Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida
por mulheres que vivem com obesidade**

Isabel Cristina Gonçalves Perez

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Nutrição em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública
Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Baeza Scagliusi

São Paulo
2017

Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida por mulheres que vivem com obesidade

Isabel Cristina Gonçalves Perez

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Nutrição em Saúde Pública, na
Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências.**

**Área de Concentração: Nutrição em Saúde Pública
Orientadora: Prof. Dra. Fernanda Baeza Scagliusi**

Versão original

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Perez, Isabel Cristina Gonçalves

- Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida por mulheres que vivem com obesidade / Isabel Cristina Gonçalves Perez; orientadora Fernanda Baeza Scagliusi. -- São Paulo, 2017.
97 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. obesidade. 2. qualidade de vida. 3. mulher. 4. pesquisa qualitativa. I. Scagliusi, Fernanda Baeza, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente às participantes, por terem dividido comigo muitas vezes sua essência, muitos dias risadas, choros e abraços, por permitirem não só esse estudo, mas uma transformação pessoal no correr desse trabalho.

Agradeço aos coordenadores desse projeto, Professor Bruno Gualano e Doutoranda Mariana Dimitrov, por suas posturas assertivas e direcionadoras, por fazerem esse estudo acontecer.

Agradeço a equipe e o grupo de estudo, por dividir discussões e tornar o percurso mais animado, Ana Jéssica, Cristiane Siqueira, Cristiana Maymone, Priscila Sato.

Agradeço com carinho a sapiência e astúcia do Ramiro Usain, que fez a alma desse trabalho aparecer de forma muito especial.

Agradeço em especial três pessoas que estiveram muito ao meu lado durante todo o percurso, Isis Stelmo, Fernanda Sabatini e André Vessoni, pelo ombro amigo, pela troca e pelo carinho.

Agradeço a orientadora, Fernanda Scagliusi, sem você dificilmente teria chegado até aqui.

Agradeço especialmente aos membros das bancas de qualificação e de defesa, Marco Akerman, Cláudia Bogus, Eunice Nakamura, Yara Carvalho. É uma grande honra contar com a parceria, inteligência e sensibilidade de vocês.

Agradeço aos professores que encontrei nesse percurso por sempre somaram a mim enquanto aluna, cidadã e profissional.

Agradeço a todos e todas as funcionárias da Faculdade de Saúde Pública por fazerem-na um lugar de construções e caminhos.

Agradeço à CAPES pela bolsa deste estudo. Agradeço à Fapesp pelo financiamento do estudo guarda-chuva (processo 2015/03878-8).

Agradeço à minha avó Maria e minha família, de quem tenho a essência, o melhor abraço, a inteligência, o amor, a escuta e a bronca, por ser a mulher mais forte e linda que conheço!

Agradeço de forma que jamais poderá ser expressa em palavras a três anjos da guarda que tenho: Simone, Carlos e Gustavo.

Agradeço emotivamente a família que conquistei nesses últimos anos, são as pessoas mais incríveis que conheço e sem elas e eles não estaria onde estou. Com vocês descobri o que é amor, carinho, respeito e alegria, descobri o que é ter família, com vocês eu sou forte e feliz! Com imenso amor, carinho, respeito e orgulho, obrigada Maycon Felix por ser o melhor parceiro e amigo, obrigada José Lucas Santos por ser o melhor irmão, obrigada Fernanda Matsubara por ser a melhor irmã, obrigada Paula Anjos por ser a melhor gêmea, obrigada Juliana Reis por ser a melhor amiga, obrigada Gabriele Caldas por ser a melhor mãe e obrigada Laís Amigo por ser parceira, amo vocês! Obrigada ao Confete, o focinho mais lindo,

mais parceiro e peludo!
todos!

Obrigada a todas e

“Em sua complexidade, a alma é objeto, portanto, de cuidado e de investigação por toda a vida”

Marsola, 2015.

“Os nossos conhecimentos são provenientes de nossa própria participação nos processos do universo, o que nos habilita a contribuir para o aprimoramento desses processos”

Swimme, 1989.

“Qualquer conhecimento é aproximado, é construído”

Minayo, 2010.

Pesquisar "atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente”

Minayo, 2010.

PEREZ, I. C. G. **Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida por mulheres que vivem com obesidade**. 2017. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RESUMO

Introdução – A condição obesidade é atualmente compreendida como crônica e multifatorial. Suas consequências para a vida social e dimensões psicológica e subjetiva podem ser diversas, as quais afetam diretamente a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. A definição de qualidade de vida, tema destaque quando se trata da condição obesidade, não é consenso, por incluir construtos subjetivos. A concepção elaborada pelo Grupo WHOQOL, da Organização Mundial de Saúde, abarca tanto aspectos subjetivos quanto parâmetros objetivos. Por escassez de avaliações qualitativas presentes na literatura atual, o impacto da obesidade na qualidade de vida não foi aprofundado na compreensão do ponto de vista do sujeito na condição obeso. **Objetivo** – Investigar as percepções, significados e fatores influenciadores atribuídos à qualidade de vida por mulheres na condição obesas. **Percursos Metodológico** – O estudo foi realizado com 81 mulheres obesas, de 25 a 50 anos. Por métodos qualitativos, se utilizou de grupos focais para obter os dados e da análise de conteúdo temática para analisá-los. Como segunda forma de expressão dos dados realizou-se uma análise de direção linguística em parte dos dados, que indica percepções e sensações da condição obesidade na qualidade de vida dessas mulheres. Elaborou-se um *codebook* (guia de codificação) para qualificação da análise temática, aplicado aos dados por duas pesquisadoras. Esse estudo é um subprojeto do projeto guarda-chuva intitulado “Saúde e Bem-estar na Obesidade”. **Resultados e Discussão** – Na análise de conteúdo temática chegou-se a 14 temas e 8 subtemas divididos em dois eixos temáticos: (1) ‘Significações, percepções e influenciadores da qualidade de vida’ - dividido em dois subeixos: ‘Qualidade de Vida para Pessoas em geral’ e ‘Qualidade de Vida na Condição Obesidade’ - e (2) ‘Formas pelas quais a Qualidade de Vida pode ser Promovida junto as Pessoas na Condição Obesidade’. O primeiro eixo abrange significações subjetivas que compõe a noção de qualidade de vida para as mulheres desse estudo. O segundo eixo expõe temas que sugestionam como qualificar o cuidado das pessoas que vivem em obesidade a partir do entendimento dessas mulheres. Foi percebido que a obesidade não é o fator de maior impacto na qualidade de vida dessas mulheres. Família, relações sociais e atividade profissional são fatores de qualidade de vida mais importantes sob o ponto de vista delas, demonstrando que a obesidade não necessariamente é central na avaliação de qualidade

de vida. A negatividade da imagem corporal e do corpo para essas mulheres não se liga diretamente a problemas de mobilidade e agravos de saúde, mas a uma leitura social atravessada pelo estigma da obesidade e suas consequências na saúde psicológica.

Considerações Finais – A qualidade de vida das mulheres desse estudo não se relaciona apenas com o peso corporal, trata-se de um construto multifatorial principalmente conformado por questões sociais e subjetivas. O enfoque de qualidade de vida se atém a questões do âmbito da família e atividade profissional, em detrimento das questões da imagem corporal e saúde. As questões de imagem corporal desqualificam a vida, dado os rígidos padrões de beleza que não compreendem a condição da obesidade atualmente.

Palavras Chave: obesidade, qualidade de vida, mulher, pesquisa qualitativa.

PEREZ, I. C. G. **Meanings and perceptions assigned to quality of life by women living with obesity.** 2017. Dissertation - Faculty of Public Health, University of Sao Paulo, Sao Paulo, 2017. Portuguese.

ABSTRACT

Introduction – The obesity condition is currently comprehended as a chronic multifactorial condition. Its consequences for social life and for the psychological and subjective dimension can be plenty, which affect directly the quality of life and well-being of individuals. The definition of quality of life, main theme when we talk about obesity condition, is not a consensus, since it includes subjective constructs. The conception of quality of life, formulated by the World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL), covers both subjective aspects and objective parameters. Due to the scarcity of qualitative evaluations present in current literature, the impact of obesity in quality of life was not deepened in the understanding of the subject in the obese condition point of view. **Objective** – To investigate the perceptions, meanings and influencing factors attributed to quality of life by women in obese condition. **Methodological Course** – The study was conducted with a sample of 81 obese women, between 25 to 50 years old. Using qualitative methods, focus groups obtained data and the thematic content analysis investigated them. As a second form of expression of data, a linguistic direction analysis was performed in part of the data, indicating perceptions and sensations in the obesity condition in quality of life of these women. A codification guide (codebook) was developed to qualify the thematic analysis, applied to the data by two researchers. This study is a subproject of an umbrella project titled “Health and Welfare in Obesity”. **Results and Discussion** – Thematic content analysis produced 14 themes and 8 subthemes divided in two thematic axes, (1) ‘Meanings, Perceptions and Influencers in Quality of Life’ – divided into two sub-axes: ‘Quality of Life for People in General’ and ‘Quality of Life in Obesity Condition’ – and (2) ‘Ways in which the Quality of Life can be Promoted with People in Obesity Condition’. The first axis encompasses subjective meanings that compose the notion of quality of life by the women in this study. The second axis exposes themes that suggest how to qualify the care with people living with obesity from the understanding of these women. It was perceived that obesity is not the fact of greater impact on the quality of life of these women. Family, social relationships and professional activity are much more important factors of quality of life from their point of view, demonstrating that obesity is not necessarily central in their evaluation of

quality of life. The negativity of body image and the bodies of these women are not directly related to mobility problems and physical health problems, but to a social reading traversed by the stigma of obesity and its consequences in psychological health. **Final Considerations** – The quality of life of the women in the study is not related only to body weight, it is a multifactorial construct mainly conformed by social and subjective questions. The focus of quality of life tends to questions related to family and professional activity, to the detriment of questions of body image and health. The questions of body image disqualify life given the strict standards of beauty and health that do not comprise the condition of obesity presently.

Keywords: obesity, quality of life, women, qualitative research.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	12
1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	14
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA OBESIDADE.....	14
1.2 QUALIDADE DE VIDA NA OBESIDADE.....	18
1.3 SUBJETIVIDADE NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	25
1.4 INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA DA QUALIDADE DE VIDA NA OBESIDADE	27
1.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA	31
2. OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3. PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA	36
3.2 MÉTODOS DE PRODUÇÃO DE DADOS	37
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	41
3.4 ANÁLISES DOS DADOS	42
3.4.1 <i>Codebook</i>	44
3.4.2 <i>Análise de Direção</i>	45
4. RESULTADOS e DISCUSSÃO	48
5. QUESTÕES PARA PENSAR	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
7. REFERÊNCIAS	83
8. ANEXOS.....	91
ANEXO 1	91
ANEXO 2	93
ANEXO 3	94

CURRÍCULO LATTES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra, idade, escolaridade, renda (em quantidade de salários mínimos), estado civil e IMC, São Paulo, 2015-2016	43
Tabela 2. Eixos e Subeixos temáticos, Temas e Subtemas com suas respectivas frequências e coeficiente Kappa classificado em força de acordo	44
Tabela 3. Análise de Direção do eixo temático ‘Qualidade de Vida na Obesidade’	52

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHOQOL <i>Group</i>	Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
QALY	<i>Quality-Adjusted Life Years</i>
ASDAH	<i>Association for Size Diversity and Health</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
EEFE	Escola de Educação Física e Esporte
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FSP	Faculdade de Saúde Pública

PREFÁCIO

APROXIMAÇÃO AO TEMA

Minha inclinação enquanto mulher, pessoa, cidadã e profissional é ser cuidadora, me entendo assim no mundo, objetivo ao qual foi sendo estruturado e lapidado no processo de graduação, ao qual findou na minha titulação enquanto nutricionista, formada pela Universidade Federal de São Paulo. A nutrição, não necessariamente a biológica, sempre foi uma questão na minha vida, em muitos momentos, enquanto me desenvolvia faltou-me a nutrição que me guiasse na descoberta do mundo e de mim mesma. O que me direcionou a uma intensa fome, por saber, por viver, por sentir, por ver e escutar, a fome por cuidar e por ser cuidada sempre marcou minha história de vida! Essa fome me encaminha à graduação em Nutrição, e também ao mestrado. A Nutrição entra na minha vida como uma organizadora, uma dirigente da ingestão, uma direcionadora da digestão, da absorção e da excreção.

Quando encontro em minha graduação as disciplinas ‘Inserção Social’, com as queridas Sara, Eunice e Cristiane, e ‘Trabalho em Saúde’, com riquezas como Virgínia e Rosângela, Professoras como Semíramis, Elke, Paula, a disciplina ‘Alimentação Humana e seu Contexto Histórico Social’, com o amor imenso de Macarena e Fernanda, não ao acaso, minha orientadora, minha fome enorme leva-me a compulsão. As pessoas, os momentos e os acontecimentos me contam sobre pessoas e me ensinam a pensar, em como os encontros se dão, em como os contextos evocam, em como associações são constantes. A astúcia, o conhecimento, o carinho e a atenção dos docentes que encontrei em especial nessas disciplinas e na docente que vem a ser minha orientadora, em todo meu trajeto na graduação me ensinaram a buscar sempre o melhor jeito de entender e interagir com as pessoas. Na graduação realizo-me e significo-me, fazendo aquilo que me faz bem, ensinaram-me a cuidar de formas variadas e introduziram-me ao mundo da escuta, um mundo sensível, que se modifica na interação com o outro, ao qual luto e dedico-me para pertencer e permanecer até hoje, pois potencializa meu caminhar!

Esse estudo é arquitetado quando na atuação profissional me deparo-me com circunstâncias desafiadoras, um de meus maiores desafios é lidar com o sujeito que vive com a condição obesidade, uma questão tão densa e complexa, que exige uma atuação mais sensível, e cujas ferramentas que aprendi na faculdade, o cuidado, a escuta, empatia e a atenção, são necessárias. Quando vejo refletido nas mulheres obesas um pesar que sempre carreguei: a determinação externa sob minhas convicções e vontades, quando sinto a dor e o sofrimento brotarem da não compreensão da vida, em gastar muita energia e tempo querendo

se enquadrar, se padronizar, querendo fazer parte, sem observar os efeitos adversos desse processo. Vi nas mulheres que me deram a honra da escuta sentimentos e sensações que me eram familiares. Comecei a entender que a tal “dimensão social” da obesidade teria íntima relação com a fonte de um sofrer. Ao reconhecer que as determinações sociais e culturais silenciam as vivências dessas mulheres, senti a necessidade de dar voz a elas, num ambiente onde elas não tinham voz, o ambiente acadêmico, que parecia resumir essas mulheres a fatores e porcentagens.

Entender-me enquanto mulher é algo que me encanta, me orgulha, mas também derruba minhas lágrimas, as questões femininas me tomam por muito tempo, tudo é tão complexo no feminino! Desde pequena entendi que meu corpo era tratado como algo público, isso me incomoda o suficiente para que me mova sempre buscando o conforto, buscando encontrar um lugar em que seja confortável ser mulher, em que possamos ser de toda e qualquer forma, sem retaliações.

Chama-me atenção como o corpo feminino tem sido muito menos explorado na ciência. Da mesma forma como a subjetividade é bem menos explorada na ciência. Dois fatos que de alguma forma me parecem próximos. Para além de ser mulher, as questões femininas me tocam por vir entendendo, até então, as grandes protagonistas das histórias de vidas serem pouco olhadas, em contrapartida muito olhadas por aí, de forma grosseira, de forma torpe, da forma errada. Incomoda-me muito, dói ouvir agressões aos corpos femininos, dói igualmente a exigência, de forma ainda mais intensa dói a objetificação do corpo feminino, a redução ridícula ante uma imensidão de processos, de mensagens, o corpo que gera a vida, o corpo que se responsabiliza pela manutenção de tudo que somos, esse corpo de tanta magia, é o corpo que sempre está na linha de frente das exigências e culpabilizações.

Entender qualidade de vida me levou a consultar minha vida, minha história, me envolveu de tal forma que fez-me emergir em mim e buscar respostas sobre o que na minha vida me fazia sentido. Entender o que se espera da vida, sobre que qualidade de vida se quer, me fez aprender a olhar para o que realmente as pessoas buscam quando tentam manipular seu corpo, quando não nos compreendemos, quando entristecidas com a interação de seu corpo com o mundo.

Sinto as dores das minhas amigas quando sofrem em função de seus corpos obesos. Acredito na potência da escuta e do feminino. E aqui, na busca de compreender, eu me construí!

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA OBESIDADE

A condição obesidade¹ é definida como o acúmulo excessivo de adiposidade corporal (BRASIL, 2014c). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o parâmetro que caracteriza a condição obesidade, o Índice de Massa Corporal (IMC) (calculado como o valor do peso, em quilos, dividido pelo valor da altura, em metros, ao quadrado) a partir do valor $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 2000). PISCIOLARO e AZEVEDO (2011) pontuam que as descobertas etiopatogênicas modificaram a interpretação da obesidade progressivamente, revendo o posicionamento preconceituoso, atualmente a obesidade é compreendida como condição crônica multifatorial que mescla fatores causais das questões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, históricas, econômicas e políticas. Somente é considerada como fator de risco à saúde quando acarreta complicações metabólicas (BRASIL, 2014a), essas complicações para a saúde podem ser diversas, risco aumentado para morte prematura, doenças debilitantes, as quais afetam diretamente a qualidade de vida e a longevidade. Essas complicações podem, também, ser o impacto ao bem-estar psicológico e social dos indivíduos (TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010; FERREIRA e MAGALHÃES, 2005).

POULAIN (2013) esclarece que o estabelecimento do IMC como avaliação universal da obesidade pela OMS finda a dificuldade científica de avaliação da corpulência, pois antes, avaliada por diferentes métodos, era impossível estabelecer comparações internacionais e desenvolver pesquisas epidemiológicas. No entanto, adverte que não deveriam subestimar as consequências e aponta a necessidade de avaliação dos limites e da validade da escolha (INSERM, 2000 *apud* POULAIN, 2013, p. 178), o autor coloca que:

“Vulgarizando-se e difundindo-se no corpo social, as classificações dos índices de massa corporal tendem a se transformar em normas sociais de corpulência “aceitáveis”, “desejáveis” ou “desviantes”, sustentando assim o processo de estigmatização”.

A OMS classifica a condição obesidade como epidemia global, configurando-a como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, por seu elevado e rápido aumento em incidência e abrangência, atingindo tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento, particularmente em regiões urbanas (ABESO, 2008-2009; WHO, 2000). A prevalência global da condição, avaliada pelo IMC, mais do que dobrou desde 1980. Em 1980 eram 4,8% dos

¹ Nota da autora: A obesidade não é enquadrada aqui como doença, se distanciando do conceito biomédico. Compreendo-a como uma das maneiras de curso de vida, é uma das possíveis experiências de corpo, em que numa leitura subjetiva ela não é, necessariamente, negativa.

homens e 7,9% das mulheres obesos no mundo. Em 2014, 11% dos homens e 15% das mulheres eram obesos. Isso significa, aproximadamente, 600 milhões (13%) de adultos obesos mundialmente (WHO, 2015). Hoje, a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) sugere, que por volta de 76% da população mundial tem excesso de gordura, equivalente a 5,5 bilhões de pessoas.

No Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) observou um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população de 20 anos de idade ou mais, de 1974 para 2009. Entre os homens houve um maior aumento, de 2,8% para 12,4% de obesos, do que entre as mulheres, de 8% para 16,9% de obesas. A pesquisa Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, que iniciou a coleta de dados em 2006, com pessoas com 18 anos ou mais, encontrou nesse ano que 11,8% da população estava obesa - 11,4% dos homens e 12,1% das mulheres. Em 2014, a pesquisa Vigitel encontrou 17,9% da população brasileira obesa - 17,6% dos homens e 18,2% das mulheres (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014b; LABOISSIÈRE e AGUIAR, 2014; SCHMIDT e STUMM, 2014; IBGE, 2010; SANTOS, 2011).

Possíveis explicações para o aumento mundial da obesidade é descrita por POULAIN (2013) e complementada por BRAY (1997 *apud* POULAIN, 2013) e FONTES (2008). POULAIN (2013) coloca que as transformações de modo de vida das sociedades modernas foram capazes de desequilibrar o balanço energético do homem, resultando na condição obesidade. Explica que concomitantemente há redução das necessidades energéticas – os locais onde as pessoas vivem são cada vez mais climatizados; grande parte dos empregos foi terceirizada pela mecanização do trabalho; há redução do tempo passado no transporte e aumento das horas passadas diante da televisão –; e mudanças no consumo de alimentos, em que as calorias se tornam mais baratas e os produtos “ricos em gordura, açúcar e sal” tornam-se mais presentes.

Adicionalmente, a longa história da espécie humana mais frequentemente confrontou-se com situações de escassez do que de abundância de alimentos, contribuindo para características genéticas que favorecem as capacidades de estocagem de energia (POULAIN, 2013). Numa situação de abundância, essa característica, que durante muito tempo foi uma vantagem de adaptação, volta-se contra a espécie humana. BRAY (1997 *apud* POULAIN, 2013) ilustra a composição de fatores na metáfora “a genética prepara o tiro, enquanto o meio ambiente se apoia no gatilho”. A genética facilita a compreensão do fenômeno, mas não a esgota dada a rapidez com que a obesidade se desenvolve, logo, os contextos sociais e

econômicos e os modos de vida são fatores causais do quadro de obesidade mundial (POULAIN, 2013). A nutrição, sociologia, antropologia e psicologia têm contribuído para revelar os fatores do ambiente social, cultural, político, físico e estrutural que afetam a forma como os grupos estabelecem hábitos, costumes, rotinas e comportamentos, assim como lidam com a sobrevivência, saúde, corpo e conflitos emocionais cotidianos, desvendando a conexão de fatores que culminam na condição obesidade (FONTES, 2008).

A condição obesidade impacta o bem-estar psicológico e social dos indivíduos, já que “a aparência física parece socialmente considerada como uma apresentação moral” (LE BRETON, 1992 *apud* POULAIN, 2013, p.115) e, “ela [a estigmatização da obesidade] é a última forma de preconceito socialmente aceitável. Os sujeitos obesos permanecem, sem dúvida, como o único grupo social que pode ser discriminado, com plena impunidade” (STUNKARD e SOBAL, 1989 *apud* POULAIN, 2013, p.135). FONTES (2008, p.196) acrescenta: “Por não conseguir o respeito e a consideração dos que lhe rodeiam, por seu desempenho em alguma área da sua identidade social não afetada pelo estigma, o indivíduo estigmatizado acaba convencendo-se de que não possui atributos para ser aceito, incorporando auto rejeição, além da rejeição social”.

Faça-se importante adentrar no tema estigma para melhor compreensão do surgimento de problemas sociais acarretados pela “condição obesidade”. GOFFMAN (1988) situa estigma como sinais corporais que evidenciam algo sobre o status moral de quem os apresenta, referenciando a um atributo profundamente depreciativo. O autor elabora que quando conhecemos alguém, os primeiros aspectos observados preveem concepções que são transformadas em expectativas normativas e exigências rigorosas conscientes ou inconscientes. Quando há uma característica que o desonra, considerada ruim, o sujeito é incluso em uma categoria que o deprecia. O efeito sociológico do estigma, segundo GOFFMAN (1988), é um afastamento das relações sociais perante o indivíduo que possui um traço que se impõe, atrapalhando a possibilidade de atenção aos seus outros atributos, reduzindo suas chances de vida. GOFFMAN (1988) acrescenta que criam-se teorias para explicar a inferioridade do estigmatizado, racionalizando aversões baseadas em outras diferenças (ex. classe social) e afirma que “tendemos a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original” (GOFFMAN, 1988, p. 15), criando vários tipos de discriminações. E ainda, representa-se o estigma nos discursos de maneira característica, com termos específicos como aleijado, bastardo, retardado (GOFFMAN, 1988). Da mesma forma

criou-se um peso negativo, socialmente discriminatório, difundido e usual sob o termo “obeso/obesidade”.

FERREIRA e MAGALHÃES (2005, p. 1794) colocam que “cada sociedade impõe ao homem uma expectativa em torno do corpo”, dessa forma a condição “obesidade é um atributo físico, percebido, interpretado e influenciado pelo sistema social”, ou seja, um conceito contextualizado na cultura, local e época.

Dito isso, a qualidade de vida é fortemente afetada pela condição obesidade, há consequências físicas e, hoje principalmente, sociais e psicológicas. As consequências da obesidade surgem para muito além da saúde, comprometem a percepção da própria saúde e do corpo pelo indivíduo e implicam, para os indivíduos, em sua colocação e aceitação social; obesos são, muitas vezes, pessoas desconsideradas, discriminadas e sentem-se pouco queridas. A estigmatização da obesidade transforma as pessoas obesas em culpadas por não pertencerem à estética difundida pela sociedade contemporânea, à representação de corpo atraente, desejável e pretendida, ademais, são associadas aos valores deslegante e repulsivo (TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010; POULAIN, 2013; BRASIL, 2014; FLECK, 2000; ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999).

Sendo a obesidade uma condição multifatorial, é adequado aceitar que existam as obesidades, buscando definições que se dissociem da visão biomédica e/ou do resumo em prejuízos à saúde e pode-se ampliar a denominação utilizando obesa/obesidade para associações de fatores que resultam em cursos de vida num corpo maior, pois a obesidade é um dos espaços de vivência, um processo de experiência de vida do sujeito e uma condição de vida para diversas pessoas. FONTES (2008, p.201) coloca que a enfermidade ou doença são “diferentes construções sociais da realidade”, a autora aponta que os obesos são um grupo no contexto das sociedades contemporâneas, “e parecem clamar por uma epistemologia que dê conta de revelar a multiplicidade de aspectos envolvidos na sua problemática” (p. 196). Dessa forma, problematizar algumas questões pertinentes à obesidade é uma tentativa de melhorar a percepção acerca de um fenômeno complexo e de ampla repercussão social para, quem sabe, revelar novos modos terapêuticos para as obesidades e, também, para modos de construir e viver um corpo e uma saúde.

Estudos de abordagem crítica sobre os determinantes da obesidade ainda não são vastos na literatura. Ainda mais escassos são os estudos que conjuguem diferentes opiniões sobre o tema, provavelmente pelos divergentes interesses dos atores sociais que discutem,

pelas distintas propostas metodológicas, que não favorecem as múltiplas contribuições e conformação de visões complementares (BRASIL, 2014c).

