categorias e os trechos em destaque para dar início a análise.

A análise das categorias buscou construir uma interpretação do contexto, das razões e das lógicas de falas e narrativas produzidas por meio das entrevistas. O foco analítico para a compreensão do fenômeno se concentra no olhar dos participantes que se auto referem como gordos ou obesos de realidades socioeconômicas e identidade de gênero distintas, delimitado por duas dimensões: - a do olhar do sujeito sobre o contexto socioambiental que o cerca e a influência deste sobre a gordura corporal e a obesidade. Somado a isto, demos relevo ao olhar subjetivo de suas dificuldades e limitações perante o enfrentamento do problema.

Tal como proposto por Couto et al. (2009b), a trajetória analítico-interpretativa, percorreu os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material; (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos participantes da pesquisa; (e) diálogo entre as ideias

problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

As categorias analíticas construídas nesse estudo foram: (1) A trajetória da alimentação (2) A relação com a alimentação (3) Corpo e estigma (4) Culpa e tentativa de controle (5) Lidando com a obesidade, cada uma interpretada e sintetizada em capítulos nos resultados do estudo.

4.3 Interpretações do pesquisador-intérprete durante o trabalho de campo

O pesquisador como parte integrante, não neutra e em graus variados de proximidade com o (a)s participantes, especialmente na produção de dados de um estudo qualitativo, torna seu envolvimento em campo como um participante, pois quando produz o dado e o interpreta, participa. Pois, na pesquisa qualitativa, se aceita a influência de crenças e valores sobre a teoria e o envolvimento emocional do pesquisador com o seu tema de investigação (GÜNTHER, 2006). Em consonâncias com estas afirmações, acreditamos que seja importante compartilhar com o leitor um breve relato sobre algumas impressões e percepções sobre o campo e os participantes da pesquisa.

Foi muito trabalhoso iniciarmos o trabalho de campo (entrevistas), dado que elas seriam realizadas no ambiente de trabalho dos participantes e, para tanto, seria necessário usar cerca de uma hora da jornada de trabalho deles. Todo o processo de acesso e entrada no trabalho de campo demandou a apresentação do projeto em muitas instâncias internas ao hospital, *locus* da investigação: chefia imediata do pesquisador, que também trabalha na instituição, dado que eu também necessitaria realizar o campo durante o horário de trabalho, as áreas de recursos humanos e medicina do trabalho e, finalmente, a superintendência clínica.

Com a liberação em mãos, e todos os documentos referentes a autorização devidamente assinados (Anexos 3,4 e 5) não foi mais fácil, pois havia necessidade de encaixar três horários: o meu, o do (a) entrevistado (a) e o da sala que tínhamos disponível. A sala de realização das entrevistas merece um comentário a parte. Por tratar-se de um local bem isolado na instituição, com proteção acústica e climatizado, o que trazia conforto aos participantes e uma maior segurança quanto ao sigilo e anonimato, ela era fundamental para garantir privacidade e segurança aos participantes, conforme preconizado pelos procedimentos de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, os quais detalharemos na próxima sessão.

Os agendamentos foram realizados de acordo com os horários do (a)s participantes e em dias escolhidos por ele(a)s. Somente duas pessoas optaram por realizar as entrevistas fora de sua jornada dentro do hospital, uma optou por efetuarmos a entrevista antes do seu horário de início do trabalho e outra por ser após seu horário de trabalho. Deixamos claro a ambas e aos seus superiores que as entrevistas se adequariam aos seus horários, para que não causassem nenhum prejuízo ao seu trabalho.

A seleção dos participantes foi moldada pelo recorte proposto pelo estudo, buscando alcançar uma maior diversidade de opiniões, sentimentos, sentidos e situações referentes a obesidade. As três primeiras entrevistas foram resultado de convites feitos pessoalmente pelo pesquisador por proximidade de convívio, estas foram utilizadas também como uma fase piloto onde a compreensão e viabilidade do roteiro foram testados.

Por minha inexperiência na produção de dados em uma pesquisa qualitativa, as primeiras entrevistas, a meu ver, foram de menor qualidade e algumas das mais curtas, principalmente pelo fato de seguir o roteiro de forma rígida, muito por insegurança em “contaminar a amostra” vícios de minha bagagem de estudos epidemiológicos, onde o receio de vieses afasta o pesquisador do sujeito de pesquisa. Contudo, a cada entrevista, e claro, muito apoiado pelas orientações e recomendações de leitura sobre o método e leituras sobre entrevistas para produção de dados qualitativos, a desenvoltura e confiança foram aumentando e as sessões foram muito mais tranquilas no

sentido de proporcionar ao entrevistado (a) tornar-se narrador e conduzir sua fala. Este, sem dúvida, foi um ganho como aluno de pós-graduação, na medida em que percebe que o aprendizado se dá em várias etapas do processo.

Quanto às peculiaridades das entrevistas, alguns momentos e situações merecem destaque. Parece ser de conhecimento comum que a atenção aos cuidados com a saúde pelos homens é diferente de como ocorre com as mulheres, neste sentido era esperado que o maior interesse pelo tema proposto fosse observado pelas participantes do sexo feminino. Entretanto, mesmo se tratando de temas aparentemente mais sensíveis às mulheres (peso e imagem corporal), havia uma maior naturalidade, por parte das voluntárias, no contato para o agendamento das entrevistas. A desigualdade de gênero só não foi maior pois, em parceria com a nutricionista de medicina do trabalho, fizemos uma divulgação voltada aos seus pacientes homens e uma busca mais ativa de possíveis interessados em setores do hospital predominantemente masculinos, como o serviço de segurança.

Ainda por este olhar da perspectiva de gênero, a minha impressão enquanto pesquisador homem era que para as mulheres aquele foi um momento (entrevista) de desabafo, momento que lhes proporcionou falas e reflexões diferentes daquelas comumente compartilhadas nos ambientes de consultórios médicos e de nutricionistas, onde já haviam falado sobre obesidade, ser gorda, seus corpos e como se sentiam perante os familiares, amigos e colegas de trabalho. Vale ressaltar que, ao me apresentar a eles e elas, não citava minha profissão de formação, pois acreditamos que esta informação poderia interferir de algum modo, por constrangimento ou pelo excesso de tratamentos que muitos já tinham tentado, o que poderia motivar narrativas mais medicalizadas sobre o tema, além de constrangimentos e reticências.

Já durante as entrevistas com os homens, a tônica era de uma fala “de se justificar”, aparentemente para eles mesmos, do porquê ter ganho peso no decorrer da vida. Ao contrário das falas provenientes das mulheres, não havia tanto foco nos prejuízos de ser gordo; havia até uma certa aceitação de que,

sendo homem, era possível conviver com este corpo mais gordo desde que a saúde não fosse prejudicada.

Na contramão do exposto, duas entrevistadas se mostram menos impactadas pelo seu peso e forma corporal, por razões e condições diferentes, mas interessantes para o crescimento da discussão em termos da complexidade que envolve a questão abordada nesta Tese. E um dos entrevistados, também de forma divergente dos demais homens, trazia em suas respostas muita preocupação com as questões estéticas.

O primeiro caso foi da entrevistada 18 (EA18) que devido a sua história de vida perante a alimentação, não teve uma fala tão penosa quanto ao seu excesso de peso. Abaixo o trecho da entrevista.

Uma coisa que eu e minha mãe fala muito para os meus irmãos é que eles têm muita mordomia. Porque eu e a minha mãe passamos muita necessidade. A gente via revista, recortava e colocava sal e vinagre e comia. [rir]

ENTREVISTADOR: E qual era a importância da comida para vocês? (Pelo o que estou entendendo vocês tiveram uma fase que não tinha o que comer mesmo, não é?) E aí qual foi a importância da comida na família de vocês?

Para mim, pelo menos, sempre foi muito importante. Porque eu tive uma fase ruim e quando faltava era difícil. Tanto que eu falo para minha pequena hoje porque ela tem problema de comer e não se alimenta direto (até mesmo com besteira) é uma criança que não come besteira toda hora. Não quer o feijão, se come o feijão no almoço não quer na janta. Aí eu falo para ela “tem tanta criança na rua que passa fome” e começo a contar a minha história para ela e ela “mãe, você comeu papel?” “Comi, eu e a avó comemos papel” Aí tento passar isso para eles porque para mim é muito importante.

Este foi para mim o momento mais difícil de todas as entrevistas, eu estava ali para ouvir histórias, situações, ideias que nos ajudassem identificar pontos no material empírico que fizesse sentido junto às perspectivas da vulnerabilidade, marcadores sociais e obesidade, mas não isso. Foi difícil, e muito impactante para mim, ouvir que alguém comeu papel motivado pela fome. Tentei como pude não expressar meu incomodo e indignação com o “mundo socialmente desigual”, com a materialização da fome em forma de depoimento. Foram necessários alguns minutos para que eu retornasse a estar plenamente presente na entrevista.

A outra entrevistada, que também não trazia em seu discurso a interpretação de inadequação do seu corpo, mesmo não atendendo aos “padrões vigentes”, segundo sua própria interpretação, foi a EA12. Ela era a mais nova de todos os participantes. Tendemos a acreditar que esta seja uma razão para uma postura tão dispare frente às demais, pois foi a única entrevista em que o ativismo gordo e sua ação contra a gordofobia e o padrão estético imposto pela mídia apareceu; temas muito presentes nas redes sociais, de ampla utilização por pessoas mais jovens. Assim, por mais que geração não tenha sido um marcador social definido a priori no desenho do estudo, acredito que a fala a seguir

... tem uma parte da rede social também que defende essa parte plus size, essa parte gordinha, e ela... eu pelo menos tenho várias influenciadoras que são gordinhas e elas falam exatamente isso “você é gordinha, mas você tem que ter hábitos saudáveis também”, não é porque você é gordinha que “vou comer besteira, vou me acabar na pizza, no chocolate”, não, eu tenho que ter uma alimentação saudável, porém você pode ter o corpo que você quiser, você pode emagrecer, porque o corpo é teu, então se você quiser emagrecer você pode emagrecer, e se você quiser continuar com teu corpo assim é só simplesmente você se aceitar e usar uma roupa que você goste, usar... sem aquela pressão da sociedade “você não pode usar uma roupa mais colada porque a sua barriga vai marcar”, enfim. Eu vou e se tiver que usar uma roupa mais justa eu uso, ué, é o meu corpo, é o corpo que eu tenho, gente...

Quanto ao homem que demonstrava preocupações estéticas com seu corpo, estas iam em direção ao estereótipo conhecido do padrão esperado do corpo masculino, mais forte e musculoso e com impacto importante em sua alimentação, auto estima e outros aspectos da vida como trabalho e relacionamentos.

Em torno dos 17, 18 anos, que daí você já começa a ficar de olho numas menininhas, coisa e tal, e assim... por eu ser muito magro eu não levava muita vantagem assim perto dos outros que eram mais fortinhos, daí eu comecei a fazer musculação. Daí a alimentação eu comecei a ler muita revista, na época saiu uma revista que eu não me recordo o nome, mas era voltado pros halterofilistas, pros fisiculturistas, tinha bastante reportagem com o Arnold Schwarzenegger, Sylvester Stallone. Daí tinha uma rotina que eles mantinham pra ter ganho de massa muscular. Daí eu embarquei nessa. Daí, por dia, eu consumia em média de 12 a 20

ovos... [Por conta própria?] Por conta própria. Eu dispensava as gemas, só comia as claras. No máximo, eu comia duas gemas por dia, ou seja, dois ovos inteiros por dia e o restante era só clara. E... eu fazia vitamina inclusive com claras de ovos, banana, maçã e mamão, misturava tudo junto com meia dúzia de clara de ovo, tomava isso de manhã, antes de ir pra academia e após, quando voltava da academia. De três pra quatro meses eu malhando, eu pesava 63 quilos com 1,80m, passei a 74, só de massa muscular. Depois que eu parei, foi em 2008, fiquei 2009, 2010 em média pesando 102 quilos, mas de músculo, de massa muscular.

De um modo geral as entrevistas tinham um grau de aprofundamento satisfatório para os objetivos do estudo, contudo, para retratar o campo com um grau de detalhes e sutilezas que possa transportar o (a) leitor(a) ao processo de trabalho de campo, conto a história da entrevista mais densa e profunda. No momento da entrevista, na sala destinada para a pesquisa, submergimos no universo dos significados e experiências de modo tão denso e rico que, apesar de todo o barulho e movimentação incomuns fora da sala, não pensamos em nenhum momento em interromper a conversa estabelecida. E o que ocorria lá fora? A resposta veio ao final da sessão: O hospital estava incendiando.

Ao final das entrevistas, a reação comum a praticamente todos os participantes foi de agradecimento e de se disponibilizar a falar mais sobre o tema caso fosse necessário, cinco me pediram para avisar quando a tese estivesse concluída, pois gostariam de lê-la.

4.4 Aspectos éticos

Em termos éticos, a pesquisa atende ao disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP – FMUSP) e ao Comitê de ética da Instituição de Saúde onde a pesquisa ocorreu e aprovado sob o parecer 2.209.303 (ANEXO 6). Os aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram detalhadamente explicados pessoalmente a cada participante pelo pesquisador que conduziu o estudo, esclarecendo que a participação era

voluntária e que poderia ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Neste momento inicial do contato com os potenciais participantes do estudo foi garantido o total sigilo dos seus nomes, respostas e dados pessoais fora do contexto do estudo, lhes garantindo o direito ao anonimato. Para tanto, todos os nomes dos participantes foram trocados por nomes uma codificação. Ao final desta explicação todos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) para ser lido e assinado juntamente com a pesquisador e cada parte ficando com uma cópia assinada por ambos, de acordo com o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Apresentação dos Participantes

A pesquisa qualitativa, através do foco nos significados atribuídos pelos indivíduos ao objeto de estudo, proporciona um percurso científico apropriado à compreensão de fenômenos complexos, como o do proposto por este trabalho. Nesta direção, torna-se apropriado e necessário apresentar, mesmo que brevemente, os participantes aos leitores.

A questão do sigilo absoluto dos participantes foi um dos pontos mais sensíveis para que o hospital, onde a produção dos dados empíricos aconteceu, permitisse a realização das entrevistas com seus funcionários e dentro de suas instalações, dado que uma das contrapartidas exigidas é a apresentação deste material para os gestores, e a todo o setor/funcionário da instituição que tenha interesse no tema.

Por estas razões eles e elas são apresentados na Tabela 2 abaixo, com seus nomes substituídos por códigos alfanuméricos e somente com as informações pertinentes aos objetivos do estudo. Acreditamos que valha a pena acrescentar, sem vínculo direto ao participante, a informação das profissões/atividades exercidas, pois um dos nossos intuitos era ter uma boa abrangência sobre as diversas funções e ofícios, já que o público é composto por trabalhadores de um hospital.

Os participantes, todos residentes na região metropolitana de São Paulo, atuavam nas seguintes atividades – gestão, lavanderia, segurança, enfermagem, administrativa, medicina, farmácia, limpeza, pesquisa, cozinha e coordenação de equipes.

Tabela 2 - Características do(a)s participantes.

Participante	Gênero	Cor	Idade	Cidade	Escolaridade	Classe*	Renda Mensal (R\$)	Peso (kg)	Estatura (m)	IMC (kg/m ²)
E1	M	Pardo	39	São Paulo	Superior incompleto	B1	3000	165	1,89	46,19
EA2	F	Negra	32	Mogi das Cruzes	Superior completo	B2	4000	71	1,6	27,73
E3	M	Branca	49	São Paulo	Superior completo	A	15000	108	1,79	33,71
E4	M	Pardo	50	São Paulo	Superior completo	B2	3500	100	1,79	31,21
EA5	F	Branca	28	Santo André	Médio completo	A	4000	95	1,73	31,74
EA6	F	Branca	38	Guarulhos	Superior incompleto	C1	3000	69	1,54	29,09
E7	M	Branco	31	Pirituba	Superior completo	B2	3500	103	1,8	31,79
EA8	F	Parda	27	Osasco	Fundamental incompleto	D-E	1100	112	1,55	46,62
EA9	F	Parda	66	São Paulo	Analfabeto	D-E	1540	78	1,62	29,72
E10	M	Pardo	39	São Paulo	Médio completo	B1	2500	89	1,64	33,09
EA11	F	Branca	46	São Paulo	Médio completo	C1	1800	76	1,55	31,63
EA12	F	Parda	19	São Paulo	Superior completo	C2	1400	97	1,64	36,06
EA13	F	Branca	50	São Paulo	Médio completo	C2	3500	106	1,61	40,89
EA14	F	Negra	47	São Paulo	Superior incompleto	B1	2600	101	1,76	32,61
EA15	F	Parda	38	São Paulo	Médio completo	C1	1560	87	1,65	31,96
EA16	F	Parda	58	São Paulo	Superior completo	B1	2300	76	1,58	30,44
EA17	F	Branca	27	São Paulo	Superior completo	C1	2300	80	1,7	27,68
EA18	F	Negra	45	São Paulo	Fundamental completo	C2	1150	102	1,65	37,47
EA19	F	Negra	41	São Paulo	Médio completo	B2	2300	89	1,6	34,77
EA20	F	Branca	38	Guarulhos	Superior completo	B1	1900	135	1,71	46,17
EA21	F	Branca	43	São Paulo	Superior completo	B2	5000	70	1,53	29,90
E22	M	Pardo	46	Tabuão da Serra	Superior completo	B1	3680	98	1,8	30,25
PA1 ^a	F	Branca	27	São Paulo	Superior completo	B2	-	-	-	-
P2 ^a	M	Negro	57	São Paulo	Superior completo	A	-	-	-	-
PA3 ^a	F	Negra	41	São Paulo	Fundamental completo	C2	-	-	-	-

*Classificação econômica Brasil 2016 (ABEP), ^aParticipantes do piloto sem coleta das informações de renda, peso e estatura (obesidade auto referida para todos os participantes) Legenda: Entrevistada(EAn^o), Entrevistado (En^o), Entrevistada fase piloto (PAN^o), Entrevistado fase piloto (PN^o)

5.2 Trajetória da alimentação

Nosso contato com a alimentação e nutrição se dá muito antes de tomarmos consciência do ato de comer. O primeiro contato com nutrientes e sabores, que contribuíram para a formação do nosso comportamento alimentar já ocorre no útero materno, o que faz parte da alimentação da mãe já interfere em nossas futuras escolhas alimentares e forma a primeira ligação com o ambiente alimentar externo (SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007). Esse processo continua após o parto, sendo reforçado no ato da amamentação, e se perpetua nas relações construídas durante toda nossa vida, uma extensão do afeto, sendo que a cada momento de nossas vidas tem sua participação destacada por lembranças diversas.

Quando olhamos a alimentação além do aspecto biológico, percebemos que ela vai muito além da sobrevivência, nos acompanhará em toda nossa trajetória de vida, em praticamente todos os ambientes que frequentamos, sendo amplamente impactada por questões emocionais e circunstâncias previsíveis ou não (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; HALKIER; JENSEN, 2011). Nestes termos, a história e trajetória alimentar de cada indivíduo constituem em objeto particular e socialmente compartilhado a um só tempo (BELASCO, 2008; LUPTON, 1996).

Durante as entrevistas a alimentação sempre apareceu como uma questão importante no decorrer da vida dos participantes. De modo geral, sempre remeteu à infância e à família, com memórias boas de convívio. Em alguns casos, a lembrança de ter o que comer foi mais valorizado do que ter dinheiro.

“(...) tudo na vida né? Se a gente tem a comida a gente tem tudo, não precisa ter dinheiro. A sobrevivência no Norte na minha época lá, a gente não pensava em dinheiro como pensa aqui agora. Lá se a gente tivesse pra comer nosso arroz, feijão, farinha, um peixe uma coisa assim. Pra nós era uma felicidade. Não precisava de mais nada. De noite dormia. No outro dia era a mesma rotina”. E4

Sempre foi muito saudável, minha mãe sempre procurou é... se reinventar. [Uhum.] Não tinha muitas condições, então sempre... ela ia à feira e comprava muita coisa na feira e só fazia aquelas coisas. Nunca foi de comprar muita bolacha, essas coisas que de fato a

gente sabe que engordam naturalmente. Tinha bolacha, mas não era nada tão elaborado quanto bolacha recheada, essas coisas, não. Minha mãe nunca foi de dar muita coisa... artificial para gente, assim sempre foi tudo feito em casa, tudo ela sempre fazia em casa.

Em casa assim a minha mãe sempre fez de tudo né, fazia feira duas vezes por semana e minha mãe é cozinheira, então a minha mãe fazia coisas incríveis (risos). O arroz com feijão e o ovinho frito dela, meu Deus amado... [É espetacular.] E eu sempre comi de tudo. De tudo um pouco.

Uma percepção recorrente é a de que a alimentação no passado (infância) era mais saudável e mais “rica” em relação à alimentação atual (FERREIRA *et al.*, 2010).

“(...) A nossa comida considerando os padrões atuais ela era bastante saudável. A gente comia muito peixe, peixe, pescado, eu lembro bem que o pescador passava na nossa porta com o que se chamava de cambada de peixe né, os peixes ainda vivos, amarrados numa espécie de barbante, então aquele peixe ainda vinha se balançando, a gente morava bem pertinho da praia. Ela comprava esse peixe e ela fazia mais ou menos esse peixe, isso era quase todo dia”. P2

Muito pouca industrializada. Eu lembro de McDonald's, eu acho que eu estava com uns dez anos, meu pai trabalhava como motorista na General Mota [?] que ele trouxe a primeira vez um McDonald's para a gente. Mas industrializado, muito pouco. Tinha bolacha. Tinha chocolate. E era assim: não era todo dia. Chocolate, principalmente, não era todo dia. Então a gente fazia compra mensal a gente tinha a gaveta do chocolate [rir] e minha mãe: “ó hoje pode comer um”. Tinha Danone (lembro até o nome que era) mas não era muito. E3

Ah, minha alimentação lá é cuscuz, é pão, é bolo, é tapioca (risos). [Tudo caseiro?] Tudo caseiro, tudo caseiro. Tem um franguinho que eles faz né, põe um monte de coisa dentro, é... é arroz, é feijão, é comida mesmo. De manhã mesmo, quando você acorda, é um prato de cuscuz com frango, com peixe, tudo... entendeu? À noite é aquele cuscuz, aquela sopa, aquele pão, e a gente come mesmo (risos). [E tu tem a lembrança assim se tinha... era tudo feito em casa ou tinha coisa industrializada assim?] Não, era tudo feito em casa. Como eu fui criada com a minha vó, ela sempre cozinava naquele fogão de lenha, então ela fazia tudo de casa. Até o tempero que ela tinha, ela pegava lá e fazia o temperinho dela, dificilmente ela comprava alguma coisa de tempero na rua, ela fazia tudo em casa. [Fazia tudo em casa.] Em casa. EA15

Quando questionados e questionadas sobre quem tinha a responsabilidade sobre a alimentação da família, a mãe apareceu

predominantemente, reforçando o fato que, mesmo com os avanços conseguidos da inserção da mulher na sociedade e no mercado de trabalho, ainda há pouca equidade quando se pensa em gerenciamento de uma casa e principalmente do cuidado com a alimentação (SATO *et al.*, 2014). Uma impressão, neste aspecto durante as entrevistas, foi a de que alguns participantes até se surpreendiam com a pergunta¹⁵ como se não houvesse outra opção que não fosse a de suas mães serem as responsáveis pelo cuidado alimentar de suas famílias.

“(...)Na minha casa geralmente a gente tinha uma empregada, uma pessoa que morava com a gente que fazia, confeccionava, mas eu lembro muito bem que a minha mãe assumia eu me lembro que ela se preocupava muito com a alimentação do meu pai que as vezes vinha do trabalho e ela se preocupava em preparar o peixe que ficava bastante saboroso. P2

“(...)Porque quando a gente é pequeno... é porque lá no Norte é assim quem cuida das coisas dentro de casa é a mãe né? Não é gente não. Aí as vezes a gente chega já tá tudo feito. E ainda tem a mãe pra fazer né? P2

“(...) Sempre. Meu pai não sabe cozinhar, então minha mãe.(...) Sim, ela vai no mercado...por exemplo quando meu pai vai com ela no mercado ele compra palitinho de não sei o que com patêzinhos, com isso com aquilo, um negocinho pra comer depois. Ele tem essa coisa de entradas e tal, mas minha mãe não. Ela compra o que ela faz. EA9

No contexto familiar minha mãe sempre cozinhou muito bem! Então era arroz, feijão, bife, batata frita e salada. Era o básico. Frango no molho Arroz e feijão sempre foi a nossa base em casa, não é? Sempre tinha uma mistura E3

Relacionado aos pontos acima, o (a)s participantes detectaram em suas reflexões o quanto a transição da infância para a fase adulta, que muitas vezes implica em mudanças geográficas e por consequência culturais e socioambientais, também criando um importante impacto em sua trajetória alimentar, influencia suas escolhas alimentares. Principalmente quando esta mudança ocorre nos sentidos interior capital ou, como em alguns relatos no

¹⁵ Quais suas lembranças de alimentação no contexto da vida familiar? Quem é/era o principal responsável pelo cuidado e ou preparo da alimentação em sua família?

nosso estudo, do Norte-Nordeste para o sudeste. Neste caso, aquela fartura do alimento in-natura, até mesmo cultivado pela própria família, dá espaço para um desconhecido ‘deserto alimentar’ (KASINSKI, 2020) limitando as escolhas do que é oferecido, invertendo o sentido da trajetória de suas alimentações da “terra” para a “indústria”.

Lá a gente costuma comer o que? De manhã é cuscuz com café, é batata doce, é mandioca, é o inhame, esses tipos de coisas que a gente evitava menos pão, né? Porque a gente gosta mais assim, de coisas que vem da plantação, que é macaxeira, a batata, o inhame. O cuscuz que lá o nortista come muito. Pão a gente já não come muito. Alguma vez como um pãozinho claro ninguém é santo né? Então já tem o arrozinho feito, o feijãozinho e a vida de lá é uma vida saudável, né? Lá é tudo liberal, como diz o outro. A gente não tem medo de nada. Vai na feira sozinha, vai no centro sozinha. Mas graças a Deus é assim, arroz, feijão, macarrão, carne ...Farinha, peixe, camarão, Uns monte de comida que é do dia a dia da gente.EA9

Olha, eu te diria que até da infância seria até melhor. Porque era aquela coisa mais natural. A carne era o gado criado, era eles mesmo, sem produtos agrotóxicos e sem química nenhuma, ou quando algum legume ou alguma verdura, salada que comia era sem química nenhuma, e hoje não acontece issoEA13

As opção na cidade é mais pra comer, pra gente engordar [Mais pra engordar?] Mais pra engordar. E no bairro não tem muita opção [Lá no teu bairro não tem muita opção?] Não tem muita opção. [Tu gostaria que tivesse mais opção lá?] Gostaria. Mas lá mesmo é as padaria e depois os hipermercado, não tem... [E aqui próximo de onde a gente trabalha tu acha que é mais difícil comer saudável?] Aqui é, aqui é mais os bar, tem muita bomboniere que tem o quê, chocolate, tem tudo que é de doce tem [Esse excesso de bomboniere atrapalha?] É muita bomboniere é muito... padaria, e se cê for na padaria é só doce, salgado, cê for nos bar é tudo salgado, cê for aqui na esquina é uma vitrine inteira de salgado, então...EA17

Daí eu vim embora pra cá eu tinha 17 pra 18 anos, aí já era tudo diferente. Aí já era mais pra negócio de alimentação, aí tinha... tinha que comprar, já era mais sabe assim, era pronto, era embutido, essas coisas, a bandejinha. Tipo frango, compra congelado, então mudou totalmente. [Tu conseguiu manter alguma coisa da tradição da tua família na alimentação, quando veio pra cá, ou não?] Não, só o feijão mesmo, o feijãozinho, que era diferente. [Mas o feijão tu ainda faz?] Sim. [E tu introduziu coisas... o que que tu introduziu de novo assim, essas coisas que tem industrializadas, tipo bolo de pacote...] Bolo, macarrão a gente nem comia muito macarrão lá na Bahia... [Macarrão também não.] Que era novidade, então... Macarrão... [Chocolate?] Nossa, chocolate também, muito! [Biscoito e bolacha?] Sim, tudo, tudo, tudo, que lá não tinha essas coisas.EA11

Saindo de seus locais de origem e da casa dos pais para morar sozinhos, ou as mudanças maiores acima relatadas, observa-se a influência do ambiente em termos dos deslocamentos, seja em suas moradias, seja nas cercanias de seus locais de trabalho e a “desertificação” de opções, seja pela escassez de melhores alimentos, ou maior disponibilidade de “comida que engorda”. Os trechos abaixo ilustram os impactos em nos comportamentos alimentares.

Olha, lá no meu bairro mesmo tem mais comida que me faz é engordar. [É? Tu acha que é mais disponível comida que engorda que comida que não engorda?] É mais. Lá em... [E o preço, tu acha que é diferente?] O preço é mais caro né. [Do quê?] Uma comida que engorda, um lanche, é mais caro que um prato de comida normal. Um prato de um arroz, um feijão, uma salada, você paga 14, 15 reais. [Uhum.] Aí você vai pegar uma pizza, dependendo é 25, 30 reais, olha a diferença, até isso no bolso, faz a gente gastar.EA15

Eu acho que pra quem faz uma dieta, principalmente pra periferia onde eu moro, é... é bem inviável. [Inviável?] Inviável. [Na periferia cê acha inviável.] Porque eu vou falar pra você uma coisa, depois de muito tempo que eu procurei, ontem eu consegui achar um supermercado que tinha sorvete diet, zero açúcar no caso né, diet, sorvete zero açúcar, até comprei três. [Porque não é acessível.] Você não consegue... você não tem fácil acesso. É... lanches naturais... às vezes você acha um lugar que vende um lanche natural que se você passar lá 365 dias por ano você vai ver mesmo lanche, enquanto outros fast-foods tem à revelia.E22

Por exemplo, lanchonetes aqui na região: você não ver nada Diet, light ou frutas. Se você andar nesse quarteirão aqui, o máximo que você consegue é uma salada de frutas, e o atendente te pergunta: “você quer que ponha leite condensado?” Não está te ajudando em nada. Ele poderia falar: “você quer que ponha o suco de laranja?” Então assim, mais atrapalham a gente. Porque ele vê que eu sou gordinho. Realmente, se eu falar do suco de laranja (eu não sei nem se vai ter., mas também nunca perguntei) mas se ele tivesse me dado a opção (tinha uma lanchonete aqui na rua que tinha essa opção) eu parava para pensar alguns segundos e pedia o suco de laranja.E10

Um ponto relevante em toda trajetória alimentar dos participantes é o acesso extremamente facilitado aos alimentos ultraprocessados (prontos para consumo). O contexto ambiental, no caso do nosso estudo, por tratar-se de trabalhadores e trabalhadoras, é exemplificado pela fartura de locais de

compra destes alimentos nos seus trajetos diários de casa para o trabalho, assim como o preço acessível pelos quais são vendidos.

Esse fator de ter maior acesso das coisas, ter mais coisas, então acaba comendo mais que o necessário, às vezes, comer só o arroz, feijão, bife, aí você come um pouco mais, come o arroz, feijão, bife, um biscoito, um sorvete que hoje tenho acesso, então acabei que acabei me desprendendo de comer só um pouquinho. Acabo comendo um pouco mais.E7

Eu acho que atrapalha. Se você for em alguns terminais, não de metrô, mas de ônibus, por exemplo, o terminal da Lapa, que é um terminal que eu usei bastante uma época, eles colocaram um negócio que vende tipo coxinha, é... cachorro-quente, num preço assim, meu, tipo um real. Cê vai... cê tá com fome, cê vai do trabalho, até chegar em casa vai demorar, cê vai comer, infelizmente, então não facilita pra alguma coisa saudável, vai facilitar pra você ganhar peso né. Porque justamente você vai chegar em casa e jantar, você acaba... "ah, só vou comer 10 pães de queijo por 1 real" aí já sai tudo da rotina, então facilita pra você engordar na cidade. [Num todo.] Sim.E7

Aí você tem que colocar na cabeça, igual eu venho aqui pro HCor, eu passo na estação do Tietê, embaixo eu sei que tem um mini shopping, lá embaixo tem um Burguer King, tem um McDonald's, tem um mini shopping lá. Tem tudo. [Sim.] Então às vezes eu faço assim, eu não ponho nada na minha carteira de dinheiro... [Pra não correr o risco de comprar.]... ou então eu coloco lá no fundinho da bolsa, pego o cartão de débito pra se acontecer alguma necessidade e venho com o pensamento "hoje eu não compro nada na rua, tanto pra ir como pra voltar". [Por que às vezes você compra?] Porque a gente vê... eu já cheguei a descer lá no metrô São Bento, que eu sei que tem o Raggazo lá, vou lá, compro quatro coxinhas, entro no metrô de novo e vou pra casa comendo, algo assim.EA20

Os padrões alimentares podem ser influenciados pela disponibilidade de diferentes tipos de alimentos e acessibilidade nos locais de compra. Estudos se dedicam a avaliar o impacto da constituição e organização destes lugares e quão disponível os alimentos estão. A detecção de uma certa indução mercantil é explicitada pelo (a)s participantes, que relatam o quanto isso impacta nas suas estruturas de consumo e na tomada de decisão de compra individual.

O supermercado é negócio e o que eles querem é vender. E a comida orgástica vende muito mais fácil do que a comida saudável. A saudável está lá: você tem a área da feira dentro do mercado, você tem a área de orgânicos e do integral, tem essas coisas lá dentro. Mas por exemplo: lasanha pronta, vende muito mais fácil do que granola, por exemplo.E1

Porque você [pausa] no supermercado (uma dinâmica): você está no supermercado, tem ali a feira do lado da feira tem todos os tipos de queijos que você quer, na frente tem aquele freezer cheio de embutidos, o freezer dos sovertes... Então assim, eu acho que fica ali e você vai acabar indo para aquilo que é mais prático, então assim [gagueja] “ah eu vou no mercado e vou comprar um legume, alguma coisa” e você ver um queijo e um pão “ah, é mais fácil eu fazer um lanche do que chegar em casa e fazer comida”. Aí você vai lá compra o queijo e o pão e falo isso (eu, entendeu?) Então eu saio daqui, estou cansada, estou indo para casa, passei no mercado e então eu estou com o pensamento de “fazer uma sopa” aí eu chego lá e vejo: ah eu vou ter que cortar, não sei o quê, eu vou comprar o pão e o queijo e vou fazer um lanche. Então, eu acho que é isso. É diferente de quando você vai na feira livre, entendeu? Que tem lá o pastel e tudo, mas você tem a fruta, e as verduras, essas coisasEA19

Neste tópico, ainda é importante mencionar o impacto da mídia sobre a trajetória da alimentação dos participantes (CANESQUI; GARCIA, 2005). Os meios de comunicação e seus recursos são importantes fontes de influência sobre o comportamento alimentar dos indivíduos, uma vez que abordam o lado objetivo e o subjetivo do “cliente” sobre os benefícios da compra e consumo de determinado produto. Estes vão desde o valor, passando por fatores emocionais e culminando na determinação social daquele alimento, intervindo inclusive nas questões do paladar e aceitação.

Propagandas de comida - Se você não tem uma opinião muito forte de “eu quero perder peso” você fica salivando e você quer ir para o Burger King comer. Ah sim. Eles escolhem as cores, os gestos, tudo. Tem uma ciência atrás daquilo ali. Eles sabem como atrair pessoas para o restaurante.E1

Outro dia tava passando no metrô, sabe o que tinha na parede do metrô praticamente inteira? Um lanche do Burguer King! Eu falei “gente, quem tá com fome vai olhar e vai falar ‘eu vou comer o quê?’”. [E tu te influencia de vez em quando?] Sim, você vê uma propaganda, aí você fala “meu Deus” ou vem promoção de pizzaria cê fala “ai...” dói (risos).EA12

Sim! Muito! [Muito? Se você ver uma propaganda de hambúrguer na TV, ou de pizza...] Ai... já fico passando mal [Com vontade?] Dá vontade mesmo. [E até coisas pra comprar assim, você também

acha que atrapalha? Sei lá, passa uma propaganda de um novo iogurte, de um novo biscoito?] Ah, eu vou comprar sim, pra testar. [Comprar pra testar.] Pra provar, pra ver se é gostoso.EA11

5.3 Relação com a alimentação

São inúmeras as questões que interferem em nossa relação com a alimentação. A consciência de que somos indivíduos biopsicosocioculturais permite que tenhamos um olhar mais abrangente sobre a influência de tudo que nos cerca, desde o modo que comemos, onde comemos, quando comemos, o que comemos, com quem comemos e por que comemos (LACAILLE et al., 2011).

A complexidade envolvida perpassa aspectos do pertencimento social, como gênero e idade, condições de vida, como escolaridade e status laboral, aspectos psicológicos e emocionais, e contextos ambientais(ROSENBAUM; WHITE, 2016; LENG et al., 2017).

Em nosso estudo, devido ao corte específico que realizamos, trabalhadores de um hospital privado, foram temas recorrentes de fala o impacto da jornada de trabalho (tempo) e a questão econômica, expressa na preocupação do custo de aquisição da comida(BALEM; et al., 2016). Quando olhamos para a questão do tempo as opiniões convergiram para uma interpretação de que a demanda de extensas jornadas de trabalho, associadas ao tempo de deslocamento casa-trabalho e muitas vezes a dupla ou tripla jornada, geradas seja por trabalho e/ou trabalho/tarefas domésticas/estudo, fazem com que a propalada praticidade dos “fast-foods” e lanches se tornem mais atrativos e sejam mais acessada pelo (a)s participante. O argumento do ganho de tempo para poder lidar com todas as demandas e cobranças das atividades e compromissos diários é usualmente referido nas falas.

“(...)A falta de tempo. [Tempo?] Tempo, sempre foi tempo, porque eu trabalhava lá das 6:30 ao meio-dia e meio, perto da Beneficência Portuguesa, Hospital Paulistano. [Eu conheço!] Você conhece? E eu entro aqui às 13 horas até às 19 horas. Então ou eu comia ou eu chegava a tempo pra passar o cartão... [Pressão do cão, né.] Mas a maioria das vezes eu dava plantão sem comer. [E aí quando comia...] E aí quando eu comia era aquilo que eu te falei, come coisa fácil, é coxinha, e esfiha, toma refrigerante na maioria das vezes.E22

“(...) Com a correria, na verdade. Porque, o que acontece, depois que você sai para estudar, vai trabalhar, então o tempo ... ele fica curto e você, por exemplo, correira de horário de almoço, você acaba realmente comendo totalmente diferente. Por exemplo, come um lanche na hora do almoço, que é uma coisa rápida. Eu fui bancária durante muito tempo, então você come um lanche, vai trabalhar, à noite você vai para a escola, para a faculdade, seja para onde for, e você acaba comendo muito lanche e, por exemplo, lembro quando eu fazia cursinho, eu chegava em casa era meia noite e meia, uma hora da manhã morta de fome. Eu não sabia se tomava um banho, dormia ou comia. Então você comia aquela comida e dormia, então já vai estragando desde essa época. A correria do dia a dia você comia um pouco mais de lanche do que comida e quando comia comida, comia rápido, já não sentava mais, sabe? Para fazer uma refeição bem gostoso, acho que a mudança foi por conta de trabalho mesmo. Trabalho, estudo, correria.EA16

Na realidade eu entrei aqui no HCor em 2007. Todos os quartos que nós entrávamos antigamente aqui nesse hospital tinha chocolate à vontade pra gente, que os pacientes compravam. às vezes eu vinha de 12 horas de plantão, como eu te disse, às vezes tomava café, perdia o almoço e... naquela ânsia de você ter que fazer o seu serviço pra poder deixar em dia... você entrava no quarto, tava com fome eu olhava: chocolate, “pode pegar”, eu pegava 2, 3, às vezes voltava no quarto, pegava de novo e ia me mantendo... e saía pra faculdade, às vezes entrava em outro quarto “posso pegar pra mim levar pra faculdade?” “pode”. Daí eu pegava, colocava... até uma forma de energia, porque eu chegava na escola, não conseguia nem me concentrar comia um chocolatinho ficava mais ligado [Dava uma ligada.] É. Isso até eu chegar na minha casa, volta de 11:30, 11 horas da noite.E22

O custo dos alimentos ultraprocessados em comparação aos alimentos in-natura também apareceu associado à questão da economia de tempo (praticidade). Em uma sociedade onde a produtividade é vista como fator preponderante para a manutenção do emprego e sinônimo de competência e comprometimento, mesmo que em detrimento da saúde do trabalhador, e as condições financeiras não são equânimes, faz sentido o trabalhador querer comer rápido e barato.

“(...) Quando eu fui trabalhar, era alimentação de rua, não? No começo quando eu ainda era estagiário aí você come coisas de boteco...Muitas vezes na correria comia salgado e essas coisas.(mais rápido e mais barato)E1

“(...) Porque já tava ali, tava pronto. O negócio é demorar muito mais eu ia perder o meu tempo para bater o ponto. Eu acho que essa coisa da rapidez acaba influenciando as pessoas. Coisa rápida é mais fácil e mais atrativo financeiramente se você for pensar. PA1

“(...) faltava cinco minutos pra bater o ponto, comprei o enroladinho Porque já tava ali, tava pronto. Eu vou esperar o cara me fazer um lanche? O negócio é demorar muito mais eu ia perder o meu tempo do ponto. Eu acho que essa coisa da rapidez acaba influenciando as pessoas. Coisa rápida é mais fácil. (Ana)PA1

O custo da alimentação em si também aparece de forma isolada, sendo mais frequente a crença de que uma alimentação saudável é um privilégio de quem tem mais capacidade de acesso a insumos mais caros “comida de dieta”.

O terrorismo nutricional e a desinformação vinculada por redes sociais e pessoas sem a qualificação necessária para falar sobre comer de forma saudável, faz as pessoas se distanciarem do conceito e criar várias regras e condições que dificilmente podem ser assumidas na rotina própria, bem como para a maioria da população.

Ah, tipo, o que quis dizer é assim: Hoje em dia tipo é a crise que tá hoje em dia, então a maioria das pessoas não tem dinheiro pra tá comprando Principalmente a dieta que essas são mais caras. Eu acho que a parte de dieta eu acho que é um pouco mais cara assim.EA6

A alimentação saudável (light e essas coisas) são caras. Então elas dificultam bastante. E para comprar frutas e verduras Não, é fácil! Não é difícil não. Tendo o dinheiro é fácil.EA18

O preço é diferente, com certeza. Se você gasta dez reais para comer “besteira” aqui, para você comer um alimento mais saudável você vai gastar vinte ou vinte e cinco reais, sei lá. Ela é mais cara. Ela é, com certeza. Ou talvez mais trabalhosa. Porque você pode trazer de casa alguma coisa. Mas as vezes você não tem esse tempo para ir no mercado, garimpar e levar para casa, lavar, selecionar, montar para levar no dia seguinte.E1

Geralmente quem tem mais dinheiro geralmente é quem consegue. Ter uma alimentação balanceada. Quem tem dinheiro come o que

é dado. Se ele já começa [muda] por exemplo, você tem uma empregada, se você chega na tua casa e tem uma saladinha, você vai comer aquilo. Você não vai fazer um feijão e um arroz.EA13

Dentro ainda do mesmo tema, as questões de economia de tempo e de obtenção de praticidade por não ter que preparar a própria refeição também são relatadas. Com tantas outras questões da vida diária necessitando de atenção, somadas às cobranças externas e internas pela excelência, dedicar algum cuidado com a alimentação parece ser um desperdício de tempo e recorrer a possíveis praticidades pode gerar sensação de conforto, algo é introjetado por uma norma cultural imposta pela mídia. Contudo, este conforto tem um preço que distingue quem poderia acessá-lo. E esta distinção está relacionada a quem tem o “direito” ou benefício de optar e poder levar uma vida mais “fit”(GIEL et al., 2010; PRIDGEON; WHITEHEAD, 2013).).

“(...)Na questão de você ter mais recursos, eu vou te dar um exemplo bem assim... Marmitta Fit. Estava super na moda, não é? Todo mundo compra e faz e não sei o quê. Você comprar o negócio pronto é muito mais fácil (você vai lá comprar o seu quite mensal guarda na sua geladeira, acabou). Custa quanto? Seiscentos reais, quinhentos reais, o quê? Você fazer? Custa quanto? Deve custar metade do preço. Mas isso implica em você ir lá, comprar, fazer, voltar, ter todo o trabalho. E em questão estrutural mesmo, porque, quem tem uma condição financeira melhor vai conseguir ter mais profissionais envolvidos tipo: um Nutrólogo, um Personal, um...”EA5

“(...)É de conforto mesmo. Não, vamos falar a realidade. É de conforto de você chegar lá e ter o negócio pronto. Sim. Acho que nessa correria do dia-a-dia, sim. Eu vou te dar um exemplo meu. Eu estudo e trabalho (então eu trabalho de manhã e estudo a tarde) eu saio de casa cinco horas da manhã e chego em casa oito horas da noite. Você acha que eu vou querer chegar, fazer tudo, preparar, então, acho que essa rotina e essa correria do dia-a-dia de todo mundo, acaba (não sendo um impedimento. Não é um impedimento) mas gera uma dificuldade.”EA5

Dentre as concepções dos participantes, questões da responsabilidade e habilidade pessoais sobre o cuidado com o preparo e a qualidade da alimentação também surgiram, entretanto, o tempo seguiu sendo citado como um obstáculo. Novamente, a praticidade e a preocupação com o tempo serviram como justificativa para o fato de não ser possível um planejamento e comprometimento como o preparo do próprio alimento.

Um ponto de importante foi perceber, em nosso recorte, que nas entrevistas a “preguiça “de cuidar e preparar o próprio alimento foi idêntica entre homens e mulheres, parecendo não haver uma distinção entre os gêneros no cuidado da própria alimentação(SATO *et al.*, 2014).

O que facilita é assim: se você não trabalha fora, você tem como fazer uma comida pra você comer na sua casa. E se você trabalha fora, você não tem tempo de fazer comida, você vai partir pra que? Pro lanche. Tá com fome, passa numa coisa, compra uma coxinha, aí já... aquilo não é uma alimentação. Ela é uma maneira de tirar um pouquinho a fome do que você tá sentindo né? Não como você se sentar numa mesa comer um pratinho de arroz e feijão. Então aqui o povo aqui em São Paulo, ele vive mais assim. Às vezes você do serviço vai pra escola, não vai pra casa, você já passa num lugarzinho, já faz um lanche correndo, entende?EA9

“(...) O que mudou é que eu como mais besteira agora né. [Por quê?] Por preguiça de fazer. Principalmente quando meu marido tava viajando, eu não ia pro fogão, porque ele chegava em casa final de semana ou a cada 15 dias, aí eu pensava o que “ah, eu passo na padaria, pego um pão, pego mortadela, pego presunto, pego queijo e é mais fácil, vou lá, parto o pão, ponho as coisas e nós come”, pegava refrigerante. [Uhum.] “Ah não, hoje eu não quero pão, eu vou pegar uma pizza”. [Tá.] “Ah, não quero pão, vou pegar um bolo”. Então mudou nisso, que eu como mais besteira. [Entendi.] Entendeu? Porque antes eu comia comida saudável né, que a minha avó fazia tudinho, mas depois que eu saí da companhia dela, que eu vim pra cá eu como mais besteira. [Tá. E... os motivos de comer... eu entendi, é tempo né, que é mais prático.] Isso, mais tempo. EA15

Em uma das entrevistas é citada uma possível solução para a questão do acesso a uma alimentação mais adequada na árdua rotina de trabalho: a possibilidade de produzir e transportar a própria comida. Contudo, inclusive neste ponto, sobressai uma certa culpa associada à escassez de tempo, que produz uma barreira para conseguir conciliar o tempo com o cuidado da própria alimentação, nos conduzindo ao questionamento da relação com a organização que seria necessária para que as escolhas fossem melhores ou que tornasse possível a prática de se proteger da oferta de comidas não saudáveis tão sedutoras em seu preço, praticidade e acesso.