1.2 QUALIDADE DE VIDA NA OBESIDADE

Um breve histórico do tema qualidade de vida: KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI (2007) colocam que o termo qualidade de vida foi mencionado primeiramente por PIGOU em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar. O termo populariza-se após a Segunda Guerra Mundial - 1945, para falar de sucesso quando há melhoria do padrão de vida associado a salários e obtenção de bens materiais (KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2007). E em 1964, o termo qualidade de vida foi utilizado pelo presidente dos Estados Unidos para falar sobre avaliação dos objetivos, considerando a qualidade de vida que proporciona às pessoas (KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2007; FLECK et al., 1999).

FLECK (2008, p.19) situa:

“Para a maioria das doenças, a medicina moderna dispõe de tratamentos que não curam, mas permitem um controle de seus sintomas ou um retardo de seu curso natural. Com isso, há um prolongamento da vida à custa de um convívio com uma forma abrandada ou assintomática das doenças. Passou, então, a ser de grande importância dispor de maneiras de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais. A introdução do conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde surgiu nesse contexto, a partir da década de 1970”.

Segundo SANTOS e SIMÕES (2012), na década de 1970 qualidade de vida passa a ser um tema científico com significativa produção literária, inicialmente por um viés político. E na década de 1990 especialistas concordam que o conceito de qualidade de vida é fundamentalmente composto pela subjetividade e a multidimensionalidade (SANTOS e SIMÕES, 2012). Mas a literatura produzida até 1995 demonstra muitos problemas teóricos e metodológicos no conceito de qualidade de vida (SANTOS e SIMÕES, 2012).

Definir o conceito “qualidade de vida” refere-se a um movimento das ciências humanas e biológicas em valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, que são parâmetros de saúde (FLECK et al., 1999; ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999). Dada a introdução do conceito de qualidade de vida na saúde, segundo FLECK (2008), apresentam-se várias intersecções, algumas distorcidas, enfatizando mais o construto saúde. Embora ações em saúde tangenciem melhorias na qualidade de vida, essa diz respeito a um conjunto de conceitos distintos, relacionando percepções, sinais e sintomas; ademais, até então, as medidas tradicionais de desfechos em saúde avaliam mais a doença do que o doente, se afastando do conceito amplo

de qualidade de vida (MACIEJEWSKI, PATRICK e WILLIAMSON, 2005; FLECK et al., 2008). GILL e FEINSTEIN (1994 *apud* FLECK et al., 2008) diferenciam qualidade de vida de *status* de saúde: “qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do *status* de saúde, é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu *status* de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida”.

Contudo, apesar de expressão comum, a definição de qualidade de vida (ainda) não é consenso, por compor a definição os construtos *subjetivos multidimensionais* (características temporais e culturais), *parâmetros objetivos* compostos por *dimensões positivas e negativas*, relacionadas à percepção individual de anseios básicos do ser humano: viver bem e sentir-se bem (FLECK, 2000; FLECK et al., 2008).

A OMS constituiu o Grupo de Qualidade de Vida (WHOQOL Group), que reuniu especialistas de várias partes do mundo e definiu qualidade de vida como ‘*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e variado, afetado de forma complexa por saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e sua relação com características marcantes de seu ambiente*’ (THE WHOQOL GROUP, 1995).

FLECK et al. (2008) expõem que o conceito de qualidade de vida é a intersecção de construtos com desenvolvimento independente, cujos limites não são claros, abarca condições que podem afetar a percepção, os sentimentos e os comportamentos do indivíduo (FLECK et al., 1999), segundo MINAYO, HARTZ e BUSS (2000, p.8) “uma construção social com a marca da relatividade cultural”. Tal concepção abarca aspectos subjetivos (incorporação cultural, habilidades sociais, bem-estar, satisfação) e parâmetros objetivos (alimentação, habitação, trabalho, saúde e lazer), dentre outros (FLECK et al. 2008; ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES, 2012; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

CASTELLÓN e PINO (2003 *apud* SANTOS e SIMÕES, 2012) indicam formas de conceituar qualidade de vida que convergem com a definição anterior: qualidade das condições de vida (componente objetivo); satisfação pessoal com as condições de vida (componente subjetivo); combinação das condições de vida e satisfação pessoal a partir do que considera o próprio sujeito em função da sua escala de valores e aspirações pessoais.

KIMURA (1999, p. 10 *apud* SANTOS e SIMÕES, 2012) aponta que o uso indiscriminado do termo ‘qualidade de vida’ pode banaliza-lo e desgasta-lo. Adicionalmente, SANTOS e SIMÕES (2012) pontuam que é necessária a conceituação precisa de qualidade de

vida para facilitar a comunicação, reduzir interpretações diferenciadas e repercussões negativas na pesquisa e na prática profissional (classificá-la; determinar parâmetros; a importância de seus componentes objetivos e subjetivos).

Há na ciência a exigência de padrão, conceitos precisos, passíveis de mensuração. Porém na pesquisa qualitativa, em que se trabalha com o subjetivo, padrões e conceitos precisos não conversam com relatos de vida, com interpretação de situações vividas, com percepções, pois para cada vida relatada, a experiência e as sensações são subjetivas e ensinam estratégias de vivência na perspectiva do indivíduo. Bem como, interpretações diferenciadas abrangerão o prisma que é a humanidade, mostrando novas estratégias e focos de atuação. Daí começam os primeiros desafios, superar os paradigmas (MINAYO, 2010).

RUFINO NETO (1994), na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, disse (apud MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000):

“Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo”.

Segundo FLECK (2008) há vários modelos teóricos para o conceito de qualidade de vida, sinteticamente há dois grandes grupos de modelos teóricos:

(1) o modelo da satisfação – abordagens sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar, que relacionam qualidade de vida à satisfação com os vários domínios da vida, definidos como importantes pelo próprio indivíduo, sendo uma experiência subjetiva associada ao nível de expectativa e suas realizações, depende de experiências passadas e das expectativas de futuro, sonhos e ambições. HUNT (1997) aposta dizendo “compreensão da possível relação entre doença, saúde, valores e percepções”. CALMAN (1984) informa que boa qualidade de vida ocorre quando as esperanças do indivíduo se cumprem na experiência, o que dá caráter mutável a ela, o autor define “Uma "boa" qualidade de vida é, portanto, geralmente expressa em termos de satisfação, contentamento, felicidade e realização e a capacidade de lidar. Esta definição enfatiza a importância do crescimento pessoal.” (CALMAN, 1984, p. 125; FLECK et al., 2008);

(2) o modelo funcionalista – considera que o indivíduo “funciona”, assim qualidade de vida seria “funcionar bem”, ou seja, desempenhar de forma satisfatória seu papel social e as funções que valoriza. A doença interferindo nesses papéis estabelece a saúde como o maior valor da existência, daí o termo *health-related quality of life* – qualidade de vida relacionada à saúde (FLECK et al., 2008).

A crítica à teoria funcionalista relaciona-se ao fato dessa teoria não admitir o caráter subjetivo e pessoal que deve haver na avaliação de qualidade de vida e há falta de relação entre as dimensões que compõe o conceito (deficiência, incapacidade e desvantagem), pois a questão não é só cumprir uma função ou não, ter desempenho sem limitações físicas ou mentais. A teoria não considera a abordagem de aspectos sociais e ambientais externas ao sujeito, e HUNT (1997) coloca que “um mesmo nível de incapacidade ou de *status* funcional pode coexistir com vários *status* existenciais, do desespero à tranquilidade” (FLECK et al., 2008). Dessa forma, nesse estudo trabalha-se próximo do modelo de satisfação proposto, em que há espaço para fluir a percepção subjetiva do sujeito avaliado.

Outra crítica é por assumir a saúde como variável que mais influencia a qualidade de vida, “uma visão medicalizada do tema” segundo MINAYO, HARTZ e BUSS (2000, p.8), que não reconhece a extensão de atuação de outros aspectos - por exemplo, mudanças nas relações pessoais. HUBERT (1997 *apud* MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000) julga a literatura sobre qualidade de vida essencialmente medicalizada, enquadradas numa visão bioestatística e economicista da saúde e DURAND et al. (1997 *apud* MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000) dizem que os estudos são funcionalistas e com foco no custo-efetividade. E ainda, esse modelo supõe que haja um ótimo nível de funcionamento humano, que todos deveriam almejar. Cria-se, assim, uma dicotomia em níveis melhores ou piores de qualidade de vida, principalmente entre culturas e grupos, reforçando estereótipos e práticas discriminatórias (SINZATO, 2007). HUNT (1997, p. 209) coloca:

“O conteúdo dos questionários não é apenas um reflexo frequente de noções profissionais de “normalidade”, também é forjado a partir de artefatos estatísticos. Assim, em relação aos questionários que adotam uma abordagem “relacionada à saúde”, uma boa “qualidade de vida” é automaticamente equiparada a um funcionamento ótimo definido dentro de estreitos limites de duvidosa relevância para os pacientes.”

Contrapondo o modelo da satisfação ao modelo funcionalista, ALBRECHT e DEVLIEGER (1999) elaboram o “paradoxo da deficiência” a partir de estudos qualitativos em que encontram indivíduos com deficiências físicas graves e persistentes relatando boa ou excelente qualidade de vida, mesmo quando observadores externos qualificariam sua existência como indesejável, concluindo que a deficiência serviu de reorientação para a vida e que os indivíduos convivem satisfatoriamente com as limitações. Clareando o porquê do modelo funcionalista ser falho, basicamente, por não ser subjetivo.

Os autores explicam esse paradoxo com uma estrutura teórica de equilíbrio (ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999, p.978), ainda que, segundo os autores, questões permanecem sem resposta. Os autores consideram boa qualidade de vida a reconstituição do

equilíbrio entre ‘corpo, mente e espírito’ apesar das condições adversas. Os autores se utilizam das bases dos grandes sistemas de cura², vindos das teorias de equilíbrio da saúde, que procura identificar no corpo o que distorce ou restringe o funcionamento orgânico, causando doença ou insatisfação com a vida, e aplicam intervenções para restaurar o equilíbrio do corpo. Com isso, os autores conceituam o equilíbrio dos indivíduos na relação com seu ambiente físico e social, como resultado deste equilíbrio há a saúde e a percepção da qualidade de vida. “O paradoxo da deficiência enfatiza a importância da experiência pessoal na definição do eu, na visão do mundo, no contexto social e nas relações sociais” (ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999, p.978-979). Os autores afirmam que existe preconceito nas atitudes e expectativas das pessoas (em geral) em relação às pessoas com deficiência, atitudes ambivalentes e a falta de apoio, o que está acompanhado de julgamentos de que as pessoas com deficiência não têm uma qualidade de vida tão elevada quanto as pessoas não deficientes.

ALBRECHT e DEVLIEGER (1999) afirmam que qualidade de vida está direcionada para o ser social, psicológico e espiritual, referindo-se à noção holística de bem-estar. Os autores concordam com SOL LEVINE (1987, p.4 *apud* ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999) que propõem, "a ênfase na qualidade de vida é um desenvolvimento salutar³ (isto é, em termos de adaptação positiva e resolução ao estresse) em que a atenção é direcionada à capacidade do indivíduo desempenhar papéis sociais como trabalhador, membro da família, cidadão ou amigo".

Assim como ALBRECHT e DEVLIEGER, HARTOONIAN (2015) a partir do paradoxo da deficiência, elabora: há uma associação entre deficiência e dependência, em que preconcebemos que a pessoa deve estar infeliz ou deprimida por suas limitações. Segundo a autora, estudos relatam que indivíduos deficientes, por vezes, relatam baixa qualidade de vida em comparação com seus pares, mas o grau de incapacidade não parece estar associado com a qualidade de vida. A teoria utilizada pela autora para explicar a estabilidade relativa das emoções é "adaptação hedônica" ou teoria do equilíbrio dinâmico, que refere-se à ideia de que

² A teoria médica grego-grega postulava que a saúde era alcançada pelo equilíbrio entre elementos do corpo, terra, ar e água. A medicina ayurvédica argumentou que a doença resultou do desequilíbrio de elementos no corpo e entre o corpo e o ambiente (CHASTEL e CeÂNAC, 1998 *apud* ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999, p.978). A medicina chinesa clássica é construída sobre a noção de um equilíbrio entre forças de energia ying e yang no corpo e intervenções destinadas a restaurar o equilíbrio entre essas forças, quando necessário. A medicina ocidental moderna, baseada na teoria dos germes, procura identificar fisiopatologias no corpo que distorcem ou restringem o funcionamento orgânico e aplicam intervenções para restaurar o equilíbrio nos sistemas corporais (BERNABEO et al., 1997 *apud* ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999, p.978).

³ De **Salutogênese**, um conceito criado pelo pesquisador ANTONOVSKY em 1979 para especificar as forças que geram saúde, se opondo ao fenômeno da patogênese que são os propulsores das doenças (ALBRECHT e DEVLIEGER, 1999).

a qualidade de vida tende a retornar a um nível relativamente estável de felicidade apesar das mudanças que ocorrem pois, após um tempo, o indivíduo se adapta à sua condição. No estudo HARTOONIAN et al. (2014) maior dor física e complicações médicas secundárias estão associados a sintomas de depressão e menor qualidade de vida, enquanto, fatores relacionados à participação (atividade social, ocupacional ou física), como ser cônjuge ou pai, trabalho ou interações sociais, exercem efeitos positivos sobre a qualidade de vida e depressão. E conclui, que nós, seres humanos, temos a capacidade de nos adaptar as situações, assim como, o que importa, não é o que podemos ou não podemos fazer, mas o que fazemos com o que temos é que faz a diferença.

FELLINGHAUER *et al.* (2012, p.2) também investigaram o paradoxo da deficiência mas se concentraram em fatores contextuais, alegando que “pessoas com a mesma deficiência podem experimentar graus e tipos de restrições muito diferentes, em atividade e participação, dependendo do contexto (fatores ambientais e pessoais)”. Exemplificam os usuários de cadeiras de rodas, que podem experimentar limitações de atividade e participação por conta dos bairros em que vivem serem inacessíveis. No estudo avaliaram o papel dos fatores contextuais na limitação de atividades e participação e na percepção de saúde – como componente da qualidade de vida. Afirmam que o paradoxo da deficiência se desfaz quando considera-se os fatores contextuais, por serem responsáveis por algumas limitações de atividade e participação para algumas pessoas e para outras não, sendo que as pessoas só percebem má saúde quando percebem limitação de atividade e participação.

UBEL et al. (2005) exploraram as razões para o paradoxo da deficiência. Olharam para possíveis fontes de erro nos relatórios de felicidade de pacientes com doença crônica ou deficiência e, também, as previsões de felicidade de pessoas saudáveis pedidas para imaginar essas mesmas doenças e deficiências. Os achados sugeriram que o paradoxo da deficiência não era resultado de relatos errôneos (ou exagerados) de bem-estar. Concluíram que pessoas com doenças crônicas e deficiências são mais felizes do que pessoas saudáveis preveem que seriam em circunstâncias semelhantes.

Felicidade é um conceito próximo à qualidade de vida segundo FLECK (2008, p.22), compreendida como “experiência fundamentalmente afetiva”. Bem como a satisfação, definida pela discrepância entre aspirações e conquistas, variando desde a percepção de preenchimento até a de privação, satisfação implica num julgamento e experiência cognitiva. GIANNETTI (2002, p.32) pontuou que “O bem-estar do ser humano é em parte objetivo, mas

é também subjetivo – depende muito de como as pessoas estão se sentindo e avaliando as suas vidas à medida que mundo à sua volta se transforma”.

CAVALCANTI et al. (2011) colocam que autoestima e a autoimagem fazem parte do autoconhecimento, assim, quando a autoimagem encontra-se em equilíbrio, vê-se de forma diferente o próprio corpo e isso estimula a vitalidade, dá prazer e alegria, modificando a relação com o espaço social, delimitando-o de acordo com suas necessidades. O bem-estar é indicado pela capacidade da pessoa de realizar melhor suas potencialidades, por ajustar-se e adaptar-se às várias situações e, por fim, um sentimento de que todas as coisas se completam. FLECK (2008) colocam que diferente do bem-estar subjetivo, a avaliação de qualidade de vida deve estar, necessariamente, imersa no contexto social e cultural, não podendo se resumir ao equilíbrio entre prazer e dor.

Entendendo “felicidade” e “bem-estar” como a satisfação com os vários domínios da vida importantes para o indivíduo (modelo de satisfação), a avaliação de qualidade de vida, só pode ser descrita em termos individuais; realizações são afetadas pelas ações, quer pela realização dos objetivos, quer pela redução das expectativas pelo crescimento pessoal; deve ser avaliada na intersecção entre pessoa e ambiente. Desse modo, a satisfação do indivíduo virá da maneira como ele lida com as circunstâncias da vida, ao que GIANNETTI (2002) explana:

“Há, por vezes, “incongruência entre a nossa vontade e desejos, de um lado, e o curso dos acontecimentos que nos afetam, de outro. Como lidar com a discrepância entre aspirações e realidade? Há dois modos básicos de reduzir ou anular essa incongruência. Um deles é adaptando e moldando os *nossos desejos* ao curso dos acontecimentos; e o outro é transformando *as circunstâncias* com que nos deparamos de modo a que atendam aos nossos desejos.”

Pesquisar aspectos relacionados à qualidade de vida ultrapassou sua origem, na área de saúde e constitui hoje um dos campos mais importantes para o diálogo interdisciplinar. Vem da tendência do desenvolvimento de pesquisas que procuram os aspectos positivos da experiência humana - estudo das características adaptativas como: resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade; o grau de satisfação do usuário dos serviços da saúde e a humanização das intervenções em saúde. A definição do grupo WHOQOL reflete a natureza subjetiva imersa nos diversos contextos e a intersecção de diversos construtos do conceito de qualidade de vida, sendo que um desafio na área da saúde é encontrar um sentido que ultrapasse o referencial biomédico e abarque aspectos éticos e epistemológicos (ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES, 2012; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; FLECK et al., 2008).

Usando desse preâmbulo, dada a subjetividade e a leitura de mundo variante de sujeito para sujeito, faz-se necessário entender quais aspectos de qualidade de vida são mais relevantes para o indivíduo na condição obesa e ainda, como a intersecção desses aspectos produz ou não qualidade de vida na obesidade. A condição obesidade possui um impacto na vida do indivíduo passível de ser avaliado objetivamente, mas, compreender a influência da vivência do excesso de peso na percepção subjetiva de qualidade de vida para o sujeito deve ser almejado, considerando que alguns efeitos do excesso de peso podem ser sutis, ou, demorarem a se manifestar (CALMAN, 1984; VASILJEVIC et al., 2008; PATRICK, 2008). GORDIA et al. (2011) constataam que a produção científica atual dá indícios de que qualidade de vida parece associar-se tanto a fatores biológicos e comportamentais, quanto a aspectos sociodemográficos e culturais, porém não há indícios da relevância e amplitude de interferência destes fatores sobre a qualidade de vida. Tal conhecimento é de extrema importância para direcionamento de políticas públicas e melhorias nas condições de vida da população obesa.

Apropriando-se da definição de qualidade de vida do Grupo WHOQOL e do modelo de satisfação proposto, a condição de ser/estar obeso se torna um problema quando: afeta a satisfação do indivíduo com aspectos de sua vida que lhe são importantes, seus papéis sociais, na interação com o outro; e/ou afeta suas condições funcional, psicológica, social de viver bem, quando abala sua autoestima e autoimagem ; e/ou quando distancia-o de seus objetivos ou realizações (FLECK et al., 2008; GORDIA et al., 2011; SINZATO, 2007; MACIEJEWSKI, PATRICK e WILLIAMSON, 2005). Fazemos, então, um movimento diferente, buscando compreender qualidade de vida num conjunto de determinantes para o sujeito, considerando-o holisticamente e não metrar quanto de qualidade de vida resta ao sujeito, ou quanto se pode reconquistar.

1.3 SUBJETIVIDADE NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Um breve histórico sobre como a subjetividade vai surgindo como tema na saúde: Em 1974 o redimensionamento do pensamento sanitaria canadense foi uma grande influência, a publicação do Relatório Lalonde foi o primeiro no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob ponto de vista biomédico é equivocada (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000). LALONDE, ministro da saúde no Canadá na época, propõe uma reclassificação dos determinantes da saúde em quatro elementos: (1) estilo de vida; (2) avanços da biologia humana; (3) ambiente físico e social; e (4) serviços de saúde. Em 1983 o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra publica o Relatório Griffith, recomendando a análise das percepções e das

expectativas dos pacientes e da comunidade na avaliação de serviços públicos de saúde (UCHIMURA e BOSI, 2002). Em 1990 a subjetividade surge no campo da saúde coletiva nacional como questão conceitual, porém só na década seguinte o assunto se intensifica nas discussões (NETO et al., 2011), sendo que em 2000 MINAYO (p.4 *apud* NETO et al. 2011) aponta, no editorial do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que o tema é relevante e o debate não acompanha tal importância argumentando “tudo ainda é bastante tangencial porque sujeito e subjetividade ainda não são assunto relevante para a racionalidade hegemônica da área”.

Segundo MINAYO (2010) as percepções são consideradas (consensualmente por todas as correntes de pensamento) construto da realidade. Subjetividade do ponto de vista epistemológico, a partir da psicologia humanista apoiada na fenomenologia, é a perspectiva própria e única de cada pessoa ao ver o mundo (FORMOSINHO, 2006). FORMOSINHO (2006) diz que o homem é singular e apenas ele tem a consciência da sua singularidade. Com isso, para a compreensão do ser humano é necessário “enfocá-lo dentro do seu próprio quadro de referência” (FORMOSINHO, 2006, p.4), abordando-o de forma holística. A *‘percepção do indivíduo’* usada na definição de qualidade de vida da OMS é a subjetividade admitida como construto no tema qualidade de vida.

Entendendo percepção com o colocado por BACHA, STREHLAU e ROMANO (2006, p.1) “perceber é conhecer objetos e situações através dos sentidos” e POLAK (1996, p.1) “perceber o espaço do corpo implica entrar no universo do ser que se mostra (...) implica habitá-lo, percebê-lo nas suas várias perspectivas”. A subjetividade é um processo individual que acontece na experiência do sujeito no social, provém de uma relação, da comparação, da comunicação entre as consciências individuais. O que caracteriza o desenvolvimento da subjetividade é a organização de si mesmo, em constante relação dialética, com o ser social - aquele que tem a sua existência, enquanto sujeito, validada pelo olhar do outro, se definindo através do seu processo de diferenciação do outro; o ser se constitui e é constituído pelo social, concomitantemente único e social (FORMOSINHO, 2006).

A função da noção de subjetividade no campo da Saúde é compreendê-la como instância da vida essencial, vincula-se à qualidade de vida, segundo MINAYO, HARTZ e BUSS (2000), da seguinte forma “No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele (o tema qualidade de vida) se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante”. Desta forma, o conceito de qualidade de vida precisa superar seus atuais paradigmas,

flexibilizar o entendimento de saúde e embasar-se no objetivo da felicidade e do viver bem de cada indivíduo, usá-los como critérios válidos para embasar as práticas, o que evoca, portanto, a subjetividade individual como princípio para lidar com a vida (FLECK et al., 2008).

AYRES (2005) explora o cuidado de si como expressão de formas de vida, em que na perspectiva individual é definido como um movimento de construção, manutenção e transformação das identidades dos indivíduos, assumindo que a saúde e a doença configuram modos de ‘ser-no-mundo’, ou como FONTES (2008, p.201) coloca “construções sociais da realidade”. Admitir que “Nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades” (AYRES, 2005, p.102) carece o exercício de uma sabedoria prática, que se preocupe suficientemente com a natureza e mecanismos de construção dos consensos intersubjetivos que orientam e embasam os saberes e as práticas de vida dos sujeitos (FLECK et al., 2008). Desta forma, torna-se importante investigar o que é qualidade de vida na obesidade e, de que formas a qualidade de vida dos obesos pode ser promovida ou acentuada, sem que as ações voltadas para os obesos refutem a qualidade de vida em seu amplo sentido, como, por exemplo, ocasionando estigmatização do corpo e relações transtornadas com os papéis sociais, com o corpo e com a comida.

1.4 INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA DA QUALIDADE DE VIDA NA OBESIDADE

Na produção científica acerca da qualidade de vida a questão obesidade tem sido avaliada e descrita predominantemente nas pesquisas (majoritariamente quantitativas) como prejudicada, diminuída e ruim. A investigação qualitativa da qualidade de vida é escassa na literatura, sendo no contexto da obesidade ainda mais escassa. Há estudos que iniciaram um mapeamento das consequências do excesso de peso na qualidade de vida e, em maioria, as pesquisas observaram influência negativa da obesidade na qualidade de vida (MORRISON et al., 2015; JAGIELSKI et al., 2014; WU et al., 2014; WANAT et al., 2014; VASCONCELOS e COSTA NETO, 2008; LATNER et al., 2014; SANTOS et al., 2012; WEE et al., 2014; BAPTISTA, VARGAS e BAPTISTA, 2008; VASILJEVIC et al., 2008). Porém, vale questionar a efetividade da utilização de alguns espectros para essa avaliação.

FONTES (2008) reuniu impressões gerais provenientes de pessoas na condição obesidade, classificadas em grau III, e de observação participante, executados no ambulatório-escola da Universidade Federal da Bahia. A autora parte do pressuposto que um estudo sociológico sobre pessoas estigmatizadas interessa para entender que tipo de vida coletiva elas levam. Sob as referências de GOFFMAN (1988) sobre estigma, não aceitação social e

informação estética social passada aos demais - em que diz “onde ser gordo representa um desvio da normalidade” (p.195) -, sobre vitimização e aceitação, a autora observa relatos de mulheres obesas. A autora traz que a experiência da pessoa obesa (essa condição particular) pode fornecer um conjunto de pistas e sinalizações baseadas nos aspectos mais subjetivos desta experiência, tentando dar visibilidade à percepção desse problema como um fenômeno complexo e de ampla repercussão social. Afirma que é dada pouca atenção aos aspectos que se relacionam para a ocorrência da obesidade na sociedade (ex.: econômicos, sociais, políticos, culturais, psicológicos, etc.), dizendo que tais aspectos repercutem no cotidiano, na identidade e na noção de “pessoa” de cada indivíduo, nas histórias de vida, trajetórias pessoais, visões de mundo. Finaliza afirmando que a antropologia é uma perspectiva complementar enriquecedora para a saúde pública.

EDWARD et al. (2016) fizeram um estudo para explorar relatos de pacientes do sexo masculino. Utilizaram entrevistas semiestruturadas por telefone e a análise temática. Os participantes deste estudo descrevem uma série de impedimentos para o seu desempenho psicossocial adequado enquanto obesos, como má saúde física e imagem corporal. Os autores colocam que há conflito entre a descrição dos homens de seus corpos obesos e suas preocupações com a imagem corporal, disseram que alguns homens tentaram encobrir suas preocupações relacionadas à imagem corporal, o que foi relacionado com fatores de gênero. Por fim, os autores sugerem que os aspectos psicossociais requerem uma investigação mais aprofundada.