E eu tô trazendo a minha comida de casa também. Hoje eu não trouxe porque eu tô aqui, mas às vezes tem aquela semana que você tá sem vergonha, que você não consegue fazer as coisas certinho [Aham... O que tu chama de ser “sem vergonha”?] Ah, você não se preocupar em cuidar de si, porque eu tô num horário que eu trabalho das 14h às 20h, então eu tenho a manhã inteira pra me programar, pra fazer as coisas acontecer, pra trazer tudo certinho, e aí eu acabo não me programando, eu fico fazendo outras coisas e aí não faço almoço, porque eu tenho que sair pra chegar aqui uma e pouco né, com um horário livre, [Pra dar tempo de almoçar...] eu tenho que sair de casa meio-dia, e é o horário que eu não fiz ou a minha mãe está fazendo o almoço, que fica pronto meio-dia e meio, uma hora. [Aí não dá tempo.] Aí eu não posso esperar. EA20

Nossa relação com a comida é condicionada pelo ambiente, neste caso mais específico ao nosso ambiente do trabalho(GIEL et al., 2010; PRIDGEON; WHITEHEAD, 2013), mas também a qualquer lugar que venhamos a frequentar, seja em situações sociais ou o local que escolhemos para realizar nossas refeições. Os espaços associados a estes domínios são importantes para determinar e direcionar nosso comportamento alimentar(BISOONI; CONNORS; DEVINE; J., 2002). A influência da percepção que temos sobre o que ocorre a nossa volta, como as pessoas se comportam, qual a possibilidade de julgamento ou permissividade estão vinculadas as nossas escolhas e condutas. Alguns eventos e locais parecem facilitar e permitir o consumo dos alimentos que são considerados “errados”, cometer exageros e até mesmo fugir da culpa e dos olhares de julgamento alheios.

No quartel há um tempo atrás, eu não tinha muita preocupação com isso, porque eu perdia e ganhava peso fácil. Logo depois que eu terminei o estágio eu fui trabalhar em uma empresa que os clientes dela, eram políticos. Então o café da manhã, almoço e janta eram buffet dentro da própria empresa e era de alto nível. Coisa que você encontra, por exemplo, no Vento Haragano, assim. Então, eu tinha comida farta a disposição o tempo todo. Então ali eu engordei. E eu sempre tive muito problema com a ansiedade. Eu estou muito cansado, por causa disso, até hoje. Agora que eu acertei em uma medicação que está querendo me pôr no “trilho”, entendeu? Está querendo me ajudar nisso, mas quando eu tinha crise de ansiedade, eu queria comer o planeta.E1

eu tenho uma questão assim, que agora não mais porque eu acostumei, mas eu era o tipo de pessoa que eu não gostava de comer sozinha, eu não gostava de entrar num restaurante sozinha porque eu tinha a impressão que todo mundo tava olhando pro prato, tal, então pra mim era mais confortável eu ir numa padaria, numa lanchonete, que ali todo mundo tá comendo sozinho, que eu

me sentia mais à vontade, só que quando eu ia num lugar assim que servia comida eu “ah, é facilidade, vai o lanche mesmo, já tô acostumada, vai o lanche”.EA2

Acho que mais em festa, assim... Você vai aí começar a comer por ver. [gagueja] às vezes eu não estou com fome nem tenho mais vontade, mas eu vejo aí eu [falam juntos] não consigo controlar. Não tenho esse controle de falar assim: “estou satisfeita, cheia, não quero mais” Não. Se eu ver eu vou comer.: Então... aí se eu ver eu quero. Eu nem estou mais com fome, né, mas está lá, eu sei que está lá, que tem sorvete no freezer, então toda hora eu vou lá. EA19

Seja em eventos, festejos ou sozinhos, a questão hedônica da alimentação também aparece como um dos fatores que influenciam os participantes em sua relação com a comida (DANIEL, 2005). O prazer de comer, o paladar, o sabor, são questões importantes na formação do nosso comportamento alimentar, sem eles o momento de comer não seria tão esperado, não nos reuniríamos ao redor de uma mesa para festejar e compartilhar momentos de prazer e alegrias.

Gostar de comer e de comida é um aprimoramento evolutivo, graças a ele, repetir um ato, pelo menos duas a três vezes por dia não é monótono, doloroso, enfadonho ou perda de tempo. Acrescente-se a isso o sentimento de conforto que esse alimento e momento trazem. Seja na rotina do dia a dia, seja em momentos de descanso, comer se torna um momento de paz e respiro, pelo menos em teoria.

Entretanto, a indústria da alimentação se utiliza deste conhecimento e abusa, em seu processo de processamento de comida, nas quantidades de açúcar e gordura, tornando o que produzem totalmente diferente do que a natureza oferece e dos preparos tradicionais de algumas receitas. Estas, quando caseiras, mesmo que compostas destes dois nutrientes, são mais equilibradas. Todo este contexto, associado às questões de tempo e praticidade acima expostas, levam as pessoas a ter seu relacionamento com a comida, assim como a escolha do que comer, confusos, atrapalhados e repletos de culpa e de sentimentos negativos.

“(...)porque a comida saudável ela não é tão orgástica. Não é tão prazerosa quanto comer a comida não saudável. Porque é gostoso e barato também. Entendeu? Eu acho interessante que as vezes as pessoas falam que tem muito pobre gordo. Mas eu não acho que tem muito pobre gordo. Mas é porque é mais barato comida desse jeito e você “se enche” mais, mesmo que momentâneo. Não é nutricionalmente rico mas enche a pessoa, e fica cheia.E1

O sabor, pros bons apreciadores, a pessoa que tem um paladar bem aguçado, faz muita diferença. Porque querendo ou não, o sanduíche natural, depois que você acostuma com ele, ele fica saboroso, mas até então, você não tá acostumado, uma coxinha maravilhosa (risos), é maravilhosa, porque que é uma coisa... e outra coisa, você come muito, você não consegue comer só uma. No meu caso eu não consigo comer só uma. [Então têm umas questões de alimentação que são importantes assim da dieta, cé acha?] Sim.E22

Assim, cada ponto do comer se interliga. Aspectos emocionais ganham espaço no comportamento alimentar; e o que nos motiva a recorrer à comida ultrapassa a dimensão biológica (fome) (LACAILLE et al., 2011; ROSENBAUM; WHITE, 2016). A indissociabilidade dos vários aspectos que conformam o contexto da alimentação que responde ao papel “terapêutico”, de preenchimento de necessidade emocionais, de válvula de escape e fuga de uma realidade estão articulados e geram dor e desconforto.

Ansiedade, muita ansiedade. [Tu te afeta com a ansiedade?] Me afeto. [E tu troca o jeito que tu come quando tu tá ansioso?] Às vezes sim. [Para? Como é que daí fica?] Dá uma sensação melhor pra você ficar... [Conforto? Tu acha que dá pra buscar conforto na comida?] Ah, eu diria que momentaneamente sim. Depois tem aquela questão da consciência pesada. [Você fica com a consciência pesada?] (risos). Fico.E22

As minhas emoções. Isso é fato. Se eu estiver feliz eu vou querer me presentear comendo um lanche. Se eu estiver chateada eu vou querer comer um chocolate (mas não é comer um chocolate, é comer uma barra inteira) entendeu? Eu tenho essa consciência. Mesmo tentando controlar: “Ai, come um pedaço e tal” enquanto eu não ver o fim eu não vou sossegar. Isso é diretamente ligado às minhas emoções. E quando eu estou legal. Exato! Ninguém se premia tomando água com limão, não é? Você vai querer tomar um negócio pesado.EA5

A ansiedade. Eu sou muito ansioso. E aí entra a questão do doce. Isso eu já percebi. O doce é fantástico. Estou ansioso eu como. Se tiver um pacote de balinha (aquela jujubinha que eu gosto muito de

500g)Se tiver de um quilo vai ser de um quilo, se tiver de duzentos e cinquenta vai ser duzentos e cinquenta.E10

Parece que é uma coisa que substitui alguma coisa, entendeu? Eu não sei explicar, para mim parece que, sei lá, eu estou entediada aí vou caçar alguma coisa para comer. Eu não sei.... Parece que- como eu posso falar? - preenche algum vazio.EA19

Sendo que os acontecimentos da vida são em grande parte responsáveis pelas escolhas e comportamento alimentar, mesmo com críticas e questionamento a estas condutas, elas parecem ser mais fortes do que a vontade e o controle de si. Tentativas de racionalizar as atitudes alimentares e interromper comportamentos que o (a)s participantes citam como exagero se constitui como alternativa incorreta para lidar com o a situação pela qual se esteja passando.

Depois que eu parei de amamentar e que eu me separei que foi o boom. [Aí que foi o boom?] Aí veio [Você se separou com ela bebê?] Ela tinha um ano e meio. Então assim, veio tudo aquilo, “o que eu faço, como é que eu faço, minha vida vai ser assim”, e aí comecei, engorda cinco... [Tu acha que tu descontou todo esses problemas na comida?] Ah, sim, sim. Totalmente. Totalmente na comida. Aí eu... até antes de separar, quando a gente tava passando por problemas né eu já descontava na comida.EA20

É, eu sempre fui normal eu percebi que eu me perdi, não faz muito tempo. Eu me perdi... depois que eu me casei.... Né, eu me casei [pensativa]. Depois que eu me casei, eu me casei com vinte e quatro [pensativa]. Aí foi muito conturbado. Eu tive dezoito anos de casamento hoje eu sou divorciada fazem uns cinco. Foi muito difícil.... Aí eu comecei a substituir. Ah... meu nervosismo, a minha ansiedade, eu comia. [mudando o tom] comia não! Como! Entendeu? Como se eu estou nervosa, eu como. Se eu estou triste, eu como. Se eu estou... eu como! [pensa] O que tiver na minha frente. Menos arroz e feijão. Bolacha, salgado. É... [pensativa] É.... Coca-Cola de madrugada.... Qualquer coisa! (Acorda para comer)EA14

Ô, quando eu trabalhava no hospital, o estresse da correria, eu fazia faculdade de enfermagem na época e tudo mais, eu já tinha aquela pré-disposição pra comer mais por conta disso, não que eu acredite que seja o culpado, mas como pra mim era normal ser daquela maneira, comer daquela maneira, eu sabia que tava errado, mas eu não sentia culpa, eu não sentia nada. Era como se fosse o normal aquilo.EA17

5.4 Corpo e Estigma

Quando o corpo tomou espaço nas falas do (a) participantes, os discursos acrescentam ao nosso material empírico questões de estigma, apresentando uma diferenciação manifesta pelo marcador social de gênero. Os homens demonstraram menos preocupações e limitações em suas vidas, mesmo em situações em que seu corpo, fora do padrão estético vigente, era exposto. Já as mulheres, com muitos mais relatos e reflexões sobre a relação com seus corpos, ressaltaram olhares (próprios e alheios), sentimentos, julgamentos e valores externos, que impactam diferentes momentos de suas trajetórias de vida.

Válido, eu acho bom o cara queira estar mais saudável. Só não entrar naquela vida de “ah, eu tenho que alcançar o corpo X porque com esse corpo eu vou ser socialmente mais interessante e mais aceito” Eu acho que tem que alcançar um corpo mais saudável. Mas geralmente para o homem, o corpo saudável é um corpo que socialmente é mais interessante. Um cara que está com o musculo mais definido (não que esteja tão forte) mas um cara que está magro e mais dentro do peso geralmente ele tem um corpo que a mulherada olha e é até sexualmente mais atraente.E1

Às vezes me atrapalha. Mas eu não me sinto [muda] seu eu tiver que tirar a camisa aqui e sair para mergulhar em uma piscina, eu não sinto vergonha, não estou nem aí para o que estão pensando do que eu visto, do que eu uso ou da maneira de como eu estou. E3

Que a mulher é muito mais cobrada, não é? A mulher é muito mais. Então assim, hoje eu fico pensando: se você é solteira e você sai com uma amiga (e você é a mais gordinha) É. [sorri] você sai prejudicada. E o homem não, ele se arruma, eu acho que o tempo ele é muito mais, como eu posso falar, com os homens. Muito mais bondoso com os homens. Com as mulheres ele é cruel.EA19

Homem não liga muito. Homem é mais desencanado. Às vezes as pessoas falam “ai, cê fica... em loja mesmo “ai, cê fica ligando pra isso daí, homem nem liga, homem nem olha isso”. É porque tem uma outra visão, pensa em outras coisas, é desencanado com essas coisas de corpo.EA21

As manifestações estigmatizantes e preconceituosas sobre o corpo gordo estão enraizadas em nossa cultura, aparecem em diversos meios de convívio, inclusive dentro do próprio núcleo familiar. Entre as participantes, em especial, relatos de prejuízos emocionais, dificuldades de convívio foram citados, os quais promovem privações e estimulam a culpabilização e o medo da repercussão em suas vidas presentes e futuras. Tais medos, receios ou antecipação de estigma se justificam em momentos nos quais o tamanho dos seus corpos foi utilizado como canal para ofensas, menosprezo e desvalia (THOMAS et al., 2008; PUHL; HEUER, 2009; GIEL et al., 2010; KING; PUHL, 2013).

Então assim, aconteceu isso, por exemplo, já aconteceu de catraca travar, travar na catraca e as pessoas ficarem rindo sem parar, de fazer piada, de falar as coisas... uma vez eu tava andando na rua, uma moça parou de correr pra virar pra mim e falar “nossa, para de comer”. Ela teve a pachorra de fazer isso comigo. [Uma qualquer, desconhecida.] Qualquer, ela estava correndo, andando, correndo aliás, fazendo o exercício dela e ela parou e me falou isso. Ou de falar, eu ouvi depois da cirurgia que dava nojo me ver comendo, hum... deixa eu ver que mais... ah, fazer piadas “você não vai caber no brinquedo”, “ah, você não vai isso”, já deixei de ser atendida em loja de roupa, já ouvi “não tenho o seu tamanho aqui” ao entrar na loja, hum... deixa eu ver que mais, as pessoas ficam olhando, rindo, fazendo chacota quando você tá pra praça de alimentação do shopping, tudo isso é muito real, essa parte. É... deixa eu ver, cadeira, eu não podia sentar ao lado de uma pessoa no ônibus, ou não sentavam do meu lado porque não cabia muito bem a outra pessoa, ou a pessoa olhar feio porque eu ia sentar do lado dela, tipo “nossa, ela vai me esmagar”, sei lá o que passa na cabeça da pessoa. Hum... já fui em médico que ele falou “nossa, você tá muito gorda, é por isso que você tá com esse problema”.EA17

E assim, até ouvir uma crítica um dia, do meu primeiro marido que ele falou assim “nossa, você está muito gorda”. Que ele não era. Aí eu entendi que era numa crise de ciúme, sei lá, que ele quis me agredir de alguma forma, que eu acredito que ele deve ter falado isso, porque eu nunca tinha ouvido. Meu pai já tem oitenta e um anos, mas é uma pessoa extremamente desagradável. Desagradável assim nesse ponto: ”nossa, mas tu estás gorda hein?” Com aquele jeitão dele “Que feiura é essa minha filha? EA13

Minha mãe [pausa] é da largura dessa persiana aí, magérrima, assim. Entendeu? A minha fala: “você é um botijão”, “capa de botijão”, “você não tem vergonha? ”; a minha mãe fala. Mas eu não levo [falam juntos] ela está bem velhinha né? Então..., mas isso também me levou, um pouco assim. Mas ela fala agora porque antes quando eu estava mal - porque eu já tive depressão por causa

disso - hoje ela fala assim, mas eu não gosto....As pessoas têm preconceito do gordo.EA14

Difícil. Muito difícil. Final do ano tem festa de família tem vezes que eu não quero ir. Nas lojas você encontra as prateleiras todas bonitinhas e quando é para gorda tudo é feio, tudo é roupa de velho e feia, eu não gosto. Aí o ano passado eu nem saí de casa mais. Fui dormir. Minha mãe ficou brava. Porque a calça que você gosta não tem o número. Tem um numero a menos e não tem o seu. A gente se priva muito das coisas. A gente meio que tem preconceito com a gente (eu mesma sou assim). Eu me privo as vezes das coisas por que eu não gosto e sou sincera comigo. Mas eu não consigo mudar. Se você não está gostando você tem a atitude de mudar, mas eu não.EA8

Eu acho. Eu acho que a pessoa gorda tem poucos amigos (na minha opinião) as pessoas não querem amizades com pessoas gordas. Agora a pessoa magrinha e bonitinha tem mais amigos. Eu posso estar falando alguma coisa demais, mas não é. Você sabe, não é

Não quer. Você ver essas meninas aí da minha idade elas não querem ter amizades com gente gorda. Agora a pessoa magrela do corpo legal elas não tem vergonha de sair. A minha irmã tem vergonha de sair comigo porque eu estou gorda. A minha mãe ficou até brava com ela.Não. Então, ela vivia me chamando de gorda, “ah, não vou sair com você porque você é gorda. ” Agora que ela casou, está gorda. Falei: “ah, pagou com a língua”. EA8

No convívio social fora da família as comparações e, principalmente, o medo de comentários dos amigos e amigas também trazem dano ao convívio e insegurança de viver situações rotineiras e triviais das relações sociais. O medo e a vergonha oriundos do que já foi vivido e a consequente angústia, fruto da antecipação de situações embaraçosas, causam a desistência da exposição por pura proteção.

Do que as pessoas vão falar: - Nossa, olha ela era magrinha, olha o que ela virou hoje! Coloca uma roupa não serve. Vou ter que tá usando uma roupa maior do que as minhas amigas. Entendeu? Então é tudo isso daí. Mais por causa do julgamento das pessoas, aí que eu não ficar nem mais querer sair de casa. Por causa disso.EA6

Eu me sinto mal com o meu corpo, às vezes. Porque, às vezes, tem alguma festa e a minha amiga me chama: “ah, vamos para aquela balada! ” E eu estou doida para ir, mas por conta do meu corpo eu fico com vergonha de ir. Ah não, eu estou muito gorda. Vou não. Aí eu vou e falo: “ ah gente, eu preciso emagrecer. Porque se coloca uma calça fica muito feia. Mulher tem tudo isso.EA8

Em nossas entrevistas, observamos em nossos relatos que muito associado a questão estética, e o entendimento de que, especialmente, este é o olhar e julgamento dos homens, o corpo gordo feminino não é digno de admiração erotização e prazer, afinal “homem não gosta de mulher gorda”. Esta foi uma percepção referida por algumas das mulheres participantes. A vergonha, para algumas, é tanta que mesmo em uma relação estabelecida, mostrar o corpo gordo é uma barreira intransponível e causadora de angústia e tristeza. E tampouco a possibilidade de conseguir iniciar um relacionamento com alguém; afinal as suas as vivências anteriores formaram a convicção de que a gordura e forma dos seus corpos dificulta as chances de aproximação.

Igual eu penso comigo: homem não gosta de mulher gorda. Por isso que eu não gosto de ser gorda. Que é feio. EA8

Demais, com certeza. No tempo que eu tava muito gorda Rafael não conseguia chegar assim perto, tomar um banho com meu marido e tirar a roupa, ou vim do banheiro pra me trocar...Eu chegava a chorar sozinha.PA3

Como o companheiro não quer uma pessoa obesa como eu, aí fica difícil. Por mais que se arrume. Se eu não consigo esse companheiro, assim, eu teria que ter um incentivo de mim mesmo para eu melhorar e emagrecer e conseguir o companheiro também, porque para mulher é mais difícil conseguir algum relacionamento gordinha.EA18

Eu tenho uma pessoa né, que a gente se vê de vez em quando, mas não é aquela coisa séria, não é, mas eu acho que impede sim. Impede. Eu acho que impede sim. Talvez a pessoa não queira se expor, não queira... ser motivo de chacota, porque tem isso... têm pessoas que não, têm pessoas que têm a mente limpa, a mente tranquila, mas têm pessoas que não, que não suportariam “ah, por que você tá com essa mulher desse jeito?”.EA20

Como um contexto reforçador de todas as restrições e bloqueios acima expostos, a rotina diária de transporte ao trabalho e o próprio local de trabalho se tornam locais de preconceito, chacota e infâmia, exacerbando a ideia que o corpo é de menos valor pelo seu tamanho (BREWIS et al., 2017)).

Ah eu acho com certeza eu já ouvi piada de eu entrar no ônibus tá lá um senhor sentado, calma que cabe todo mundo sabe, você se sente mal. Porque se ele sentou lá tá no espaço dele e tem aquela vaga ali que eu sei que eu vou poder sentar, porque que ele tem que me falar calma que calma nos dois? Se eu não tava com pressa. Concorde.? Então me sinto na discriminação...Já sofri demais com essa situação PA3

Cuidado nessa escada, você é muito pesada isso pode acontecer. Então você se sente mal. Porque te sabe que tu é capaz daquilo. Não eu sou capaz de subir naquela escada, mas aquela pessoa já tá te pondo pra baixo. Já tá te chamando de gorda, então isso...PA3

Ah.... Não cabe duas pessoas no mesmo banco do ônibus, no banco do trem. Não cabe. A sociedade é muito preconceituosa eu vejo pela minha filha (eu vejo por mim também, mas eu não ligo, eu faço de conta que não estou vendo). As pessoas não aceitam as pessoas gordas. Se você vai fazer uma entrevista, as pessoas não aceitam. Tudo é preconceito. As pessoas não pensam na saúde, é basicamente como se fosse uma modinha. As pessoas querem adequar as pessoas. Não quer ajudar. Eu acho que as pessoas querem mais apontar: "olha, você é gordo!".EA14

Eu acho que são mais as piadas que você escuta, não é? Então assim: "vamos comprar um brigadeiro do moço do brigadeiro" "Ah não! Melhor você não comer." Às vezes falam num tom de brincadeira, mas me incomoda. Ou então falo assim: "estou com fome, vou almoçar" falam: "ah, mas você não precisa. Você tem reserva." Então essas coisas deixam você um pouco. EA19

A ideia de que o corpo gordo é sinônimo de fraqueza e ineficiência está internalizada pelo (a)s participantes. Mesmo que algumas limitações oriundas do peso sejam realmente sentidas, há consciência de que seu corpo não deveria ser questão de terceiros. Ademais, ele (a)s conhecem as perdas inerentes do excesso de peso, contudo acreditam que este menosprezo e desvalorização ocorrem pela atribuição que corpos gordos tem menos valor social e não são dignos dos mesmos privilégios dos corpos magros.

Na verdade, a perda muitas vezes nem se relaciona com privilégios, mas sim de oportunidades, algumas vezes explicitamente, outras nem tanto, motivadas pelo preconceito do tamanho de seus corpos e de um julgamento prévio de seu desempenho, ou até mesmo de um possível agravo de saúde baseado em nada além da imagem corporal da pessoa.

É por causa mais de preconceito mesmo. Tem uma firma de uma amiga minha... que lá só entrava quem era magro. Não aceitava gordinho não. Agora a gente não podia falar por causa de processo. Mas assim, se você visse até desse meu corpo que eu tô aqui não aceitava não, tinha que ser mais magro. [Mais magro.] É. Porque eles pensa que o gordo não ia trabalhar, não ia ter a mesma função do que tem um magro, mas é aí que ele se engana. Porque, por exemplo, se for pra se abaixar o gordo se abaixa, mas e na hora de se levantar? Eles pensava que o gordo tinha dificuldade nisso daí [Uhum.] Então o magrinho é mais rápido, o magrinho corre, o magrinho... não, não é bem assim. [Será que não existe um magrinho que é preguiçoso também?] Ah, existe, se não existe! O magro é mais preguiçoso do que os gordo (risos).EA15

já aconteceu de eu ser barrada, inclusive, no hospital que eu trabalhava pra fazer a cirurgia em questão, eu fui até barrada de entrar, porque a médica falou que eu não ia suportar trabalhar na recepção né... por conta dessa questão do peso e eu sempre comia muita coisa. , a médica queria me impedir porque ela falou assim “com o tamanho que você tem você pode cair de um ataque cardíaco dentro da recepção”. Entendeu? EA17

De trabalho eu tinha medo de não conseguir emprego. [Cê tinha medo que não conseguir emprego?] Sim. Sempre. Eu trabalhei num lugar sem registro por um ano, não estava feliz lá, aí meu amigo aqui pediu para mandar o currículo, falou que ia abrir umas vagas e eu falei “não vou ser aprovada por causa do meu peso” [Você achava que era única e exclusivamente pelo seu peso.] Sim. [Não pela tua competência.] Não pela competência. Até porque eu entrei numa empresa que eu fiz a entrevista com a menina do RH e com o gerente industrial e não fiz com o diretor. Pra trabalhar na minha área, fazer tudo que eu fazia na outra empresa, e no dia que eu entrei... ele viu meu currículo, gostou do meu currículo, só que ele não me viu [Ele não te conheceu.] Ele não me conheceu, que ele não tava com tempo de atender. Foi uma boa proposta, eu aceitei e entrei na empresa. No dia que eu entrei na empresa ele conversou comigo e aí eu tinha que ficar em uma outra área para aprender tudo sobre o produto, porque a minha área de era de pós-vendas né, para depois trabalhar com ele. E esse combinado eram 10 dias. Eu fiquei 10, eu fiquei 20 eu fiquei 30 e ele não me chamava. E ele passava por mim, ele não olhava na minha cara. Então isso para mim, eu acho, eu coloquei na minha mente, que foi por preconceito. E ele me dispensou com 40 dias, então ele não conhecia o meu trabalho.EA20

Em um raro relato, um dos participantes se sentiu prejudicado por ser gordo e homem, na busca da atividade física, tão preconizada para a perda de peso ao invés da saúde.

Professor de academia também como o exemplo que eu dei, ele está mais focado em ajudar as meninas que estão lá bonitinhas do

que os gordinhos que estão chegando né. [Tu acha que tem uma coisa de diferenciação de gênero né nas academias?] Sim, também, também, com certeza. E se for professora ela vai preferir ajudar mais o menino mais fit, que tá chegando do que a menina gordinha, que tá precisando de ajuda numa esteira que precisa fazer um fortalecimento, não sair correndo. Eu acho que tem isso também.E4

Uma única participante rompeu com todo o ilustrado até agora. Sendo a mais jovem participante, ela traz em seu discurso falas comumente vistas em movimentos de empoderamento e valoração de todos os tipos, tamanhos e formas de corpos, como o *Body Positive* e *Health at Every Size*.(ULIAN *et al.*, 2017). Talvez por fazer parte de uma geração onde o acesso a estas informações seja mais comum, pois são movimentos residentes nas redes sociais, a participante EA12 demonstra que algo pode ser diferente.

Hoje, por exemplo, esse teu corpo, mesmo de hoje tá, não com 80 quilos, te impediria de piscina, praia, essas coisas?] Magina! Não! De jeito nenhum, de jeito nenhum. Eu coloco... saio, coloco algum short, ponho, tenho celulite, tenho estria? Tenho, mas não tem problema. Até como brincam né, falam que as estrias são as escamas da sereia, então... gente é o que a mulher tem no corpo.EA12

Eu vou e se tiver que usar uma roupa mais justa eu uso, ué, é o meu corpo, é o corpo que eu tenho, gente, então... eu gosto de superar meus limites, então, por exemplo “ah, eu quero correr na esteira”, eu quero correr na esteira porque eu acho muito legal correr na esteira, acho muito legal ver aquelas pessoas correndo e conseguir fazer dois, três quilômetros, cinco quilômetros correndo, eu acho legal isso, é um desafio pra mim. EA12

A gordofobia e a estigmatização do gordo, já não pode mais ser escondida pelo discurso de preocupação com a saúde. As abordagens são identificadas como preconceituosas e um prejulgamento de que se está gordo seu estilo de vida é obrigatoriamente não saudável e que seus comportamentos e estilo de vida sejam os mesmos de uma pessoa magra, são passíveis de crítica e intromissão só pelo fato de ser gordo.

Eu acho que é mais por causa de preconceito. [É?] É. Eu acho que é por causa mais de preconceito porque quando a pessoa vê um

gordinho fala “ai, meu Deus, olha pra ali, pro gordo, ai meu Deus do céu, será que ele vai caber aqui?”. Então eu acredito que é mais por causa de preconceito, não é nem por causa da saúde.EA15

E tem a pressão da sociedade, porque as pessoas acham que o gordo é feio, que ser gordo é ruim, que você não é saudável. Ah, eu acho que é o julgamento que as pessoas têm, as pessoas julgam que o gordo é preguiçoso, que ele não quer saber das coisas, que ele gosta de comer, que ele é desleixado, entendeu? Ninguém liga... ninguém tá preocupado com o gordo, pra falar a verdade, se ele tá saudável ou não, a pessoa só quer apontar o dedo e falar que ele é gordo. Eu vejo assim. São poucas as pessoas que vão te falar alguma coisa pra realmente te ajudar.EA17

As pessoas, a cultura é assim, se uma pessoa magra tá tomando um sorvete no meio da rua é bonito, uma pessoa gorda pegou um sorvete, ela é horrorosa. “Olha lá, é gordo porque tá tomando o sorvete”. [Sim.] Então tem esse julgamento. [Sim.] Tem esse julgamento, já vivi muito isso, várias pessoas já vi “nossa, você vai comer, você vai ficar como ela”. Então tem a maldade né, e as pessoas não olham pelo lado que apesar de você ser gordo você pode ser uma pessoa saudável, que é o que cê tava falando no começo.EA20

De forma incongruente e inadequada, a motivação de um estilo de vida mais saudável, principalmente em relação à prática de atividades e exercícios físicos, é afastada das pessoas gordas, justamente pelas atitudes estigmatizantes e falas e comportamento gordofóbicos que os participantes se deparam ao buscar apoio e orientação profissional nos locais que deveriam justamente acolhê-los.

Ah eu acho um saco também por conta do tipo é que nem eu não me importo, não me afeta como me olham, mas se você está no meio fitness e você aparece lá, eles vão olhar tipo o que você está fazendo aqui. Já tive muito nesses lugares quando eu fui fazer academia já ouvi uma menina falando nossa se cocaína emagrecesse eu tava cheirando hoje. Então você fala assim “porra” que, né... Ah não tenho paciência, não tenho saco pra ficar num ambiente com esse povo que só quer saber disso.PA1

Eu tenho vergonha. De verdade, eu tenho muita vergonha de fazer alguma coisa na frente de alguém, uma aula, alguma coisa e as pessoas ficarem rindo, que sempre tem alguém olhando. Que aí você vai fazer meio descoordenado, descompassado, aí eu ponho na minha casa. Eu chego lá, ponho na televisão e aí não tem ninguém vendo. E eu já me políciei, já entendi que pra eu fazer eu tenho que chegar e fazer. [Cê acha que essas academias são ambientes fáceis de frequentar?] Não. Não porque na maioria das vezes as pessoas não vão para buscar uma saúde e um corpo melhor. É mais as meninas mais novinhas que fica aquela... é uma

briga de vaidade, na verdade. [Exibicionismo.] É. [Que que te incomoda quando tu entra num lugar desse?] Os olhares, porque as pessoas te olham tipo como se você fosse uma condenada porque você é gorda. Na verdade eu tô lá indo buscar justamente a melhora disso. E muitos que são magros não tão indo buscar o que eu tô indo buscar, só que aí você vai, faz as coisas e as pessoas ficam te olhando com aquela cara tipo “que cê tá fazendo aqui?” é estranho, é muito ruim. [Não te sente pertencente?] Não. E isso acontece muito. Muito muito, muito. Que eu já fui rata de academia, eu ia muito na academia, isso é o que mais tem. Só que eu desencanei assim, como eu acostumei com o lugar, com as pessoas, eu já sabia quem era quem. Mas quando cê vai numa que cê acaba de chegar. [Cê vai começar né.] O impacto é bem grande. E as pessoas ficam, ficam mesmo, infelizmente ficam te medindo, te olhando.EA21

5.5 Culpa e tentativa de controle

A crença de que o que se come, porque se come, quando e quanto se come é, particularmente, informada pelo modo como as pessoas são capazes de exercer controle sobre o modo como se alimentam, fato que aumenta o descrédito social das pessoas gordas e sentimentos como culpa, insatisfação e impotência pelas pessoas gordas. Tais sentimentos se tornam perpetuadores de um ciclo entre tentativas de controle e exagero; e a sensação de fracasso e diminuição perante os outros parece aumentar a sensação de ansiedade que, em si, aumenta a “justificativa” do comer excessivo ou desregrado.

Principalmente nessa parte da gente não se controlar. Porque se a gente se controlar a gente não fica nesse... ser gordo. É a ansiedade que faz... eu, falando por mim... eu acho que é a ansiedade que faz a gente ser gordo, a ansiedade. [Mas tu acha que todo gordo ele é culpado por ser gordo?] Sim. [Sim?] Sim. Que se um gordo não se controlar a tendência é engordar e engordar. Se você se controlar, se você tiver uma educação, aí você não chega a ser gordo, você consegue, você para ali e volta a ter seu corpo que era antes.EA15

Porque que eu fui comer se eu não estava mais com fome? ” E aí junto vem um mal-estar, sabe, um incomodo, uma coisa assim de quê: “Ah, se eu tiver que pôr alguma roupa no outro dia” [gagueja] essas coisas. Vem sempre: “se eu tivesse me controlado”, “Porque que eu não me controlei”, mas daí eu esqueço rápido e no outro dia eu faço de novo.EA19

Então você vai crescendo e vai vendo essa diferença das pessoas, não é? Então eu fui chegando ali nos treze, quatorze anos “putz,

sou alta, mas eu sou gordinha". E aí eu começava a me – não me controlar mas comer e pensar: "putz, estou comendo demais." Isso nunca teve um impacto bom, não é? No entanto eu sempre tive problema com peso, desde novinha. E então eu comecei a comer desenfreadamente, vamos dizer assim, quando eu era adolescente no sentido de "ah, preciso emagrecer, mas é aquilo, não é? " "Preciso emagrecer, mas e aí? " Danava a comer!EA5

Os relatos abaixo chamam a atenção, pois as participantes trouxeram em suas entrevistas dois pontos que destacam um sentido à culpa sentida, a preocupação com impacto em seus pesos e corpos, sem em algum momento abordar aspectos relativos à saúde.

A participante 17 relatou o histórico de como ganhou peso no decorrer do tempo e, na verdade, ela nem se situava como uma pessoa com obesidade na data da entrevista, segundo o critério de IMC (seu IMC era de 27,7 kg/m²). O interessante em seu relato é que em momentos nos quais ela não se achava gorda, tudo bem comer mal; afinal, para ela, a pessoa que é magra não será criticada ou julgada por ter uma alimentação considerada não saudável. Entretanto, quando se encontra em um momento em que sua sensação é de 'está gorda', apesar do não "diagnóstico", a culpa e a vergonha aparecem, contudo, tal percepção não está ligada a uma compreensão de possíveis danos à saúde, mas às questões estéticas.

Eu não tinha culpa de comer mal, hoje em dia eu tenho. Tipo, não culpa... [E por que que tu acha que tu não tinha culpa?] Porque pra mim era normal aquilo, era eu, era o que eu vivia, era a minha realidade. Hoje em dia não "nossa, mas eu comi isso" e eu não deveria pensar isso. [Mas tu pensa isso por questão estética?] Sim. [Estética.] Sim, estética. EA17

E, mesmo após se submeter a cirurgia, hoje o tratamento mais invasivo¹⁶ existente (PAIM; KOVALESKI, 2020) a mesma participante também traz o relato do quanto depende de ela controlar seu emocional perante a comida. Ou seja, há a clareza de que a cirurgia em si não é uma solução mágica para sua obesidade; entretanto, também há a pressão sobre o

¹⁶ (de tratamento médico) envolvendo corte no corpo - cirurgia invasiva (DICTIONARIES, 2020)

autocontrole, inclusive das emoções, o que aumenta o cabedal de competências que a pessoa com obesidade tem que lidar diariamente para tornar-se digno do convívio social.

Sim, porque a minha cirurgia foi no estômago, a minha cabeça é a mesma. [E o que tu pensa dessa cabeça, o que essa cabeça faz com teu jeito de comer?] Então, eu acho que quando a pessoa é gorda ela tem muitas questões emocionais também envolvidas, eu penso assim. Então as coisas que me afetavam antes, às vezes, elas me afetam hoje em dia e a comida é um gatilho pra mim, se eu não me cuido eu acabo comendo né, então eu tento ao máximo me controlar porque a minha comida não mudou em relação a isso.EA17

Este aspecto sobre as formas do corpo e como ele aparenta aos outros parece ser determinante da culpa que sente após comer, ou pelo modo que se está comendo, como também aparece na fala da participante 21, que relata sua culpa vindo à tona quando sua roupa não lhe serve.

Eu não me sinto culpada mas eu quero conseguir o controle para não fazer isso, e aí é onde eu fico mal comigo mesma. Porque depois, quando eu vou usar uma roupa e ela apertar eu vou lembrar “tá vendo, como você é besta, você foi lá comer aquele bombom”. É ali que tá engordando, entendeu?EA21

Mesmo que a ciência já propicie conteúdo e conhecimento sobre a complexidade de fatores – mídia, sociedade, fisiologia, economia, alimentação, atividade física, infraestrutura, desenvolvimento, biologia – que impactam no comportamento alimentar das pessoas e que influenciam enormemente em seu ganho de peso, o lidar com a alimentação e seus corpos é apontado como uma questão de fracasso pessoal, desconsiderando toda e qualquer influência psicossociocultural, reforçando a crença de que é uma escolha, uma fraqueza. Em sua, a responsabilização recai sobre o sujeito, e este, em sofrimento, desconsidera outros aspectos envolvidos.

Na verdade eu preciso é... eu atribuo essa culpa maior a mim porque... porque eu que na verdade deveria ter esse controle, mas eu preciso aprender como fazer isso, eu preciso de um auxílio pra eu aprender como comer corretamente e o que comer. Porque preparar ok, eu que vou preparar, mas o que, como? Eu acho que um auxílio de um profissional que pudesse me dar as coordenadas,

as diretrizes de como fazer isso pra que eu pudesse levar isso pra minha vida, sabe tipo, uma coisa que eu possa viver tranquilamente, de repente não chegar nos 63, mas que eu chegue nos 65 e bem.EA21

Não! Eu acho que ninguém quer ser obeso, assim, como ninguém quer ser muito magro, entendeu? Eu acho que as coisas vão acontecendo e você perde o controle. Você perde o controle e ao invés de você controlar a comida é a comida que te controla.EA19

Dentre vários pontos da influência do ambiente obesogênico, os quais apresentamos no referencial teórico, a facilidade de acesso e a disponibilidade de alimentos ultraprocessados são notadas pelos participantes como algo que age sobre suas relações com a comida. Entretanto, o controle segue sendo apontando somente como algo seu.

Se tiver no armário, se eu passar por alguma coisa eu vou lá e como. O negócio é não ter acesso. Ou ter e você ter o controle e falar assim "não, não vou comer". Eu acho que é muito difícil, você consegue resistir por um tempo, mas tem um dia que você vai precisar passar lá e comprar porque senão você vai ficar com vontade, eu penso assim. [E ficar com vontade pode ser até prejudicial.] Eu acho que é até pior, é pior, então você tem que trabalhar na cabeça que você tem que é... como fala... falar assim "não, eu vou ter um objetivo, eu vou ficar dez dias sem comer e tal dia vou passar lá e vou comer um pra não ficar com vontade".EA20

É muito forte, é mais forte do que eu. Então já aconteceu de eu comer três bombons de uma vez? Já. [E tu considera comer 3 bombons e uma falta de controle?] É porque (risos)... porque tipo, eu tô acostumada a pegar um e guardar, justamente para me policiar, não exagerar, só que aí se eu pego o pote e pego mais um e mais um eu falo "gente, eu tô descontrolada" porque não... assim que eu... vai embora. Eu acho que isso é um vício. Eu tenho que saber que é um, saboreia aquele um, como eu aprendi a fazer e não é pra pegar mais. então se eu começo a pegar um dois três eu falo "opa, tem alguma coisa estranha". [Sim.] Isso aconteceu na semana passada eu fiquei desesperada, eu falei "meu Deus, eu tô ficando doida, eu não posso fazer isso comigo".EA21

Como um contraponto de destaque, em nossa discussão, somente um dos participantes, o P2, que se caracteriza por ser homem, mais velho e em posição social mais elevada identificou o contexto social e ambiental claramente como algo que impacta sua saúde, no decorrer de sua trajetória.

Chegou um momento que não conseguia, mesmo com o conhecimento da bioquímica, fisiologia eu não conseguia. Pera aí se eu tô fazendo ginástica daqui e eu tô engordando dali, em algum lugar existe o erro. E esse erro está em algum lugar. E está neste contexto social que a gente vive né? A oferta... eu vou te dar um exemplo até pra, um exemplo bem prático. Estamos aqui no entorno de um hospital famoso, conceituado, chamado do Coração aonde em tese os profissionais que trabalham nesse hospital pensam no coração e a doença do coração ela mata dezessete milhões de pessoas por ano, trezentos mil no Brasil. Todas essas estatísticas você já sabe. E oitenta a noventa por cento desses mortos anuais eles são devido a ingestão de alimentos, né, ao desequilíbrio social principalmente alimentação, obesidade, sedentarismo. P2

Uma das falas impactantes quanto a culpa por não ser uma pessoa magra foi trazida pela participante 5. A culpa não está explícita na fala transcrita, mas sim no momento da entrevista, quando o não verbal de suas posturas e expressões claramente ilustraram sua decepção ao ser confrontada por uma colega por sua “incompetência” por não ter emagrecido, mesmo sob influência da situação de adoecimento e procedimentos médicos pelos quais passou.

Você sabe, ano passado, eu fiz uma cirurgia e tirei um tumor aqui do lado direito, desse lado todinho, e aí eu fiquei sem comer. Né? Eu fiquei com sonda, dieta líquida, dois meses eu fiquei afastada. Quando eu voltei eu escutei de uma pessoa aqui: “nossa, mas você não comeu, você nem perdeu peso”. Eu quase morri.EA5

Sabidamente, estas cobranças externas pelo tal ‘controle’ que todos devem ter sobre o seu peso vêm de muitos lados e direções. De forma geral, usando sempre como pano de fundo a famosa ‘preocupação’ com a saúde, mas, de fato, sendo muito mais estimulado pelo que se espera do corpo aceito, especialmente quando feminino.

tem assim, a cobrança né... [De quem?] Os meus pais falam “nossa, tá gordinha ein, tem que emagrecer, tem que cuidar”, meu namorado fala “ô, tá fora do peso ein, tem que emagrecer, tem que se exercitar. [E tu acha que isso ajuda ou atrapalha?] Num certo ponto ajuda porque às vezes é assim, eu não tô ligada né e às vezes é meio que um incentivo “poxa, tenho a vida sedentária”, não é porque tem a vida corrida aí de trabalhar o dia todo e demorar duas horas pra chegar em casa que você não vai tirar um tempo pra

poder ir atrás, pra se exercitar, não vai ter como comer melhor, vai ficar na base da bobeira né. Então num certo ponto é um incentivo. [Tá, e no outro ponto?] (risos) [Se num ponto é incentivo, no outro não é.] Depende, às vezes você fica “poxa vida, mas que saco ein, nossa” fica assim incomodada de tanta cobrança né. EA2

Às vezes eu tenho algumas inseguranças né, até por conta da sociedade que fala que a mulher tem que ser magra né, então têm aquelas inseguranças. [E qual a tua opinião dessa coisa da sociedade querer que a mulher seja magra?] Ridículo. Odeio isso. Porque é como você disse no começo, têm mulheres que elas não são gordinhas porque querem e têm mulheres que são gordinhas e praticam atividade física, se alimentam de forma boa, mas o organismo delas é lento, então eu acho ridículo colocar um padrão de cintura, de quadril, de isso, de aquilo, que é inalcançável, porque cada mulher tem um corpo diferente, uma estrutura óssea diferente. [E tu te influencia por essa pressão da cintura, do peso, ou tu acha que tu não é tão influenciada assim?] Eu sou um pouco influenciada. Até por eu ter o quadril largo e a cintura um pouco mais fina, então eu já sou considerada uma mulher já... com... com o corpo pera que eles falam, que é mais acinturado. Mas tem mulher que não tem isso e eu acho super linda, então pra mim... não é um problema. EA12

5.6 Lidando com a obesidade

Todo o constructo até aqui apresentado associado aos relatos do (a)s participantes do estudo nos trazem a este último capítulo, que trata do tema do lidar sua condição de gordo ou obeso. Ressalta-se que consideramos a condição de sentir-se gordo (a) ou obeso(a) independentemente dos fatores objetivos, já que o estudo partiu da auto referência do(a)s participantes.

Um primeiro ponto a ser abordado é: o que é a obesidade para estas pessoas? A primeira expressão dentre os relatos está associada à imagem de ‘doença’, não necessariamente porque acreditam que sejam ou estejam doentes, mas sim pela incorporação do discurso presente no imaginário social e proferido pelas pessoas com quem estabelecem relações nos lugares que frequentam.

Porque é o que dizem, não é? Vem de fora, na verdade, essa informação. Para mim não diria uma falha, mas..., é alguma coisa que vem por alguma coisa não estar bem na pessoa. Para mim ela vem pelo emocional. Que eu sei que eu desconto as minhas emoções na comida. Mas enfim, pode vir por “N” motivos, mas eu acredito que essa seja a maior causa, não é. E algumas pessoas perdem o controle. Como eu já sei e já conheci pessoas que comem assim, desenfreada, de passar mal. Não, eu não acredito que seja

um defeito de personalidade. Tipo: “Ah, eu sou obesa como se eu fosse é, porque quero. ” Ninguém é obeso por que quer, eu imagino.EA5

Este pensar de a obesidade ser uma doença está vinculado a aspectos associados à biomedicina e ao processo de medicalização da vida, como nos informa Michel Foucault e seus comentaristas(FOUCAULT, 1984; CANESQUI, 2015; ZORZANELLI; CRUZ, 2018). Afinal, “o desvio deve ser reprimido, os indivíduos devem ser medicalizados e normalizados” criando uma perigosa via de iatrogenia¹⁷. Consequentemente, o conhecimento científico acaba promovendo e disseminando uma grande quantidade de soluções simplistas para fenômenos complexos, como o ganho de peso da população, empregando estas soluções de forma reducionista, patologizante e única e exclusivamente direcionados ao âmbito biológico e comportamental(PAIM; KOVALESKI, 2020) buscando uma normalidade homogênea, que reduz a gravemente a compreensão da multifatorialidade da obesidade, o que contribui negativamente para a manutenção de um modelo de saúde que fortalece a busca incessante pelo tipo corpóreo visto como ideal, favorecendo a mercantilização das práticas de saúde(POULAIN, 2013; SILVA; CANTISANI, 2018). Esta medicalização desconsidera os aspectos emocionais que permearam as narrativas, em confluência com a dificuldade de ser relacionar com a comida, como o fato de utilizá-la como apoio e fuga.

Eu acho que o gordo ele tem uma dependência emocional grande de alguma coisa. Eu creio que comer é um vício pras pessoas e ela é um codependente de algum problema emocional que a pessoa tenha. Porque quando a pessoa tá gorda, chega um determinado momento que ela come quando ela tá feliz, ela come quando ela tá triste, ela come ansiosa, estressada, então eu realmente encaro isso como uma doença. EA17

É. É sim. Eu acho que é doença, porque, se não é de uma forma é de outra. Às vezes as pessoas são [gagueja] igual a mim. Eu acho que eu sou doente emocionalmente. Eu acho que eu engordo pelo meu emocional. Não. Magreza também não é sinal de saúde, entendeu? Mas, tem gente que se aceita magra e tem gente que se aceita gordo. Eu me aceito, eu não quero ser magra, palito, eu não quero. Eu só não quero ser o que eu sou hoje.EA14

¹⁷ A iatrogenia consiste num dano, material ou psíquico, causado ao paciente pelo médico (TAVARES, 2007).

Este contexto, puramente biológico, no qual a obesidade é colocada e exposta a sociedade, faz com que as pessoas deixem de prestar atenção em questões que vão muito além das suas medidas de colesterol ou glicemia. Mesmo que, como já comentado, haja uma introjeção da obesidade como doença, ver além dos exames bioquímicos e ouvir o paciente, pode ser o melhor meio de se obter um real motivo para que ele deseje ou necessite perder peso. Um exemplo são as falas da participante¹¹ e do participante 3, que abordam suas mobilidades, no caso da primeira fala atividades de rotina, já na segunda ações demandadas pelas características do seu trabalho.

Eu acho que sim. [É?] Eu acho que é. Obesidade é doença. [É doença. Tá. Por quê? O que te faz pensar que a obesidade é doença?] Porque a pessoa obesa deixa de fazer um monte de coisas que ela gostaria de... de fazer, entendeu? Que nem subir uma escada, correr, descer correndo, não sei, dançar, fazer qualquer coisa. Ela não pode mais, a pessoa que é obesa acho que não gosta nem mais dela mesma. [Entendi.] Eu acho que não consegue. EA11

Às vezes atrapalha, por exemplo, eu trabalhava no resgate, não é? Então as vezes eu tinha que pular o muro, subir uma escada de uma comunidade, e aí você chega cansado, né, atrapalhava. Eu via! Às vezes em uma ocorrência você tem que fazer um movimento e tal, e a barriga atrapalha. Hoje, até, atrapalha? Atrapalha, porque as vezes você quer fazer alguma atividade, né?E3

Em contraste ao que lemos acima, ao serem questionados se magreza seria sinônimo de saúde, surpreendentemente esta opinião não foi unânime. Somado a isto, muitas vezes o questionamento desta assertiva veio junto com o questionamento se obesidade seria uma doença.