MOREIRA et al. (2013) realizaram um estudo misto, avaliaram a qualidade de vida de mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP), objetivando compreender o impacto dos sintomas da SOP nos aspectos psicossociais dessas mulheres, reconhecendo que a SOP interfere na condição física da mulher, nos aspectos psicológicos e sociais. Utilizaram entrevistas em profundidade e análise de conteúdo temática. As mulheres com SOP se sentiam estigmatizadas por não corresponderem às normas sociais do padrão de beleza física, comprometendo seu bem-estar e sua vida social. Muitas buscaram o isolamento social acreditando que as outras pessoas não têm interesse na sua amizade e na sua companhia, assim como estarem acima do peso interferiu diretamente na autoestima e nas relações afetivas. Observaram que o sintoma de obesidade esteve associado a sentimentos de tristeza e ansiedade, inclusive as mulheres tinham consciência da necessidade de mudar estilo de vida, mas atribuíam a resistência às mudanças ao sentimento de ansiedade. Muitas relataram que os médicos orientavam-na emagrecer, o que as deixava ainda mais ansiosas, pois, mesmo tendo

consciência que precisavam perder peso, não conseguiam parar de comer. Estudos analisando variáveis psicossociais das mulheres com SOP constataram que os sintomas de obesidade e hiperandrogenismo relacionavam-se à redução significativa da qualidade de vida e considerável presença de sintomas depressivos (NAHAS et al., 2003; MOREIRA et al., 2013).

MARIANO et al. (2014) desenvolveram um estudo que questionou a vivência da sexualidade pelo obeso. O estudo teve 30 pessoas com média de idade de 44 ± 12 anos, predominantemente do sexo feminino e casadas. Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual, submetidos à análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Os autores colocam que as alterações biológicas, fisiológicas e, principalmente, as físicas (sentirem-se fora do padrão de estética social) causaram nas mulheres obesas do estudo baixa autoestima e sentimentos de insegurança, vergonha, inferioridade e rejeição, percepção negativa da imagem corporal e desvalorização da sensualidade, preferido isolar-se. Os autores explicam que para as mulheres a sexualidade está intimamente ligada aos aspectos subjetivos e a autopercepção corporal. Dessa forma, a discriminação e o preconceito fazem com que a relação delas com seu próprio corpo seja desprazerosa e tornam-nas mais propensas ao sofrimento extremo, o que pode leva-las a sentimentos de autopunição, revolta, insatisfação com a vida e isolamento social, conseqüentemente, gerando alterações em diversas esferas do viver. Observaram que a obesidade grau III afetou a frequência ou a realização da prática sexual, assim como interferiram no relacionamento interpessoal e no convívio com outras pessoas, propiciando perspectiva de vida afetiva e sexual reduzida, causadas pelos fatores já citados. Comprovou-se, para os autores, que a insatisfação sexual feminina está ligada a fatores sociais e culturais e, principalmente, a percepção negativa de sua imagem corporal. Os autores pontuam que alguns pacientes obesos atrelam ao tratamento para redução de peso a resolução dos conflitos interpessoais, conjugais e mudanças nas características de suas personalidades, assim, dizem que a obesidade deve ser vista como uma situação complexa que envolve o estado físico e emocional e sua resolução deve considerar outras dimensões do viver, incluindo as dificuldades e as limitações psíquicas de cada paciente.

VAN GERMET et al. (1998) afirmam que em obesos grau III, a percepção da má qualidade de vida pode ser mais evidente, já que o isolamento social é mais significativo, provocado pela sensação de inadequação perante padrões sociais vigentes. ALEGRÍA e LARSEN (2015) constataram que mulheres obesas relatam redução da qualidade de vida e maior discriminação mais frequentemente do que os homens. Segundo as autoras, resultado

dos efeitos psicológicos deletérios decorrentes da internalização das normas sociais de magreza, que equiparam ‘o corpo atraente’ à magreza e à má imagem social associam-se a efeitos como depressão, diminuição da autoestima e autoconfiança e isolamento social.

Segundo STUNKARD e WADDEN (1992 *apud* VASCONCELOS E COSTA NETO, 2008), a piora do quadro clínico da pessoa obesa pode ser causada pelas limitações da mobilidade em decorrência das restrições físicas associadas ao peso excessivo, da deterioração psicológica e da depressão ou redução da autoestima em decorrência de preconceito social. BROW et al. (1997) colocam que o aumento do peso altera a imagem corporal, levando à diminuição da autoestima e desvalorização do seu autoconceito psicológico. Consequentemente, podem surgir sintomas depressivos e ansiosos, alteração de bem-estar e sensação de inadequação social (NAHAS, 2003; VAN GERMET et al., 1998).

LATNER et al. (2014) postularam que tanto a discriminação internalizada (oriunda de si próprio) quanto a externa (oriunda de outros) em relação ao peso influenciavam a associação entre IMC e qualidade de vida na amostra. Os resultados indicaram que os indivíduos com maiores IMC sofreram mais discriminação externa e associaram-se a pior qualidade de vida física. A qualidade de vida mental foi afetada pela discriminação internalizada. SANTOS et al. (2012) mostraram que a mudança corporal decorrente da obesidade, na maioria dos entrevistados, gerou sentimentos de tristeza, indiferença e depressão. O valor aumentado da relação cintura-quadril relacionou-se a problemas de humor, ansiedade e depressão, e, também, problemas psicossociais como mudança na imagem corporal e dificuldade para trabalhar e se divertir. Os autores concluíram que a obesidade acarretou danos psicossociais, o que resultou em diminuição da autoestima e surgimento de sintomas depressivos e de ansiedade, consequências negativas para a saúde física, que comprometem a qualidade de vida.

VASCONCELOS e COSTA NETO (2008) avaliaram pacientes que aguardavam a cirurgia bariátrica. Antes da cirurgia, os obesos apresentaram perda expressiva no grau de independência e no bem-estar físico. Os autores concluíram que o nível de independência afetou diretamente o desenvolvimento de todas as atividades com as quais os pacientes se envolveram, logo a condição de estar dependente funcionalmente era fator de grande diminuição da qualidade de vida. WEE et al. (2014) avaliaram pacientes com IMC igual ou maior de 35 kg/m². Estigma social e prejuízo na função sexual, relacionados à obesidade, foram os mais importantes determinantes de qualidade de vida para as mulheres. Segundo os autores, mulheres, pacientes caucasianos, e aqueles que procuram tratamentos de peso

tenderam a relatar escores de qualidade de vida mais baixos. Em estudo anterior (The standard of living in the United States, 1890 *apud* WEE et al., 2014), o grupo descobriu que o estigma social e prejuízo no trabalho ou função social foram os domínios mais importantes associados com a saúde. Ainda, os autores dizem que a pontuação geral de qualidade de vida pode ser enganosa, pois, pode ser menos importante do que as pontuações em domínios mais importantes para os pacientes. O grupo sugere que repensemos como qualidade de vida é avaliada e interpretada pelos pacientes em estudos de investigação.

WEE et al. (2014) chamam atenção para algo importante, embora os escores de qualidade de vida possam ser comparados entre as populações, a relevância dos domínios individuais não é, necessariamente, diretamente comparável entre si. A menor pontuação em um domínio não pressagia uma qualidade de vida pior para o indivíduo, do que uma pontuação mais elevada em outro domínio. Necessita-se entender quais domínios são mais significativos para os indivíduos, para além do escore geral de qualidade de vida.

A investigação deste estudo se dá por não ser completamente compreendidos: o impacto da condição obesidade nos aspectos psicossociais sob a perspectiva da pessoa na condição obesa; os possíveis efeitos sutis e o ponto de vista dos sujeitos obesos sobre o que é qualidade de vida; quais seus significados na condição obesidade; quais aspectos de qualidade de vida são afetados na obesidade e quais são mais importantes para os indivíduos - quais distanciam os sujeitos dos seus objetivos na própria vida e da felicidade; e ainda, como olhar para a condição obesidade de forma holística e aperfeiçoar ações ou criar estratégias para otimizar a qualidade de vida desses indivíduos (ANTONINI et al., 2014; ALEGRÍA e LARSEN, 2015; VASCONCELOS E COSTA NETO, 2008; VAN GERMET et al., 1998; SANTOS et al., 2012; WEE et al., 2014; TSIROS et al., 2009; SILVA et al., 2006).

1.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Brevemente, as considerações descritas por CZERESNIA (2003, p.2) sobre as limitações da promoção de saúde, questões que apesar de serem do tema geral de saúde, ressoam fortemente no tema da condição obesidade. A saúde pública tem práticas circunscritas nos conceitos de doença, tal conceito de doença apropria-se do adoecer e o reduz, argumenta a autora:

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente” daí nasce a tensão existente entre “a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido (...). O discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do

adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer.

CZERESNIA (2003, p.5-6) aponta para a deficiência da verdade científica sobre as doenças e as representações acerca da realidade, pois não captam “a vivência singular da saúde e da doença”. A autora prevê que é necessário um enorme processo, mais radical do que mudanças no interior da ciência, “à construção de uma concepção de mundo capaz de interferir no enorme poder da racionalidade científica em construir representações acerca da realidade”. A prevenção fica muito limitada quando se orienta pelos paradigmas biomédicos, é necessário almejar estratégias que germinem transformações das condições de vida e de trabalho, que confrontem a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial, já muito bem relatada, dos determinantes de saúde que estão para além do sistema de saúde. CZERESNIA (2003) constata que é a partir da Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (1986), que se inicia um “discurso sanitário que afirme a saúde em sua positividade”, saúde passa a ser considerada como qualidade de vida resultante do complexo processo condicionado por diversos fatores (ex.: alimentação, justiça social, ecossistema, renda, educação). Passa-se a falar então de qualificação da existência, remetendo-se às dimensões social, existencial e ética. Pensar em promoção da saúde é saber que as transformações de comportamento são orientadas simultaneamente por aquilo que se conhece acerca dos determinantes e pela clareza do que não se conhece, nem se chegará a conhecer todos eles. Compreender os valores orientadores dos diferentes projetos em promoção de saúde é um dos principais pontos problemáticos da proposta, contemplando amplo espectro de estratégias e técnicas, todas as propostas apresentam conceitos acerca do que é “boa saúde”. Assim a autora afirma “A ideia genérica de promover saúde esconde profundas tensões teóricas e filosóficas”. Não há como debruçar-se nesse “trabalho de modo prático sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde”.

Esse estudo se dá enquanto pesquisa qualitativa, um método compreendido como exercício reflexivo, voltado à apreensão da realidade humana vivida em sociedade (MINAYO, 2010). Almeja-se a compreensão em seu âmbito subjetivo, explicitado por MINAYO (1994, p.21) “a pesquisa qualitativa se preocupa a responder questões que não podem ser quantificadas ou reduzidas à matemática. A pesquisa qualitativa se desenvolve no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. É a metodologia capaz “de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos,

às relações, e às estruturas sociais, (...) como construções humanas significativas” segundo MINAYO (2010, p. 22,23; BOSI, 2012; FERREIRA e MAGALHÃES, 2005; ADOMO e CASTRO, 1994). Na investigação de processos humanos, o material construído toma a “linguagem em suas várias formas de expressão” e as falas vinculam-se aos “problemas da existência humana” (MINAYO, 2010; BOSI, 2012).

DIEZ-GARCIA (1997) explica que os elementos da realidade (conceitos, teorias e práticas) são reconstituídos a partir das informações colhidas e da bagagem histórica do sujeito (social e pessoal), tornando-as compreensíveis e úteis, um objeto significativo, incorporando-o como recurso peculiar ao sujeito (MINAYO, 2010). A fala é a forma de comunicação mais privilegiada para a sociedade humana por conter a experiência, permitir o entendimento intersubjetivo e social (MINAYO, 2010). Pela comunicação verbal – inseparável de outras formas de comunicação – as pessoas “refletem e refratam” conflitos e contradições na e da vida cotidiana (MINAYO, 2010, p. 205). A autora ilustra o processo:

O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida. Por ser constitutiva da existência humana, a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. Mas, a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação num movimento em que o narrado e o vivido por si estão estranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. Já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos (...) a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história. (...) Para compreender, (...) é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. (p.622 e 623).

Avaliar, no sentido geral, expressa atribuir valor a algo (UCHIMURA e BOSI, 2002) não há como mudar paradigmas repetindo a perspectiva do olhar. Posto isso, são as ciências sociais que fornecem as "respostas metodológicas" e "instrumentais" para como "abordar e pesquisar pessoas" (ADOMO e CASTRO, 1994, p.173).

Com isso, pesquisas de métodos qualitativos podem investigar como a qualidade de vida é avaliada, interpretada e significada por indivíduos na condição obesos, bem como, quais os fatores da qualidade de vida têm mais importância para os indivíduos na condição obesos. PATRICK (2008, p.30) aponta ser fundamental que os pesquisadores trabalhem com o ponto de vista do indivíduo e seu comportamento, empregando “avaliações que representem as vozes e preocupações das pessoas”, valorizando a subjetividade do conceito qualidade de vida, BOSI (2012, p.577) soma quando diz que o estudo de processos humanos é a investigação dos problemas da existência humana. Conjuntamente à escolha da pesquisa qualitativa, valorizaremos o que as mulheres trazem, suas percepções e conceitos a respeito de

qualidade de vida, investigar, e não só avaliar, a qualidade de vida extrapolando seu “campo semântico polissêmico” (MINAYO, 2000, p.10).

Ao discutirmos e avaliarmos qualidade de vida não se pode ignorar seu caráter amplo e multifacetado, reduzi-la em termos de saúde física ou mobilidade, por exemplo, nos traz dados parciais, que não podem ser tratados como um todo. Também podemos considerar como os aspectos de qualidade de vida interagem entre si, o que se relaciona com o caráter dinâmico da vida. Daqui temos duas considerações: (1) sendo pessoas diferentes, se têm expectativas diferentes, isso diz sobre como a avaliação de qualidade de vida fica inconstante entre as pessoas; (2) o meio afeta a vivência, a análise (de qualidade de vida) precisa considerar o que se sente dessa interação, não somente descrever os resultados da interação pessoa - meio. Assim, consideramos que, muitas vezes, o que altera a avaliação de qualidade de vida de forma negativa não é o corpo obeso, é o espectro utilizado. A leitura negativa da qualidade de vida na obesidade quando vinda do olhar do outro pode: (1) gerar o estigma da obesidade, e/ou (2) gerar uma leitura sem a vivência subjetiva da condição obesa.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as percepções e os significados atribuídos à qualidade de vida por mulheres na condição obesidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender quais aspectos da qualidade de vida são considerados importantes para as pessoas que vivem na condição obesidade.

Compreender quais percepções e significados são atribuídos a esses aspectos de qualidade de vida para as pessoas que vivem na condição obesidade.

Compreender de que formas a qualidade de vida na obesidade pode ser promovida considerando os aspectos, percepções e significados apresentados e a subjetividade implicada na construção da condição obesidade.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA

Este estudo é derivado do projeto guarda-chuva denominado “Saúde e Bem-estar na Obesidade” é um ensaio clínico, prospectivo, randomizado, controlado, de métodos mistos, realizado com mulheres obesas que foram divididas em dois grupos e participavam de intervenções sob diferentes metodologias, porém com os mesmos temas de atividades. Esse estudo foi baseado na abordagem *Health at Every Size*® (HAES) e teve como objetivo observar os múltiplos efeitos fisiológicos, comportamentais e atitudinais dessa nova intervenção interdisciplinar, a abordagem HAES.

O grupo controle assistia palestras bimestrais com os temas: educação física, nutrição e filosofia; enquanto o grupo intervenção realizava atividade física três vezes na semana, atendimento nutricional individual quinzenalmente e palestra filosófica mensal. O projeto guarda-chuva é composto por alguns subprojetos de pesquisa, dentre os quais este estudo sobre qualidade de vida na obesidade que teve delineamento qualitativo.

Pesquisar qualidade de vida com métodos qualitativos permite descrever, contextualizar e compreender em maior profundidade a perspectiva subjetiva individual e coletiva sobre o conceito de qualidade de vida. A pesquisa qualitativa permite expor a realidade humana subjetiva num exercício reflexivo, de modo que os relatos das mulheres permitiram pensar sobre como os fatores se combinam, se conectam e se articulam para classificar qualidade de vida, como ela é delineada a partir de fatores pessoais de cada mulher.

Para o recrutamento das mulheres, a pesquisa foi divulgada por diferentes meios de comunicação (cartazes, jornais, redes sociais e rádio). As interessadas entraram em contato pelo e-mail do projeto (saudeebemestarnaobesidade@gmail.com) e aquelas que tinham o perfil proposto foram convidadas para uma palestra de apresentação, triagem, inscrição e randomização.

A amostra foi composta, segundo critérios de inclusão, por mulheres entre 25 a 50 anos, com IMC entre 30 e 39,9 kg/m². Delimitou-se para o estudo guarda-chuva uma faixa de idade com menos heterogeneidade metabólica. As participantes eram alfabetizadas e não apresentavam: a) diagnóstico de diabetes *mellitus*, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crônica ou esteatose hepática; b) uso de medicamentos como supressores de apetite, hormônios tireoidianos e diuréticos; c) acompanhamento nutricional; d) engajamento em programas regulares supervisionados de atividade física em outro local; e) gravidez ou nutriz.

Tais critérios visavam tornar a amostra mais homogênea e evitar a presença de fatores de confusão.

As palestras de apresentação, triagem, inscrição e randomização aconteciam em algumas datas pré-definidas divulgadas nas respostas aos e-mails de interesse no projeto e nos meios de comunicação. Iniciaram em dezembro de 2014 e 2015 e finalizaram em março de 2015 e fevereiro de 2016. Após a apresentação eram convidadas a realizarem a triagem – anamnese inicial, um meio de confirmação dos requisitos necessários –, se concordantes e comprometidas com as atividades propostas preenchiam a inscrição, composta pelos dados pessoais e contatos das mulheres, e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Realizamos dois anos de estudo ao todo, conduzido em 2015 (Maio a Dezembro) e 2016 (de Março a Outubro), com um total de $\sum^4 n = 81$. Todas as participantes realizaram no tempo zero⁵ (início do projeto guarda-chuva) exames de sangue; avaliações: antropométrica, de composição corporal e de capacidade física; e o preenchimento de escalas e questionários. Os dados utilizados nesse estudo (idade, escolaridade, renda e estado civil) foram obtidos na inscrição e em questionários preenchidas pelas mulheres (Anexo 1 e 2). Os dados não respondidos foram refeitos às participantes, porém as que não se sentiram confortáveis em responder foram respeitadas pela equipe de pesquisadores. E a avaliação antropométrica, que inclui o IMC, foi executada pelas nutricionistas da equipe de pesquisa no momento do exame de capacidade física que ocorreu no Laboratório de Avaliação e Condicionamento da Reumatologia (LACRE), Hospital das Clínicas. Os grupos focais ocorreram um mês após o início das atividades de intervenção em ambos os anos, Junho de 2015 e Abril de 2016.

3.2 MÉTODOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

3.2.1 Grupo Focal

A estruturação dos grupos focais, dos quais foram extraídos os relatos acerca da qualidade de vida utilizados neste trabalho, foi norteadada por paradigmas pertencentes ao campo da pesquisa qualitativa. Utiliza-se do arcabouço teórico e metodológico de inspiração construtivista, que considera a produção de dados como processo interativo e social de caráter ativo, em que é necessário apreender a complexidade do objeto em seu caráter dinâmico (CRUZ NETO, MOREIRA e SUCENA, 2002; TRAD, 2002).

⁴ Soma das participantes dos anos de 2015 e 2016.

⁵ Tempo zero foi considerado o momento precedente às intervenções.

O grupo focal é uma estratégia metodológica de pesquisa para a produção de informações através do debate em grupo, um processo dinâmico. Essa metodologia trabalha a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, em que há a tendência de formar opiniões a partir da interação discursiva, permitindo que eles apresentem informações que propiciem a compreensão das percepções, crenças, atitudes, sentidos e significados que o sujeito imputa à determinado tema, desta forma, captando impressões e valorizando dimensões subjetivas dos participantes (IERVOLINO e PELICIONI, 2001; KRUEGER e CASEY, 2009; KANTORSKI et al., 2009; KRUEGER, 1988; CARLINI-COTRIM, 1996). O trabalho interacional funda-se no poder da fala em ser reveladora de condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos (sendo também um deles) e conjuntamente, transmitir por um porta-voz as representações grupais em dadas condições históricas, socioeconômicas e culturais, tornando-se instrumento privilegiado de coleta de informações (MINAYO, 2010).

É uma técnica de baixo custo, feita em uma sala com baixos ruídos, cadeiras, um gravador, um moderador (que nesse estudo foi um antropólogo e uma docente doutora, não membros da equipe de intervenção do projeto) e de um observador (que nesse estudo foram estudantes de graduação e pós-graduação integrantes do Grupo de Pesquisa de Alimentação e Cultura (FSP-USP), não membros da equipe de intervenção). O moderador guiou a conversa cuidando em: ser impessoal, permitir que todos se pronunciem, permitir adequada discussão de todos os tópicos e seguindo um roteiro pré-estabelecido. Enquanto o observador, que não se pronunciou em momento algum, anotou expressões corporais dos integrantes ao longo da discussão (IERVOLINO e PELICIONI, 2001; KRUEGER e CASEY, 2009; KANTORSKI et al., 2009; KRUEGER, 1988; CARLINI-COTRIM, 1996).

Os grupos focais aconteceram no período noturno, nos horários das atividades de intervenção do projeto guarda-chuva. Em sala de aula, organizada pelas pesquisadoras responsáveis ⁶, com cadeiras disposta conformando um círculo, as mulheres eram recepcionadas pelas pesquisadoras responsáveis, esclarecidas sobre o processo do grupo focal, identificadas com etiquetas que continham seus nomes para que todos conseguissem mencionar umas às outras e o moderador, também identificado por etiqueta, bem como o observador, para que pudesse identificá-las com facilidade e ao centro do círculo havia um gravador. Após apresentação às mulheres dos moderador e observador, a equipe de pesquisa se retirava da sala. Ao final da conversa a equipe retornou à sala para oferecer-lhes um lanche.

⁶ Das quais a pesquisadora dessa dissertação era responsável.

Agrupou-se inicialmente mulheres com idades próximas e separou-se as mulheres com algum grau de parentesco, propiciando um ambiente convidativo para discussão, sem constrangimentos ou inibições no momento de interagir (KRUEGER, 1988). A constituição dos grupos focais foi pensada para conterem em média sete mulheres por grupo, aconteceram grupos com número de três a dez mulheres. Para cada grupo focal, foram convidadas entre três a quatro participantes a mais do esperado, levando em consideração possíveis ausências.

Nos casos das participantes que faltaram no grupo a que foram direcionadas, estas foram remanejadas conforme a disponibilidade de horário, compondo, ao fim, grupos focais em dias e horários alternativos com as mulheres faltantes nos grupos anteriores. Encerramos a programação de novos grupos conforme as mulheres não tiveram mais disponibilidade para participação. Realizamos o número de grupos focais necessários para ouvir todas as voluntárias dispostas a participar. Todas participaram uma única vez, resultando em nove grupos focais para esse estudo, com duração de 70 a 100 minutos. A frequência de participação nos grupos focais foi de 67,7% referente ao número total de mulheres inscritas e triadas, houve 20 faltas nos grupos.

3.2.2 Roteiro

Visando compreender as experiências vivenciadas pelas participantes no curso da obesidade e como a condição interfere em suas dimensões de vida, buscou-se levantar discussões que permitiram compreender seus sentimentos, expectativas e opiniões, de forma que o estudo reveste-se de caráter descritivo inferencial indutivo, sendo que a discussão do grupo focal construiu-se por um roteiro pré-definido (CRESWELL, 2010; BERNARD e RYAN, 2010a). O roteiro que guiou a discussão objetivou instigar as participantes a relatar suas ambições na vida, desejos, objetivos, como entendem e buscam qualidade de vida, viver bem e felicidade, após esses relatos e debates o roteiro conduziu a discussão de maneira a contrapor tais ambições com suas vidas cotidianas, na vivência da obesidade. O roteiro teve questões amplas inicialmente, importantes para estimulá-las a refletirem sobre os tópicos, seguidas por questões mais focadas, que suscitou percepções e sensações (KRUEGER e CASEY, 2009).

Inicialmente questionou-se a definição de qualidade de vida e felicidade para cada uma. Nesse ponto esperou-se que expressassem quais aspectos da vida lhes são importantes, lhes fazem bem, evocando significados e opiniões sobre qualidade de vida. Como apontado, os construtos subjetivos de qualidade de vida são multidimensionais temporais e culturais

(FLECK, 2000; FLECK et al., 2008), bem como é um conceito que aglomera construtos de desenvolvimentos independentes (FLECK et al., 2008), o que o deixa amplo e passível que qualquer interpretação.

Seguidamente questionou-se se havia qualidade de vida em suas vidas, intentou-se emergia sentimentos e comportamentos dessas mulheres, buscando expressões acerca da experiência subjetiva da satisfação pessoal com suas condições de vida e nos vários domínios da vida, se elas estão utilizando suas potencialidades pois, o bem-estar é indicado pela capacidade da pessoa de realizar melhor suas potencialidades, e se conseguem ajustar-se e adaptar-se às várias situações (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; CAVALCANTI et al., 2011).

Após, pediu-se que contassem seus objetivos de vida e como se encontravam quanto a eles: se tinham alcançado, se estavam em vias de alcançá-los e o que estavam fazendo para alcançá-los. Aqui poderiam trazer o que as fariam felizes, como viveriam bem, significados e opiniões, percepções sobre aquilo que gostam e/ou gostariam de ter em suas vidas. Intentou-se apreender quais os parâmetros dessas mulheres para o julgamento de qualidade de vida, como dito no conceito aqui utilizado *‘a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações’* (THE WHOQOL GROUP, 1995), buscou-se então quais eram as potencias dessas mulheres, viver, fazer, sentir, produzir, a discrepância entre aspirações e conquistas (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Assim, até esse ponto do roteiro, cada mulher teve a oportunidade de expressar livremente o que lhe fazia sentido – o conjunto de determinantes delas. Para julgar presença ou ausência de qualidade de vida careceu-se de parâmetros estabelecidos pelas mulheres, “enfocá-lo dentro do seu próprio quadro de referência” como coloca FORMOSINHO (2006, p.4).