Não, eu não me acho doente. Não me acho. Eu estou fora do peso e preciso não ser sedentário. Independente do peso. Porque eu vejo tantas pessoas fazendo exercícios aí, todos os dias, correndo e etc., e você fala "esse cara está acima do peso, porque ele faz exercício se ele está acima do peso ainda?" Mas ele está bem. Saudável, pelo o que a gente está vendo Não acho que magreza é sinônimo de saúde.E3

Não... principalmente por eu ser enfermeiro e saber que, de repente, aquela pessoa magra, possa estar com uma doença, anemia, pode ter um outro tipo de doença que ela não sabe, ou mesmo ela não consegue se alimentar, ou mesmo, de repente, pode estar em depressão.E3

E apresentando um nível de crítica e visão mais ampla da questão doença/saúde, pelo foco das alterações clínicas, isso aparece via observação de um problema que afeta as pessoas independente do seu peso. Eles identificam que a saúde deve ser medida em uma visão mais ampla do que o tamanho do seu corpo e que o estilo de vida influencia o estado de saúde de forma muito mais impactante do que o peso isoladamente. Ser magro não é sinônimo de saudável, estar acima do peso também não expõe automaticamente a pessoa a doenças. Não se alimentar corretamente, não se movimentar e manter hábitos como o de fumar e beber, pode expor pessoas magras a mais problemas de saúde – que pessoas gordas – que se cuidam, praticam esportes, não fumam e ingerem alimentos e bebidas saudáveis (MATHESON; KING; EVERETT, 2012).

Não. Magreza não. Não precisa. Você pode tá ... porque a pessoa, às vezes, tá gorda com sobrepeso, lógico que eu acho que impacta na saúde, quando você tá gordinho. Ou com sobrepeso. E, às vezes, você tá magrinho, mas você também tem um monte de problemas de saúde. Igual tem um sobrinho da minha amiga: criança magrinha e tem, agora eu não lembro, colest ... triglicérides bem alto. E eles falam: Nossa, não acredito! Como assim? Tão magrinho assim... [pessoas falando sobre o sobrinho da amiga] E ele está com problema de saúde. Então eu acho que não. EA16

Minha filha pesa quarenta e cinco quilos e não é saudável [rir] então, assim, não é. Ela sempre abaixo do peso, sempre tendo que tomar vitaminas para ganhar peso (ganha cinco quilos perder...) para mim também não é, entendeu? Ah, também como eu não acho que ser gordo seja sinal de doença na maioria das vezes. Quando está afetando a saúde, sempre cuidar. Mas se você é gordo e saudável e é feliz e está contente, não vejo. EA19

Entender a obesidade como uma doença tem alguns pontos a serem destacados. Dentre os prejuízos, rotular algo como doença é uma maneira de excluí-lo da vida cotidiana, isso, em si, estigmatizará as pessoas rotuladas e, em alguns casos, aumentará a sensação de falta de controle sobre sua saúde e a culpa em ser gordo. Este movimento para tornar anômala uma condição que a cada dia se torna mais normal e integrada a sociedade, por mais que se saiba que ela pode sim trazer prejuízos, é extremamente moralista e irrealista. E como já exposto o gordo traz desvincula a característica do

tamanho de seu corpo de um rótulo médico que aumenta a desaprovação da sociedade (THOMAS *et al.*, 2008). E, assim como a participante 19 conclui seu pensamento na fala destacada acima, também surgiram relatos de quem simples e objetivamente não caracterizou sua obesidade como doença. Diferenciando, como o participante E10 que pode ser uma questão de saúde, mas não rotulada como doença, e de forma mais ampla, como uma característica humana, segundo o participante E3.

Eu acredito que o gordo é uma questão de saúde mesmo. Não é uma doença. Mas é uma questão de saúde. E10

Não é doença, mas é uma característica: como você é careca, como você é cabeludo, como você é alto ou como você é baixo. E3

No tocante à questão ‘o que se busca no lidar com o excesso de peso?’, observou-se uma certa dicotomia entre saúde/doença. De um lado, percebe-se que a pressão estética influencia as mulheres, no seu lidar com o corpo gordo, ultrapassando toda e qualquer demanda que pudesse ser vinculada a busca de ser mais saudável e sim uma questão de aceitação da sociedade e si mesma. De outro lado, há um questionamento de quanto esta busca por um padrão corporal, propagado na mídia popular, escolas, políticas governamentais e na vida diária em geral também pode ser prejudicial. Esta análise crítica sobre os discursos dominantes sobre o tamanho do corpo pode trazer alguma luz sobre a obscuridade e efeitos discriminatórios relacionados a diferenciais de poder, normatividades e formações de identidade ao focar na responsabilidade individual e nas ‘verdades’ médicas (AMSTERDAM, 2013).

Eu acho que para mim viria como a aceitação. Entendeu? Uma maneira de eu me aceitar: Eu não me sinto bem comigo. Pode ser um pouco. Mas é uma questão minha. EA5

Eu engordei muito. Eu hoje eu não me aceito porque eu olho e ainda enxergo a [cita seu nome] que usava quarenta. Quarenta! Depois. Depois desse quinto ano. É [retoma] uma calça número cinquenta e dois. Imagina: você do quarenta e dois você pular dez! Dez de uma numeração. EA14

porque te deixa muito ansiosa para alcançar uma coisa que talvez você não consiga. Então, assim, o que eles mostram é uma coisa que você (eu, no caso para mim) talvez seja uma coisa que eu não vou alcançar, mas se não existisse um padrão, entendeu? Se fosse assim “perder dez quilos para me sentir melhor, ou perder cinco quilos para me sentir melhor” Talvez eu conseguia. Mas não, é perder vinte para ter um corpo daquela pessoa que pesa sessenta. Já é mais difícil. EA19

Sim, a mulher é muito mais cobrada do que o homem. Ah, a cobrança eu acho que é mais estética. Que geralmente quem cobra, a princípio, não tá focando muito na questão saúde né, hoje nem todo mundo ainda tem essa mentalidade que, é... emagrecer não é que “ah, eu vou ficar magrela, eu vou ficar saudável”, não, tem aquele magrelo que também tem os seus problemas de saúde, mas é “eu vou ficar no peso ideal daquilo que meu corpo, teoricamente comporta, de acordo com a minha altura, tudo, pra eu ter uma vida mais saudável, do que eu ser também obeso e acarretar outros problemas”. EA2

Mesmo com algumas falas e posições que questionam o que seria esta obesidade, a ideia que o ganho de peso de uma pessoa é influenciado única e exclusivamente pela equação – energia ingerida x energia gasta – ainda faz com que a busca por dietas restritivas seja não só a primeira escolha de tratamento para o lidar com o excesso de peso, mas também como recurso novamente acessado a cada fracasso da tentativa de comer menos.

Para muitos dos participantes, a crença de que a falha ou o fracasso são seus, do indivíduo, e resulta da falta de “força de vontade”, os faz estarem sujeitos a novas tentativas, as quais são incentivadas por profissionais, familiares, mídia e todo um contexto que acredita na ideia ultrapassada que acaba muitas vezes sendo motivada pela aceitação e enquadramento a um padrão estético.

Ah, dieta é uma coisa que você tem que fazer temporário para perder peso e tal” eu não sei se isso funciona bem. O que eu acredito que funcione (eu ainda não consegui fazer) é a reeducação alimentar mesmo. Durante a vida eu fiz “trocentas”. Eu acho que mais atrapalharam. Porque, por exemplo, as vezes você até consegue perder um peso, mas você não consegue manter.: São difíceis de manter. E as vezes você até perde peso, mas você fica esquisito. Fica parecendo um doente. Era a impressão que eu tinha, entendeu? E1

Ele funciona a princípio psicologicamente. A princípio a pessoa: “Ah, estou fazendo dieta. Estou fazendo regime. “Legal! Incentiva,

entendeu? Isso ajuda a pessoa na sua autoestima. Mas se a coisa for muito pesada ela não vai segurar, não mantém. Se ela não quiser, não vai melhorar. Por exemplo, se eu entrar numa dieta “ferrenha” e se eu não fizer exercício, eu não emagreço. Não adianta! Não tem jeito. E3

Eu consultei uma nutri uma época, mas acho que foi aquilo que você comentou, uma dieta de gaveta mesmo, que foi muito rápido, eu saí de lá com a dieta, tanto que a dieta não se adaptou a mim, eu larguei logo ela que eu não conseguia seguir ela. Não pelo fato de... de não... dos alimentos não ser bom, não, mas pela minha rotina, eu treinava 2 vezes, coisa e tal, a dieta que ela passou não encaixava, tinha algum momento que eu tava fraco, não tinha força pra nada, não tinha energia, então não era uma dieta feita pra mim, era uma dieta passada.E7

Como podemos perceber nas falas acima, a restrição, imposta pelas dietas utilizadas, é o principal fundamento que as constituem, sejam elas prescritas por um profissional ou buscadas na internet. Neste sentido, antagonicamente, a própria restrição também acaba sendo a principal queixa da dificuldade de manutenção deste comportamento.

Não negamos o racional biológico de que para alguma perda de peso, comer menos será necessário, entretanto, como isso é feito? Qual o suporte? Qual o tempo que é dado? O que mais pode ser feito? E, talvez o mais importante, qual objetivo é traçado? Somadas a estas questões outras se impõem com igual importância: este objetivo respeita a diversidade, a genética e a real vontade do paciente? Ou simplesmente é uma busca do padrão? E vale tudo para esse fim?

As falas abaixo acrescentam outras modalidades de tratamento que, quando analisadas em seu desempenho, se mostraram tão ineficazes quanto a dieta restritiva.

Ah já fiz tudo. Já fiz a dieta da sopa já fiz o do chá, já tentei tipo “quase tudo”. Eu já fiz jejum (só não consegui). Tentei fazer aquele jejum intermitente, já tirei o carboidrato [rir] mas é que eu não consigo mesmo por muito tempo. Ou eu me esqueço e como ou eu começo o jejum e passo mal, eu já fiz muito já. Eu acho que eu não tenho dificuldade em perder peso. Porque se eu faço uma dieta por um mês eu consigo perder um quilo ou um quilo e meio (se eu seguir ela direitinho) mas aí eu acho muito pouco, me desanima, eu não vejo a diferença ou então acontece alguma coisa e eu desisto. Porque se eu estiver fazendo uma dieta aí eu falo para as pessoas

“estou de dieta” aí se a pessoa me ver comendo alguma outra coisa que saia de dentro da dieta e ela fala assim para mim “ah, você não estava de dieta? ” Aquilo já me deixa ruim. Já me deixa mal. Mesmo em casa, meu esposo ele é muito chato, e as vezes ele fica falando “você não está de dieta? ” Aí eu fico.EA19

eu sempre fui contra medicamentos, porque minha mãe toda vida, depois que ela me teve, na verdade, ela passou a fazer dietas e ia no médico, tomava remédio, e ela se arrepende disso e ela sempre falou pra mim e pra minha irmã “você toma o remédio você vai obter o resultado, mas quando você parar você vai engordar o dobro”. Então eu sempre tive medo disso, então nunca fui pra base do medicamento. Aí eu fui pesquisar e tava no auge a dieta do Dr. Dukan, dieta da proteína, eu falei “opa, carne, vou fazer”. No começo todo mundo falou “você não vai conseguir” eu falei “não, agora que eu vou mesmo, me desafiou, falou que eu não vou, eu vou conseguir”. Foi onde eu comecei a fazer a dieta, que foi bem sacrificante pra mim no começo, eu cheguei a passar mal pelo fato de você comer só a proteína, eu não tava acostumada com aquilo. Daí eu tirei, eu tinha o costume de tomar um copo de leite no período da manhã, só que como falava leite desnatado e eu não tomava, eu tirei o leite da alimentação e nessa eu acabei tendo anemia também, por conta que eu não sou muito de comer queijo, substituir, o Danone e tal, então foi algo que me fez falta. Mas eu obtive o resultado que eu queria, que eu eliminei 10 quilos. Aí fiquei super feliz. Só que passou um período de uns 6, 7 meses é... eu tava comendo assim normal e daí foi onde eu fui engordando novamente. [Você rompeu a dieta Dukan?] Isso, parei falei “não, agora vou que agora eu consigo controlar, manter”. Só que sem que eu percebesse eu fui engordando.EA2

Eu era tão frustrada com dieta que eu cheguei a ter anemia profunda, porque eu fazia essas dietas loucas, eu não tinha condição de procurar um especialista, então eu fazia por minha conta, via na revista “ah vou fazer essa”, da moda. [Sim.] E aí comia errado, fiquei doente várias vezes, com anemia, por conta de querer tanto emagrecer e não aceitar como eu era.EA21

A medicalização da alimentação humana e a exagerada e confusa patologização do excesso de peso corporal(CANESQUI, 2015; VIANA et al., 2017; ZORZANELLI; CRUZ, 2018), faz acreditar que a solução poderia estar no uso de medicações “anti-obesidade”, ou medicações que tentem quimicamente controlar a fome dos pacientes, ou algo tão complexo quanto o ato de se alimentar. Suas histórias ilustram o quanto equivocado isso pode se tornar.

aí você pensa: “putz, estou gorda. O que é que eu vou fazer? Ah, vou no endócrino. Aí você chega no endócrino: um exame de sangue e te trata com sibutramina ou te manda tomar anfepramona, umas medicações que eu seu puder nunca mais tomar, eu não

tomo. Tomei não adiantou nada. Aí fui e cheguei no endócrino e falei: “ah, quero emagrecer”. Está bom, me pediu um exame de laboratório e já me mandou logo uma sibutramina. Odiei. Porque para mim não fez efeito nenhum. Foi horrível. Fora que você se sente mal. Com o remédio, que foi o que eu passei, totalmente contra.EA5

como por compulsão” “Ah, a outra é porque...” Eu tenho uma amiga que fez bariátrica e que ela tomou remédio para emagrecer desde os treze anos, metade da vida dela, se ela for olhar, ela tem minha idade: vinte e seis anos, metade da vida dela ela tomou remédio para emagrecer e nunca deu certo. E aí com vinte e seis anos ela fez o bariátrico. Então ela estava sendo bem assistida? Obvio que não. Se ficou treze anos tomando remédio ou treze anos tentando fazer reeducação alimentar que não deu certo, não estava sendo bem assistida, não é? Para chegar com vinte e seis anos e optar pela bariátrica. EA5

Então aí, a partir agora dos quarenta já tinha vontade Rafael, não te nego, de já tentar emagrecer, ia pra academia, tomava os remédios passava mal porque os médicos passava os remédios, eu comprava me fazia mal. Eu passei num médico no Ipiranga, ele me passou um remédio, que nem do Brasil é sabe Rafael, eu comprei esse remédio Rafael, me empolou todo o meu corpo, eu passava a buchinha, que eu puderia, parecia sarna, coçava, coçava. Sabe, emplotou todo o meu corpo quando eu fui entra na internet pra ver quais as contra indicações, menino dava até ferida pela boca e tudo que era lugar, aí eu parei, nas pernas, aquela coisa horrível. E eu já comecei com a sensação de alergia que eu não tinha. PA3

A crença do problema puramente biológico reforça o discurso biomédico nas mídias e, somado ao pavor de ganhar peso, carregado pelo estigma sentido ou antecipado e as discriminações sofridas, também trazem ao seu convívio e acesso um outro prejuízo, ficar enredado em um mercado ilegal de venda destas drogas(RAUPP, 2019). Neste caso, soma-se a todos os problemas já enfrentados a possibilidade de exploração financeira deste medo, conforme mencionou uma das participantes.

esse tipo de medicação você consegue comprar muito fácil. Sem receita ou... (a gente trabalha em ambiente hospitalar, o que tem de gente que fala “ah, eu conheço fulano que vende”, “Uma amiga minha vende não sei o quê”). Eu entrei em um grupo de emagrecimento mesmo, entrou um farmacêutico vendendo. E vendia várias fórmulas. “Ah, quantos quilos você quer perder? ” Trinta. “Então eu tenho essa fórmula aqui para você”. Uma facada! Tipo: novecentos reais. Um tratamento de três meses. Mas assim: Brasil, não é? [rindo] sempre tem um jeitinho para tudo. EA5

E, mesmo quando dentro da legalidade, sejam tratamentos com evidência ou não, seus custos parecem ser uma outra barreira e fator de desmotivação dos participantes. Nestes dois exemplos abaixo as participantes, mesmo que ocupando posições sociais distintas, trazem ao debate o alto valor absoluto e mercadológico cobrado pelo emagrecimento.

É que assim: tem aqueles shakes que dizem que emagrece, não tem? Parece que é doze reais o copo. Ninguém tem doze reais por dia. Tem gente que tem e emagrece. Aí eu falo “ah, mas ninguém vai conseguir”. Doze reais todo dia? Às vezes eu não tenho nem um real para o pão quanto mais doze reais todos os dias.EA8

Díficeis porque, por exemplo, a última médica que eu passei... ela não tá atendendo mais em consultório porque ela tá fazendo outros trabalhos... e ela indicou pra eu tomar Victoza, por exemplo, ela falou que ia me ajudar muito porque eu já estava pré-diabética, então ela daria Metformina e esse medicamento que eu mesmo poderia aplicar, tranquilo. Aí eu fui comprar. Aceitei o tratamento. Quase 400 reais. Com desconto sai 300. Eu falei “eu não consigo manter essa medicação” e ela falou “mas vai te ajudar muito, você vai conseguir emagrecer, tem que tomar uns três meses pelo menos, você ganha um gás e aí você busca isso na ginástica e consegue manter isso aqui”. Não dá pra manter. É muito caro.EA21

São caros os tratamentos. Porque têm alguns que procuram coaches, e esses coaches cobram um preço bem elevado é... queira ou não pagar um nutricionista particular, pagar um médico pra fazer os exames, pagar os exames que vai fazer, sai tudo muito caro. Até pra ver... pagar bioimpedância pra poder fazer, tem gente que não tem convênio, então fazer tudo fazer em particular sai bem mais caro... pagar uma academia, às vezes aquelas clínicas que interna a pessoa também, três meses você pagando, um absurdo.EA12

E este custo, além de provavelmente criar uma desigualdade de acesso, pode ser um ponto de estímulo à busca de tratamentos ou “profissionais” que explorem de modo perigoso e antiético a demanda por emagrecimento(FLORÊNCIO, 2019).

Eu acho que, infelizmente, tá banal hoje em dia, porque você entra na internet todo mundo acha que é nutrólogo, nutricionista, todo mundo tem alguma opinião pra te falar, todo mundo é bem-sucedido, todo mundo emagreceu em 21 dias, todo mundo tem um chá, uma pílula, um pó mágico, sei lá, que vai te emagrecer. Então o acesso hoje em dia é muito fácil, só que o acesso a qualidade é caro. Se você quer ir num profissional bom é caro, não é barato. Então existe essa diferença, se você quer a blogueirinha fit que vai

te dar um livro de 21 dias de dieta você vai conseguir por 50 reais, vamos supor, mas se você for num profissional que realmente vai trabalhar toda a questão comportamental, a sua questão a fundo, que realmente tá relacionado... porque comer, como eu te falei, não é só uma questão de... de você ter acesso, de você ter tudo, é uma questão emocional também. E... o acesso hoje tem, você tem em todo o lugar, só que o acesso bom não. E também tem aquela questão que tem coisa que é totalmente... não dá pra você aplicar na sua vida, tipo: coma três castanhas, uma maçã e fique feliz. Agora quando você vai num profissional que realmente ele é bom, que ele vai trabalhar toda essa sua parte, porque é um conjunto, ser gorda é um conjunto de coisas, pra você pegar um paciente gordo é muita coisa que você vai ter que trabalhar naquela pessoa. Não é um livrinho de 21 dias, um papel impresso que você vai emagrecer aquela pessoa, que você vai mudar a relação dela com a comida. Então... é caro. Nem todo mundo faz isso.EA17

Dentre as intervenções médicas, a cirurgia bariátrica, também conhecida como cirurgia metabólica e popularmente como cirurgia de redução do estômago, permeia o imaginário de alguns participantes. Tida por muitos, inclusive por alguns dos nossos participantes, como uma solução mágica para o problema de peso, como podemos perceber nas falas abaixo. Entretanto deve-se reconhecer que existem situações onde sua prescrição é justificada e indicada, mas sabe-se que sua eficácia possui limitações e que não é isenta de consequências (ROMERO-URRÉA, 2018; PAIM; KOVALESKI, 2020).

Se eu estivesse a condição de fazer uma redução de estômago eu faria na hora. Não pensava duas vezes em aceitar. Vou te dizer por que não. Não, eu não vou mentir. É porque para você marcar uma consulta no postinho é uma demora que até você desiste. Então você nem vai. E para você pagar caro, então... ou você tenta com você próprio ou continua do jeito que está.EA8

Eu acho que se eu fizer essa redução de estômago eu vou ficar mais tranquila. Mais feliz comigo mesmo e eu sei que vou ter força. Eu vou fazer a redução de estômago e eu vou começar a comer menos. Então eu sei que eu vou conseguir mudar meu ritmo. Eu não vou querer comer “mais” entendeu? É. E aí eu consigo manter. E outra, quando faz a cirurgia de estômago, você perde peso em um mês, não é?: Então, aí quando eu ver que estou com “aquele corpo” eu nunca mais vou querer engordar na minha vida. A minha autoestima vai estar lá em cima, vou me sentir super bem.EA8

Em contraponto a esta crença de solução rápida e definitiva, idealizada e “nula de consequências”, a única participante que já havia passado pelo procedimento reflete sobre os resultados obtidos versus os efeitos colaterais

inerentes à realização do tratamento mais extremo da presente “guerra” contra a obesidade, terminologia muito utilizada na literatura(PALMA, 2014), e por ela também criticada (O’HARA; TAYLOR, 2018) e que além de inapropriada pode se confundir facilmente com uma guerra contra as pessoas gordas(PAIM; KOVALESKI, 2020).

Hoje em dia eu como como uma pessoa normal. Só que eu passo mal com coisas que as pessoas normais não passam, eu entalo com água, às vezes tem dias que eu consigo comer meio quilo de comida, tem dia que eu consigo comer 200, fora as vezes que eu já passei mal... enfim, o estômago ruim, às vezes você não sabe o que vai te cair bem, o que não vai. Eu tenho 6 anos de cirurgia, mas ainda assim, às vezes eu não sei o que vai me cair mal e o que não vai, dores, o emocional, porque meu, eu emagreci 50 quilos em 6 meses! Estas são questões que eu lido hoje em dia, mas que eu não lidava antes da cirurgia, entendeu? Acho que é mais ou menos isso. Acho que se eu tivesse emagrecido, mas talvez num processo lento, tivesse entendido e tudo mais, talvez eu não teria passado por tanta coisa assim. [Chega a ter um arrependimento assim de ter feito a cirurgia ou não chega nesse nível?] Não, eu não me arrependo, mas com a cabeça que eu tenho hoje, eu não faria.EA17

E, nesta trajetória de tentativas de lidar com o peso, outro ponto de frustração do (a)s participante, é o de, ao procurar ajuda, não se sentirem acolhidos e compreendidos, mas sim culpados, acusados e julgados por aqueles que deveriam justamente ser os que os direcionassem a um caminho mais seguro na busca de uma melhor saúde, e não necessariamente a busca exclusiva de emagrecimento.

É que parece que a gente sempre está sempre errada, entendeu? Das consultas que eu fui (fui em uns dois ou três endócrinas) parece que você está sempre errado. Parece que você que fez alguma coisa, para as coisas ficarem daquele jeito, entendeu? “Ah, você engordou demais. Olha o tanto que você engordou. Nossa!” Então isso para mim, Suzana, me incomoda. Entendeu? Então assim, se você for em uma consulta esse mês e com trinta dias você volta, e não tiver feito nenhum sucesso ó: [no sentido de algo estar errado]. Eu sei que a função. EA19

Quando você vai numa clínica médica, se você é gordinho, eles falam assim “ah, você quer emagrecer?” eles não perguntam “você quer uma vida ativa?”. É a primeira coisa “ah, você tá aqui por que, você quer emagrecer?”. E se eu falar que não? “Não, eu não quero emagrecer, eu apenas quero hábitos saudáveis e quero uma vida ativa”. Eu posso também optar por isso né. Então eu acho que também tem essa influência, até também por ter muito... muita

clínica médica com médicos antigos também, então eles tendem a aquele pensamento antigo de que a pessoa gordinha ela vai pro consultório pra emagrecer e não pra ter hábitos saudáveis. EA12

Um agravante deste mal acolhimento das necessidades mais amplas de saúde das pessoas, é o fato de que em suas vivências, se depararam com uma frequente inadequação de conduta e postura por parte dos profissionais acessados. Além de preconceitos, as narrativas trazem relatos sobre o despreparo de profissionais para lidar com a obesidade ou peso corporal dos seus pacientes, que acabam não tendo o suporte necessário e acabam desmotivados de continuar o acompanhamento, recaindo sobre a pessoa gorda a culpa pelos problemas atribuídos ao seu corpo. (CORI; PETTY; ALVARENGA, 2015; FRUH et al., 2016; THOMAS et al., 2008).