Em continuação perguntou-se ‘o que era bom, satisfatório, alegre no dia a dia’ delas, seguido da pergunta ‘o que era ruim, triste, angustiante no dia a dia’ delas. Nesse ponto, inicialmente, buscou-se as percepções e julgamentos acerca da vida que vivem, *‘saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e sua relação com características marcantes de seu ambiente’* (THE WHOQOL GROUP, 1995). Nesse questionamento buscou-se relatos que demonstrassem percepções relacionadas ao corpo e a si, como se sentem realizando tarefas, qual seu julgamento de si mesma, quais sensações são acessadas no viver e como se dão seus comportamentos, como se sentem e avaliam suas

vidas, à medida que mundo à sua volta se transforma, na intersecção entre pessoa e ambiente (GIANNETTI, 2002). A contra pergunta intenta aflorar as percepções negativas, os incômodos experienciados no cotidiano, o que envolveu, se haviam, questões relacionada à obesidade.

Por fim questiona-se como os trabalhadores da saúde podem compor junto as pessoas que vivem em obesidade uma qualidade de vida, uma vida satisfatória, pergunta fundamentada na humanização das intervenções em saúde, que buscou respeitar e enfatizar a subjetividade dessas mulheres, dar lugar as suas opiniões para iniciar um caminho de melhoria das condições de vida (ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES, 2012; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000; FLECK et al., 2008; GORDIA et al.; 2011).

3.2.3 Transcrições

Os grupos foram gravados e transcritos na íntegra, optou-se por transcrição literal das falas, o que resulta em reprodução de alguns vícios e equívocos de linguagem em relação à norma culta da língua portuguesa. Além do levantamento de dados para este estudo, os grupos focais objetivaram, também, a discussão de outras questões, componentes de outros subprojetos do projeto “Saúde e Bem-estar na Obesidade”, que não serão divulgadas ou analisadas nesse estudo.

As transcrições foram realizadas por duas pesquisadoras do projeto guarda chuva⁷. Após cada transcrição, a outra pesquisadora realizava conferência. Havia reconhecimento do tom de voz das participantes nos áudios pois, a etapa inicial do grupo focal se deu numa apresentação – como não se conheciam previamente, o moderador se apresentava primeiro, dizendo seu nome e profissão (pesquisador), cada mulher se apresentou com nome, idade e profissão ao início da conversa –, sendo que os tons de voz do moderador era bem reconhecido, poucos trechos de falas registradas eram ininteligíveis, limitando-se a alguns momentos onde haviam várias pessoas falando juntas, então não se reconhecia o tom de voz, nem a mensagem dita, de forma que estes trechos não puderam ser trabalhados.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo está registrado no Clinicaltrials.gov com a identificação NCT02102061. E foi aprovado pelo Comitê de Ética pela Plataforma Brasil, sob registro 738.855. Todos os sujeitos assinaram o TCLE no primeiro contato com a equipe do estudo, no momento da

⁷ Das quais a pesquisadora dessa dissertação era responsável.

inscrição (Anexo 2). Os nomes citados nos trechos parafraseados foram trocados para preservação do direito de anonimato e garantia de segurança às participantes.

3.4 ANÁLISES DOS DADOS

As transcrições dos grupos focais foram analisadas pelo método da Análise de Conteúdo Temática exploratória, segundo BARDIN (2009) e BERNARD e RYAN (2010b). Trata-se de um conjunto de técnicas que se aplicam aos discursos para descrição do conteúdo das mensagens, intentando compreender de forma crítica o tema. Identificando o que está sendo dito revelam-se percepções, significações e mecanismos de compreensão não conhecidos a priori sobre determinado tema de interesse. Segundo FRANCO (2008) “Os resultados da análise de conteúdo devem refletir os objetivos da pesquisa e ter como apoio indícios manifestos e capturáveis no âmbito das comunicações emitidas”.

O processo inicia-se pela pré-análise, um conjunto de etapas que tem por objetivo identificar e construir temas e finalizou-se com a confecção de hipóteses. A construção dos temas e elaboração de hipóteses ocorreram neste trabalho a posteriori, de forma indutivas (êmicos). O processo de análise inicia com a construção do *codebook* e acaba quando todas as unidades de análise estão codificadas e pareadas entre dois avaliadores. As unidades de análise são trechos das falas com sentido semântico, cujos conteúdos das mensagens exponham temas passíveis de interpretação e inferências, pertinentes às questões do estudo e conexos com os referenciais teóricos (BARDIN, 2009).

A pré-análise é composta pelas etapas: (1) escolha dos documentos; (2) exploração do material para reconhecimento dos dados; (3) destaque de unidades de análise e anotações; (4) organização dos dados; (5) elaboração de indicadores; (6) extração dos temas; (7) formulação de hipóteses.

Os documentos analisados nesse estudo foram todas as transcrições dos grupos focais iniciais, de ambos os grupos (intervenção e controle) e anos do estudo (2015 e 2016) guarda-chuva. O processo de exploração do material se deu em repetidas leituras com a técnica “*cutting and sorting*”, que segundo BERNARD e RYAN (2010a) é o processo de identificar falas ou expressões que se destacam, realizando realce dos trechos com cores diferentes para cada mensagem/tema encontrado. Juntamente há anotações das ideias que surgiram. Ao final foram aglomerados os trechos e anotações que possuíam características semelhantes, com posterior organização de núcleos temáticos, que revelaram indicadores que operacionalizaram e sistematizaram os dados. Realizam-se novas leituras das unidades de análise, com núcleos temáticos e indicadores estabelecidos, subsequentemente identifica-se temas, que construídos

criam um sistema de categorização e um modelo de eixos temático e temas, por fim formulou-se hipóteses (BARDIN, 2009; SILVA e ASSIS 2010; BERNARD e RYAN 2010b; XAVIER e DORNELAS, 2006).

O estabelecimento de indicadores das unidades de análise se deu de diversas formas:

- (1) Em função da repetição de mensagens nas falas, a reincidência das informações é indicativo de importância segundo BARDIN (2009).
- (2) Segundo os indicadores: menções diretas e respostas às questões específicas sobre qualidade de vida, conceito de felicidade, viver bem, objetivos de vida; relatos de objetos de estima (relações ou circunstâncias) causadores de alegria, bem-estar, satisfação e felicidade; bem como o contraponto, relatos de objetos de estima causadores de dor, sofrimento e angustia; descrições de sensações perante situações, circunstâncias e pessoas; descrição de autoconceito e da relação com seu próprio corpo físico; relatos de conceitos e modos de lidar com questões da vida, considerando conceitos físicos (ex.: pessoas, casa, roupa, etc.) e conceitos subjetivos (ex.: situações como a morte, dificuldade financeira, etc.).
- (3) Opiniões sobre o que acreditavam ser importante para o tratamento recebido pelo indivíduo em obesidade na área da saúde.
- (4) Há, também, para escolha das unidades de análise a identificação prévia de unidades de registro, palavras-chave que definem trechos a serem categorizados, uma vez que apresentavam informações potencialmente importantes (SILVA e ASSIS 2010; BERNARD e RYAN 2010b). Não houve seleção rígida de unidades de registro pois o conceito de qualidade de vida é amplo, bem como as expressões consideradas relevantes para análise foram construções próprias das mulheres, de forma que optar apenas por algumas expressões reduziria o material a ser analisado e não permitiria construções subjetivas. As unidades de registro previstas, mas não as únicas, são as citadas nas perguntas: qualidade de vida; viver bem; felicidade – feliz; alegria; satisfação; bom; bem; ruim; sofrimento; angustia; infelicidade; objetivo; sonho; almejar.

Sucessivamente, a análise compusera-se pelas tarefas: (1) construiu-se o *codebook* (guia de codificação) com função de apresentar os temas e subtemas, o que significaram e como deveriam ser aplicados (BARDIN, 2009; MCQUEEN et al., 2010; BERNARD e RYAN, 2010^b); (2) aplicou-se os temas - anexou-os às unidades de análise selecionadas, etapa efetuada com o auxílio do software *MAXQDA versão 12.2.1, ano 2016*; (3) um segundo pesquisador avaliador fez a categorização em todos os documentos completos, aplicou o *codebook*, com a liberdade de criar novos temas; (4) análise de concordância entre

avaliadores: ambas as categorizações foram comparadas e houveram discussões entre as pesquisadoras para se chegar a consensos sobre as ideias e discordâncias; (5) calculou-se o *kappa de Cohen*, um coeficiente quantitativo que mede concordância inter-avaliadores superior à chance (FONSECA, SILVA e SILVA, 2007; BARDIN, 2009; SILVA e ASSIS 2010; BERNARD e RYAN, 2010^a).

O cálculo do *kappa de Cohen* observa o grau de concordância entre os avaliadores. Há dois pontos a se concordar, (1) categorizar as mesmas unidades de análise e (2) aplicar os mesmos códigos às unidades de análise. O cálculo foi feito para cada tema e foi formulado em tabelas de contingência 2x2 utilizando-se: (1) do número de unidades de análise categorizados de forma igual, (2) do número de unidades de análise categorizados somente pelo avaliador 1, (3) do número de unidades de análise categorizados somente pelo avaliador 2, (4) do número de trechos não categorizados. Tais números aparecem após as discussões de consensos entre avaliadores, sendo que as unidades de análise não categorizadas são as unidades de análise acordadas entre as pesquisadoras, posteriormente, como não categorizáveis à segunda vista (LANDIS e KOCH, 1977; FONSECA, SILVA e SILVA, 2007). Tais números são inseridos no *Graph Pad Quick-Calcs online*⁸ que calcula o valor do *Kappa*, posteriormente classificou-os a partir de LANDIS e KOCH (1977).

As unidades de análise excluídas foram acordados entre as pesquisadoras codificadoras que se tratavam de: trechos vagos para entendimento da mensagem; trechos que continham as unidades de registro esperadas nas mensagem mas com contexto desconexo para os temas; trechos sobre a vida de parentes ou amigos das participantes, não sobre elas mesmas; trechos dúbios, em que não se era possível ter certeza do posicionamento das participantes a respeito do tema que explanavam; ou quando a participante não deixa claro, em palavras, sobre a que se referia. A segunda pesquisadora deste estudo se tratou de uma mestrande do mesmo grupo de pesquisa da autora, que trabalha com o mesmo método em sua pesquisa.

3.4.1 Codebook

Criados os temas e devidamente alocados em eixos temáticos, após discussões de alinhamento e aprimoramento de ideias entre as pesquisadoras codificadores, elaborou-se o *codebook* que foi aplicado nas unidades de análise. O *codebook* era a ferramenta para as pesquisadoras executarem a análise, que dá corpo ao material analisado e organiza o processo

⁸ Cálculos realizados utilizando a ferramenta do site <http://www.graphpad.com/quickcalcs/kappa1/>.

de análise dos discursos, reunindo os temas estabelecidos no processo analítico, seus significados e como deviam ser usados. Com o *codebook* ambas as pesquisadoras refizeram a categorização para, então, o cálculo do coeficiente *kappa*.

Para cada tema, no *codebook*, conteve: abreviatura; descrição curta e detalhada com elementos que caracterizam essencialmente o tema e amplitude de elementos consideráveis; critérios de inclusão e exclusão (características exigidas ou proibidas para receber o tema); exemplares típicos (um exemplar com o que tinha de mais comum e típico) e atípicos (exemplar que não era típico mas ainda contava); e o *close but no*, um exemplar que parecesse conter o tema mas sua mensagem central não tem a essência do tema (MCQUEEN et al., 2010; BERNARD e RYAN, 2010b).

3.4.2 Análise de Direção

Como segunda forma de expressão dos dados realizou-se uma análise de direção em (somente) um subeixo ‘Qualidade de Vida na Condição Obesidade’, a análise linguística dos discursos aponta a frequência de falas favoráveis, neutros e desfavoráveis à qualidade de vida considerando a condição obesidade (BARDIN, 2009). Aqui a argumentação e o relato de percepção sobre boa ou má qualidade de vida (em qualquer âmbito: físico, psicológico, social) se dá em função da condição obesidade, elucidando o impacto da condição obesidade na qualidade de vida dessas mulheres de forma mais concreta.

Para essa análise linguística dos discursos houveram os seguintes critérios:

(1) Não usou-se o tema ‘Mudanças corporais’ pois o tema retrata exclusivamente desejos de mudanças das mulheres, de forma que não há como classificá-los. Tais julgamentos são de ordem pessoal, entende-se que em geral desejos buscam trazer algum ganho ao sujeito, subentendendo que todo desejo é bom, no entanto, a análise dos efeitos desses desejos na vida cotidiana dessas mulheres não foi alvo desse estudo, centrando na análise das falas concretamente relacionadas a vivência atual da obesidade e não numa visão hipotética.

(2) No tema ‘Fazer o que gosto’ considerou-se positivo todos os relatos sobre atividades citadas em resposta ao questionamento ‘O que te faz feliz, dá prazer, dá satisfação?’, todos os relatos que eram ditos como ações/atividades fontes de prazer, alegria, felicidade, que se gostava/adorava/amava. Foram considerados relatos neutros os que continham ações/atividades geradores de sentimentos dúbios, concomitantemente alegria, prazer, felicidade e angustia, sofrimento, tristeza; e os relatos sobre algo gerador de felicidade porém constatado como um plano futuro, não sendo algo presente na vida daquela mulher. E

considerou-se negativo o relato sobre o que a faria feliz constatado como algo não presente em sua vida.

(3) No tema ‘Cuidar de si’ considerou-se positiva a enumeração de atividades de autocuidado citadas em resposta ao questionamento ‘O que te faz feliz, dá prazer, dá satisfação?’ e afirmações sobre ter como objetivo o autocuidado. Não houveram elementos neutros. Considerou-se negativas as falas que tinham a explicação do autocuidado em função de doenças diagnosticadas e as declarações de não ter autocuidado como desejado.

(4) No tema ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo’ considerou-se positivas as alegações de autoaceitação, de bom relacionamento com seu corpo e relatos sobre o corpo não ser impeditivo para realizar o que deseja/executar sua vida diária. Considerou-se neutro quando a fala tem posicionamentos ambíguos, ou opiniões sobre como é ou deveria ser sentir-se bem com seu corpo, sem acusar se há ou não em sua vida. Considerou-se negativo relatos sobre o corpo causar sensações negativas e impedi-las de executar sua vida diária.

(5) No tema ‘Sentir-se disposta’ considerou-se positivas as alegações sobre se sentir disposta fisicamente. Relatos neutros foram as explicações sobre o que seria ter disposição física. Considerou-se negativo alegações de indisposição em função do corpo obeso.

(6) No tema ‘Sintomas físicos’ não houveram elementos positivos. Considerou-se neutras as alegações de dor que não tinham relação com a obesidade e julgamentos sobre não sentir dor ser um qualificador da vida. Considerou-se negativos os relatos de dores em consequência da obesidade.

(7) No tema ‘Aspectos psicológicos na obesidade’ considerou-se positivos relatos de reflexões/pensamentos que as fazem ter posicionamentos positivos (comportamentos e sensações) perante a vida, demonstrando lidar bem com a obesidade. As citações neutras são sobre sensações e sentimentos de qualquer pessoa obesa, não de si, e posicionamentos negativos relacionados ao corpo, ao comer ou a vida social, mas sem intenção de mudá-lo. Relatos considerados negativos expunham abalos psicológicos (angustia, tristeza, baixa autoestima, etc.) e comportamentos prejudiciais ao funcionamento diário (vergonha de mostrar seu corpo, isolamento social, etc.) em função da obesidade.

(8) O tema ‘Preconceito’ só possui unidades de análise negativas, pois os relatos são todos sobre preconceito de outras pessoas com elas por serem obesas, sobre autopreconceito, ou preconceito delas com outras pessoas em condição de sobrepeso; há, também, relatos de consequências psicológicas e comportamentais em função do preconceito e narrativas sobre as formas de preconceito contra alguém obeso.

Ao longo do trabalho, quando aparecem trechos de diálogos ‘M’ significa falas do moderador do grupo focal, os números (1,2,3,4) indicam as falas das mulheres, números diferentes significam mulheres diferentes.

4. RESULTADOS e DISCUSSÃO

A caracterização das participantes é exposta na Tabela 1. A média de idade foi de 35,4 anos, sendo que a maior parte das mulheres se encontrava na faixa etária entre 25 e 34 anos. Quanto à escolaridade, pouco mais da metade possuía ensino superior completo, duas não responderam. Um terço das mulheres apresentou renda de até cinco salários mínimos, 53,1% tinham renda entre cinco e 15 salários mínimos, seis participantes não responderam. No tocante ao estado civil, quase metade das mulheres se declararam casadas ou em união estável, 51,8% se declararam solteiras (a maioria) ou divorciadas, uma não respondeu. Segundo IMC, as participantes distribuem-se nas classificações da condição obesidade grau I ou grau II de forma homogênea.

Tabela 1. Caracterização da amostra, idade, escolaridade, renda (em quantidade de salários mínimos), estado civil e IMC, São Paulo, 2015-2016.

Idade (anos)	N		Escolaridade	N		Renda Familiar em n° de salários mínimos ⁹	N		Estado civil	N		IMC (kg ² /m)	N	
		%			%			%			%			%
25 – 29	19	23,5	Médio incompleto	2	2,5	<5	27	33,3	Solteira	33	40,7	30-34,9	41	50,6
30 – 34	25	30,9	Médio completo	12	14,8	>5 <10	35	43,2	Casada	35	43,2	35-39,9	40	49,4
35 – 39	12	14,8	Superior incompleto	6	7,4	>10 <15	8	9,9	União estável	3	3,7			
40 – 44	14	17,3	Superior completo	52	64,2	>15	5	6,2	Divorciada	9	11,1			
45 – 50	11	13,6	Pós-graduação incompleta	1	1,2	Não responderam	6	7,4	Não responderam	1	1,2			
			Pós-graduação completa	6	7,4									
			Não responderam	2	2,5									
Total	81	100		81	100		81	100		81	100		81	100

Nesse trabalho encontramos relatos sobre as vivências das mulheres, enquanto vivências em corpos obesos, com um olhar direcionado às questões sobre qualidade de vida baseadas no conceito amplo aqui admitido. Os relatos mostram entendimentos subjetivos e singulares sobre a definição de qualidade de vida para este grupo de mulheres, e como este entendimento atua na leitura do que é a obesidade para elas.

A análise de conteúdo dos discursos revelou dois eixos temáticos, que somam 14 temas e oito subtemas. O primeiro eixo temático ‘Significações, percepções e influenciadores da qualidade de vida’, há dois direcionamentos nas falas e expressões dessas mulheres, fragmentando o eixo em dois subeixos: ‘Qualidade de Vida para pessoas em geral’, que diz

⁹ Considerando o valor do salário mínimo R\$937 (Poder Executivo, 2017).

sobre aspectos da qualidade de vida pertinentes a qualquer pessoa, composto por sete temas; e ‘Qualidade de Vida na Obesidade’ que aborda qualidade de vida na perspectiva da obesidade, apontando os significados e percepções das mulheres ouvidas enquanto corpos obesos, que abarca quatro temas, em que um tema apresenta três subtemas. O segundo eixo temático é o ‘Formas pelas quais a qualidade de vida pode ser promovida junto as pessoas na condição obesidade’ que contém três temas, sendo que um tema possui três subtemas. Todos estão apresentados na Tabela 2, com frequência total e porcentagem de ocorrência, coeficiente Kappa e sua classificação para a confiabilidade inter-avaliador.

Tabela 2. Eixos e Subeixos temáticos, Temas e Subtemas com suas respectivas frequências e coeficiente Kappa classificado em força de acordo.

Classificado em força de acordo.								
Eixos Temáticos	Subeixos Temáticos	Temas	Subtemas	Frequência		Coeficiente Kappa	Força de acordo ²	
				Total ¹	% ³			
Significações, percepções e influenciadores de Qualidade de Vida	Qualidade de Vida para pessoas em geral	Casa (lar)		8	2,02	1,00	Quase perfeita	
		Momentos felizes		4	1,01	1,00	Quase perfeita	
		Família		46	11,59	0.85	Quase perfeita	
		Tarefas do cotidiano		15	3,78	1,00	Quase perfeita	
		Lidar com a vida		35	9,07	0.79	Substancial	
		Atividades profissionais e Finanças		66	16,62	0.65	Substancial	
		Colocar-se em primeiro lugar	Fazer o que gosto	31	7,81	1,00	Quase perfeita	
			Cuidar de si	25	6,30	0.87	Quase perfeita	
	Qualidade de Vida na Condição Obesidade	Sentir-se bem	Aceitar-se/ Sentir-se bem com seu corpo	30	7,56	1,00	Quase perfeita	
			Sentir-se disposta		12	3,02	0.82	Quase perfeita
			Sintomas físicos		10	2,52	1,00	Quase perfeita
		Mudanças corporais		22	5,54	1,00	Quase perfeita	
		Aspectos psicológicos na obesidade		21	5,29	1,00	Quase perfeita	
		Preconceito		24	5,79	1,00	Quase perfeita	
Formas pelas quais a qualidade de vida pode ser promovida junto as pessoas na condição obesidade	Equipe Multidisciplinar		2	0,50	1,00	Quase perfeita		
	Acolhimento		16	4,03	0.77	Substancial		
	Motivação ao cuidado de si	Desmistificar informações acerca da obesidade	13	3,27	1,00	Quase perfeita		
		Construir junto		9	2,27	0.85	Quase perfeita	
		Estímulo a fazer atividade física e cuidar da alimentação		8	2,02	0.74	Substancial	
		Total		397	100			

Legenda:

¹Número de unidades de análise codificadas por cada tema

²Interpretação do Kappa: 0,41 – 0,60 Moderada; 0,61 – 0,80 Substancial; 0,81 – 1,00 Quase perfeita (Landis e Koch, 1977).

³A porcentagem refere-se ao total das unidades de análise

Os temas encontrados no primeiro subeixo ‘Qualidade de Vida para pessoas em geral’, surgiram na leitura dos relatos pareados à primeira sentença do referencial teórico aqui adotado para definição conceitual de qualidade de vida “a percepção do indivíduo de sua

posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995). São temas que dizem, principalmente, sobre a percepção, assimilação, interpretação e utilização da cultura e dos valores aprendidos, e como esses processos desenham, ao longo da vida, os objetivos, expectativas, padrões e preocupações dessas mulheres.

No subeixo “Qualidade de Vida para pessoas em geral” há o tema ‘Casa’, que reúne os relatos sobre sensações em relação a sua casa, desde ir, chegar ou estar em casa, até relatos sobre querer passar mais tempo em casa, como em *“A minha casa, que a gente se mudou a pouco tempo, é um grande, é uma grande fonte de prazer!”*. Foi um tema que surgiu no questionamento sobre o que é bom e ruim no cotidiano das mulheres e, em geral, os relatos falam sobre a sensação boa de estar em casa, com poucas falas sobre ser ruim querer ficar mais em casa e não conseguir.

Esse tema contempla aspecto objetivo de qualidade de vida, demonstrando percepção de satisfação com o domínio da vida ‘habitação’ (ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES, 2012; MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000). Demonstraram satisfação tanto com os significados concretos dessa casa (por ex.: descansar após o dia de trabalho), quanto com os subjetivos (por ex.: estar com a família), aparecem somente relatos alegres e satisfeitos nesse tema, como vemos em *“O bom é chegar em casa. Sabe? Ver a família, eu acho que é uma parte boa, assim, de acabou, eu fiz... deu, não deu, sabe, mas chegar em casa eu acho que é uma coisa boa.”*.

No mesmo subeixo há o tema ‘Momentos felizes’, que revela falas sobre momentos em que a pessoa considera ou se percebe feliz, sensação delimitada num espaço e tempo, com a mensagem de que a felicidade só é sentida em alguns momentos, como em *“Ah, felicidade eu acho que são momentos. Não necessariamente eu vou ficar o dia inteiro com aquela felicidade (...). Eu acho que são momentos da nossa vida, assim, que você tem um certo sentimento que... isso é felicidade. Uma coisa boa.”*. Há uma variação nesse tema quando uma fala traz a questão de compartilhamento desses momentos como um fator que aumenta essa sensação de felicidade.

O tema ‘Momentos felizes’ foi uma percepção encontrada que cabe como tema para reflexão. Com pouquíssimas unidades de análise, assim mesmo escolhido como tema pela relevância de sua discussão para qualidade de vida, as quatro unidades de análise de ‘Momentos felizes’ falam da felicidade como um momento específico, passando a mensagem de que a felicidade não é um estado permanente, mas um sentimento que advém em

selecionados momentos, como em “*São momentos felizes, né, que a gente tem, tem hora que não tem, mas um momentos feliz que me aconteceu a... agora em fevereiro, fazia tempo que eu não trabalhava com ginástica artística, faz uns dois anos, (...) de um dia pro outro apareceu uma vaga, (...) então assim, foi aquele ‘Pan’, certo momento de felicidade que você tem, momentânea né, aquelas coisas, cê tá com seus familiares também, que cê tem aquele momento de felicidade. Eu vejo muito assim, a vida é de momentos felizes né, ao mesmo tempo que você tá feliz, às vezes você também acaba...*”. Aqui há uma reflexão inconclusa, baseada em GIANNETTI (1957, p. 36-37), que expõe algumas das interpretações possíveis da felicidade:

“O que se entende por “felicidade”? Quando alguém se declara *feliz*, diversas coisas podem estar acontecendo: a) posso estar feliz porque algo em particular (...) e isso me deixa mais satisfeito do que estava antes, ou seja, isso me traz felicidade; b) posso estar me sentindo feliz *agora*, quero dizer, durante um determinado intervalo de tempo, e isso independentemente de ter ou não motivos conscientes e definidos para a sensação de contentamento e bem-estar que me alega o coração; e c) posso dizer que sou feliz porque ao avaliar a minha vida *no seu conjunto* eu sinto que, no geral, posso me dizer satisfeito com ela – com as oportunidades que recebi e as escolhas que fiz, com as experiências que tive e com a trajetória de minha existência até aqui.”

Posto isto, os trechos pertencentes ao tema denotam que a felicidade relatada pelas mulheres diz respeito ao exposto pelo autor nas explicações ‘a’ e ‘b’, o que deixa questionado se, de fato, as vozes representadas são felizes, pois se essa sensação é reservada à alguns momentos, é local e pontual – estar feliz, há outros tantos que não são, há certo desconforto em afirmar que esse tema manifesta qualificação da vida, pois não há como garantir que o curso da vida dessas mulheres é composto por mais momentos de felicidade ou composto mais pelos momentos em que não a tem, ou ainda, por um equilíbrio entre tais possibilidades.

É uma reflexão e discussão absolutamente relevante para o tema, como o autor também coloca, em que pode-se questionar a felicidade enquanto sensação-momento ou enquanto avaliação global de vida (GIANNETTI, 1957), lamentavelmente com pouco espaço cabível a esse estudo. Então brevemente, compreende-se que o conceito de qualidade de vida aqui adotado parecia-se mais a uma leitura de felicidade longitudinal na vivência, a explicação ‘c’ do autor, então qualidade de vida seria decorrente da avaliação subjetiva global da vida ter mais conceitos bem avaliados, que seriam sentir-se feliz: na percepção de sua posição na vida; em seus objetivos, expectativas e padrões; com suas escolhas; com sua saúde física com sua forma de lidar psicologicamente com as questões; com sua rede social; com o que seu ambiente proporciona.