Eu acho que não são preparados. Muita coisa ainda envolve dinheiro. A indústria farmacêutica lucra muito, eu imagino. Cirurgiões devem lucrar muito, eu imagino né, não tenho conhecimento. Mas eu imagino, né, que devem ganhar muito dinheiro ou devem ser....é, eu acho que envolve mais essa parte de dinheiro mesmo. EA5

Olha, eu vou te falar uma coisa, é o pessoal da saúde em geral que você tá falando, né? Eu acho que eles não tão preparados não. Porque acaba falando piadinha né, e... com brincadeirinha assim de muito... às vezes até de mau gosto né, então essa parte aí eu acho que eles são despreparados. EA11

eu fui numa nutricionista, há uns dois meses atrás, ela falou pra mim, quando eu tava com 90 quilos “olha, não fala pra ninguém que você tem bariátrica que dá até vergonha, ainda mais que cê tá fazendo nutrição né”. Eu só tive uma nutricionista até hoje que eu gosto muito, que virou minha amiga pessoal inclusive, que me tratou como ser humano, porque os demais não. EA17

Ao final das entrevistas, após toda a narrativa construída pelo (a)s participantes, o(a)s convidávamos a refletir sobre o que poderia ser feito no sentido de reduzir a vulnerabilidade ao ganho de peso que vivenciaram no decorrer de suas trajetórias de vida.

Dentre os pontos de destaque está justamente o desejo de que os profissionais de saúde se portassem diferentemente do que está apresentado acima, que eles estivessem mais preparados para compreender o quão

complexo é o universo que envolve a alimentação e as influências sobre o comportamento alimentar dos indivíduos.

Suas expectativas são no sentido do acolhimento, sem julgamentos, mas com estímulo e motivação a uma melhor relação com a comida, possibilitando melhores escolhas independentes da influência ambiental e da pressão pelo emagrecimento. E que esta busca seria melhor realizada se pudesse contar com a ajuda de diversos profissionais, proporcionando uma visão mais holística e ampliada sobre suas questões com o peso e a alimentação(WHARTON *et al.*, 2020).

Eu acho que teria que ser um pouco mais acolhedor. Entender. Procurar saber por que que aquela pessoa não chegou ali e foi assim “ ah, engordou e pronto. ” Não. Tem toda uma história por trás, não é? Acho que se você conversa e tentar entender qual é o motivo “ah, esse mês não deu, né, mas vamos...” eu acho que é assim. Eu, [cita seu nome], não gosto muito de cobrança. Eu sei que ela é necessária, mas eu não gosto. Porque as pessoas não sabem muito bem. Por mais que você fale, não sabem muito bem como é o seu dia-a-dia então... eu acho que quer mais atenção e aí as pessoas querem muito ganhar dinheiro e esquece um pouquinho do que é importante. Não sei, eu fiquei impressionada com esse médico que me aconselhou a engordar então não...EA19

Eu acho que os profissionais que eu fui, se eles tivessem trabalhado mais essa questão comportamental, tivesse tentado entender a minha rotina, tivesse tentado entender a minha questão familiar, adaptado alguma coisa pra mim, que eu tivesse um acompanhamento psicológico, terapêutico, um acompanhamento nutricional que me fizesse entender que seria bom pra mim comer aquilo, porque eu não entendia porque eu tinha que comer legumes, frutas, enfim, eu só associava assim “eu tenho que comer isso porque as pessoas tão falando que eu tenho que emagrecer, mas se eu tô bem por que que eu tenho que comer isso?”. Então eu acho que se eu tivesse tido uma instrução melhor, teria sido diferente.EA17

na parte profissional, eu acho que o profissional também tem que entender essa nova realidade né, de que a pessoa não quer mais emagrecer pra ter esse padrão, ela quer emagrecer ou pra ter uma vida saudável, ser uma consequência, o emagrecimento ser uma consequência de um hábito saudável e... e esse profissional não cobrar tanto da pessoa sabe “olha, você precisa emagrecer cinco quilos esse mês”. Eu já passei por isso “você tem que emagrecer cinco quilos esse mês. O próximo também, cinco quilos e no final dos seis meses você vai ter tantos quilos a menos”. Então não ter essa pressão.EA12

Para nossa surpresa positiva, havia uma ampla clareza entre praticamente todos o(a)s participantes, mais especificamente 20 dos 25, da falta de estímulo para um estilo de vida mais saudável, de quão falha eram as opções que proporcionassem mais acesso a melhores escolhas alimentares, seja geograficamente ou financeiramente. Pela ótica do impacto de um ambiente mais favorável, foram citadas hortas comunitárias como facilitadores de acesso a alimentos mais saudáveis e naturais.

Se no interior por exemplo tem aquelas horta comunitárias, se tivesse infraestrutura, um programa de criar hortas comunitárias para a comunidade. Então eu sei lá, duzentas pessoas que tem o espaço X. Isso, puts é legal vamos sempre me dizer., Fazer uma hortinha. Todo munda cuida sabe? Sabe o tanto que está economizando Saber que estou nutrido com a vitamina A, B ou C .PA1

Que esse projeto tivesse bastante plantação de coisa saudável, sei lá. Ah É porque aí evitava da gente e também não fosse tão cara a coisas. Esses saudáveis. Porque as vezes a pessoa quer comprar mas não tem condições né?PA3

A questão da diferença de acesso aos alimentos conhecidos como saudáveis e os sabidamente não, também se configurou como objeto de demanda de uma possível intervenção, até mesmo do Estado, em prol de mudanças que eles e elas gostariam de colocar em prática.

Ah se eu tivesse um local Rafael que fosse só de comida saudável, não me importava de ir lá comer todos os dias . Você entendeu. Não ia me fazer falta aquele tipo de alimentação má que eu me alimento.PA3

O que eu gostaria que fosse diferente? Que não tivesse esses lugares que vendem esses lanches que faz nós engordar. Que fosse só comida saudável. “Esse restaurante aqui vende só, é... só comida saudável”. Então a gente não ia procurar se desviar do foco. [E quem tu acha que podia fazer, tu acha que o governo podia proibir, que tu acha que deveria acontecer?] Se o governo proibisse ajudaria muito, porque tudo se funciona no Brasil, em qualquer lugar, onde tem lei. Aí ia ter uma lei pra não vender esses lanches, só comida saudável, aí sim ajudava. [Tu acha que isso ajudaria?] Ajudaria muito. Se tivesse uma lei mesmo, aí se pegou o estabelecimento vendendo lanche que não é pra vender, coisa que não é pra vender, que faz engordar, pagasse uma multa, oxi, todo mundo nem podia. O que faz nós engorda mesmo é esses lanches, esses ambientes, e muitas vezes preguiça de fazer uma comida saudável, fazer uma coisa, a pessoa come. Do meu ponto de vista...EA15

A consciência de que saúde não é uma questão individual, e que sem a intervenção do Estado como proponente, moderador, regulador e gerenciador de políticas que auxiliem a promoção de estilos de vida mais saudáveis e que possibilitem acesso a um tratamento mais equânime, é expresso nas entrevistas como uma carência na prevenção de sua vulnerabilidade a obesidade. Curiosamente, chama a atenção que eles tem a noção da importância dessas questões mas não lembraram de citar alguma como exemplo, demonstrando desconhecimento de ações políticas neste sentido como o próprio Guia Alimentar para a população Brasileira(CAISAN, 2014; DIAS et al. 2017; SAÚDE., 2014).

Porque ó, eu vou falar uma coisa para você: eles não pensam de verdade no gordinho. Porque não tem um programa assim, acessível. Igual no bairro onde eu moro, Grajaú, é no extremo da Zona Sul então você não tem acesso num posto de saúde aonde tem um programa, não tem. Eles disponibilizaram sim, colocaram esses tipos de uns aparelhos para as pessoas fazerem atividade física, mas até se você for fazer e não souber fazer, você vai se prejudicar.EA14

Intervenções estas que vão da compreensão de que o ganho de peso da população pode se tornar um grande problema de saúde pública e que, por esta razão, deveriam ser pensadas políticas e leis que controlassem a disseminação desenfreada de oferta de ultraprocessados e de restaurantes que não representam em nada nossa ancestral cultura alimentar. E que este monitoramento fosse estimulado não pela doença, mas desde uma perspectiva da prevenção.

Poderiam ter mais projetos voltados, porque eu acho que ninguém se importa muito, entendeu? Com a pessoa que engordou. Porque ninguém encara como um problema (eu penso) se a sociedade e todo mundo começa a ver que isso é realmente é um problema e que hoje a gente ver criança com pouca idade já gordinho e se preocupassem mais com isso, se tivessem... não sei o que realmente seria, teria que fazer, mas eu acho que ajudaria muito. Poderiam fazer alguma coisa para que não chegasse a ser uma coisa tão... [muda] “fechar uns McDonald’s” [rir] Seria bom não ter tantas lojas de fast food por aí. EA19

na verdade assim, nós não temos um órgão que cuida do conceito “saúde”, o Ministério da Saúde não tá preocupado com essa parte, ele tá preocupado com doenças, essas coisas. Eu acho que deveria

ter um órgão que cuidasse da saúde como um todo. Não que existisse uma proibição, por exemplo, vai ser proibido vender isso, mas se tivesse, por exemplo, alguma que se tivesse uma coisa ruim, tem uma coisa boa também. Tem uma barraca de coxinha, tem uma barraca que venda algo saudável, um lanche natural, não sei E7

[Você acha que o governo podia ajudar?] Podia. [Como?] Ah... eles não fala que é imposto, que é caro porque tem encargo de imposto, encargo daquilo, encargo disso, porque é produtos pra dieta, por que o governo não ajuda então baixando os imposto? Que o pessoal né pra não ficar diabético, pra não ficar com problema de coração.

E a importância de precocidade e continuidade destas intervenções, exercendo regulações no ambiente escolar, por exemplo, foi citada como positiva e expressa, inclusive, em um exemplo real por uma das participantes.

Eu acho que teria que vir lá da infância né, como talvez em outros países, no próprio cardápio da escola, da merenda já vim essa cultura. Proibiram né a venda de refrigerante. [Em Minas eu acho que eu vi uma notícia esses dias.] Dois anos atrás minha filha falou “mãe, o tio não vai mais vender refrigerante na cantina” [Na cantina.] Parece que aqui também, pelo menos lá em Guarulhos sim. Não vai vender mais refrigerante na cantina. Então é tudo fácil acesso, você tem fácil acesso você acaba pecando [E aí se dificulta, a cantina não vendendo ajuda]. É, ajuda um pouco, ajuda um pouco.EA20

E, ao encontro destas percepções de carência do Estado nas políticas de apoio à construção de um ambiente menos vulnerável e amigável a obesidade, a melhora do suporte de profissionais preparados na atenção primária também é evidenciada nas entrevistas. Este fato revela uma possível elitização de acesso a estes atendimentos, já que naqueles participantes com maior condição social a dificuldade de acesso não se apresentou como ponto relevante ou considerado.

Ter essa tratativa é... realmente é... como fala... dar fácil acesso as pessoas que são obesas né, não tratar como “ah tá gordo, você vai pra fila de cirurgia”, e é isso, você fica 1, 2, 3 anos na fila pelo SUS e não é isso, eu acho que tem que ter esses grupos né de profissionais que tratam do emagrecimento em todas as áreas, tanto no convênio como é... SUS, principalmente no SUS né. Principalmente. Ter esse grupo pra tentar entender os distúrbios, o

que leva uma pessoa a engordar, o que leva a pessoa a estar dessa forma né. [Sim.] Eu acho que é isso.EA20

É tipo assim, eu pensei no meu bairro. É tipo, uma nutricionista no posto de saúde, pra poder estar te ajudando. No posto que eu frequento não tem, então isso daí já ajudaria as pessoas, entendeu? no trabalho, melhor ainda né? Seria bem melhor.EA6

A ausência de oportunidades em optar por comportamentos e ações que fossem parte de um viver mais adequado em termos de movimentação e atividades, como narrado no excerto acima, é detectado pelo (a)s participantes como um amplificador das vulnerabilidades a obesidade em suas vidas, já que limitam o acesso à uma das grandes estratégias em prol de uma melhor saúde mental e física, não necessariamente correlacionadas com o peso. A carência de espaço e o preço que há de se pagar para acessar algum local que permita se exercitar de forma segura, assim com o tempo que é demandado para deslocamentos, roubando a possibilidade de usá-lo em prol de si, são dois destes pontos que mereciam intervenção para melhora (DIAS et al., 2017; CONGDON, 2019).

Porque se a gente for parar para pensar, espaço tem. Esses prédios que estão caindo no centro da cidade. Eles poderiam derrubar esses prédios e fazer edificações menores com salas amplas, tem diversos hospitais que fecharam que tem espaço para isso: público, estadual, municipal, federal, tem um monte de coisa. E poderiam abrir alguns centros de acompanhamento. Até mesmo uma ginástica laboral, hidroginástica, até mesmo uma academia e um acompanhamento de dietinha. Só que aí é o que eu falei: a renda (no fundo as pessoas são pobres) mas de repente a renda da pessoa já é cem reais de academia. Aí as comidas das dietas são um pouquinho mais caras do que o normal. Por exemplo, se você for comprar um quilo do arroz integral, se você for equiparar os valores você vai ver que são diferentes.E10

Não na verdade eu gostaria só de morar mais perto ou ter uma facilidade maior de chegar em casa pra ter um tempo maior de fazer uma atividade física, por exemplo, que hoje... [O deslocamento seria uma coisa que atrapalharia.] Eu demoro quase duas horas.EA21

teria que ter mais fácil acesso a comida saudável, igual eu comentei, porque é mais fácil comprar um lanche do que você comprar, não sei, um arroz integral com frango. Isso eu vejo nitidamente. Agora têm algumas empresas que fazem marmita fitness, que ajudam muito, não só quem é fitness, mas quem quer caminhar pra isso. Mas acho que é mais fácil acesso. Ter mais lugares estratégicos pras pessoas terem... academia não porque

academia tem em todo lugar né, mas comida saudável teria que ser mais acessível pra todo mundo que quer realmente fazer dieta.

Ainda sobre a questão do ambiente e sua influência nas escolhas e hábitos alimentares, a publicidade exagerada dos lanches e lanchonetes é reconhecida como um problema que requereria uma maior atenção e, até mesmo, intervenções (KWAN, 2009). Principalmente a criação e desenvolvimento de campanhas que fossem de encontro ao excesso de propagandas que promovem os alimentos ultraprocessados e industrializados, diminuindo a carência de contraponto ao estímulo de comportamentos e atitudes que corroboram com o ganho de peso da população. E mais espaço a profissionais e produtos que estimulem e reforcem a possibilidade de mudança para comportamento alimentar mais adequado.

Bom, eu acho que a publicidade é muito forte, pra comer, por exemplo, no McDonald's, é muito forte pra você comer o McDonald's. Só que nem todo mundo pode comer McDonald's, nem todo mundo tá com a saúde bem pra comer McDonald's, se tivesse um acesso melhor pra você comer uma comida saudável, uma publicidade, de que comida saudável é boa e vai te fazer bem, pra você que tem algum problema, não sei, cardíaco, uma comida saudável vai te fazer bem. Seria ótimo. Propaganda, layouts, essas coisas. [Isso ajudaria as pessoas.] Com certeza, infelizmente a indústria não quer né, isso não dá dinheiro, o que dá dinheiro é as outras comidas. E7

Se houvessem menos propagandas, Ah, eu acho que sim. Iria incentivar mais a gente esquecer o Burger King e pegar a comida saudável. É um incentivo. EA18

[Tem mais alguma coisa que tu acha que o governo podia fazer além de ajudar no preço?] Eu acho que mais informação, mais propaganda [E combater a propaganda do hambúrguer (risos)] Claro! Cê não vê nada do governo a respeito de dieta ou um nutricionista na televisão, num comercial. Tem num programa, na Ana Maria Braga, nesses programas, vai lá a nutricionista e explica, mas não é todo mundo que assiste. [Que assiste né.] É mais a mulherada e o pessoal mais de idade que está em casa de manhã no programa, mas cê vê na noite?. E4

Em conclusão a esta etapa de análise do material empírico, e antes de passarmos para as conclusões finais, deixamos o relato da participante 17,

que resume em grande parte o quão despreparados estamos como sociedade e indivíduos para lidar com a obesidade, este relato abaixo se soma a minha experiência e vivência profissionais, e sumariza o propósito deste trabalho, que é trazer ao debate a ao conhecimento de que acessá-lo a importância e urgentemente modificarmos o que hoje entendemos como idiossincrasia a obesidade.

Desde sempre fui obesa, na verdade, não acima do peso. [Desde criança?] Sim, desde bebê.

Fiz todas as tentativas, todas, várias vezes. Eu fiz parte do grupo... [Ah, antes da bariátrica teve tentativas?] Sim. Medicamentosas, grupos de apoio, endócrino, nutricionista. [Me conta um pouco dos teus tratamentos. Tipo, decepções, dificuldades, facilidades, experiências, me conta um pouco.] Minha dificuldade maior: eu não queria emagrecer. Não queria. Porque eu estava bem, eu não entendia por que eu estava quieta, eu era uma criança, as pessoas iam mexer comigo e falavam que eu tinha que emagrecer. Aquilo pra mim era a minha rotina normal, então nada dava certo pra mim porque eu não fazia, eu comia escondido em casa criança e comia escondido no trabalho adulta. Então... eu fiz parte do grupo de obesidade infantil do Hospital das Clínicas, fiz todos os exames, eu tinha 100 quilos com 10 anos de idade, porque era mais ou menos a altura que eu tinha, eu tenho essa altura acho que desde 12 anos, não vingou porque eu não queria fazer, minha mãe já tava em desespero, não sabia o que fazer, só que ela trabalhava e eu ficava sozinha e comia escondido. Hum... ela já me levou em terapeuta, só faltou me levar no exorcista, porque de resto ela me levou em tudo que ela podia. Terapeuta, nutricionista, endócrino, endócrino passou fluoxetina, sibutramina, eu não tinha nem 15 anos de idade, entendeu, tudo. Déficit calórico, caminhada, tudo, nada... o gordo incomoda muito mais as pessoas de fora do que ele mesmo. Muitas vezes ele não tá entendendo o que tá acontecendo, pra ele tá normal, é a vida dele isso. Por isso que eu falo que chega um ponto que você não come mais por estar triste, não tem... qualquer coisa é um gatilho, é assim que eu vejo. EA17

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso propósito durante o curso deste trabalho foi aventar uma reflexão sobre a visão da obesidade através do referencial teórico da vulnerabilidade registrando as trajetórias dos participantes que demonstrassem como situações e vivências relacionadas a dimensões como gênero e posição social expressam posições diferenciadas nos níveis social, programático e individual da vulnerabilidade. Dentre as limitações presentes neste trabalho está a abrangência na utilização do referencial da vulnerabilidade, pois afinal, por ser uma proposta inédita, a pesquisa teve muito mais um caráter exploratório da possibilidade de transposição do conceito, criado para uma doença infectocontagiosa, para uma condição crônica não transmissível, ambas de enorme impacto na saúde pública e coletiva.

Acreditando esta transposição, além de possível, pode ser útil para a ampliação do conhecimento sobre o complexo fenômeno da obesidade, conforme ilustrado pela figura 4, bem como para um melhor desenvolvimento de propostas e intervenções que sejam mais eficazes e menos centradas na culpabilização do indivíduo e na biologia humana. Ao final desta pesquisa, fica evidente a necessidade de novos estudos que se aprofundem alguns dos aspectos da obesidade aqui levantados, particularmente no que diz respeito à utilização do referencial da vulnerabilidade, tal como proposto por Ayres e colaboradores (AYRES et al., 2003)

“A vulnerabilidade é o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menos disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.p.128”.

Figura 4 - Esquema de combinação das dimensões da vulnerabilidade, seus aspectos de análise, e fatores biopsicosocioculturais que estimulam o ganho de peso populacional.

A adoção deste referencial para a compreensão da obesidade nos permite, em parte, traduzir a complexidade dos aspectos ambientais, sociais, coletivos e individuais relacionados ao fenômeno de ganho de peso da população brasileira e, possivelmente, da de muitos outros lugares do mundo, contribuindo para a substituição das noções de falha moral e fracasso no autocuidado, pensamentos rotuladores e, portanto, geradores e reprodutores de preconceito e estigmatização.

O modo fragmentado e reducionista de grande parte das abordagens da questão complexa e multifatorial da obesidade tende a atribuir a aspectos do comportamento individual a prevenção, dirigindo o foco de intervenções a aspectos comportamentais individuais da prevenção e impedindo uma visão mais abrangente de dimensões relacionadas à construção social e cultural da epidemia(WHO, 2000). A propósito já considerada uma pandemia e parte de uma sindemia pelo Lancet(SWINBURN et al., 2011; SWINBURN et al., 2019).

Ademais este é outro ponto de convergência entre a transposição do conceito de vulnerabilidade da AIDS para a obesidade. Afinal, o termo epidemia está associado, de modo geral, a doenças contagiosas, transformando a obesidade na primeira epidemia não infecciosa da história. Diante disto, pode-se perguntar: dado que a obesidade é considerada como epidemia, não seria incompatível com muito do que é proposto ao seu “tratamento” e “combate” o foco exclusivo no indivíduo e em sua responsabilização? Afinal, se epidemias (ou pandemia, ou sindemia) não se “combatem” com esforços meramente individuais, por que que com a obesidade seria diferente?

Isso não significa desconsiderar a participação do indivíduo no seu processo de autocuidado. Contudo, é preciso reconhecer a preeminência de questões como o ambiente, cultura, saúde emocional, condições, situações e estilos de vida, a questão ambiental e o acesso aos direitos, as quais influenciam fortemente a saúde individual e coletiva(MINAYO; GUALHANO, 2019).

Dessa forma, podemos perceber que, a desde a idealização da Carta de Ottawa, a concepção de saúde utilizada nas práticas da promoção da saúde deveriam se dar através de uma perspectiva ampliada em relação àquela vinculada à ausência de doenças e centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida, passando a considerar também os determinantes gerais, tais como condições sociais, ambientais e emocionais(HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012).

Outra tendência que caracteriza a promoção da saúde é atenção direcionada pelos determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade, ou seja, pela avaliação da qualidade de vida, dado que saúde é o produto de uma série de fatores relacionados: alimentação, habitação, educação, trabalho, etc... Assumir essa abordagem da saúde exige incorporar ações voltadas para o coletivo e para o ambiente.

Contudo, não é isso o que se observa quando direcionamos nossos olhares para temas que envolvem a obesidade, principalmente os de cuidado e prevenção. O que fortemente percebemos e relatamos neste trabalho são a presença e reprodução de olhares de julgamento, a concepção de que o peso corporal excessivo é uma escolha pessoal, um fracasso no se cuidar.

Somando a isso, há ainda um necessário investimento a fazer em elaborar leis, regulamentações, programas e políticas públicas direcionados ao controle do ambiente, promovendo o melhor acesso a alimentação in natura em detrimento dos alimentos ultraprocessados, proporcionando segurança e locais para a população se movimentar, ampliando os programas educacionais e campanhas para diminuição do estigma e preconceito quanto à obesidade.

E, mesmo pelo olhar de nossa evolução numa visão mais biológica, esta vulnerabilidade se expõe, A gordura não é totalmente má. Para os primeiros seres humanos que viviam na savana, a gordura os ajudou a sobreviver à fome e os mantiveram aquecidos. Sem gordura, os seres humanos poderiam não existir hoje. Entretanto, nos encontramos em contexto muito diferente de um passado nem tão distante assim, há uma abundância de alimentos altamente energéticos e cada vez mais menos chance de usá-

la. E se a ideia de que podemos controlar nosso corpo é equivocada, milhões de anos de evolução ensinaram nosso corpo a armazenar gordura para sobreviver. E é por isso que os alimentos com alto teor calórico são tão atraentes para nós, é a força da evolução, impulsionada pelos anúncios da indústria alimentícia.