Sobre momentos sem felicidade, encontramos o tema ‘Tarefas do cotidiano’, com 15 relatos, dos quais apenas um é sobre a necessidade de haver um momento em meio ao cotidiano para que se faça uma boa refeição, as outras 14 unidades de análise compõem uma lista de reclamações e explicações sobre as tarefas cotidianas que desqualificam a vida. Mensagens expostas por meio: (1) de relatos como resposta à pergunta “O que é ruim/angustiante/ fonte de sofrimento no seu dia a dia?”, (2) da lista de atividades acompanhadas das expressões “estresse” (e suas variações), “sofrimento”, “ruim”, “tortura”, “estou de saco cheio”, “cansativo”, “angústia” (e suas variações), “entediante”, “terrível”, “sufocante”, ou então (3) a mensagem da fala é sobre a obrigação com determinadas tarefas atrapalhar os momentos que seriam fonte de prazer como lazer, vida social, estar com a família etc. Todas as falas são expressões negativas que tem como agente causador tarefas cotidianas, como em *“Pendurar, recolher, comida pra todo mundo, casa limpa pra todo mundo, recolher a bagunça de todo mundo, porque todo mundo bagunça e ninguém recolhe, é... correr atrás da Bia o dia inteiro, recolher cocô de gato, recolher cocô de cachorro, é muito cansativo.”*.

As atividades consideradas ruins, que foram associadas a desqualificação da vida, foram: não ter tempo de lazer ou não estar em casa com a família em função das horas de trabalho somadas às de deslocamento, o trânsito e seu barulho, transporte público, acordar cedo, as atividades domésticas, ou a tripla jornada de trabalho feminina (soma de trabalho, atividades domésticas e maternas) e a não divisão dessas atividades com o cônjuge - divisão desigual das responsabilidades parentais e tarefas domésticas, essa tripla jornada não permitir que essas mulheres tenham um tempo para o autocuidado e lazer, exposto em *“M: O que é ruim ou angustiante no seu dia a dia? 1: Bom, como dona de casa (risos). 2: Aí vem "como dona de casa..." 1: Aquelas obrigações que não acabam nunca, né? Que você começa e se ficar até uma hora da manhã você tá fazendo. 3: É, por isso que eu quero voltar a trabalhar!”* e *“como dona de casa, como mãe, pega a maior parte do meu tempo. E a Luiza, enquanto mulher com seus objetivos, acabo me deixando de lado, então isso, é, eu estudo também, e isso... Eu faço pedagogia. Então eu tenho lutado assim, pra conseguir é... concluir os estudos e também assim vir pra cá pro grupo é um momento meu! Porque eu percebo que essa dona de casa, essa mãe parece que vai sufocando, todo...”*.

O tema ‘Atividades profissionais e Finanças’ é o tema de maior frequência 16,62% do total de dados. O tema surge principalmente em respostas ao questionamento de objetivos de vida e o que era bom e o que era ruim do cotidiano. Aglomerou-se nesse tema tudo o que diz a

respeito de trabalho, estudo, conquistas materiais e finanças, próprias ou da família. O que há de mais recorrente nesse tema são os objetivos de conquistas profissionais e financeiras (bens materiais) e os sintomas físicos e psicológicos causados pelo trabalho, como em *“Pra mim qualidade de vida é ver um equilíbrio assim, pretendo ter tempo pra trabalhar com uma coisa que eu gosto, mas não me acabar no trabalho, porque eu já fiz isso também, me dedicar muito, ter muito trabalho. Eu também gosto de estudar, gosto de ficar com a minha família, pra mim qualidade de vida é eu conseguir circular né, nesses... conseguir fazer todas essas coisas de uma maneira equilibrada. Acho que pra mim, isso que é qualidade de vida. Trabalho. Trabalho na área que eu gosto assim... Não gostaria de trabalhar com qualquer coisa.”*. Mas, também há falas sobre desejos profissionais e sobre o impacto das finanças na qualidade de vida.

O tema parecia-se à posição na vida no sistema de valores em que vivem, corroborando com ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES (2012) e MINAYO, HARTZ e BUSS (2000) constitui aspecto objetivo de qualidade de vida (alimentação, habitação, trabalho, saúde e lazer). É densa a apresentação desse tema, seja em quantidade de menções, seja em representação desse aspecto na vida. Apreendeu-se aqui que o aspecto profissional é eixo fundamental da vida, por interferir de forma importante em outras instâncias da vida: ¹proporcionar outros aspectos de vida (como ter acesso a bens materiais, comprar uma casa); ou ²pela relação com outros aspectos de vida (tempo de trabalho vs. lazer; sensações/sintomas que o trabalho causa que interferem em outras atividades); ou ainda, ³por significar a vida de alguma forma (permitir que haja uma definição de si a partir da profissão que escolhe, cumprindo um papel social).

Como enumerado, na primeira definição temos certo consenso dentre as falas das participantes, sobre a renda estar ligada diretamente à qualidade de vida por proporcionar confortos e acessos, como em *“Eu concordo com a Melissa no sentido de que... ter o dinheiro também faz parte de viver bem, porque quem tem dívidas tem uma preocupação. Né? Então, ter dinheiro conta pra pagar as próprias contas é uma coisa que me faz bem.”* e possibilitar fazer aquilo que se gosta / tem prazer, como em *“Então, acho que eu tô numa fase que vão ter várias possibilidades, talvez ano que vem eu preste mestrado, mas pra isso eu preciso tá bem financeiramente”*.

Na segunda definição, algumas relatam a interferência desse setor em outros setores da vida, sendo que atividades profissionais e de estudos ocupam bastante tempo de vida *“E... num cenário melhorado, qualidade de vida aqui seria você ter tempo de fazer suas atividades*

de lazer, não só trabalho... porque não sei vocês, mas eu trabalho muito!''. Para a terceira definição, algumas relacionam sua vida profissional a realizações e o desenvolvimento de um papel social, consequentemente felicidade, alegria como relata *“Pra mim qualidade de vida é fazer as coisas que eu gosto de fazer quando der pra fazer, sabe? Por exemplo, eu gosto de praticar esportes, sair com meus amigos, eu gosto do que eu faço como profissão, isso me faz... faz com que eu me sinta bem.”*.

Segundo o modelo de satisfação qualidade de vida é a satisfação com domínios da vida definidos como importantes pelo indivíduo, então qualidade de vida nesse tema será influenciada: por quanto a pessoa almeja, como valoriza suas conquistas e quanto essas conquistas impactam em outros objetivos (CALMAN, 1984; FLECK et al., 2008). A percepção que houve é de que o tema é importante porque influência outros aspectos de vida e é definidor do sujeito, o sujeito se coloca na sociedade através de atividades, pelo que proporciona para o meio. Se com ou sem qualidade, não é possível definir pois não se aprofundou tal impressão nessas mulheres, só poderia ser avaliado a partir do entendimento do que as mulheres almejam e valorizam na sua vida. Se valorizará uma carreira por que deseja reconhecimento, ou porque entende que uma carreira de prestígio tem retorno financeiro; almejará continuidade no estudo porque compreende que isso aumenta as possibilidades de carreiras ou porque tem gosto em estudar, enfim, essa percepção dependerá do que o sujeito valoriza.

Aqui faz-se importante destacar que esse estudo buscou pontos de relevância¹⁰ na vivência da obesidade e não pontos de importância, pois a importância de cada um desses aspectos dependerá de cada sujeito, há um limite de generalização do estudo.

Em seguida há o tema ‘Família’, terceiro tema mais frequente do total (11,59%). A percepção do tema demonstra-o como qualificador da vida, o significado do tema família aparece como felicidade/satisfação em estar próximo, ver bem e ter bom relacionamento com familiares, amigos e animais de estimação, enquanto quando citado de forma negativa, causando sofrimento, refere-se a não ter tempo, estar longe ou ter relacionamento desestabilizado com familiares, amigos e animais de estimação. Há também mensagens sobre querer formar uma família, engravidar e casar. Esse tema esteve presente em todas as questões do roteiro, surgindo em vários contextos de conversa repetidas vezes.

O tema ‘Família’ está ancorado a aspectos subjetivos de qualidade de vida ‘incorporação cultural’ e ‘habilidades sociais’ de ALMEIDA, GUTIERREZ e MARQUES

¹⁰ O critério de relevância utilizado no trabalho foi o número de aparições do tema na fala das mulheres.

(2012) e MINAYO, HARTZ, BUSS (2000) e AMON e MENASCHE (2008), pois refere-se a ter relações sociais, a se perceber enquanto membro de um conjunto e, pelos relatos, enquanto pessoa atuante nesse meio social. O tema sincroniza ao olhar proposto pelo paradoxo da deficiência, que traz como grande qualificador da vida desempenhar papéis sociais, verificado em *“Ah, eu... acho que os momentos assim bons de alegrias são quando estou reunida em família, eu gosto muito disso. Então, pra mim é ótimo, eu sou muito família, adoro muita gente na minha casa então pra mim isso é uma fonte de alegria.”* e *“**M**¹¹: Fonte de felicidade, satisfação? **1**: Também, minha família, né, meus filhos, ver que meus filhos estão bem. E minha família, meu esposo, então assim, eles também refletem na gente, né?”*.

Enfatizando a qualidade de vida como conceito que carece de valorização dos construtos sobre as capacidades dos indivíduos, ‘Atividades profissionais e Finanças’ e ‘Família’ como temas muito citados (somam 28,21% dos dados analisados), corroboram com ALBRECHT e DEVLIEGER (1999) e HARTOONIAN et al. (2014) sobre o desempenho de papéis sociais (trabalhador, membro da família, cidadão e amigo) ser grande qualificador da vida. Encontramos percepções proeminentes, norteadoras do entendimento e da vivência dessas mulheres sobre qualidade de vida geral, sendo que tais temas não se relacionam diretamente com obesidade, apontando que não necessariamente a obesidade é central na leitura de qualidade de vida dessas mulheres.

Continuando com a valorização de construtos sobre as capacidades dos indivíduos, encontramos o tema ‘Lidar com a vida’, que reúne falas heterogêneas retratando modos de compreensão das situações de vida, sensações causadas por situações e no relacionar-se com pessoas, formas de lidar e modos de agir perante situações e pessoas. Exemplos: fases/circunstâncias da vida - ser mãe, envelhecer, etc.; transtornos psicológicos; doenças que causam dor física ou limitações; lidar com pessoas, ou com a falta delas; lidar com a falta de dinheiro para realizar objetivos/sonhos. Relatos sobre modos de entender e agir na vida poderiam trazer mensagens subliminares de resiliência (compreensão, paciência, prudência, etc.). Há também relatos sobre perspectivas de si ou de sua vida, tanto ruins quanto boas, as perspectivas ruins falam, geralmente, sobre sentirem-se sozinhas, por não terem casado, tido filhos, e as perspectivas boas geralmente falam sobre superações, terem passado por situações difíceis, por exemplo: perder pessoas, e terem ou estarem lidando com isso.

As falas principais desse tema falam sobre modos de entender a vida como em *“Eu mudei muitas vezes por conta do trabalho do meu marido, mudamos em vinte anos, dez vezes.*

¹¹ Significado da abreviação: ‘**M**’ significa falas do moderador do grupo focal. Os números (**1,2,3,4**) indicam as falas das mulheres, números diferentes significam mulheres diferentes.

Incluindo estados, países diferentes. (...) Então foram mudanças assim, que foram boas no sentido de... de ver outros tipos de narrativas que a gente pode ter na vida. (...) isso aí me dá uma alegria tão grande hoje de saber! Assim, que as pessoas podem mudar as narrativas das próprias vidas em algum momento que elas quiserem mesmo, né? (...) Porque às vezes a gente se segura num lugar... que parece ser o que se chama de zona de conforto, mas que é a zona da dor conhecida às vezes. Então é preciso mudar a narrativa às vezes!”.

Lidar com questões da vida tem grande poder de impacto na qualidade de vida, e relaciona-se com o que CALMAN (1984) e HARTOONIAN (2015) colocam sobre os acontecimentos irem mudando os objetivos de vida conforme a experiência, maturidade e o tempo. A capacidade de resiliência humana se mostra de diferentes maneiras nas pessoas e tem bastante influência da cultura em que o indivíduo nasceu e é criado. Entendendo que a satisfação ou a falta dela, aqui, vem de como o indivíduo lida com as circunstâncias da vida, bem expresso em “**M:** O que é qualidade de vida para você? **I:** É aceitar as mudanças da vida [tom de declamação]! É isso! Eu acho isso, né? A minha opinião é essa. Que a gente tem tanto a aprender, né? Isso é viver bem, né?”.

HARTOONIAN (2015) utiliza a teoria do equilíbrio dinâmico - considera que todos temos a capacidade de adaptação às situações, conforme maturidade e tempo de vivência -, ou seja, determinadas situações da vida somente aprendemos a lidar passando por eles. As mulheres ouvidas nesse estudo têm uma ampla variação de faixa etária, que pode ou não predizer maturidade, mas a idade prediz algumas vivências, entendeu-se que o impacto na qualidade de vida dos assuntos trazidos nesse tema é algo bastante heterogêneo.

Contudo, houverem, no tema ‘Lidar com a vida’, mais relatos de percepções conformadas e/ou assimiladas, ou em processo de assimilação, como em “**I:** Eu dava aula! Disso! Aí tive um problema no pé, fascite plantar (...) E isso que parou minha vida! Eu fiquei seis meses sem poder andar! Então... foi horrível! **M:** Isso não é viver bem! **I:** Então! Mas assim, eu aprendi muito com isso, entendeu? A gente começa a observar o que tá ao redor, entendeu? Muda! Eu era impossibilitada de andar, então, assim, dependia de todo mundo ali, então isso... eu comecei a enxergar outras coisas!!!! A gente começa a dar valor na vida, foi quando eu pensei ‘agora vou cuidar de mim!’ Porque eu olhava pra mim... eu trabalhava fora, cuidava de filho, a escola chamava eu ia, hora que fosse, dia que fosse, então, assim, eu trabalhava de segunda a sábado, então... Aí deu o problema no pé, eu parei, tive que parar, da noite pro dia! Aí... **M:** Você começou a viver bem! **I:** Sim! Mas assim, é uma satisfação, eu adoro essa coisa de movimento e de gente, só que assim, eu parei pra pensar em mim,

entendeu? Então falei assim 'não, chega', aí eu voltei a andar, fiz tratamento, seis meses e aí falei 'não, agora eu vou cuidar de mim, tá na hora, chega!'”.

Houveram em menor número relatos carregados de tristeza e angústia em lidar com questões, como em *“Aí perdi minha mãe, meu pai, meu irmão, também já aprendi a, a sofrência da solidão! [risos] Não, tô superando! Tá difícil! Tô ainda em processo de superação. O processo veio junto.”.*

Ao fim desse subeixo, temos o tema ‘Colocar-me em primeiro lugar’, segundo tema mais frequente do total, com 14,11%, evidencia que o autocuidado nessas mulheres é algo importante e revela aspectos positivos e expressivos da percepção de qualidade de vida para essas mulheres, concordante com o conceito aqui adotado no trecho *‘a percepção do indivíduo (...) em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.’*. Nele encontrou-se que qualifica-se a vida quando é possível a oportunidade de agir/ fazer o que quer/ prefere, pensar em si, satisfazer seus próprios desejos, objetivos, respeitar suas necessidades, discurso entoado pela maioria das mulheres nos subtemas ‘Fazer o que gosto’ e ‘Cuidar de si’ e ilustrado em *“Eu tenho um grupo de corrida, corrida de rua junto com meu irmão que também... é no jardim botânico do lado do zoológico, de carro da minha casa é perto, então isso tá me dando uma baita alegria”* e *“Hã, olha, eu não tenho do que reclamar! Eu faço... tudo pra que minha vida tenha qualidade! Eu trabalho em casa, eu procuro, organizo meus horários, eu durmo muito bem, durmo, eu deito nove horas da noite, levanto seis, sete da manhã.”.*

O subtema ‘Fazer o que gosto’ diz a respeito de relatos sobre atividades e ações que as mulheres fazem ou gostariam de fazer que remeta a ‘aproveitar a vida’, sempre relatos que se relacionam a sensações boas, as deixam felizes, como em *“Pra mim, um dia que é totalmente excelente é um dia que eu posso acordar do lado do meu esposo, a gente não ter que trabalhar naquele dia, então um fim de semana! (...) Passear, ir num parque, ir num cinema... Bater um papo! Ou então ficar em casa e jogar vídeo game! Mas fazer algo que te dá prazer naquele dia!”.* Há relatos que demonstram a colocação de si como principal pessoa a se agradar e ser feliz, sendo que as falas perpassam por sonhos que querem realizar, a ações cotidianas que as agradam. Há vários relatos sobre atividades que realizam pelo simples fato de elas gostarem, sentirem prazer naquilo e isso ser considerado fonte de alegria e satisfação, como em *“M: Satisfação? I: Cuidar das minhas plantas.”.*

Juntamente há o subtema ‘Cuidar de si’, termo é utilizado por algumas participantes, por isso nomeou o tema. É utilizado nas falas que trazem como objetivo importante colocar-se

em primeiro lugar como alguém que precisa de cuidados, atenção, falam de autocuidado. As falas trazem como práticas de autocuidado para a saúde e o corpo, bons hábitos de vida, inclusive algumas falam sobre querer entender mais sobre a obesidade, relatam preocupação com o histórico familiar de saúde-doença. Muitas relacionam esses autocuidados com qualidade de vida como em *“Hoje qualidade de vida pra mim é eu... é isso que eu tô fazendo aqui né, é cuidar mais de mim mesmo, é olhar mais pra mim.”* e *“Pra mim é uma boa alimentação eu acho. Um bom descanso, um bom dia de descanso, pelo menos eu acho que é o que me falta, e eu, sei lá, eu acho que seria uma qualidade de vida. Ter mais lazer, mais descanso, poder comer melhor sabe?”*.

Tal tema, encontra-se nas colocações de GIANNETTI (2002) que aborda a construção do bem-estar a partir de aspectos subjetivos, o autor fala sobre o bem-estar depender das sensações e avaliações da própria vida ao longo dos processos de transformação do mundo, do ambiente externo. Bem como, CAVALCANTI et al. (2011) elaboram que a autoestima e autoimagem são parte do autoconhecimento, que quando em equilíbrio estimulam a vitalidade, prazer e alegria, o que interfere na relação do sujeito com o seu espaço social, favorecendo a correspondência de suas necessidades. Juntos geram bem-estar pelo ganho de capacidade em se utilizar de suas potencialidades, que é justamente o que o tema narra, a possibilidade de se fazer o que gosta e de cuidar de si mesmo gerando sensações boas e boa classificação de qualidade de vida.

Os subeixos ‘Qualidade de Vida para pessoas em geral’ e ‘Qualidade de Vida na Obesidade’ têm frequências respectivamente de 58,20% e 29,72% em relação ao total de dados. Com pouco menos de um terço dos dados, evidencia-se que há questões peculiares a respeito da obesidade que carecem de abordagem na avaliação da qualidade de vida. Contudo, tais dados também apontam para o fato de a avaliação de qualidade de vida, para essas mulheres na condição de obesidade, ter em maior parte questões pertinentes a qualquer pessoa.

Considerando toda a análise, os temas ‘Atividades profissionais e Finanças’, ‘Colocar-se em primeiro lugar’, ‘Família’ e ‘Lidar com a vida’ norteiam pouco mais que metade dos relatos (51,39%). Tais temas são importantes indicativos da classificação da qualidade de vida já esperados, apontam que a complexa rede de saberes que classifica qualidade de vida tem como forte componente o corpo, mas está para além dele, está arraigado à capacidade subjetiva em lidar com o mundo e se ancora no social, demonstrando que a leitura de qualidade de vida para as obesas desse estudo é próxima da leitura de qualidade de vida para

pessoas em geral. Tal apresentação nos indica que centrar-se no corpo e, principalmente, no peso corporal ou IMC não faz boa avaliação de qualidade de vida, e sim demonstra um recorte empobrecido de uma avaliação que deveria ser abrangente e subjetiva.

Todas as falas do subeixo ‘Qualidade de Vida na Obesidade’ são sobre impressões, sensações e sentimentos relacionados à obesidade ou ao corpo. A análise de direção codifica as unidades de análise demonstrando a associação positiva, negativa ou neutra de qualidade de vida com: o corpo, as percepções de si mesmas ou da relação com outras pessoas. Essa análise é apresentada na Tabela 3 e resultou, ao todo, em 15 unidades de análise favoráveis, 19 neutras e 62 desfavoráveis à qualidade de vida.

Tabela 3. Análise de Direção do eixo temático ‘Qualidade de Vida na Obesidade’

Temas	Subtemas	Unidades de Análise		
		Positivo	Neutro	Negativo
Sentir-se bem	Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo	11	6	13
	Sentir-se disposta	1	2	9
	Sintomas físicos	0	3	7
Aspectos psicológicos na obesidade		3	8	10
Preconceito		0	0	23
Total		15	19	62
Unidades de Análise / Frequência		96	15,6%	19,8%
				64,6%

A análise de direção nos convoca a olhar para a percepção dessas mulheres a partir da mescla de fatores (temas) para que se avalie em boa ou má qualidade de vida, nesse subeixo, quando consideramos conjuntamente os temas, temos (1) que a condição obesidade (o corpo físico maior) tem influência na qualidade de vida para esse grupo; e (2) que a condição obesidade impacta negativamente qualidade de vida. O que discutiremos é a representação e importância dada a cada percepção, sob a ótica dessas mulheres e a luz do referencial teórico já citado. O subtema ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo’ e temas ‘Aspectos psicológicos na obesidade’ e ‘Preconceito’ falam de aspectos subjetivos da condição obesidade. Enquanto os temas ‘Sentir-se disposta’ e ‘Sintomas físicos’ falam de aspectos objetivos da condição obesidade.

O subeixo ‘Qualidade de Vida na Obesidade’ imbrica narrativas que demonstram que não é o corpo em obesidade (seus efeitos físicos no corpo ou na saúde) que tem impacto na leitura de qualidade de vida, e sim os fatores que surgem a partir da apresentação social de um corpo físico, a imagem que se tem desse corpo e seu julgamento estigmatizado, que impactam a leitura de qualidade de vida. Assim, foram os fatores psicológicos subjetivos a partir das questões sociais que imprimiram qualidade de vida ou não para essas mulheres que vivem com a condição obesidade.

O primeiro tema do subeixo ‘Qualidade de Vida na Obesidade’ é ‘Sentir bem’, o mais frequente desse subeixo em relação ao total, com 13,10%, considerando somente os temas do subeixo também é o mais frequente, com 43,69%. ‘Sentir-se bem’ divide-se em dois aspectos: um objetivo – componentes físicos representados pelos subtemas ‘Sentir-se disposta’ e ‘Sintomas físicos’. E um aspecto subjetivo, representado por ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo’, subtema que expressa como essas mulheres se veem e lidam com o corpo que tem.

O subtema ‘Sentir-se disposta’ tem como mensagem principal a sensação física para agir/ executar tarefas, em maioria as falas dizem sobre querer se sentir disposta para fazerem o que querem ou precisam, e sobre ter desconforto físico, como em *“Para mim, para mim é exercer minhas atividades diárias sem me cansar muito, sem ter muito esforço, como eu tô tendo agora, né, por causa do sobrepeso.”*. E o subtema ‘Sintomas físicos’ discursa sobre sintomas causados pelo corpo obeso em algumas situações, como em *“Lógico, a gente não gosta às vezes olha aqui, olha ali, eu fiquei bem preocupada assim, poxa vou subir me dói o joelho”*. Os subtemas expressam o impacto no estado físico e na saúde do corpo em obesidade na qualidade de vida, um não controle sob o corpo, sentir-se incapaz de realizar algo (pela falta de disposição física) ou ter barreiras (dor) para plena execução das ações que deseja ou precisa realizar, não conseguir fazer o que quer é grave desqualificante da vida, como demonstra a análise de direção, revelado no tema não só pela avaliação segundo o conceito de qualidade de vida, mas também reforçado pelos autores HARTOONIAN et al. (2014) que estabelecem que a dor e complicações médicas secundárias estão associados à depressão, que seria mais um fator desqualificante da vida.

O subtema ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com seu corpo’ retrata a relação dessas mulheres com seus corpos, os relatos trazem as questões de satisfação e aceitação do corpo que tem, ou suas faltas e questões sobre imagem corporal, como em *“Mais leve! Me aceitar no espelho! Porque eu por exemplo não me olho no espelho faz tempo! (...) Eu acho que viver bem é ter paz! E pra ter paz a gente precisa estar em concordância com algumas coisas, que é por exemplo, com um corpo legal...pra mim”*. Há falas sobre lidar com a opinião de outras pessoas sobre seu corpo, como em *“E...qualidade de vida é eu me permitir não prestar atenção no que o outro pensa de mim, mas o que eu penso de mim (...)é conseguir me aceitar!”*.

Quando ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo’ é somado aos outros subtemas (‘Sentir-se disposta’ e ‘Sintomas físicos’) do tema há uma conclusão negativa, a obesidade

desqualifica a vida nesse ponto. ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo’ valida a intenção de mostrar que o estigma da obesidade, o não pertencimento a estética padrão, é responsável pela avaliação negativa da qualidade de vida, em falas como *“I: Não vou! Praia eu não vou! Não vou! Porque eu não vou colocar um maiô! Eu me sinto péssima! Não coloco! Nem maiô, nem maiô, não é biquíni, é maiô! Não é nem biquíni, o maiô! (...) Por quê? Porque eu não tô feliz com meu corpo. M: E você sente que vão olhar teu corpo e vão ser críticos? I: Pois é! Parece que só tem a gente lá, né, que só vão olhar pra gente!”*, *“Óh, eu sei tecnicamente né, na minha área, mas falando... pra mim seria você se sentir bem, né. Tecnicamente você... é o bem-estar físico, psicológico e... e social, maior qualidade de vida é você se sentir bem.”* e *“M: Qual é a sua fonte de angústia? I: Hum... não sei, acho que eu me vejo e eu me acho feia, sei lá.”*.

Tal ponto demonstra, de forma ainda mais significativa, o que CAVALCANTI et al. (2011) trazem sobre o equilíbrio entre autoestima e autoimagem estimular alegria, e quando em desequilíbrio trazer sofrimento. Da mesma forma traz uma das possíveis respostas que GORDIA et al. (2011) solicitam quando dizem que a produção científica carece de indícios da relevância e amplitude das interferências dos fatores comportamentais, sociodemográficos e culturais na qualidade de vida. Bem como encontramos possíveis avaliações das percepções subjetivas de qualidade de vida na obesidade também requisitadas pelos autores CALMAN (1984), VASILJEVIC et al. (2008), MACIEJEWSKI, PATRICK e WILLIAMSON (2005) e PATRICK (2008) na conclusão de seus estudos.

O conceito de qualidade de vida utilizado diz *‘a percepção do indivíduo de sua posição na vida no (...) sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus (...) expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e variado, afetado de forma complexa por (...) estado psicológico, nível de independência, relações sociais e sua relação com características marcantes de seu ambiente’*, portanto, os valores e padrões vigentes modelam as expectativas e preocupações que esse sujeito terá. Uma sociedade que valoriza de forma polarizada um determinado tipo de corpo e beleza encara a posição oposta como negativa. Sabe-se que a construção da autoestima vem do ambiente em que o sujeito se constitui (GORDIA et al., 2011; FONTES, 2008; POULAIN, 2013), nessa perspectiva a autoaceitação e a boa relação com seu próprio corpo pauta-se no cumprimento do padrão considerado belo, há uma contínua expectativa de estabilização nesse padrão e há sofrimento quando não há confirmação dessa expectativa.

Além desse grande problema, que é o não reconhecimento de si enquanto sujeito bem conceituado em sua sociedade, pois a condição obesidade diz sobre uma apresentação moral ainda (POULAIN, 2013, p.115), o sujeito tem diversos outros problemas ou barreiras para um pleno viver. A constatação do não cumprimento do padrão de beleza (estigma) gera reações sociais (GOFFMAN, 1988), discriminação e preconceito (POULAIN, 2013), bem representada no trecho “[Suspiro] Assim, meu sonho de consumo era EU ser feliz, exatamente do jeito que eu sou sem mudar nada e sem ter que me preocupar com o que o OUTRO está pensando a meu respeito. Eu penso que isso seria um lugar muito bom de se estar! Né?”; e também a incorporação da autorrejeição e da rejeição social (FONTES, 2008) como em “E... qualidade de vida é eu me permitir não prestar atenção no que o outro pensa de mim, mas o que eu penso de mim e aí, quando a gente pensa na Alimentação, eu comer o que eu realmente tenha prazer, sem me machucar!”.

Compreendendo que o padrão social de beleza é o magro, o oposto desse padrão é o sobrepeso e suas variações, sabe-se que: (1) o sobrepeso é considerado negativo (ALEGRÍA e LARSEN, 2015), (2) as reações que as pessoas têm em relação aos corpos obesos são preconceito e discriminação (VASCONCELOS e COSTA NETO, 2008; POULAIN, 2013; TAVARES, NUNES e SANTOS, 2010; FLECK, 2000), (3) se é negativo há uma pressão social para que se faça tratamento, (4) o tratamento tradicional para o sobrepeso é a perda de peso que causa constante sensação de fracasso. Todos esses fatores causam sofrimento às pessoas na condição obesas, assim aceitar-se enquanto corpo obeso não é uma tarefa simples, nem natural (NAHAS, 2003; VAN GERMET et al., 1998; LATNER et al., 2014; DEMÉTRIO et al., 2011; WORELEY e GANER, 1991; CAMPBELL et al., 2000; MACIEJEWSKI, PATRICK e WILLIAMSON, 2005; FERREIRA e MAGALHÃES 2005; FONTES, 2008). Essas mulheres declaram isso por diversas vezes, como em “Mas assim, resumindo o que a Angelina tá falando. Ela ainda consegue enxergar alguém (um parceiro), eu não, parece que tem um bloqueio, que eu falo assim, eu me sinto feia, o corpo que eu tô, do jeito que eu tô...”.

Ainda assim, não é impossível ou inatingível, como se percebe em: “**M:** O que é viver bem? Com qualidade? **I:** Viver bem é... viver feliz, de bem consigo mesmo, se aceitar. Eu agora me aceito! E, eu, tô acima do peso, sofri muito com isso, e agora eu me aceito, eu tô, tô, acho até, que agora eu vou emagrecer (riso). Porque eu... não importa se, meu objetivo não é mais esse de ficar vinte e quatro horas por dia pensando 'não, não coma isso, não coma aquilo, não faça isso, não faça'. Não, não tô mais preocupada com isso. Então é isso, ficar

bem comigo mesma, então eu acho que é isso.”. A análise de direção de ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo’ apresenta 36,6% de narrativas positivas, 43,4% negativas e 20% neutras, então, para pouco mais de um terço dessas mulheres, que abordaram o tema, houve uma boa elaboração dessas questões (direção positiva); um quinto delas estão em processo de elaboração/aceitação desse corpo desviante do padrão estabelecido (direção neutra). Assim, temos que aceitar-se enquanto obesa não é irreal, que nem sempre o corpo obeso as faz infelizes e que há possibilidade de conviver com seu corpo obeso.

Quando há narrativas como essas *“Eu só quero tirar a minha barriga, e não quero ser magra, só quero não ter barriga, então, quando eu vi isso, porque o que me incomoda na obesidade na verdade, na verdade é a indisposição que me dá, e eu sei que é gordura, né? (...) eu moro em apartamento, eu não tenho empregada, tem dois banheiros, eu lavo um banheiro eu tenho que sentar, não consigo lavar o próximo seguidamente né, é... então me cansa muito rápido, então é por isso que eu acho que talvez é... eu precise fazer alguma coisa pra melhorar meu condicionamento físico, não pra emagrecer necessariamente, né.”* e *“Ah, essa coisa de estar acima do peso, sentir dor, isso me deixa angustiada.”* define-se que há uma má qualidade de vida constatada, e passamos a considerar que, se é da vontade da pessoa, será necessária intervenção para recuperação do bem-estar e da qualidade de vida. Mas ainda assim, o primeiro relato finaliza esclarecendo que não é necessariamente o emagrecimento que resolverá a questão, expondo que pode haver diversas opções para lidar com incômodos e barreiras que a obesidade *pode* impor, *pode* ser ruim ou não, isso dependerá de mais fatores do que o peso corporal.

Adiciona-se a essa reflexão a seguinte possibilidade de questionamento: não se aceitar prediz uma qualidade de vida ruim? As respostas encontradas nesse estudo são somente uma introdução à essa reflexão, são apontamentos de temas relevantes a se observar quando se olha para alguém que vive na condição obesa. Cada pessoa obesa avaliará qualidade de vida de sua própria forma. Se a aceitação for algo importante para a pessoa obesa, provavelmente ela terá um grande impacto na avaliação de qualidade de vida.

As questões psicológicas são tema pouco explorado, ainda, quando fala-se de obesidade, as falas desse tema são importantíssimas nessa avaliação qualitativa de qualidade de vida. Os temas ‘Aceitar-se/Sentir-se bem com meu corpo’, ‘Mudanças corporais’, ‘Aspectos psicológicos na obesidade’ e ‘Preconceito’, apesar de menos frequentes, exprimem observações muito relevantes da discussão sobre qualidade de vida na obesidade.

Aparece nos discursos o tema ‘Aspectos psicológicos na obesidade’, que traz relatos sobre as consequências psicológicas dos temas acima discutidos e relação com o tema ‘Preconceito’. ‘Aspectos psicológicos na obesidade’ é o penúltimo tema desse subeixo e retrata os sentimentos, o campo subjetivo de alguém com um corpo obeso na relação com o mundo, geralmente na relação com o ambiente ou com as pessoas, mas há, também, alguns relatos sobre a relação desse corpo obeso com a comida. Relatos sobre: as sensações causadas pelo corpo ou imagem corporal que tem; sobre dificuldades de expor o corpo, a ponto de deixar de viver momentos; dificuldade de agir em público por se sentir julgada ou por gerar ansiedade; ou ainda, sobre sensações causadas pelo controle e cobrança de outras pessoas em função do corpo que tem, em geral a sensação consequência dessas relações é baixa autoestima. Algumas falas narram a importância de elogios de outras pessoas como reforço positivo e motivação. Outras afirmam a importância do acompanhamento psicológico para as pessoas obesas, a presença de depressão causar obesidade, ou a obesidade causar depressão. Um dos relatos mais fortes é *“Eu também, basicamente o que ela falou, me interessou... é... assim, eu gostaria emagrecer, ganhei peso há pouco tempo (...) isso me incomoda muito, me atrapalha! Porque eu deixo de fazer coisas porque eu tô gorda! Eu, assim, a minha vida social... Que atrapalha mesmo, a minha vida social mudou depois que eu engordei. Porque assim, às vezes tem um convite, por exemplo, eu tive um convite pra uma festa de quinze anos, que era traje de festa, precisava de um vestido, eu não encontrei UM vestido que eu olhasse no espelho e falasse 'eu estou bem!'. Eu não fui na festa! Eu falei 'eu não vou! Eu me recuso'”*.

Como documentado por EDWARD et al. (2016), há uma série de impedimentos para adequado desempenho psicossocial da pessoa obesa, como má imagem corporal, relatado em *“1: Mas acho que é cuidar da autoestima. Porque é a primeira coisa que a gente perde. É... você parar de olhar no espelho, é você parar de se arrumar, é você parar de se ver! Né? No nosso caso como mulher. Porque aí você começa... é a luz que apaga, é a desculpa... num momento sexy, porque você não está mais confortável com SEU corpo! Eu tenho fase! Eu sempre fui, é... Eu fui gordinha, meu marido me conheceu gordinha, aliás eu sou a mais magra que meu marido namorou. Né? Eu costumo brincar que ele tem paixão por bolinha, né? Porque não é possível, né? M: Não, é que tem gente que gosta! 1: Sim, ele gosta! Eu falo que a tendência dele é gostar de mulher mais cheinha mesmo! E... e não, assim, pra ele, não, eu vejo assim... 2: Ele não tá preocupado com isso, quem tá é você, né? 1: Exatamente! Tem épocas que, assim, eu encano, aí é assim, aí eu paro de procurar ele, eu fico assim, ele olha*

pra minha cara "escuta, você tá encucada de novo, né? Você lembra que eu não tô, né?".” e “Quando eu conheci meu marido, pesava cinquenta e nove quilos! Extremamente magra! Namoramos um ano e oito meses, engravidei, tudo, tive a minha filha e ele... primeira semana, cheguei da maternidade 'você não vai perder a barriga?' Foi! Porque ele é magro! Três meses: 'Você não vai perder a barriga?' Não! É mais pra frente! É com seis meses! Aí, minha filha fez seis meses e ele 'Mas você não vai perder?' e aquilo, ele foi me pressionando de uma tal forma! E quanto mais ele me pressionava pra perder peso, mais eu comia! Principalmente doce! E aí minha filha estava com poucos meses e a gente foi pra praia! Nossa, foi, não. Eu não tirei o short. Bastou um homem fazer um comentário do meu peito, eu fiquei oito anos sem pisar na praia!”.

MOREIRA et al. (2013) relataram em seu estudo que mulheres sentiram-se estigmatizadas por não corresponderem às normas sociais de padrão de beleza, afetando o bem-estar e vida social. Os autores encontraram que mulheres que buscam isolamento social por acreditar que as outras pessoas não se interessavam em sua companhia/amizade, afetando a autoestima e as relações afetivas. Em nossos grupos apareceram os seguintes relatos *“Gordinho precisa muito de interação, né?”*, *“Não, mas quando ele (o namorado) veio pra cá (veio de sua cidade natal para São Paulo, na casa da mulher), ele ficou dois meses aqui comigo, tinha vergonha mesmo (de fazer sexo). Era tudo no escurinho! [risos]”*, *“E... o ruim é tem dias que eu acordo com autoestima muito baixa, não sei explicar o porquê. Eu acordo com a autoestima, então eu acho que sou a pior em tudo”*.

Os discursos vão trazendo vários elementos que justificam um comportamento psicossocial de sofrimento e isolamento. Há falta de autoestima, que as impedem de executar atividades de autocuidado e embelezamento, que alimenta a perda de referência visual de si mesma, há vários relatos sobre não se olhar no espelho, também descritos por BROW et al. (1997). Há muitos relatos sobre a insegurança com o próprio corpo afasta-la de seu companheiro sexual, como os encontrados por MARIANO et al. (2014). WEE et al. (2014) afirmaram que os determinantes de qualidade de vida mais importantes para as mulheres, observado por eles, foram estigma social e prejuízo na função sexual. ALEGRÍA e LARSEN (2015) e FONTES (2008) descreveram que um autoconceito empobrecido e desmotivado também prejudica a função sexual.

Como efeito posterior à dificuldade de se aceitar enquanto corpo obeso, acrescido de consequências psicológicas e sociais, encontramos nos discursos objetivos referentes ao tema ‘Mudanças corporais’, assunto sempre esperado quando se fala em obesidade. Da mesma

forma, é previsível que ‘Mudanças corporais’ se relacione com o tema já discutido ‘Aceitar-se/ Sentir-se bem com seu corpo’, uma vez que há complicações psicossociais em ter um corpo obeso e esse fato dizer sobre a relação individual subjetiva com seu corpo, observado em falas como *“Não, meu foco principal é pra me... pra emagrecer mesmo. Entendeu? Eu não me aceito desse jeito, do jeito que eu estou.”*.

O tema ‘Mudanças corporais’ tem como relato central o objetivo, angústia ou preocupação de emagrecimento ou mudanças físicas, como em *“Estar mais magra! Isso é muito importante pra mim. Por isto essa busca! É uma busca incessante. Isto é muito importante pra mim!”*. É um discurso com baixa frequência de aparição, considerando o total dos dados o tema representa 5,5%; quando consideramos somente seu eixo (‘Significações, percepções e influenciadores da qualidade de vida’), representa 6,3%; tem quando consideramos seu subeixo (‘Qualidade de Vida na Obesidade’) frequência de 18,5%.

Algumas relatam que viveriam melhor, ou bem, ou se aceitariam se emagrecessem/perdessem peso ou fossem magras. Algumas falas narram as mudanças que o corpo passou no processo de acúmulo de peso e o que isso mudou na vida delas, como em *“Mais leve! Me aceitar no espelho! Porque eu por exemplo não me olho no espelho faz tempo! Quando... me olho de relance é um susto, porque não me reconheço! Não. Nada! Não tive mudança nenhuma! É MUITO! Muito importante. Faz tempo que eu busco isso. Desde que o Pedro nasceu, Pedro tem cinco anos... é, desde que o Pedro nasceu. Eu engordei trinta quilos na gravidez. Eu usava trinta e oito! Então, foi um... choque enorme! Tinha roupa infantil que eu usava! Tinham peças. Eeee, um choque muito grande! Porque assim, depois que o Pedro nasceu, o meu formato do meu corpo mudou. É... não é, o meu corpo não é mais a mesma coisa. Porque eu fiquei com problema hormonal muito pesado, eu não tenho hormônio masculino. Já fiz reposição diversas vezes, mas meu corpo não fixa, né, esse hormônio. É perigoso, né! Até que eu não fiz mais. E devido a isso eu tenho hoje, que eu nunca tive, culote, barriga, braço, interno de braço, tudo isso devido a muito hormônio feminino, porque eu não conseguia amamentar o Pedro. Eu tive um... passei um... nervoso e meu leite secou com quinze dias que ele tava de nascido! Então não... amamentei ele! E aí veio, com isso tudo, um pacote de problemas e eu não consigo resolver!”*. Outras agregam ao desejado processo de emagrecimento a conquistas de objetivos de vida, como a maternidade *“Realmente, acho que uma coisa leva a outra, eu quero emagrecer pra ter um filho, então eu não quero tá gorda pra engordar mais ainda...”*.

Há relação peculiar do tema ‘Mudanças corporais’ com o tema ‘Aspectos psicológicos na obesidade’, aparentemente, tal qual há mudanças psicológicas e sociais no acréscimo de peso corporal, espera-se que haja mudanças psicológicas e sociais na perda de peso, observado no trecho “*M: Qual seu objetivo? I: E, hum, tá mais magra, (...) nunca fui magra, falei, eu sempre fui gorda, emagreci, eu perdi [riso] trinta e poucos quilos e desses trinta já ganhei uns vinte, [com voz mais baixa] já ganhei uns vinte e cinco. E nessa época que eu fiquei muito magra eu era muito mais feliz, porque é muito... totalmente diferente. Você olha no espelho é diferente, você compra uma roupa é diferente, você... tudo!*”. É interessante observar que há projeções para o emagrecimento que vão para além das questões físicas, não é só pelo fato de encontrar mais roupas, há a expectativa de que se encontrará felicidade na realização do desejo de emagrecer. Mas o conceito de felicidade não se resume a alcançar objetivos e se encaixar em padrões sociais, é um conceito tão complexo quanto o de qualidade de vida, o que nos gera desconforto em aceitar instantaneamente a associação de emagrecimento e felicidade.

Em outro relato há a projeção de mudanças no relacionamento com as pessoas, “*Gostaria de conseguir emagrecer de uma maneira acho que consciente, que eu consiga manter e de me enxergar de uma maneira diferente, porque minha vida inteira eu fui gorda, como será que eu seria com... se eu fosse mais magra? Será que eu me veria de uma maneira diferente? Como que eu ia me relacionar com meu corpo? Como que... será que ia mudar a maneira de eu me relacionar com as pessoas? Eu tenho essa curiosidade.*”, e na fala “*Meus objetivos é... é emagrecer e... ficar melhor, é acho que com meu psicológico, com meus pensamentos, pra ver se as coisas fluem melhor. Arrumar um namorado...*” há a perspectiva de que se elimine problemas da vida a partir da eliminação de gordura. Compreende-se o impacto do corpo obeso nas relações interpessoais numa sociedade com padrões rígidos (e muitas vezes, irreais) de estética, mas é delicado acreditar que somente essa parte, a perda de peso, será suficiente para resolver problemas de relacionamento pessoal, são poucos os problemas que abrangem somente uma possibilidade de resolução.

Considerando o explorado no tema ‘Mudanças corporais’, observando que a obesidade tem poder de mudança na vida do indivíduo, compreende-se a prematura vinculação entre resolução do excesso de peso e resolução de diversos problemas da vida, mas tentemos expandir a reflexão sobre aspectos da vida, apesar de a obesidade ter grande poder de cingir diversas áreas, ainda possui tantas outras vertentes a serem pensadas e elaboradas.

Os temas ‘Sentir-se bem’ e ‘Mudanças corporais’ correspondem a 62,18% do subeixo ‘Qualidade de Vida na Obesidade’, demonstrando que falar do corpo, do autoconceito e da autoimagem são temas importantes para a qualidade de vida dessas mulheres que vivem com obesidade. No entanto, é relevante observar que temas como corpo, preconceito e percepção do próprio corpo (24,18%¹²) tem menor impacto numa pesquisa de qualidade de vida na obesidade do que temas como trabalho e família (28,21%), dadas as porcentagens dos temas.

Isto é condizente com a compreensão de que questões relativas à vivência e aos aspectos sociais são marcadores importantes de qualidade de vida. Tal consideração tem proporções diferentes na condição obesidade, mas ainda assim, qualidade de vida está presente na vida dessas mulheres na condição obesa, o que precisa ser explorado são as barreiras a serem superadas, mas estas parecem ser semelhantes as barreiras encontradas pelas pessoas dentro dos padrões normais de peso, ser obeso é apenas uma das inúmeras variáveis de qualidade de vida e não o determinante principal.

O último tema do subeixo é ‘Preconceito’, tema que relata tanto o preconceito contra o corpo obeso de outras pessoas, inclusive algumas falam das sutilezas no discurso preconceituoso, como o julgamento automático de que obesos são preguiçosos, como em *“I: Fiz o judô até a adolescência, ehh, assim, mas na escola eu era praticamente o patinho feio, né, assim, como eu era gordinha. Aí eu não fazia nenhuma atividade, ficava no meu canto, às vezes eu até falava 'ai, mas meu joelho dói muito!', pra não participar, porque eu tinha vergonha também, aquela situação do bullying também, né! M: Você sofreu um pouco de bullying? I: Sim, na escola, praticamente minha infância foi essa parte do bullying. 'Ah, ela é gorda correndo lá'.”*. Quanto o autopreconceito, como em *“Não, é um absurdo! Eu acho, eu, eu tenho certeza absoluta, que eu falo assim 'meu, mas nem cachorro olha pra mim pra fazer xixi, imagina homem!'. Não olha, paquera, nada, não sei o quê. Quando paquera, fala da boca! Ai, mas eu falo assim, meu filho, fala do resto! Não, fala assim 'nossa, que boca!'”*.

Há algumas falas que narram situações vivenciadas ou assistidas de preconceito, e sobre as sensações consequências do preconceito social contra o obeso, como em *“É, o que eles falam é o que as pessoas falam pra você mesmo, né? Porque [voz entre riso] que nem minha irmã falou quando eu comecei o curso, ela é meia... toda naturalista, bem magra, né? Aí ela falou assim 'ah, agora', só que ela solteira, né - nunca casou, nunca teve filho, nada – 'ah, agora você vai entrar aí, vai emagrecer, vai arrumar um... Um cara!'. Só que o meu problema, eu não preciso arrumar ninguém! [breve silêncio] Não preciso emagrecer, eu*

¹² Considerou-se as porcentagens dos temas ‘Sentir-se bem’, ‘Aspectos psicológicos na obesidade’ e ‘Preconceito’.

tando gorda, se eu quiser, eu arrumo! Aí, só que eu achei engraçado ela falar isso, né? Porque só a pessoa magra tem o direito de arrumar alguém?”.

A questão do preconceito em relação à obesidade, nas narrativas aqui apreendidas dão indicativos acerca do impacto das posturas alheias na leitura de qualidade de vida das mulheres. O preconceito influencia a imagem que essas mulheres têm de si, dada que a subjetividade constrói e organiza a si próprio no social em relação dialética (FORMOSINHO, 2006), a maneira como as pessoas se expressam diante de um corpo físico obeso, instantaneamente percebido e julgado (POULAIN, 2013; FONTES, 2008), compromete a construção da autoaceitação, de seu autoconceito, que influenciará, então, sua avaliação de qualidade de vida. Observamos isso em “**1:** *É que aqui todo mundo é meio igual, entendeu? Todo mundo passa pelos mesmos...* **M:** *Claro! Problemas parecidos...* **2:** *Exatamente!* **1:** *Agora, você vai em qualquer outro lugar, eu, eu vou te dizer, meu marido, ele tem, ele nunca reclamou, assim... reclama do meu peso, tal, mas é apaixonado por mim há muuuitos anos, esperou muito tempo por mim, tudo, do jeito que eu sou ! Maas ele tem preconceito! Assim, outro dia um amigo desempregado há muito tempo, tal, o cara tava largadão, gordão, e ele falando pro outro "ele tem que primeiro emagrecer! Não adianta ele procurar EMPREGO se antes ele não EMAGRECER!".* **3:** *Como se a competência fosse medida pelo peso!* **1:** *Aí eu já, falei "Paulo, por quê? Que negócio é esse? Por quê?", "Ah, a disposição, ele não vai ter disposição!", aí eu falei "Bom, medindo a minha disposição [riso], eu vou ter até que concordar!". Mas... uma coisa assim!* **4:** *Então se ele não emagrecer, ele nunca vai arrumar emprego?* **1:** *ENTÃO! Absurdo! Um absurdo, porque querendo ou não, em casa, agora tô sem disposição, tudo, mas minha vida inteira trabalhei e fui muito competente!”.*

Considerando os temas, vemos que o impacto negativo da obesidade na qualidade de vida não tem sua maior origem no corpo enquanto matéria física, parte importante dos problemas da obesidade se relacionam com o estigma atrelado a esse corpo que foge a padrões (GOFFMAN, 1988). Estigma este que, por vezes, contamina até mesmo o olhar dos profissionais que (deveriam) cuidar destas pessoas. Interpelam o obeso, desqualificando-o pelo corpo e imagem corporal, a apresentação social distorcida do esperado causa incômodo, como descrito por POULAIN (2013) e FONTES (2008), também visto nesse trecho sobre o ambiente da academia “*Aí fica aquela coisa de você ver aquele monte de mulher com corpo maravilhoso, aquele povo tudo sarado, você chega lá gordo horrível... Aí todo mundo, parece que tá todo mundo te olhando!”* e esse sobre ambientes em geral “*As pessoas, as pessoas te encaram de outra forma, porque tem isso sim!”.*

O olhar externo desqualifica a vida do obeso com conceitos pré-estabelecidos acerca do caráter da pessoa obesa, gerando discriminação, insatisfação consigo mesma e, inclusive, autodiscriminação às vezes. Entende-se, então, que há dois caminhos para o mesmo ponto, o obeso pode não ter qualidade de vida por seu corpo gerar consequências, e também pelo olhar do outro que o diz incapaz. Aparentemente, é mais desqualificador da vida o olhar do outro do que o corpo efetivamente, ‘Sentir-se disposta’ e ‘Sintomas físicos’ somam 5,54% e ‘Preconceito’ tem frequência de 5,79%, essa elaboração é muito bem expressa em “**1:** *Hã... eu sempre achei que eu fui uma criança bem gordinha! E aí um tempo atrás eu tava olhando as fotos 'eu não era tão gordinha!'. Acho que porque a minha irmã era tão magrinha, tão esquelética, que na comparação, 'gente, como eu posso!'. Eu me achava super gorda! E não era! 2: Era feliz e não sabia, né? 1: Eu comecei mesmo a engordar na adolescência. E aí eu engordei bastante... acho que a adolescência é uma fase difícil, né? É muito difícil e essa comparação da minha irmã sempre esquelética e eu... eu era normal, mas não era esquelética, mas ela era muito magrinha! E essa comparação e aí vários problemas na adolescência, comecei a... (...) E aí engordei bastante!*” e “**1:** *Muito preconceito! MUUITO, gente! Muuuito. 2: Inclusive para emprego!*”.

O problema de as pesquisas majoritariamente fazerem um recorte de qualidade de vida (ex.: na obesidade se exalta a saúde afetando a qualidade de vida) somada à escolha de uma perspectiva (a avaliação externa, não da pessoa na condição obesa, implica afetações, inquietações e percepções diferentes) (ALEGRÍA e LARSEN, 2015; STUNKARD e WADDEN, 1992 *apud* VASCONCELOS E COSTA NETO, 2008; BROW et al., 1997; LATNER et al., 2014; SANTOS et al., 2012; VASCONCELOS e COSTA NETO, 2008; WEE et al., 2014) é que sempre entender-se-á que a saúde do obeso é ruim e afetada, pois as capacidades e necessidades tem importâncias diferentes para cada indivíduo, só o sujeito que possui determinada condição pode dizer quão limitado ou prejudicado se sente, se sente-se prejudicado. Assim, a previsão de incapacitação ou prejuízo causado pela obesidade por pessoas não obesas é errônea, tal formação de opinião também é descrita por UBEL et al. (2005) sobre a previsão de sensações de pessoas não deficientes imaginando-se deficientes.