Dentre os aspectos apresentados como determinantes da vulnerabilidade à obesidade está a nefasta relação entre o ambiente obesogênico e as condições sociais e sanitárias precárias. Sem desconsiderar o papel desempenhado pelos fatores genéticos e de escolha pessoal, acredito que a principal força motriz da epidemia de obesidade são os fatores ambientais. A presença de *fast-food*, *junk food* em supermercados, anúncios de alimentos na mídia e os preços dos alimentos estão levando as pessoas a escolher alimentos com alto teor calórico e baixo teor de nutrientes.

Recentemente a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2020) lançou um documento chamado “Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na agenda de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis”. Trata-se de um documento publicado e construído com a colaboração de vários especialistas, sobre um tema ainda novo, mas fundamental: os chamados determinantes comerciais da saúde (DCS).

O DCS refere-se a “estratégias e abordagens utilizadas pelo setor privado para promover produtos e escolhas que são prejudiciais à saúde”, destacando a influência corporativa de indústrias de produtos não saudáveis na saúde da população brasileira e mundial, inclusive a criação de uma denominação específica para a obesidade “determinantes comerciais da obesidade”(FEDERATION, 2019), concluindo que o nível de consumo de produtos não saudáveis está relacionado à existência – ou à inexistência – de políticas públicas, medidas regulatórias e legislativas que zelem pela prevenção e promoção da saúde.

Isso também explicaria em muito o porquê apesar de bilhões de dólares gastos em intervenções e programas voltados para a obesidade e condições

crônicas relacionadas, nenhum país no mundo conseguiu diminuir a taxa crescente de obesidade (INSTITUTE., 2015). Provavelmente porque quase todos esses programas estão focados em mudar as escolhas dos consumidores, educando e monitorando-os para escolher alimentos saudáveis e praticar exercícios. Se a escolha dos consumidores não for a principal causa da obesidade, alterá-la não reverterá a tendência.

Portanto, é imprescindível afirmar e reafirmar que a obesidade não é, de longe, uma escolha pessoal. É necessário planejar uma mudança em nosso ambiente para torná-lo saudável, através de ações mais voltadas ao coletivo de indivíduos, por meio de políticas públicas focadas no desenvolvimento da saúde e na capacitação dos indivíduos e comunidades, além do fortalecimento e da transformação dos sistemas de saúde, visando alcançar o efetivo acesso universal. A construção de uma agenda multissetorial de políticas públicas capazes de incidir nos principais fatores sociais, econômicos e ambientais, envolvidos com a obesidade, sem torná-las paternalistas e autoritárias, não resulta limitar as liberdades individuais, mas as amplia. Orientar e executar mudança na educação e ensino dos profissionais da área da saúde para que o foco e objetivos finais sejam as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é, deve ser uma meta perseguida por organizações, Estados e governos.

REFERÊNCIAS

Abdal, A.; Oliveira, M.; Ghezzi, D.; Júnior, J. et al. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais Bloco Qualitativo. São Paulo: CEBRAP 2016.

ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 2016.

Allcott , H.; Diamond, R.; Dubé , J.-P. The Geography of Poverty and Nutrition: Food Deserts and Food Choices Across the United States. 2018.

ALVES, P., AND MINAYO, MCS., ORGS. Saúde e doença: um olhar antropológico [online]. Available from SciELO Books. Rio de Janeiro: 1994. ISBN 85-85676-07-8.

ALVES- MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. Revista Múltiplas Leituras. 1: 18-43 p. 2008.

AMSTERDAM, N. V. Big fat inequalities, thin privilege: An intersectional perspective on 'body size' European Journal of Women's Studies 20, n. 2, p. 155–169 2013.

ANDREYEVA, T.; LONG, M. W.; HENDERSON, K. E.; GRODE, G. M. Trying to lose weight: diet strategies among Americans with overweight or obesity in 1996 and 2003. J Am Diet Assoc, 110, n. 4, p. 535-542, Apr 2010.

ANDREYEVA, T.; PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. Obesity (Silver Spring), 16, n. 5, p. 1129-1134, May 2008.

ANTHES, E. Treatment: Marginal gains. Nature, 508, n. 7496, p. S54-56, Apr 2014.

ASSOCIATION, A. M. "Obesity Should Be Considered a Chronic Medical Disease State". 2012. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/about-ama/councils/Council%20Reports/council-on-science-public-health/a13csaph3.pdf>. Acesso em: 2018/02/18.

AYRES, J.; CALAZANS, G.; SALETTI, H.; FRANÇA-JUNIOR, I. O Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

AYRES, J. R. D. C. E. M. Clínica Médica. 2 ed. São Paulo: 2016a. 1074 p. (Atuação da Clínica Médica / Sinais e Sintomas de Natureza Sistêmica / Medicina Preventiva / Saúde da Mulher / Envelhecimento e Geriatria / Medicina Física e Reabilitação / Medicina Laboratorial na Prática Médica.

AYRES, J. R. D. C. E. M. Clínica Médica. 2 ed. São Paulo: 2016b. 1074 p. (Atuação da Clínica Médica / Sinais e Sintomas de Natureza Sistêmica / Medicina Preventiva / Saúde da Mulher / Envelhecimento e Geriatria / Medicina Física e Reabilitação / Medicina Laboratorial na Prática Médica.

AYRES, J. R. D. C. M.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C. S.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Tratado de saúde coletiva - Risco, vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: 2006. 968 p. (Saúde em Debate.

BALEM, T. A.; ALVES, E.; MOREIRA, J.; MELLO, A. L. et al. A alimentação frente às “demandas” de uma sociedade moderna e de consumo. 2016.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C.; SILVA, Z. P.; ANTUNES, J. L. Social class: concepts and operationalization models in health research. Rev Saude Publica, 47, n. 4, p. 647-655, Aug 2013.

BARROS, S. C.; SOUZA, P. F.; FERNANDES, J. J. S. Atenção à saúde de populações vulneráveis. 1ª ed. 2014. 440 p.

BASTOS, E. C.; BARBOSA, E. M.; SORIANO, G. M.; DOS SANTOS, E. A. et al. Determinants of weight regain after bariatric surgery. Arq Bras Cir Dig, 26 Suppl 1, p. 26-32, 2013.

BASTOS, L.; BIAR, L. Análise de Narrativa e práticas de entendimento da vida social. D.E.L.T.A, n. 31, p. 97-126, 2015.

BAUM, C. L.; FORD, W. F. The wage effects of obesity: a longitudinal study. Health Econ, 13, n. 9, p. 885-899, Sep 2004.

BELASCO W. Food: The Key Concepts. Oxford: Berg Publishers 2008.

BERTOLOZZI, M. E. A. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. REv. Esc. Enferm USP, 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009.

BIRRER, R. B.; TOKUDA, Y. Medicalization: A historical perspective. J Gen Fam Med, 18, n. 2, p. 48-51, Apr 2017.

BISOONI, C. A.; CONNORS, M.; DEVINE, C. M.; J., S. Who We Are and How We Eat: A Qualitative Study of Identities in Food Choice Journal of Nutrition Education and Behavior, 34, n. 3, p. 128-139 2002.

BLOMAIN, E. S.; DIRHAN, D. A.; VALENTINO, M. A.; KIM, G. W. et al. Mechanisms of Weight Regain following Weight Loss. ISRN Obes, 2013, p. 210524, 2013.

BONETTI, A. O SER DOENTE: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. Pensar a Prática, 7, n. 1, p. 1-6, 2004.

BORN, C. Gênero, trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. Sociologias, 5, p. 240-265, 2001.

BRASIL, M. D. S. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, p. 156. 2014

BREWIS, A.; TRAINER, S.; HAN, S.; WUTICH, A. Publically Misfitting: Extreme Weight and the Everyday Production and Reinforcement of Felt Stigma. Med Anthropol Q, 31, n. 2, p. 257-276, 06 2017.

BROWNELL, K. D. Encyclopedia of body image and human appearance. Elsevier, 2012. xxi-xii p.

BRUNELLO, G.; D'HOMBRES, B. Does body weight affect wages? Evidence from Europe. *Econ Hum Biol*, 5, n. 1, p. 1-19, Mar 2007.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoas: contribuições para uma teoria geral. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24, n. 3, p. 673-692, 2014.

BUTLAND, B. J., S.KOPELMAN, P.MCPHERSON, K. Tackling Obesities: Future Choices – Project Report. 2007.

CAISAN. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios -- Brasília,. Distrito Federal, p. 39. 2014.

CANESQUI, A.; GARCIA, R. DIÁLOGOS DAS CIÊNCIAS HUMANAS COM A NUTRIÇÃO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2005. 306 p.

CANESQUI, A. M. Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica. *Ciênc. saúde Coletiva*, 20, n. 6, p. 1961-1962, 2015.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Available from SciELO Books < <http://books.scielo.org> >: Editora FIOCRUZ, 2005. 306 p. 85-7541-055-5

CANESQUI, A. M. A. Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica. *Ciênc. saúde Coletiva*, 20, n. 6, p. 1961-1962, 2015. .

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: 2009. 154 p.

CASTRO, I. R. R. Malnutrition, inequity and the guarantee of the human right to adequate food. *Cien Saude Colet*, 24, n. 7, p. 2376, Jul 2019.

CEDRO, M. Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo. *Revista Perspectivas Sociais*, 1, p. 125-135, 2011.

CONGDON, P. Obesity and Urban Environments. *Int J Environ Res Public Health*, 16, n. 3, 02 2019.

CONRAD, P.; LEITER, V. Medicalization, markets and consumers. *J Health Soc Behav*, 45 Suppl, p. 158-176, 2004.

CONRAD, P.; MACKIE, T.; MEHROTRA, A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med*, 70, n. 12, p. 1943-1947, Jun 2010.

CORI, G. A. C.; PETTY, M. L.; ALVARENGA, M. O. S. [Attitudes of dietitians in relation to obese individuals - an exploratory study]. *Cien Saude Colet*, 20, n. 2, p. 565-576, Feb 2015.

COSTA, R. D. C.; GABIEL, D. C.; COSTA, M. J. D. C.; GONÇALVES, M. D. C. R. et al. Repercussões sociais no hábito alimentar dos obesos. *Estudos de Psicologia*, 29 n. 4, p. 509-518, 2012.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; NOGUEIRA DA SILVA, G. S. et al. Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP). Relatório Final de Pesquisa. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq 2009a.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; NOGUEIRA DA SILVA, G. S. et al. Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP). Relatório Final de Pesquisa. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq 2009b.

COUTO, M. T. O., E.SEPARAVICH, M. A. A.LUIZ, O. C. The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical-methodological literature . 15, p. 1-14, 2019.

COUTO, M. T. O., E.SEPARAVICH, M. A. A.LUIZ, O. C. The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical-methodological literature . 15, p. 1-14, 2019.

CRESWELL, J. Qualitative Inquiry & Research Design Choosing among five approaches. Third Edition ed. United States of America: 2013. 448 p.

CUMMINS, S.; MACINTYRE, S. "Food deserts"--evidence and assumption in health policy making. *BMJ*, 325, n. 7361, p. 436-438, Aug 2002.

D., L. Food, the body and the self. . London: Sage Publications 1996.

DANIEL, J. M. P. C., V. Z. Olhares antropológicos sobre a Alimentação: O valor social e cultural da Alimentação. In: *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro, Brazil: Fiocruz-Coleção Antropologia e Saúde, 2005. p. 57-68.

DE MORAIS SATO, P.; DA ROCHA PEREIRA, P.; DE CARVALHO STELMO, I.; UNSAIN, R. F. et al. Eating practices and habitus in mothers. A Brazilian population-based survey. *Appetite*, 82, p. 16-28, Nov 2014.

DESLAURIERS, J. P. K., M.. IN POUPART, J. ET AL. O delineamento da pesquisa qualitativa. 2008. (A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A. D.; BURLANDY, L. Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. *Cad Saude Publica*, 33, n. 7, p. e00006016, Jul 2017.

DICTIONARIES, O. L. S., 2020. Disponível em: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/invasive. Acesso em: 22/11/2020.

DIJKSHOORN, H.; NIERKENS, V.; NICOLAOU, M. Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands. *Public Health*, 122, n. 6, p. 625-630, Jun 2008.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, n. 115, p. 139-154, 2002.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar - UFPR*, 24, p. 213-225, 2004.

DURAN, A. Ambiente alimentar urbano em São Paulo, Brasil: avaliação, desigualdades e associação com consumo alimentar. São Paulo, SP. 2013. - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

DURAN, A. C.; DIEZ ROUX, A. V.; LATORRE, M. O. R.; JAIME, P. C. Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in Sao Paulo, Brazil. *Health Place*, 23, p. 39-47, Sep 2013.

EKNOYAN, G. A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Adv Chronic Kidney Dis*, 13, n. 4, p. 421-427, Oct 2006.

FEDERATION, W. O. Commercial determinants of obesity. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/commercial-determinants-of-obesity>. Acesso em: 30/11/2020.

FERREIRA, V. A.; SILVA, A. E.; RODRIGUES, C. A.; NUNES, N. L. et al. [Inequality, poverty and obesity]. *Cien Saude Colet*, 15 Suppl 1, p. 1423-1432, Jun 2010.

FISCHLER, C. Food habits, social change and the nature/culture dilemma. *Social Science Information*, 19, n. 6, p. 937-953, 1980.

FLORÊNCIO, G. Cinco são presos suspeitos de vender remédios adulterados para emagrecer em Joinville 2019. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/cinco-sao-presos-suspeitos-de-vender-remedios-adulterados-para-emagrecer-em-joinville>. Acesso em: 24/11/2020.

FONT, J. C.; FABBRI, D.; GIL, J. Decomposing cross-country differences in levels of obesity and overweight: does the social environment matter? *Soc Sci Med*, 70, n. 8, p. 1185-1193, Apr 2010.

FONTANELLA, B. J.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G.; RICAS, J. et al. [Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation]. *Cad Saude Publica*, 27, n. 2, p. 388-394, Feb 2011.

FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cad Saude Publica*, 24, n. 1, p. 17-27, Jan 2008.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. Microfísica do poder. São Paulo: Graal: 1984.

FRIEDEN, T. R. SHATTUCK LECTURE: The Future of Public Health. N Engl J Med, 373, n. 18, p. 1748-1754, Oct 2015.

FRIEDMANN, H. The political Economy of Food: the rise and fall of postwar international food order. American Journal of Sociology, p. 248-286, 1993.

FRIEDMANN, H.; PHILIP, M. Agriculture and the State System: The Rise and Decline of National Agricultures, 1870 to the Present. Sociologia Ruralis, 29, n. 2, p. 93-117, 1989.

FRUH, S. M.; NADGLOWSKI, J.; HALL, H. R.; DAVIS, S. L. et al. Obesity Stigma and Bias. J Nurse Pract, 12, n. 7, p. 425-432, 2016 Jul-Aug 2016.

GALLINO, L. Dicionário de Sociologia. Paulus, São Paulo, 2005.

GAMA, B. K. G. 'Fat studies' e a produção de conhecimento situado: Notas sobre o sexto Congresso Internacional de Estigma do Peso. |Enfoques,, Edição Especial XIX Jornada Discente do PPGSA/UFRJ,, 2019.

GARCIA, R. W. D. Representações sócias da alimentação e saúde e suas repercussões do comportamento alimentar. Cienc Saúde Col. 7: 51-68 p. 1997.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. Interface - Comunic., Saude, Educ, p. 1-14, 2011

GAZIANO, J. M. Fifth phase of the epidemiologic transition: the age of obesity and inactivity. JAMA, 303, n. 3, p. 275-276, Jan 2010.

GEDRICH, K. Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? Appetite, 41, n. 3, p. 231-238, Dec 2003.

GENNÉ-BACON, E. A. Thinking evolutionarily about obesity. *Yale J Biol Med*, 87, n. 2, p. 99-112, Jun 2014.

GIEL, K. E.; THIEL, A.; TEUFEL, M.; MAYER, J. et al. Weight bias in work settings - a qualitative review. *Obes Facts*, 3, n. 1, p. 33-40, Feb 2010.

GISKES, K.; VAN LENTHE, F.; AVENDANO-PABON, M.; BRUG, J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obes Rev*, 12, n. 5, p. e95-e106, May 2011.

GOFFMAN, E. Estigma Notas sobre a Manipulação da identidade Deteriorada. 1988.

GOLD, D. D. Psychologic factors associated with obesity. *Am Fam Physician*, 13, n. 6, p. 87-91, Jun 1976.

GOLDENBERG, M. The body as capital: understanding Brazilian culture. *Vibrant*. 7: 220-238 p. 2010.

GOMES, I. Obesidade como metáfora contemporânea: uma "Cruzada Saudável" em nome do consumo e do risco. *Movimento*, 12, n. 03, p. 45-71, 2006.

GONÇALVES, C. A. O "peso" de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero . *Revista de Humanidades*, 5, n. 11, p. 599-642, 2004.

GRAUEL, K.; CHAMBERS , K. Food Deserts and Migrant Farmworkers: Assessing Food Access in Oregon's Willamette Valley *Journal of Ethnobiology*, 34, n. 2, p. 228-250, 2014.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOSOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

HALKIER, B.; JENSEN, I. Doing 'healthier' food in everyday life? A qualitative study of how Pakistani Danes handle nutritional communication. *Critical Public Health*, 21, n. 4, p. 471–483, 2011.

HEIDEMANN, I. T.; BOEHS, A. E.; FERNANDES, G. C.; WOASNY, A. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: Concepções da Carta de Ottawa em produção Científica. *Cienc Cuid Saude*, 11, n. 3, p. 613-619, 2012.

HENNING, C. E. Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. 20, p. 97-128, 2015.

HIMMELSTEIN, M. S.; PUHL, R. M.; QUINN, D. M. Weight Stigma in Men: What, When, and by Whom? *Obesity (Silver Spring)*, 26, n. 6, p. 968-976, 06 2018.

HIMMELSTEIN, M. S.; PUHL, R. M.; QUINN, D. M. Overlooked and Understudied: Health Consequences of Weight Stigma in Men. *Obesity (Silver Spring)*, 27, n. 10, p. 1598-1605, 10 2019.

HURT, R. T.; EDAKKANAMBETH VARAYIL, J.; MUNDI, M. S.; MARTINDALE, R. G. et al. Designation of obesity as a disease: lessons learned from alcohol and tobacco. *Curr Gastroenterol Rep*, 16, n. 11, p. 415, Nov 2014.

IBOPE, U. E. Impactos Primários e Secundários da Covid-19 em Crianças e Adolescentes - Relatório de análise: 1ª Onda. outubro de 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/9966/file/impactos-covid-criancas-adolescentes-ibope-unicef-2020.pdf>.

INSTITUTE., I. F. P. R. Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development. Washington, DC. 2015.

JACOBS, D. R.; TAPSELL, L. C. Food synergy: the key to a healthy diet. *Proc Nutr Soc*, 72, n. 2, p. 200-206, May 2013.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

KAPLAN, H. I.; KAPLAN, H. S. The psychosomatic concept of obesity. *J Nerv Ment Dis*, 125, n. 2, p. 181-201, 1957 Apr-Jun 1957.

KAPLAN, H. I.; KAPLAN, H. S.; LEDER, H. L. The psychosomatic management of obesity. *N Y State J Med*, 57, n. 17, p. 2815-2826, Sep 1957.

KASINSKI, D. DESERTOS ALIMENTARES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 2020. (Master) - Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getulio Vargas.

KATZ, D. Obesity "disease" discourages prevention, Katz argues. 2014. Acesso em: 02/24. em: Lupton D. Food, the body and the self. . London: Sage Publications; 1996.

KATZ, D. L. Perspective: Obesity is not a disease. *Nature*, 508, n. 7496, p. S57, Apr 2014.

KENDALL, C.; KERR, L. R.; GONDIM, R. C.; WERNECK, G. L. et al. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav*, 12, n. 4 Suppl, p. S97-104, Jul 2008.

KILOV, D.; KILOV, G. Philosophical determinants of obesity as a disease. *Obes Rev*, 19, n. 1, p. 41-48, Jan 2018.

KING, K.; PUHL, R. Weight Bias: Does it Affect Men and Women Differently? Weight Bias: Does it Affect Men and Women Differently? . OAC Community, 2013. Disponível em: <https://www.obesityaction.org/community/article-library/weight-bias-does-it-affect-men-and-women-differently/>. Acesso em: 13/11/2019.

KOPELMAN, P.; JEBB, S. A.; BUTLAND, B. Executive summary: Foresight 'Tackling Obesities: Future Choices' project. *Obes Rev*, 8 Suppl 1, p. vi-ix, Mar 2007.

KROEGER, C. M.; HODDY, K. K.; VARADY, K. A. Impact of weight regain on metabolic disease risk: a review of human trials. *J Obes*, 2014, p. 614519, 2014.

KWAN, S. Framing the Fat Body: Contested Meanings between Government, Activists, and Industry. *Sociological Inquiry*, 79, n. 1, p. 25-50, 2009.

KYLE, T. K.; PUHL, R. M. Putting people first in obesity. *Obesity* (Silver Spring), 22, n. 5, p. 1211, May 2014.

LACAILLE, L. J.; DAUNER, K. N.; KRAMBEER, R. J.; PEDERSEN, J. Psychosocial and environmental determinants of eating behaviors, physical activity, and weight change among college students: a qualitative analysis. *J Am Coll Health*, 59, n. 6, p. 531-538, 2011.

LAKE, A.; TOWNSHEND, T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *J R Soc Promot Health*, 126, n. 6, p. 262-267, Nov 2006.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada 1974.

LANG, T.; RAYNER, G.; KAEIN, E. THE FOOD INDUSTRY, DIET, PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH: A REVIEW OF REPORTED COMMITMENTS AND PRACTICE OF 25 OF THE WORLD'S LARGEST FOOD COMPANIES. Center for Food Policy. London, p. 81. 2006.

LATTIMORE, P.; MAXWELL, L. Cognitive load, stress, and disinhibited eating. *Eat Behav*, 5, n. 4, p. 315-324, Nov 2004.

LEBLANC E; O'CONNOR E; WHITLOCK EP; PATNODE C et al. Screening for and Management of Obesity and Overweight in Adults. 89 2011.

LEE, H.; AHN, R.; KIM, T. H.; HAN, E. Impact of Obesity on Employment and Wages among Young Adults: Observational Study with Panel Data. *Int J Environ Res Public Health*, 16, n. 1, 01 2019.

LELIS, C. T.; TEIXEIRA, K. M. D.; SILVA, N. M. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde em Debate*, 36, n. 95, p. 529-532, 2012.

LENG, G.; ADAN, R. A. H.; BELOT, M.; BRUNSTROM, J. M. et al. The determinants of food choice. *Proc Nutr Soc*, 76, n. 3, p. 316-327, 08 2017.

LIMA, R.; NETO, J.; FARIAS, R. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. *Demetra: Alimentação, nutrição e saúde.*, 10, n. 3, p. 507-522, 2015.

LOBSTEIN, T.; BRINSDEN, H.; GILL, T.; KUMANYIKA, S. et al. Comment: obesity as a disease - some implications for the World Obesity Federation's advocacy and public health activities. *Obes Rev*, 18, n. 7, p. 724-726, Jul 2017.

LOFINK, S. J. U. A. H. Obesity in a Biocultural perspective. *Annu. Rev. Anthropol*, 35, p. 337-360, 2006.

LORING, B. R., A. Obesity and inequities - Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. World Health Organization 2014.

LOWE, M. R.; BUTRYN, M. L. Hedonic hunger: a new dimension of appetite? *Physiol Behav*, 91, n. 4, p. 432-439, Jul 2007.

LOZANO-SUFRATEGUI, L.; SPARKES, A. C.; MCKENNA, J. Weighty: NICE's Not-So-Nice Words. *Front Psychol*, 7, p. 1919, 2016.

LUPTON. Food, the body and the self. . London: Sage Publications; 1996.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15, p. 145-176, 2005.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. C.; CLARO, R. M.; BERNAL, R. T. et al. Trends in prevalence of overweight and obesity in adults in 26 Brazilian state capitals and the Federal District from 2006 to 2012. *Rev Bras Epidemiol*, 17 Suppl 1, p. 267-276, 2014.

MANSUR, A. E. P.; LOPES, A. I.; FAVARATO, D.; AVAKIAN, S. D. et al. Epidemiologic transition in mortality rate from circulatory diseases in Brazil. *Arq Bras Cardiol*, 93, n. 5, p. 506-510, Nov 2009.

MARANDOLA, E.; HOGAN, J. As dimensões da vulnerabilidade. São Paulo em Perspectiva., 20, n. 1, p. 33-43, 2006.