Aqui é possível fazer um paralelo ao paradoxo da deficiência descrito, em que os autores ALBRECHT e DEVLIEGER (1999) assinam que há preconceito nas atitudes e expectativas das pessoas em relação às pessoas com deficiência, que são demonstrados em atitudes ambivalentes, falta de apoio e julgamento de que as pessoas deficientes não têm qualidade de vida igual às pessoas não deficientes. Compreendendo, após as vivências com as

mulheres obesas por determinado período e exaustivas leituras dos relatos e narrativas dessas mulheres, que há também um paradoxo nos resultados de qualidade de vida na obesidade encontrados até então, pois a obesidade também abarca peculiarmente a experiência pessoal da definição do eu, da visão de mundo, do contexto social e das relações sociais, tais pontos são observados no relato “**1:** Ah, eu acho assim, quando eu entrei no grupo de corrida o próprio treinador foi ele, (?) um homem alto, magro, atleta, maravilhoso... é tá... ele falou assim “Ah, você já corre?”, ele “Você sim né?” pro meu irmão, pra mim [ri] ele tratou... **2:** Preconceito. **1:** Se eu não fosse uma pessoa madura, se eu não tivesse com meu objetivo certo tinha desistido na hora... Porque foi meio humilhante assim. Eu não me senti humilhada porque eu tava certa no meu objetivo então, seja lá como for, aí eu falei assim que eu já tinha corrido, que eu já tinha feito uma hora e quinze dez quilômetros, aí ele “Ah tá bom, você vai entrar no grupo seis e você vai pra elite” falou pro meu irmão. **2:** Meio que desdém né? [várias falam concordando] **1:** É, desdém mesmo, mas é meio que um estímulo, né? Mas assim, eu tava muito certa, eu corria antes, antes de engordar, então eu sei que eu sou capaz, e teve uma prova agora que eu fiz dez quilômetros em uma hora e sete e surpreendi ele, então assim...”.

Também sobre o paradoxo da deficiência, HARTOONIAN et al. (2014) encontraram em estudo que dor física e complicações médicas associam-se à depressão e menor qualidade de vida, como encontrado no tema ‘Sentir-se bem’. Ainda segundo a autora, na mesma medida, os fatores de participação (atividade social, ocupacional ou física) exercem efeitos positivos na avaliação de qualidade de vida e na depressão, o que equipara-se ao apresentado nos temas ‘Colocar-se em primeiro lugar’, ‘Família’, ‘Atividades profissionais e Finanças’, ‘Fazer o que gosto’, ‘Cuidar de si’.

Com relação aos fatores contextuais no paradoxo da deficiência, FELLINGHAUER et al. (2012) compreenderam que pessoas com a mesma deficiência experimentam graus e tipos diferentes de restrições que dependem de fatores ambientais e pessoais. Concluem que o paradoxo desaparece quando consideramos os fatores contextuais, pois são responsáveis por limitações de atividade e participação existentes para algumas pessoas e que para outras não existem, isso porque a percepção de má qualidade de vida se vincula à percepção de limitação de atividade e participação. No caso das deficiências, em grande parte fala-se de limitações contextuais físicas, enquanto para o universo das obesas as limitações contextuais passam a ser, primeiramente, questões de aceitação e interação social, exemplificado nos relatos “O mais difícil pra mim que tenho sobrepeso é ir, por exemplo, numa academia, prum grupo

onde você é o único que tem sobrepeso. Parece que você já tem que entrar magro.”, “É, eu acho que assim, o descaso. Porque por exemplo, se você é linda, com o corpinho sarado, eles (educadores físicos) vêm, e fica, olha, o exercício assim (considerando um ambiente de academia)... como não é nosso o nosso caso, é o que a Vera falou, o aparelho (de exercício físico) tá ali, vai, vai, se vira...”, “Sabe que eu percebi assim, entre as minhas amigas, que assim ó, hã... mesmo eu sendo gorda, eu SER auto confiante, demonstrar auto confiança. Isso deixa elas totalmente desestabilizadas! 'Mas como assim? Você é gorda, não pode ser auto confiante!'. Né? É mais ou menos assim. As pessoas esperam da gente que a gente seja tímida, retraída, que tenha o rosto, só o rosto bonito, né? [riso]”.

Mas também há questões contextuais bem materiais na vivência da obesidade, como o citado em “**1:** E roupa de gorda, fala sério, heim? **2:** É roupa feia! **1:** Eles escolhem um tecido assim 'olha, eu vou te ferrar!' Né? [riso] **2:** Aquele mais estampado, mais horroroso! **3:** É! É! Bem assim. O corte é horrível! **2:** Não, e não serve! Você não pode entrar tipo, sei lá, numa C&A®! Não serve! Não entra, não cabe! **M:** Isso é impressionante! As medidas... **2:** Não tem! **M:** ...das roupas é uma coisa da ditadura... **2:** É que a roupa é chinesa! Né? Muita roupa vem da China e elas são pequenininhas, elas não têm o nosso tamanho! **1:** Apesar, a minha, a minha comadre mora em Boston e acho que lá também é tudo made in China. **2:** Ah, deve ser! **1:** Mas, mas ela, ela fala... NE-NHU-MA dificuldade! **4:** Eu comprei tudo M pra mim quando eu fui pro Estados Unidos! **1:** Ela anda com uns vestidos! Que eu fico [expressão com boca aberta], hã! Eu falo 'comadre!'. **2:** Então, mas até tem aqui, mas você vai comprar um vestido, eu pago duzentos reais! Como você compra?”. É notório como o local onde se compra a roupa repercutirá nas sensações, os sentimentos que surgem quando se percebe que seu próprio corpo é ou não adequado para um padrão, um modelo.

E ainda, considerando as pesquisas tradicionais de qualidade de vida na obesidade, é necessário refletir sobre um fator, geralmente o público obeso tomado como sujeitos de pesquisa são pessoas que procuram o sistema de saúde (uma grande fonte de captação de sujeitos de pesquisas para área da saúde). As pessoas que vão aos serviços de saúde provavelmente lidam mais com suas questões de autocuidado, o que conforma um tipo de olhar para seu corpo, sua saúde, sua funcionalidade, etc. Conceitos e visões que provavelmente são diferentes para aquela parcela de pessoas que não lidam com suas questões de autocuidado e saúde, portanto frequentam muito pouco locais que oferecem serviços de saúde. No caso da pessoa obesa, geralmente, essas pessoas vão aos serviços de saúde por querer mudar tal condição, ou quando há alguma modificação de seu quadro de saúde. Esse

tipo de entrada no serviço de saúde pode levar a relatos e avaliações negativas da obesidade e da qualidade de vida. Decerto, é interessante a ampliação dos sujeitos ouvidos sobre o tema qualidade de vida na obesidade, e principalmente a ampliação dos locais de captação desses sujeitos, pois, aqueles que não tem nenhum problema de saúde, ou que não são frequentadores de serviços de saúde, podem ter um discurso diferente sobre sua obesidade e sua qualidade de vida.

Tomando tais observações, faz-se necessário considerar como encontramos as mulheres para esse estudo. O convite para adentrarem nas pesquisas foi ofertado por meio da pesquisa “Saúde e Bem-estar na Obesidade”, o nome denuncia que o estudo se remete à condição obesidade, fato importante, pois nos leva a pensar que não falamos sobre uma saúde e bem-estar pós obesidade. Além disso, na entrevista inicial, para serem aceitas na pesquisa as mulheres tinham que entender (e concordar) que o modelo de intervenção era diferenciado (da tradicional intervenção dietoterápica associada ao exercício físico focado no gasto energético) e não almejava-se emagrecimento. As mulheres que participaram concordaram com a proposta e assinaram o TCLE, que esclareceu todos os detalhes da pesquisa.

O último eixo temático do estudo, denominado ‘Formas pelas quais a qualidade de vida pode ser promovida junto as pessoas na condição obesidade’, tem frequência baixa, a frequência do eixo todo é de 12,09% dos dados gerais, em função do espaço e objetivo que se teve nesse estudo para discutir a questão.

Pensar e discutir estratégias sobre como tratar e lidar com a vivência na obesidade merece atenção especial, de forma que este trabalho indica questões acerca da importância de se pesquisar novas estratégias de cuidado que dialoguem em outra perspectiva com os sujeitos alvo. Manteve-se os objetivos do trabalho e deu-se maior ênfase a discussão da qualidade de vida, mas como há relação, pareceu pertinente obter, ao menos, indicações sobre como alguém que se relaciona com uma pessoa obesa pode ajudá-la a acessar uma melhor qualidade de vida, compreendendo que enquanto mulheres obesas os relatos vêm de lugares mais interessados e apropriados do assunto.

Esse eixo é valorizado por dar direcionamentos sobre atitudes e tarefas que tornem o tratamento à pessoa obesa mais humano, efetivo e, o mais importante, acolhedor, não só a forma de se portar e se relacionar com a pessoa, mas o tratamento enquanto ação de saúde também. Entendendo que assim o enfrentamento dos agravos à saúde desencadeados da soma (1) condição obesidade e (2) problemas de saúde seja mais efetivo, direcionado a quem

realmente carece de intervenções na saúde, e com isso diferencio das intervenções para o peso corporal, pois são objetivos de engajamentos diferentes, para a saúde e para o corpo.

O eixo temático surge com disparadores para se pensar sobre as formas de cuidar da saúde e do corpo de pessoas obesas, a partir de pontos que essas mulheres obesas julgem importantes e pertinentes. Tal assunto é relevante, principalmente, a partir da implementação da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2010).

Enquanto diretriz política transversal, a ‘Política Nacional de Humanização (PNH)’ intenta constituir vertente orgânica do SUS. Essa política é um conjunto de princípios e diretrizes que caracterizam uma construção coletiva de saúde e de sujeitos, buscando aumentar a corresponsabilidade dos atores para gerar mudanças na cultura de atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho qualificando a atenção e a gestão da saúde. A saúde enquanto valor de uso exige que o trabalhador da saúde tenha como padrão de atenção o vínculo com os usuários, garantia de direitos, estimular o protagonismo, supõe diálogo como troca de saberes que escute as necessidades sociais (o saber do usuário e da sua rede social), para produzir uma grupalidade que sustente construções coletivas. Entendendo que sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios, significa investir na produção de um novo tipo de interação entre sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O principal foco da PNH é destacar o trabalhador da saúde, que cita Dejours para compreender o processo de trabalho e destaca “Trabalhar não é somente produzir; é também transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para realizar-se” (DEJOURS, 2004, p. 30 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Tem como tema exíguo da pesquisa ‘Equipe Multidisciplinar’ (0,05%), que refere-se a importância de diferentes profissionais cuidarem do paciente em condição obeso para que todas as suas demandas sejam observadas, revelando um entendimento da complexidade da condição obesidade, assim como enfatiza a troca de saberes, como em “*Eu acho que o que falta é... mais assim, aí também não sei também se precisaria voltar um passo atrás na hora da formação mesmo dos médicos. Dos profissionais. Mas é... acho que falta um engajamento entre todas as é... todas as áreas envolvidas nesse problema. Então você tem obesidade? Tem. Que que você precisa? Você precisa de um endocrinologista, dum nutricionista, do cardiologista.*”.

O tema ‘Acolhimento’, é o tema mais frequente do eixo (33,33%), retrata a importância das pessoas obesas se sentirem bem tratadas quando solicitam ajuda, os relatos

falam sobre o acolhimento e a empatia de profissionais da saúde, como em *“1: Eu tô num grupo de bariátrica né, porque... não pelo peso, mas porque eu tô num grau de apneia do sono muito alto, e o risco é muito alto, e... a nutricao... a endocrinologista que me deu encaminhamento é o que você falou, é a relação pessoal, ela chegou pra mim, ela falou... assim, a forma como ela falou, sabe? Com compaixão, óh... Faz diferença. Ela falou assim “Eu vou te colocar mas assim, procura outras opções... Vai emagrecendo pra ver se a apneia diminui, tudo, cê tem um ano pela frente pra você correr atrás”. Então é a forma que faz toda a diferença. M: Olha nos olhos, um olhar de compreensão, é isso que te faz... 2: É o que falta. 1: Ele... é... geralmente ele “Quantos filhos você tá?”... Ele nem olha pra você. 3: Ai ele arranca um bloco, uma dieta e acabou. 4: Ai pega o bloco, faz assim “Tô, faz isso daqui”. 1: Não, a única coisa que ele dá um sorriso é quando vai te indicar, ele fala assim “Óh, essa farmácia aqui, eles têm”...”*. Há narrativas sobre as sensações que alguém com um corpo obeso experimenta em situações sociais, principalmente em ambientes com predominância de pessoas com peso corporal classificado como eutrófico, e a importância desse acolhimento para permanência em lugares ou práticas de hábitos saudáveis de vida e grupos de apoio ao obeso. Há relatos sobre serem maltratadas por pessoas no momento em que as conhecem, e às sensações no encontro entre profissional e paciente e a disponibilidade do profissional em conversar e tirar dúvidas.

Considerando que a obesidade (marca corporal, física) ainda ocasiona um julgamento moral e que, a partir, daí há um tratamento social característico voltado à pessoa obesa, parece coerente que os temas com maior frequência nesse eixo sejam ‘Acolhimento’ e ‘Motivação ao cuidado de si’. Acolhimento é algo trazido nos relatos como prática eventual por parte dos profissionais de saúde, e relaciona-se com o cuidado de si da seguinte forma: quando a pessoa obesa é recebida de forma hostil por um profissional da saúde, ela se sente mal, sente-se inadequada e sem orientações cabíveis para resolução de seus problemas, e pode passar a não procurar mais esse tipo de cuidado, e quando o contrário, então, quando essa pessoa obesa encontra acolhimento nesse profissional da saúde, executando real papel de cuidador, há relatos de aumento da motivação para o autocuidado, o que é potente como promoção de saúde, observado em *“Porque só a atenção que vocês estão dando pra gente já ajuda, porque a gente se sente já cuidado, acolhido! Né? Porque, não é todo mundo, né, que dá atenção, a gente passa assim batido, né? (...) Que a gente se sente, assim, acolhido, né? Só a atenção que dá pra gente, os conselhos que a gente tá tendo. (...) Ajudando a gente a saber, mesmo estando gordinho, saber escolher melhor o alimento, entendeu? Pelo menos a gente saber*

comer melhor, só de se preocupar com a gente, a gente já sente, tipo, tratada. Assim, mesmo que a gente esteja gordinha, a gente tá se sentindo bem.”.

Dessa forma, evidencia-se que uma das principais ações (emergentes) para o cuidado com o obeso é a empatia e o acolhimento, como lemos em *“1: Eu acho que o primeiro passo também é não julgar né, o paciente. Não julgar o paciente. Muitas vezes você vai num profissional que ele... você... ele te culpar vo... “Como você tá com esse peso, cê num percebeu? Chegar até esse ponto”. 2: Você leva bronquinha né? 1: É, exatamente. 3: Como você esperou chegar nesse ponto? 4: Culpabilização. Culpabilização. 3: É, chama humanismo. Na relação, médico ao paciente né? 1: Exatamente. Eles te julgam e... e... acham que eles tem a fórmula mágica pra... é só seguir o que eles vão falar e ser... se você não ser... seja... num tá lá, num... tem o peso que você quer, é porque você nunca fez o que eles pediram... né, que ele pediu pra fazer, cê nunca aceitou a opinião deles.”.*

Essa é uma das falas mais emotivas dos relatos, chama muita atenção a última frase dessa mulher, *“cê nunca aceitou a opinião deles.”* Questiona-se então, quem aceitou a opinião delas? Dos obesos? Quem perguntou a opinião deles? Todos temos um corpo, cada um sabe mais sobre seu próprio corpo do que qualquer outra pessoa, pois esse um foi o ser que mais conviveu com esse corpo, por mais que os trabalhadores da saúde conheçam muito sobre os processos e funcionamentos corporais, o dono do corpo é quem realmente o conhece, de forma que é fundamental e potente a real escuta atenta, perspicaz e sensível das pessoas na condição obesidade, relatado de forma muito emotiva em *“1: A endocrinologista que me deu encaminhamento é o que você falou, é a relação pessoal, ela chegou pra mim, ela falou... assim, a forma como ela falou, sabe? Com compaixão, óh... Faz diferença. Ela falou assim “Eu vou te colocar mas assim, procura outras opções... Vai emagrecendo pra ver se a apneia diminui, tudo, cê tem um ano pela frente pra você correr atrás”. Então é a forma que faz toda a diferença. M: Olha nos olhos, um olhar de compreensão, é isso que te faz... 2: É o que falta. 1: Ele... é... geralmente ele “Quantos filhos você tá?”... Ele nem olha pra você. [Várias falam juntas]. 3: Ai ele arranca um bloco, uma dieta e acabou. 4: Ai pega o bloco, faz assim “Tô, faz isso daqui”. 1: Não, a única coisa que ele dá um sorriso é quando vai te indicar, ele fala assim “Óh, essa farmácia aqui, eles têm”.”.*

Na PNH é dito que pouco se preocupa com os sentimentos suscitados no trabalhador da saúde, que é exigido a dar respostas que aliviem a dor e o sofrimento do outro, mas não se pensa, nem discute, sobre as sensações de impotência e frustração dos trabalhadores, inclusive, se desconsidera tais fatos. Talvez por isso, inclusive, não se admite que os

tratamentos para obesidade, em maioria, são falhos e têm trilhado rumo a um tipo de tratamento cada vez mais das tecnológicas duras e dos procedimentos invasivos. Constroem-se procedimentos que ficam sob responsabilidade de um único profissional especializado e muito técnico, não acolhem e cuidam das pessoas que possuem corpos maiores (do que se estabeleceu como padrão), cada vez menos se escuta a pessoa obesa que fala de dentro desse corpo, sendo que, como mostrado ao longo desse estudo, o caminho que os deixará viver bem, aparentemente, é o das tecnológicas leves: a escuta, a ponderação, a troca e o respeito. Todo o explanado nesse último parágrafo é visto em *“Eu já tive em médico, endocrinologia, que perguntou pra mim se eu não tinha vergonha do meu corpo! Mas eu fui no neurologista. Eu sentei na cadeira dele, ele falou 'o que que você tem?’, eu falei 'eu tô aqui que a médica mandou eu passar em vários médicos, porque tem um erro, um negócio no meu exame de sangue e ninguém sabe o que que é!’. E ele falou 'e você tá pensando em emagrecer quando?’. Assim! Eu também cansei, eu cansei de passar em médico que fala que o meu problema é a banha!”*.

Por fim, para convocar a reflexão adiciono que a PNH também coloca em seu caderno “parte-se do pressuposto que o trabalho pode ser fonte de saúde e doença, que o trabalhador está constantemente lidando com as fragilidades do ser humano” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 188), precisamos conhecer, colocar em foco e acolher essas fragilidades, ao passo que AYRES (2005, p.92) complementa conceituando cuidado como:

Uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Nesse mesmo sentido, encontramos o tema ‘Equipe Multidisciplinar’ que apesar de ínfimo nesse estudo, foi destacado em um tema em função da relevância do assunto que propõe. Aceitando que as obesidades provêm de uma complexa relação de fatores, é incontestável que a atenção ao obeso clame pela interdisciplinaridade, mas, ainda, não é uma prática comum. O nome ‘Multidisciplinar’ foi utilizado pois é assim que é citado nas falas, porém, a obesidade necessita do compartilhamento e da comunicação entre os profissionais, então a interdisciplinaridade em lugar da multidisciplinaridade.

O último tema, ‘Motivação ao cuidado de si’ é o mais frequente do eixo em relação ao total, com frequência de 7,56%, reúne os subtemas que tiveram em comum mensagens que destacam ações compreendidas como potencializadoras ou fomentadoras de autocuidado para

essas mulheres. O subtema mais citado foi ‘Desmistificar informações acerca da obesidade’, que retrata a busca dessas mulheres por informações sobre saúde compreensíveis, úteis e factíveis às suas vivências, como em *“Ah, tirar aquele tabu da pirâmide! [risos] Ah, você precisa colar a pirâmide na parede, você precisa colar a pirâmide no espelho! Eu não preciso!”*. Também há falas sobre descobrir novas formas de agir e/ou ter novas reflexões a respeito de si e de sua saúde por ter boas informações. Os focos das falas são diversos: a associação de algumas doenças com a obesidade; as confusas informações sobre alimentação; a dificuldade em estabelecer o hábito de praticar atividade física no cenário atual; o julgamento moral do obeso levar a comportamentos sacrificantes para reverter a obesidade; a reflexão sobre o conceito popular de que emagrecimento é igual à felicidade; as dúvidas e temores causados pelos procedimentos cirúrgicos que prometem resolver a obesidade; e as consequências de dietas restritivas na saúde e comportamento.

Algumas ilustrações são: *“É... que por exemplo, boa parte do meu peso veio de um problema de tireoide! Então, assim, por menos que eu coma, não adianta você fala pra mim “ai, come legume”, “mas eu como legume”, “ai, não come isso” ...Por que? Porque meu problema não é simplesmente o peso! Você tem quem é saudável e está acima do peso!”*; *“Então é isso que eu acho, é muito fácil a gente tá com cem quilos, chegar e o médico tirar metade do seu estômago, mas e aí? E depois?”*; *“E às vezes fazem você comer alimentos que você não tá acostumado! É... come granola, come gergelim, come não sei o que lá, coisas que você não tá...”*.

Há muita confusão na interpretação da obesidade (em função do não domínio de seu caráter multifacetado), na condução do cuidado e em se aplicar intervenções assertivas para a obesidade. De forma que é importante ressaltar que para cada pessoa será elaborado e conduzido um tipo de cuidado (a partir das práticas de saúde). Seria bastante inovador uma educação em saúde, pautada na promoção de saúde, que se debruce sobre os interesses individuais e construa com os indivíduos algo similar ao Projeto Terapêutico Singular, mas não a partir da doença, a partir daquilo que se quer construir como saúde e corpo para o futuro, ao longo da história de vida de cada indivíduo.

De forma integrativa e coerente o subtema sequencial é ‘Construir junto’, é uma estratégia já pensada por essas mulheres para as questões levantadas no tema anterior, reúne falas sobre o desejo de serem tratadas individualmente pelos profissionais de saúde, com direito a investigação profunda sobre as causas da obesidade, entendimento delas enquanto ser complexo e não reduzi-las unicamente ao corpo obeso, para a partir disso a construção de um

modo de agir perante suas necessidades de saúde e como indivíduo. Como fala em *“Mas eu acho que... é... porque as coisas vão vindo, né? As coisas vão aparecendo, as questões vão aparecendo e às vezes fica difícil. (...) Então eu tive que aprender a descobrir que eu não mastigava direito, que eu não bebia água direito, por isso apareceu as pedras, a... areia! Eu não mastigava direito, por isso que aí eu descobri que eu tinha um dente fora do lugar e que por isso que eu não mastigava direito. E quando eu comecei a mastigar direito eu descobri que eu tinha que tratar esse dente! Então é uma, é uma descoberta, é uma aceitação! (...), assim é, é, éhh muito bacana não ter mais, é... não tenho mais episódios compulsivos nos últimos tempos. Mas eu tenho um transtorno. De compulsão alimentar! E foi isso que fez com que eu conseguisse manter essa obesidade até o momento.”*, esse relato resume o processo de entendimento do corpo, entendimento da construção desse corpo e dessa saúde, que acontece ao longo da vida e tem fases e marcas. Novamente, há que se pensar sobre essas fragilidades, considerar a pessoa, para daí construir junto, pessoa obesa (paciente) mais profissional da saúde (cuidador) traçar as ações.

Por fim, o subtema ‘Estímulo a fazer atividade física e cuidar da alimentação’ reúne falas aconselhando aspectos importantes na atenção à saúde do indivíduo obeso no que tange à alimentação e à atividade física. Tema esperado em função da associação da obesidade com as questões de ingestão e gasto energético, o subtema tem falas curtas e objetivas sobre atividades físicas e práticas alimentares, consideradas interessantes por essas mulheres, como ‘caminhada’, ‘malhar’, ‘comer comedido’, etc. , como em *“Eu... eu... a primeira coisa acho que tem que ser a atividade física...”* e *“1: Eu diria "coma de tudo pouco". Porque eu acho que de todos os regimes a minha vida inteira desde os onze anos! É! É! É... eu acho que você precisa de tudo um pouco 2: Coma de tudo, mas não coma tudo. 1: Iiisso!!! Você não pode deixar de ter o prazer”*. Ressalva-se que são alguns olhares dentre diversas práticas possíveis para lidar com as questões sobre corpo, a condição obesidade e saúde.

5. QUESTÕES PARA PENSAR

Qualidade de vida é, sempre, independente do recorte, uma soma de fatores que acompanham a época, a cultura e o local, dando um caráter mutável ao conceito de qualidade de vida. Assim, o conceito de qualidade de vida adotado e as representações para qualidade de vida encontradas nos relatos dessas mulheres podem perder o sentido num momento, cultura e local diferentes.

Da mesma forma, questões de gênero conferem considerações diferentes acerca da qualidade de vida. O considerado feminino na sociedade, outorgado culturalmente e estereotipado (CANESQUI, 2005), carrega consigo uma formação de conceitos, papéis e autoestima diferentes da formação para o homem, também entre mulheres de diferentes etnias e locais.

Assumindo que temos graus de obesidade, logo é cabível assumir, também, impactos diferentes na qualidade de vida para cada grau de obesidade. Esse estudo só abrangeu dois dos quatro graus de obesidade descritos.

Nesse estudo encontramos muitos dados, de forma que optou-se, como primeira aproximação do tema, em demonstrar impressões gerais: complexidade de significados, relativização necessária para o entendimento de qualidade de vida, perspectivas que ultrapassam o corpo, particularidades dos significados como orientadores do cuidado, destacar os efeitos sociais e psicológicos do estigma da obesidade, bem como a valorização dos construtos de função sociais do conceito de qualidade de vida. Infelizmente não houve o detalhamento de cruzar os dados de caracterização com os relatos encontrados

Todas essas questões são relevantes, porém não exploradas nesse estudo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos de qualidade de vida trazidos por essas mulheres que vivem com obesidade como relevantes foram os aspectos das funções sociais, trabalho e família, não o corpo. A avaliação da qualidade de vida na condição obesidade foi em maioria negativa. Contudo, os fatores que desqualificam a vida são fatores que aparecem em função da interação social, em que o autoconceito fica eivado pelo olhar e reação do outro.

A crítica do outro, o preconceito e o ataque a sua imagem corporal, proveniente do estigma da obesidade, fazem com que a sensação de qualidade de vida dessas mulheres seja diminuída, no sentido de pertencimento social, fator central da qualidade de vida. As questões de imagem corporal desqualificam a vida, dado os rígidos padrões de beleza que não compreendem a condição da obesidade atualmente.