MARANTO, C. L.; STENOIEN, A. F. Weight Discrimination: A Multidisciplinary Analysis. Employee Responsibilities and Rights Journal, 12, n. 1, 2000.

MARCOS, E. P. Psicologia Social dos Estereótipos. São Paulo ed. 2002.

MARTINS, C. A.; ANDRADE, G. C.; BRITO DE OLIVEIRA, M. F.; RAUBER, F. et al. "Healthy", "Usual" and "Convenience" cooking practices patterns: how do they influence children's food consumption? Appetite p. 1-28, 2020.

MARTINS, H. H. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e pesquisa, 30, n. 2, p. 289-300, 2004.

MATHESON, E. M.; KING, D. E.; EVERETT, C. J. Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. J Am Board Fam Med, 25, n. 1, p. 9-15, 2012 Jan-Feb 2012.

MATTOS, R. Gordura corporal: entre a patologização e a falência moral. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 23, n. 1, p. 289-296, 2013.

MATTOS, R. D. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. Physis Revista ed Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19, n. 2, p. 489-507, 2009.

MATTOS, R. D. S.; PERFEITO, R.; CARVALHO, M. C. D. V. S.; RETONDAR, J. Obesidade e bullying na infância e adolescência: o estigma da gordura. Demetra: nutrição & saúde, 7, n. 2, p. 71-84, 2012.

MCKEOWN, R. E. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. Am J Lifestyle Med, 3, n. 1 Suppl, p. 19S-26S, Jul 2009.

MEADOWS, A.; DANÍELSDÓTTIR, S. What's in a Word? On Weight Stigma and Terminology. Front Psychol, 7, p. 1527, 2016.

MENDES, L. L.; NOGUEIRA, H.; PADEZ, C.; FERRAO, M. et al. Individual and environmental factors associated for overweight in urban population of Brazil. *BMC Public Health*, 13, p. 988, 2013.

MINAYO, M. O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: 2014. 407 p.

MINAYO, M. C. [Qualitative analysis: theory, steps and reliability]. *Cien Saude Colet*, 17, n. 3, p. 621-626, Mar 2012.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. A. Promoção da saúde como direito e dever individual e coletivo. *SciELO em Perspectiva | Press Releases*, Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2019/11/12/promocao-da-saude-como-direito-e-dever-individual-e-coletivo/>. Acesso em: 29/11/2020.

MINTZ, S.; BOIS, C. The Anthropology of Food and Eating. *Annu. Rev. Anthropol* 31, p. 99-119, 2002.

MORTOZA, A. S. A obesidade como expressão de questão social: Nutrição e estigma. 2011. - UNB., UNB, Brasília, D. F., Brasil.

NG, M.; FLEMING, T.; ROBINSON, M.; THOMSON, B. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384, n. 9945, p. 766-781, Aug 2014.

NISBETT, R. E. Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. *Psychol Rev*, 79, n. 6, p. 433-453, Nov 1972.

NOA, P.; OLIVEIRA, M. O ambiente como elemento determinante da obesidade. *Rev. Simbio-logias*, 1, n. 1, p. 157-173, 2008.

NOZAKI, T.; SAWAMOTO, R.; SUDO, N. [Cognitive behavioral treatment of obesity--psychosomatic approach of lifestyle modification]. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 105, n. 7, p. 139-147, Jul 2014.

Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 894, p. i-xii, 1-253, 2000.

OLIVEIRA, A. A. OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA EM PESQUISA QUALITATIVA. Revista FACEVV, 4, p. 22-27, 2010.

OLSHANSKY, S.; AULT, A. The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. The Milbank Quarterly. 64, n. 3, p. 355-391, 1986.

OPAS. Marco de referência sobre a dimensão comercial dos Determinantes sociais da saúde: articulação com a agenda de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília. 2020.

OTERO, G. The Neoliberal Diet: Healthy Profits, Unhealthy People. University of Texas Press, 2018. 9781477316993.

OTERO, G.; PECHLANER, G.; LIBERMAN, G.; GÜRCAN, E. The neoliberal diet and inequality in the United States. Soc Sci Med, 142, p. 47-55, Oct 2015.

O'HARA, L.; TAYLOR, J. What's Wrong With the 'War on Obesity?' A Narrative Review of the Weight-Centered Health Paradigm and Development of the 3C Framework to Build Critical Competency for a Paradigm Shift. SAGE Open, p. 1-28, 2018.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. Saúde Soc., 29, n. 1, p. 1-12, 2020.

PALMA, A. F., N. T. VILACA, M.M. ASSIS, M. Conflitos de interesse na "guerra" contra a obesidade: é possível servir a dois senhores? Saude soc, 23, n. 4, 2014.

PECHLANER, G.; OTERO, G. The Neoliberal Food Regime: Neoregulation and the New Division of Labor in North America. Rural Sociology, 75, n. 2, p. 179-208, 2010.

PETRO, G. Deserto Alimentar. São Paulo, SP: <https://tab.uol.com.br/deserto-comida/> 2017.

PHEASANT, H.; CARTWRIGHT, S.; NUNN, R. Health and Social Behaviour. In: Public Health Textbook 2008. cap. 2e.

PHILLIPS, K.; WOOD, F.; KINNERSLEY, P. Tackling obesity: the challenge of obesity management for practice nurses in primary care. *Fam Pract*, 31, n. 1, p. 51-59, Feb 2014.

PILLI, L.; AMBRÓSIO, B.; SUZZARA, B.; ALVES, M. et al. Critério de Classificação Econômica Brasil - ABEP. 2016.

PNAD, P.; IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2017 Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149. Acesso em: 10/03.

PONTES TORRADO, Y.; GARCIA-VILLARACO VELASCO, A.; HERNANDEZ GALIOT, A.; GONI CAMBRODON, I. A strategy for weight loss based on healthy dietary habits and control of emotional response to food. *Nutr Hosp*, 31, n. 6, p. 2392-2399, 2015.

POPKIN, B. M.; GORDON-LARSEN, P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28 Suppl 3, p. S2-9, Nov 2004.

POSTON, W. S., 2ND; FOREYT, J. P. Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 146, n. 2, p. 201-209, Oct 1999.

POULAIN, J. Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Editora da UFSC, 2013. 285 p.

POULAIN, J.; PROENÇA, R. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Revista de Nutrição.*, 16, n. 3, p. 245-256, 2003.

POULAIN, J.-P. Sociologia da Obesidade. SENAC, São Paulo, 2013, 2009a.

PRIDGEON, A.; WHITEHEAD, K. A qualitative study to investigate the drivers and barriers to healthy eating in two public sector workplaces. *J Hum Nutr Diet*, 26, n. 1, p. 85-95, Feb 2013.

PUHL, R. M.; ANDREYEVA, T.; BROWNELL, K. D. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes (Lond)*, 32, n. 6, p. 992-1000, Jun 2008.

PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)*, 14, n. 10, p. 1802-1815, Oct 2006.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*, 17, n. 5, p. 941-964, May 2009.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health*, 100, n. 6, p. 1019-1028, Jun 2010.

QUAIOTI, T. B.; ALMEIDA, S. S. D ETERMINANTES P SICOBIOLOGICOS DO C OMPORTAMENTO A LIMENTAR : UMA Ê NFASE EM F ATORES A MBIENTAIS QUE C ONTRIBUEM PARA A O BESIDADE. *Psicologia USP*, 14, n. 4, p. 193-211, 2006.

RAHAL, L.; GENTIL, P.; BOCCHI, C. Estudo Técnico - Mapeamento dos Desertos Alimentares do Brasil. *NUTRICIONAL, C. I. D. S. A. E.* 2018.

RAUPP, J. Investigação sobre a venda de remédios para emagrecer avança em outros Estados e na Europa. 2019. Acesso em: 24/11/2020.

RIBAS, F. D.; DAVID, I.; SAKAUE, L. Avaliação do grau de estigmatização de obesos em população infanto-juvenil de escolas públicas de um município do Estado de São Paulo. *Rev Bras Clin Med*, 7, p. 373-378, 2009.

RICOEUR, P. Tempo e narrativa: 2. A configuração do tempo na narrativa de ficção. *WMF Martins Fontes.*, 2012.

RODRIGUES, M. O gordo, o belo e o feio: o embate entre obesidade e padrões estéticos. *ComCiência*, 145, p. 1-3, 2013

ROEHLING, M. V.; PICHLER, S.; BRUCE, T. A. Moderators of the effect of weight on job-related outcomes: a meta-analysis of experimental studies. 43, n. 2, p. 237-252, 2013.

ROEHLING, M. V.; ROEHLING, P. V.; PICHLER, S. The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior*, 71, p. 300–318, 2007.

ROHER, S.; LATZER, Y.; GELIEBTER, A. Negative Emotional Eating among Obese Individuals with and without Binge Eating Behavior and Night Eating Syndrome. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 51, n. 3, p. 219-225, 2014.

ROMERO-URRÉA, H. L., G.S.MORÁN, L.R. RODRÍGUEZ, G.A. Bariatric Surgery in the Capitalist System, Solution for Self-esteem or Obesity. *REVISTA INTERNACIONAL DE FILOSOFÍA Y TEORÍA SOCIAL*, 23, p. 111-121, 2018.

ROSENBAUM, D. L.; WHITE, K. S. Understanding the complexity of biopsychosocial factors in the public health epidemic of overweight and obesity. *Health Psychol Open*, 3, n. 1, p. 2055102916634364, Jan 2016.

SAVAGE, J. S.; FISHER, J. O.; BIRCH, L. L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*, 35, n. 1, p. 22-34, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - obesidade. Brasília-DF 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde.. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde., Brasília, pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília. 2014.

SCHWARTZ, M. B.; CHAMBLISS, H. O.; BROWNELL, K. D.; BLAIR, S. N. et al. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res*, 11, n. 9, p. 1033-1039, Sep 2003.

SCHWARTZ, M. W. An inconvenient truth about obesity. *Mol Metab*, 1, n. 1-2, p. 2-4, 2012.

SEAMAN, D. R. Weight gain as a consequence of living a modern lifestyle: a discussion of barriers to effective weight control and how to overcome them. *J Chiropr Humanit*, 20, n. 1, p. 27-35, Dec 2013.

SILVA, B. L.; CANTISANI, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, 13(2), p. 363-380 2018.

STONER, L.; CORNWALL, J. Did the American Medical Association make the correct decision classifying obesity as a disease? *Australas Med J*, 7, n. 11, p. 462-464, 2014.

STROEBE, W.; VAN KONINGSBRUGGEN, G. M.; PAPIES, E. K.; AARTS, H. Why most dieters fail but some succeed: a goal conflict model of eating behavior. *Psychol Rev*, 120, n. 1, p. 110-138, Jan 2013.

STUNKARD, A. J.; SOBAL, J. Psychological consequences of obesity. London: 1995. (Eating Disorders and obesity: a comprehensive handbook.

STURM, R.; WELLS, K. B. Does obesity contribute as much to morbidity as poverty or smoking? *Public Health*, 115, n. 3, p. 229-235, May 2001.

SWINBURN, B. A.; KRAAK, V. I.; ALLENDER, S.; ATKINS, V. J. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*, 393, n. 10173, p. 791-846, 02 2019.

SWINBURN, B. A.; SACKS, G.; HALL, K. D.; MCPHERSON, K. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*, 378, n. 9793, p. 804-814, Aug 2011.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. Revista Brasileira De Educação Médica, 31, n. 2, 2007.

THE LANCET DIABETES ENDOCRINOLOGY. Should we officially recognise obesity as a disease? Lancet Diabetes Endocrinol, 5, n. 7, p. 483, Jul 2017.

THOMAS, S. L.; HYDE, J.; KARUNARATNE, A.; HERBERT, D. et al. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. Health Expect, 11, n. 4, p. 321-330, Dec 2008.

THOMAS, S. L.; HYDE, J.; KARUNARATNE, A.; KAUSMAN, R. et al. "They all work...when you stick to them": a qualitative investigation of dieting, weight loss, and physical exercise, in obese individuals. Nutr J, 7, p. 34, Nov 2008.

TOMIYAMA, A. J.; FINCH, L. E.; BELSKY, A. C.; BUSS, J. et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. Obesity (Silver Spring), 23, n. 1, p. 46-53, Jan 2015.

ULIAN, M. D.; GUALANO, B.; BENATTI, F. B.; DE CAMPOS-FERRAZ, P. L. et al. The design and rationale of an interdisciplinary, non-prescriptive, and Health at Every Size®-based clinical trial: The "Health and Wellness in Obesity" study. Nutr Health, 23, n. 4, p. 261-270, Dec 2017.

UPADHYAY, J.; FARR, O.; PERAKAKIS, N.; GHALY, W. et al. Obesity as a Disease. Med Clin North Am, 102, n. 1, p. 13-33, Jan 2018.

VIANA, M.; NEVES, A.; JUNIOR, K.; PRADO, S. et al. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 22, n. 2, p. 447-456, 2017.

VIEIRA, A. C. R. S., R. Associação do Status Socioeconômico com Obesidade. Physis Revista de Saúde Coletiva,, 18, n. 3, p. 415-426, 2008.

W., B. Food: The Key Concepts. Oxford: Berg Publishers 2008.

WADDEN, T. A.; BUTRYN, M. L.; HONG, P. S.; TSAI, A. G. Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings: a systematic review. JAMA, 312, n. 17, p. 1779-1791, Nov 2014.

WAGNER, J.; HINTON, L.; MCCORDIC, C.; OWUOR, S. et al. Do Urban Food Deserts Exist in the Global South? An Analysis of Nairobi and Mexico City sustainability, 11, n. 1963, p. 1-15, 2019.

WALKER, R. E.; KEANE, C. R.; BURKE, J. G. Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature. *Health Place*, 16, n. 5, p. 876-884, Sep 2010.

WANSINK, B. Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annu Rev Nutr*, 24, p. 455-479, 2004.

WARDLE, J.; GRIFFITH, J. Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *J Epidemiol Community Health*, 55, n. 3, p. 185-190, Mar 2001.

WARDLE, J.; WALLER, J.; JARVIS, M. J. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. *Am J Public Health*, 92, n. 8, p. 1299-1304, Aug 2002.

WEISZ, G.; OLSZYNKO-GRYN, J. The theory of epidemiologic transition: the origins of a citation classic. *J Hist Med Allied Sci*, 65, n. 3, p. 287-326, Jul 2010.

WESOŁOWSKI, W.; SŁOMCZYŃSKI, K. Classe. In: OUTHWAITE, W. E. (Ed.). *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro.: Zahar, 1996, p. 94-97.

WHARTON, S.; LAU, D. C. W.; VALLIS, M.; SHARMA, A. M. et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*, 192, n. 31, p. E875-E891, Aug 2020.

WHO. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers. European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 894: i-xii, 1-253 p. 2000.

WHO. Obesity. 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1. Acesso em: 25/11/2020.

WHO. World Health Organization, W. The Ottawa Charter for Health Promotion. Canada 1986.

ZAMBONI, M. Marcadores Sociais. Sociologia Especial, p. 13-18 Disponível em: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/2/2018/02/ZAMBONI_MarcadoresSociais.pdf. Acesso em: 17/05/2018.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault a década de 1970. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 22, n. 66, p. 721-731, 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 – Roteiro Da Entrevista Em Profundidade.

Caracterização sociodemográfica.

Nome:

Sexo:

Idade:

Peso:

Estatura:

Cor auto referida:

Escolaridade:

Renda pessoal e familiar:

História alimentar (no contexto da vida familiar e do trabalho)

- Fale sobre uma memória de infância (pergunta para reduzir barreiras)
- Quais suas lembranças de alimentação no contexto da vida familiar? (explorar: quem é o principal responsável pelo cuidado e ou preparo da alimentação em sua família? Por quê? E pelas compras de alimentos? Por quê? como e quanto na vida familiar a alimentação/comida tem importância no convívio familiar/social)

Concepções sobre alimentação

- Muito se fala em hábitos alimentares saudáveis. Como você se sente em relação a sua alimentação? (Explorar: o que tem ouvido ou lido sobre “alimentação saudável” e o que você pensa sobre isso. Explora: situações ou aspectos que facilitam ou dificultam o que a pessoa entende por alimentação saudável).
- Sua alimentação se alterou muito ao longo da sua vida? Em momentos específicos sua relação com a alimentação/comida muda? Como?
- Você já pensou sobre quem ou o que poderia ajudar as pessoas a se alimentarem melhor? (Explorar: programas e/ou projetos, sejam públicos ou privados disponíveis ou de conhecimento).

Ambiente obesogênico

- O que mais lhe influencia na hora de escolher os alimentos e os locais de compra ou consumo? (Explorar: mídias e hábitos pessoais e familiares).
- Vamos conversar um pouco sobre os locais onde você compra alimentos. (Explorar: acesso, valores, disponibilidade, preferências) e quando vai a restaurantes/lanchonetes, como é?
- Considerando sua casa, seu bairro(cidade) e seu trabalho, como eles se relacionam com seu peso/alimentação (influências)

Experiência com obesidade e itinerário terapêutico

- Conte-me um pouco sobre sua história em relação ao seu peso. (gênero)
- Você acredita que seu peso e sua imagem interferem de algum modo na sua vida e na relação com as pessoas? (Explorar: contexto social, familiar e de trabalho).
- Você se sente culpado por estar acima do peso?
- Você já buscou ajuda para lidar com o que você nomeia como obesidade, excesso de peso, ser gordo? (incluir desde aspectos de alimentação, hábitos de saúde, exercícios, etc.)
- O que lhe motivou a procurar ajuda?
- E como foi?
- O que ou quem poderia ajudar as pessoas com excesso de peso?
- Você tem algo mais para acrescentar?

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº
APTO:BAIRRO: CIDADE
.....CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
.....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: TRAJETÓRIAS DE VIDA DE OBESOS RESIDENTES EM SÃO PAULO: VULNERABILIDADES E MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA.

PESQUISADOR : Pesquisadora responsável: Márcia Thereza Couto Falcão. Pesquisador executante: Rafael Marques Soares

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒	RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐	RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses.....

Prezado(a) senhor(a),

Solicito autorização para realizar entrevista gravada a ser utilizada em uma pesquisa que tem como objetivo explorar, através da perspectiva das três dimensões da vulnerabilidade e dos marcadores sociais da diferença (Classe, Gênero, raça e geração), o lugar da obesidade nas trajetórias de vida de

obesos. Esperamos com isso oferecer propostas que possibilitem superar as possíveis barreiras geradas pelo ambiente (aspectos socioeconômicos e culturais) no controle da obesidade.

Para tanto, pretendemos entrevistar participantes que se reconheçam como obesos, residam em São Paulo e frequentem o ambulatório do check-up do Hospital do Coração ou funcionários que trabalhem nos serviços gerais do hospital (segurança, limpeza e lavanderia).

Sua participação nesse projeto é voluntária, e garantimos a você os direitos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Você pode deixar de participar dessa pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, se assim o desejar. Pode interromper a entrevista a qualquer momento, bem como ouvir seu depoimento gravado e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Essa pesquisa não envolve riscos à sua saúde. Entretanto, se, durante ou após a entrevista, você sentir alguma necessidade de atendimento, poderá ser encaminhado aos profissionais adequados no Sistema Único de Saúde. Sua participação não implicará em gastos, mas caso os tenha, você será ressarcido.

Se você tiver alguma dúvida, pode entrar em contato com o pesquisador executante (Rafael Marques Soares – doutorando do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – celular (11) 982-745-459, e-mail nutricionistaraafael@gmail.com) ou com sua orientadora, pesquisadora responsável Profa. Dra. Márcia Thereza Couto (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – telefone (11) 3061-8692, celular (11) 976-027-879, e-mail marthet@usp.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em

contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), localizado à Av. Dr. Arnaldo, 251, 21º andar, sala 36 - Cerqueira César - São Paulo – SP – CEP 01246-000. Tel: (11) 3893-4401/4407. E-mail: cep.fm@usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo” TRAJETÓRIAS DE VIDA DE OBESOS RESIDENTES EM SÃO PAULO: VULNERABILIDADES E MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA.”

Eu discuti com o Sr(a) _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data / /

Assinatura da testemunha Data / /

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

ANEXO 3 – ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

Pesquisa: TRAJETÓRIAS DE VIDA DE OBESOS RESIDENTES EM
SÃO PAULO: VULNERABILIDADES E MARCADORES
SOCIAIS DA DIFERENÇA.

Pesquisador responsável: Márcia Thereza Couto Falcão

Pesquisador executante: Rafael Marques Soares

Eu, _____
_____, responsável pela instituição
_____, localizada no endereço
_____, fui
informado(a) da pesquisa supracitada e de seus preceitos éticos, condizentes
com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e autorizo a
realização da mesma nas dependências desta instituição, o que inclui
entrevistas com pacientes do ambulatório do check-up do Hospital do Coração
ou funcionário que trabalhem nos serviços gerais do hospital.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura:

ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Referência: TRAJETÓRIAS DE VIDA DE OBESOS RESIDENTES EM SÃO PAULO: VULNERABILIDADES E MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA.

Patrocinador: Recursos oriundos do próprio pesquisador

Eu, Rafael Marques Soares, declaro para os devidos fins que o projeto supracitado será conduzido nesta instituição, conforme requisitos estipulados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, a GCP/ICH, Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas e das Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Resolução nº 251, de 07 de agosto de 1997, da Resolução nº 292, de 08 de julho de 1999, da Resolução nº 346, de 13 de janeiro de 2005 e as complementares do Conselho Nacional de Saúde, do MS.

Cordialmente,

MsC. Rafael Marques Soares

ANEXO 5 - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do Projeto

TRAJETÓRIAS DE VIDA DE OBESOS RESIDENTES EM SÃO PAULO: VULNERABILIDADES E MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA.

Cadastro no CEP

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes da pesquisa, cujos dados serão coletados nas dependências do Hospital do Coração. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura

Nome do Pesquisador Principal:

Assinatura do Pesquisador Principal:

Local: _____ Data: _____

ANEXO 6 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: TRAJETÓRIAS DE VIDA DE OBESOS RESIDENTES EM SÃO PAULO: VULNERABILIDADES E MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA.

Pesquisador: marcia thereza couto falção

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70075417.9.1001.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.209.903

Apresentação do Projeto:

Projeto de Doutorado

Estudo explora a interface entre as ciências da saúde e as ciências humanas - vulnerabilidade e marcadores sociais da diferença com objetivo claro e método coerente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Explorar, através da perspectiva das três dimensões da vulnerabilidade e dos marcadores sociais da diferença (classe, gênero e geração), o lugar da obesidade nas trajetórias de vida de pessoas que se auto percebem obesas.

Objetivos específicos

Identificar, a partir da percepção dos sujeitos auto identificados como obesos os impactos e influências dos fatores socioambientais em sua relação com o corpo e comportamento alimentar.

Discutir possibilidades de superar as possíveis barreiras geradas pelas vulnerabilidades individual.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.209.303

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios superam os riscos.

Assunto de grande relevância para a sociedade. Os resultados poderão trazer benefícios futuros a sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dados serão obtidos através de entrevista semiestruturada (questionário bem descrito e anexado ao trabalho) e técnica de observação direta que descrever a ambiência das unidades e algumas relações sociais informais entre usuários e profissionais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda para correção do tipo de atuação do Hospital do Coração de São Paulo (HCor) - OOPARTICIPANTE.

Demais termos ok.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_986062_E1.pdf	20/07/2017 14:35:07		Acelto
Outros	Justificativa_de_Emenda.pdf	20/07/2017 14:34:03	Rafael Marques Soares	Acelto
Outros	ppgmedprev_130_anexo_II_cadastro_pesquisa_RafaelMarques.doc	16/08/2017 14:55:10	Rafael Marques Soares	Acelto
Outros	DocCepFmusp_Marcia_Rafael.pdf	16/08/2017 14:54:28	Rafael Marques Soares	Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	parecer_projeto_Marcia_Rafael.pdf	16/08/2017 14:19:25	Rafael Marques Soares	Acelto
TOLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TOLE_FMUSP.pdf	16/08/2017 14:17:16	Rafael Marques Soares	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anueclainstitulcao.pdf	16/08/2017 14:15:47	Rafael Marques Soares	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoDoutorado_RafaelMarques02jun_RMS.pdf	16/08/2017 14:13:24	Rafael Marques Soares	Acelto

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.209.303

Investigador	ProjetoDoutorado_RafaelMarques02jun_RMS.pdf	16/06/2017 14:13:24	Rafael Marques Soares	Acelto
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	16/06/2017 14:11:28	Rafael Marques Soares	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 09 de Agosto de 2017

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br