No recorte da obesidade há fatores que atrapalham a qualidade de vida para essas mulheres, mas nos outros setores da vida (trabalho, família, atividades) há fatores que reputam qualidade de vida. Assim, concluímos a avaliação geral das percepções de qualidade de vida como positiva. Não há como fragmentar questões da obesidade dos outros fatores de qualidade de vida, há que se considerar todos, a obesidade é uma das características da pessoa obesa e não o aspecto mais importante da vida.

Entendemos que qualidade de vida é um construto abrangente, que agrega muitos conceitos distintos. Ressalva-se que para redizer qualidade de vida na condição obesidade faz-se importante as pesquisas aprofundarem-se nas questões sociais e seus desdobramentos psicológicos no contexto da obesidade, pois demonstraram-se grandes influenciadores da qualidade de vida na obesidade.

O olhar do avaliador é parte dos dados sobre qualidade de vida. É desafiador o exercício de buscar a essência da pessoa ouvida numa pesquisa sobre qualidade de vida. Pode-se utilizar a sua implicação no tema como potência, para evocar na pessoa pesquisada aquilo que a toca, de maneira sensível e cuidadosa, não desnaturar as sensações e relatos.

Vimos que a Obesidade é um construto multifatorial, que em muito ultrapassa a leitura do mero adoecimento físico e dos processos de limitação e prejuízo a qualidade de vida. As relações familiares, a determinação social da obesidade, a rede de cuidado e atenção a qual a mulher na vivência da obesidade está inserida, e outros fatores como os desejos pessoais e a vida profissional, vão interagir e se retroalimentar, para que tenhamos um quadro melhor ou pior de qualidade de vida na obesidade. Um cuidado que não esteja atento a essas relações

poderá não estar sensível aos fatores determinantes da leitura de qualidade de vida desses sujeitos, possibilitando um cuidado menos efetivo e menos humanizado.

É de grande relevância que se ampliem pesquisas sobre as obesidades para que tentemos compreender, não só os vários elementos que se combinam no conceito amplo de qualidade de vida, como também investigar como as relações desses elementos se dão e impactam na vida da pessoa na condição obesidade.

7. REFERÊNCIAS

- ADOMO, R. de C. F. e CASTRO, A. L. de. O Exercício da Sensibilidade: Pesquisa Qualitativa e a Saúde como Qualidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 172-185, 1994.
- ALBRECHT, G. L. e DEVLIEGER, P. J. The disability paradox: high quality of life against all odds. **Social Science & Medicine**, Chicago, v.48, p.977-988, 1999.
- ALEGRÍA, C. A. e LARSEN, B. That's who I am: A fat person in a thin body": Weight loss, negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, Nevada, v.27, p.137-144, 2015.
- ALMEIDA, M. A. B. de, GUTIERREZ, G. L. e MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo, 2012. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP. Modo de acesso ao texto: <http://www.each.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>.
- AMON, D. e MENASCHE, R. (2008) Comida como narrativa da memória social. **Sociedade e Cultura**, v.11, n.1, p.13-21, 2008.
- ANTONINI, V. D. S. et al. Parâmetros físicos, clínicos e psicossociais de adolescentes com diferentes graus de excesso de peso. **Rev Paul Pediatr**, Maringá, v.32, n.4, p.342-350, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Mapa da obesidade**. São Paulo, 2008-2009. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 04/08/2015.
- ASSOCIATION FOR SIZE DIVERSITY AND HEALTH (ASDAH), 2003. Disponível em: <<https://www.sizediversityandhealth.org/>>. Acesso em: 18/01/2015.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. In: MINAYO, M. C. S. e COIMBRA Jr., C. E. A. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 91-108.
- AZEVEDO, C. E. F. et al. A estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília. **Artigo...** Brasília, DF, 2013.
- BAPTISTA, M. N., VARGAS, J. F. e BAPTISTA, A. S. D. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 235-247, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Portugal: Edições 70, 2009.
- BACHA, M. L., STREHLAU, V. I., ROMANO, R. PERCEPÇÃO: TERMO FREQUENTE, USOS INCONSEQÜENTES EM PESQUISA? 30º ANPAD, Bahia, set. 2006.
- BERNARD, R. e RYAN, G.W. Content Analysis. In: Analyzing Qualitative Data: Systematic Approaches. Thousand Oaks: Sage; 2010a.

BERNARD, R. e RYAN, G.W. Codebooks and Coding. In: *Analyzing Qualitative Data: Systematic Approaches*. Thousand Oaks: Sage; 2010b.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):575-586, 2012.

BRASIL. Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Decreto-8948-2016.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/franciscocodeassisvieira/vigitel-pesquisa-de-obesidade-no-brasil-em-2013>>. Acesso em: 1/2/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ed. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2014c. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/72/553a243c4b9f3.pdf>>. Acesso em 03/06/2015.

BROW, J., MCGEE, H. M. e O'BOYLE, C. A. Conceptual approaches to the assessment of quality of life. **Psychol Health**, London, v.12, p. 737-751, 1997.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients - an hypothesis. **Journal of medical ethics**, v. 10, p. 124-127, 1984.

CAMPBELL, K. *et al.* Obesity Management: Australian General Practitioners' Attitudes and Practices. **Obesity Research.**, Australia, v. 8, n. 6, 2000.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. **Rev Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CAVALCANTI, C. L. et al. Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2383-2390, 2011.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: Método Qualitativo, Quantitativo e Misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J.W. e CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. 2. ed. Califórnia: Sage, 2007.

CRUZ NETO, O., MOREIRA, M. R. e SUCENA, L. F. M. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: **ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS**. 8. ed. Ouro Preto, 2002.

DEMÉTRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 5, p. 743-763, 2011.

DIEZ-GARCIA, R. W. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.455-467, jul-set, 1997.

EDWARD, K. L. et al. Personal Descriptions of Life Before and After Bariatric Surgery From Overweight or Obese Men. **American Journal of Men's Health**, p. 1-9, 2016.

EZZATI, M. e RIBOLI, E. Behavioral and dietary risk factors for non-communicable diseases. **N Engl J Med.**, London, v. 369, p. 954-964, 2013.

FERREIRA, V. A. e MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, nov-dez, 2005.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciências e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. de A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONSECA, R., SILVA, P. e SILVA R. Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. **Laboratório de Psicologia - Instituto Superior de Psicologia Aplicada**, Lisboa, v. 5, n. 1, p. 81-90, 2007.

FONTAINE, K. R. e BAROFSKY, I. Obesity and health-related quality of life. **Obes Rev**. v.2, n.3, p.173-182, ago., 2001.

FONTES, G. A. V. O 'ser' obeso processo, experiência e estigma. In: FREITAS, M. do C. S. de, FONTAS, G. A. V., OLIVEIRA, N. de. **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008, p.191-205.

FORMOSINHO, J. E. A. **Rogers: Psicoterapia e Subjetividade – Uma Reflexão Crítica**. [Monografia]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde – FACS; 2006.

GAGNON-GIROUARD, M. P. et al. Psychological impact of a 'Health-at-Every-Size' intervention on weight-preoccupied overweight/obese women. **Int J Obes** 2010, p. 1–12, 2014.

GIANNETTI, E. **Felicidade: diálogos sobre o bem-estar na civilização**. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4. ed. Brasil: LTC, 1988.

GROUP WHOQOL. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychol Med**, 1998, v.28, p.551-558.

GRUPO DE ESTUDOS EM QUALIDADE DE VIDA, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Coordenação: FLECK, M. P. de A. Divisão de Saúde Mental. **VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998**. Rio Grande do Sul, set, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol-manual.html>>. Acesso em: 17/09/2015.

HUNT, S. M. The problem of quality of life. **Quality of Life Research**, v. 6, p. 205–212, 1997.

IERVOLINO, S. A. e PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v.35, n.2, p.115-21, jun., 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil: Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=1&idnoticia=1699&busca=1&t=pof-20082009-desnutricao-cai-peso-criancas-brasileiras-ultrapassa-padrao-internacional>>. Acesso em: 18/01/2015.

JAGIELSKI, A. C. et al. The Association between Adiposity, Mental Well-Being, and Quality of Life in Extreme Obesity. **PLOS ONE**. Mar., 2014, v.9, n.3.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.343-55, out./dez. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. e TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. **Revista Salus-Guarapuava**. v. 1, n. 1, p. 13-15, 2007.

KOLOTKIN, R. L. *et al.* Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Res**, n.9, v.2, p.102–111, fev., 2001.

KRUEGER, R.A. e CASEY, M. A. Overview of focus group. In: KRUEGER, R.A. e CASEY, M. A. **Focus Group: a practical guide for applied research**. 4. ed. USA: Sage publications, 2009. p.1-15.

KRUEGER, R.A. **Focus Group: a practical guide for applied research**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1988.

LABOISSIÈRE, P. e AGUIAR, V. **Obesidade no Brasil parou de crescer, diz ministério**. Brasília, abr., 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-04/obesidade-no-brasil-parou-de-crescer-diz-ministerio>>. Acesso em: 18/01/2015.

LANDIS, J. R. e KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. **Biometrics**. v. 33, n. 1, p. 159-174, 1977.

LATNER, J. D. et al. Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. **Eating Behaviors**. v. 15, p. 586–590, 2014.

LEFÉVRE, A. M. C. et al. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**. v. 11, p. 13-57, 2002.

LEFÉVRE, F. e LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 2ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MACIEJEWSKI, M. L., PATRICK, D. L. e WILLIAMSON, D. F. A structured review of randomized controlled trials of weight loss showed little improvement in health-related quality of life. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 58, p. 568–578, 2005.

MAIMAN, L. A. et al. Attitudes toward obesity and the obese among professionals. **J Am Diet Assoc**, v. 74, n. 3, p. 331-6, 1979.

MANNUCCI, E. et al. Quality of life and overweight: the obesity related well-being (Orwell 97) questionnaire. **Addict Behav**, v.24, n.3, p.345-357, mai.-jun., 1999.

MARIANO, M. L. L. et al. Cirurgia bariátrica: repercussões na sexualidade da pessoa obesa. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 41, n. 6, p. 412-420, 2014.

MATHIAS, S. D. et al. Assessing health-related quality-of-life and health state preference in persons with obesity: a validation study. **Journal Quality of Life Research**, v.6, n.4, p.311-322, 1997.

MCHORNEY, C. A., WARE, J. E. Jr. e RACZEK, A. E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. **Med Care**, v.31, n.3, p.247–263, mar., 1993.

MCQUEEN, K.M. et al. Codebook Development for Team-Based Qualitative Analysis. **Cultural Anthropology Methods** 1998; p. 31-36.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MINAYO, M. C. de S., HARTZ, Z. M. A. e BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MOREIRA, S. da N. T. et al. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.35, n.11, p.503-10, 2013.

MORRISON, K. M. et al. Association of depression & health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. **Journal of Affective Disorders**, v. 172, p. 18–23, 2015.

MOTTA, D. G. Aconselhamento nutricional. In: MOTTA, D. G. **Educação nutricional & diabetes tipo 2**. Piracicaba: Jacintha, 2009. p.27–33.

MOTTA, D. G., MOTTA, C. G. e CAMPOS, R. R. Teorias psicológicas da fundamentação do aconselhamento nutricional. In: Diez-Garcia R. W., Cervato-Mancuso, A. M. **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011, p. 411.

NAHAS, M. V. A era do estilo de vida. In: NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Londrina: Midiograf, 2003, p.13-29.

NETO, J. L. F. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 831-842, mai, 2011.

PADILHA, W. Educação popular e atenção à saúde. In: **SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**, Brasília. **Anais** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 58-60.

PATTERSON, L. E. e EISENBERG, S. **O Processo de aconselhamento**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M. P. de A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 29-39.

POLAK, Y. N. de S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. [Tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 1996.

POULAIN, J. P. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Editora Senac, 2013.

PISCIOLARO, F. e AZEVEDO, A. P. Transtornos Alimentares e Obesidade. In: ALVARENGA, M., SCAGLIUSI, F. B. e PHILIPPI, S. T. **Nutrição e Transtornos Alimentares**. Barueri: Manole, 2011, p. 85.

REIS, E., GONTIJO, P. L. e CARDOSO, F. Qualidade de vida nos diferentes graus de obesidade. **Brasília méd.** v.47, n.3., nov., 2010.

ROBISON, J., PUTNAM, K. MC’KIBBIN. Health at Every Size: a compassionate, effective approach for helping individuals with weight-related concerns - Part I. **AAOHN J.**, v. 55, p. 143–150, 2007.

RODRIGUES, E. M. SOARES, F. P. T. P e BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev. Nutr.** v. 18, n. 1, p. 119-128, 2005.

ROSSI, A. M., MEURS, J. A. e PERREWÉ, P. L. **Stress e Qualidade Vida no Trabalho**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2013.

SANTOS, A. A. dos et al. Qualidade de vida de pessoas com obesidade grau III: um desafio comportamental. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v.10, n.5, p.384-389, set-out, 2012.

SANTOS, A. L. P. dos e SIMÕES, A. C. Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.1, p.181-192, 2012.

- SANTOS, B. Número de Obesos no Mundo Quase Dobrou Desde 1980. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO)**, São Paulo, 4 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/enoticia/650/numero+de+obesos+no+mundo+quase+dobrou+desde+1980.shtml>>. Acesso em: 18/01/2015.
- SCHMIDT, F. e STUMM, V. Pesquisa Vigitel – Após oito anos em ascensão, obesidade no Brasil para de crescer. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**, Brasília, abr. 2014. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3546:pesquisa-vigitel-apos-oito-anos-em-ascensao-obesidade-no-brasil-para-de-crescer&catid=3:noticias&Itemid=12>. Acesso em: 18/01/2015.
- SILVA, J.R.S.; ASSIS, S.M.B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.
- SILVA, M. P. da et al. OBESIDADE E QUALIDADE DE VIDA. **Acta Med Port.** v.19, p.247-250, 2006.
- SINZATO, E. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE OBESOS. **Estudos.** Goiânia, v. 34, n. 1/2, p. 35-51, jan/fev, 2007.
- TAHAN, J. e Carvalho, D. de. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010.
- TAVARES, T. B., NUNES, S. M. e SANTOS, M. de O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais.** v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v.41, n.10, p.1403-1409, nov., 1995.
- TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796, maio 2009.
- TSIROS, M. D. et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. **International Journal of Obesity (Lond).** v. 33, n. 4, p. 387-400, 2009.
- ULIAN, M. D. et al. The effects of a "Health at Every Size" based approach in obese woman: a pilot-trial of the "Health and Weallness in Obesity" study. **Frontiers in Nutrition**, São Paulo, v. 2, n. 34, p. 1-12, 2015.
- U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORC (USPSTF). Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale. **Ann Intern Med.** Estados Unidos, v. 139, n. 11, p. 930-932, dez. 2003.

- UCHIMURA, K. Y. & BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, nov-dez, 2002
- VAN GERMET, W.G. et al. Quality of life assessment of morbidly obese patients: effect of weight-reducing surgery. **Am J Clin Nutr.** v. 67, p. 197-201, 1998.
- VASCONCELOS, P. O. e COSTA NETO, S. B. Qualidade de vida de pacientes obesos em preparo para a cirurgia bariátrica. **Psico.** v. 39, n. 1, p. 58-65, 2008.
- VASILJEVIC, N. et al. The assessment of health-related quality of life in relation to the body mass index value in the urban population of Belgrade. **Health Qual Life Outcomes.** v. 6, n. 106, p. 1-10, 2008.
- VÍCTORA, C. G., KNAUTH, D. R. e HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde – Uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial Ltda., 2000.
- WANAT, K. A. et al. The Association between Obesity and Health-Related Quality of Life among Urban Latinos. **Ethn Dis.** v. 24, n. 1, p. 14–18, 2014.
- WEE, H. L. et al. Association of body mass index with Short-Form 36 physical and mental component summary scores in a multiethnic Asian population. **Int J Obes (Lond).** v. 34, n. 6, p. 1034-43, 2010.
- WEE, C. C. et al. Sex, Race, and the Adverse Effects of Social Stigma vs. Other Quality of Life Factors Among Primary Care Patients with Moderate to Severe Obesity. **Society of General Internal Medicine.** Boston, out., 2014.
- WORELEY, S. C. e GANER, D. Obesity treatment: The high cost of false hope. **J Am Diet Assoc.**, v. 91, n. 10, 1991.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consultation in Obesity - Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation.** Technical Report Series, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight** - Fact sheet N°311. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 1/2/2015.
- WU, S. et al. Abdominal obesity and its association with health-related quality of life in adults: a population-based study in five Chinese cities. **Health and Quality of Life Outcomes.** v. 12, n. 100, p. 1-11, 2004.
- XAVIER, R. O. e DORNELAS, J. S. O Papel do Gerente num Contexto de Mudança Baseada no Uso da Tecnologia CRM. **Rev Adm Contemp.** v. 10, p. 9-30, 2006.

8. ANEXOS

ANEXO 1

ANAMNESE INICIAL – SAÚDE E BEM-ESTAR NA OBESIDADE
DADOS BÁSICOS
Nome completo:
Nome completo dos pais:
Data de nascimento:
Local de nascimento:
Idade:
E-mail:
RG:
CPF:
Telefone residencial: ()
Telefone comercial: ()
Telefone celular: ()
Estado civil:
Profissão/ocupação:
Escolaridade:
Endereço (rua e número):
CEP:
Município:
Mora com quem?
Escolaridade do chefe da família:
HISTÓRIA CLÍNICA
Você apresenta alguma doença? Não () Sim () - Qual/Quais?
() Diabetes () Pressão alta () Dislipidemia () Depressão () Câncer
() Fraturas () Doenças respiratórias
() Outras - qual/quais:
Fuma: () Não () Sim () Ex-fumante
Há quanto tempo?
Quantidade:
Perda ou ganho de peso recente:
Hábito intestinal: () Todos os dias () Dias alternados () 2x/semana () 1x/semana
Sente dificuldade para evacuar? () Não () Sim

Faz uso de medicamentos ou suplementos: () Não () Sim

Qual/Quais?

Já fez alguma cirurgia? () Não () Sim

Qual/Quais?

Você está grávida ou amamentando? () Não () Sim

HISTÓRIA DIETÉTICA

Você já teve orientação dietética antes? () Não () Sim

Quantas vezes?

Quanto anos você tinha em cada uma delas?

Quanto de água você bebe por dia (aproximadamente)?

Qual líquido você mais bebe durante o dia?

Consome bebida alcoólica? () Não () Sim

Frequência:

Tipo:

Você costuma comer fazendo outras atividades? () Não () Sim

Quanto tempo você leva para realizar o almoço/jantar (aproximadamente)?

Quais alimentos você mais gosta?

Quais alimentos você menos gosta?

Qual horário do dia você costuma sentir mais fome?

Você costuma substituir refeições por lanches? () Não () Sim

Quando? () Almoço () Jantar

Quantas vezes por semana?

Sua alimentação muda aos finais de semana? () Não () Sim

Quais mudanças são essas?

Possui alguma alergia ou intolerância alimentar?

Você realiza alguma atividade física? () Não () Sim

Qual/quais?

Quantas vezes por semana?

Qual seu peso atual:

Qual sua altura:

Você considera a qualidade do seu sono: () Ótima () Boa () Regular () Ruim

ANEXO 2

Questionário Socioeconômico

Grau de escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental Incompleto
- ☐ Ensino Fundamental Completo
- ☐ Ensino Médio Incompleto
- ☐ Ensino Médio Completo
- ☐ Ensino Superior Incompleto
- ☐ Ensino Superior Completo
- ☐ Pós Graduação Incompleta
- ☐ Pós Graduação Completa

Mora com quantas pessoas (além de você)? _____

Quantas pessoas tem renda em sua casa? _____

Qual é a renda total da casa (somando a renda de todas as pessoas)? R\$ _____

ANEXO 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Dados de Identificação

Nome do Sujeito:

Documento de Identidade n.º : Sexo: () M () F

Data de Nascimento:/...../.....

Endereço: Nº: Apto:

Bairro: Cidade:

CEP: Telefone:

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do Projeto de Pesquisa: Saúde e Bem-Estar na Obesidade: avaliação de uma intervenção interdisciplinar baseada na filosofia 'Health at every size' para mulheres obesas.

Pesquisador: Fernanda Baeza Scagliusi

Documento de Identidade Nº: 32.754.715-7 Sexo: () M (X) F

Cargo/Função: professora doutora

Departamento: Nutrição

Faculdade: Faculdade de Saúde Pública

2. Avaliação de Risco da Pesquisa () Risco Mínimo (X) Risco Médio () Risco Maior

As coletas de sangue podem causar dor leve e incômodo no momento da introdução da agulha e tanto o teste ergoespirométrico quanto a prática de atividade física podem causar desconforto relacionado ao cansaço e à fadiga muscular, porém a duração destes é breve. O teste é realizado por um médico, a coleta de sangue é realizada por um enfermeiro e a prática de atividade física é supervisionada por um professor de Educação Física. O procedimento da pesagem hidrostática também pode ser incômodo, por você ter que submergir na água, mas ele também é rápido e será acompanhado por dois membros da equipe de pesquisa.

2. Duração da Pesquisa: 1 ano para cada participante

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

Esta pesquisa pretende avaliar os efeitos fisiológicos, atitudinais, nutricionais e comportamentais de uma intervenção interdisciplinar baseada na filosofia "Health at Every Size" em mulheres obesas.

1. Você fará parte de um programa que terá duração de 7 meses e poderá fazer parte de um de dois grupos de intervenção. Ambos os grupos envolvem intervenções de atividade física, nutrição e filosofia. O grupo do qual você participará será escolhido por sorteio.

Se no primeiro grupo, você fará atividades físicas, composta de três sessões semanais, cada uma com uma hora de duração. As atividades de Nutrição envolverão atendimento individual quinzenal de 45 minutos, e atividades em grupo. Antes do início dos atendimentos nutricionais individuais você participará de palestras sobre temas que envolvem a nutrição. Finalmente, estão previstos cinco encontros de Filosofia, com uma hora de duração, e neles serão debatidos temas envolvem a questão da

obesidade. Para avaliar os efeitos desta pesquisa, vamos avaliar diversos parâmetros no início e ao término dos sete meses de intervenção. Vamos te explicar estes exames:

- Para os exames de sangue, um enfermeiro tirará uma pequena quantidade de sangue de uma veia de seu antebraço. Nós dosaremos: glicose, insulina, triglicérides, colesterol total e frações, leptina, adiponectina, cortisol e os marcadores inflamatórios PCR e VHS.
- Você também terá seu peso, altura e circunferências do quadril e da cintura medidos. Para medir sua composição corporal (e saber seu percentual de gordura corporal), vamos realizar a pesagem hidrostática. De maneira simplificada, você deverá entrar num tanque de água, soltar o máximo de ar que puder e submergir. Você repetirá este procedimento algumas vezes e será pesada dentro e fora do tanque.
- Você também deverá preencher questionários que vão avaliar aspectos como a sua atitude alimentar, imagem corporal, comportamentos alimentares, qualidade de vida e prática de atividade física.
- Para avaliar seu consumo alimentar, você deverá registrar o que come durante 7 dias em um diário alimentar que será fornecido por nós.
- Para avaliar a capacidade física você fará um teste chamado de ergoespiométrico. Nele, você caminhará e correrá em uma esteira rolante com uma máscara presa ao seu rosto para medida dos gases que você expira. Esse teste será progressivo máximo e terá duração de aproximadamente 10 a 15 minutos (ficará cada vez mais difícil e você vai pedir para interromper o teste quando estiver muito cansada e não conseguir mais continuar correndo ou caminhando). Um médico acompanhará o teste. Antes do teste ergoespiométrico, sua pressão arterial será medida.
- Para avaliar o quanto você faz de atividade física no seu cotidiano, será utilizado o acelerômetro. É um dispositivo pequeno, que ficará preso por uma fita, embaixo da sua roupa, perto da sua cintura. Você irá utilizá-lo o tempo todo, durante sete dias (menos quando estiver dormindo ou fazendo alguma atividade na água).
- Para avaliar sua capacidade funcional, vamos contar, em trinta segundos, quantas vezes você consegue levantar e sentar em uma cadeira. Em outro teste vamos contar quanto tempo leva para você se levantar da cadeira, caminhar três metros, dar uma volta de 180 graus e voltar à cadeira.
- Você participará de entrevistas individuais e em grupo, que serão gravadas (apenas a voz, sem imagens) e depois transcritas. Estas entrevistas servirão para entender suas vivências e experiências ao longo da intervenção.

Se no segundo grupo, você participará, exclusivamente, de palestras que versarão sobre estilo saudável de vida a cada dois meses. Nas palestras, pretende-se abordar sobre temas relacionados a nutrição, atividade física e filosofia. Para avaliar os efeitos desta pesquisa, vamos avaliar diversos parâmetros no início e ao término dos sete meses de intervenção. Vamos te explicar estes exames:

- Para os exames de sangue, um enfermeiro tirará uma pequena quantidade de sangue de uma veia de seu antebraço. Nós dosaremos: glicose, insulina, triglicérides, colesterol total e frações, leptina, adiponectina, cortisol e os marcadores inflamatórios PCR e VHS.
- Você também terá seu peso, altura e circunferências do quadril e da cintura medidos. Para medir sua composição corporal (e saber seu percentual de gordura corporal), vamos realizar a pesagem hidrostática. De maneira simplificada, você deverá entrar num tanque de água, soltar o máximo de ar que puder e submergir. Você repetirá este procedimento algumas vezes e será pesada dentro e fora do tanque.

- Você também deverá preencher questionários que vão avaliar aspectos como a sua atitude alimentar, imagem corporal, comportamentos alimentares, qualidade de vida e prática de atividade física.
- Para avaliar seu consumo alimentar, você deverá registrar o que come durante 7 dias em um diário alimentar que será fornecido por nós.
- Para avaliar a capacidade física você fará um teste chamado de ergoespiométrico. Nele, você caminhará e correrá em uma esteira rolante com uma máscara presa ao seu rosto para medida dos gases que você expira. Esse teste será progressivo máximo e terá duração de aproximadamente 10 a 15 minutos (ficará cada vez mais difícil e você vai pedir para interromper o teste quando estiver muito cansada e não conseguir mais continuar correndo ou caminhando). Um médico acompanhará o teste. Antes do teste ergoespiométrico, sua pressão arterial será medida.
- Para avaliar o quanto você faz de atividade física no seu cotidiano, será utilizado o acelerômetro. É um dispositivo pequeno, que ficará preso por uma fita, embaixo da sua roupa, perto da sua cintura. Você irá utilizá-lo o tempo todo, durante sete dias (menos quando estiver dormindo ou fazendo alguma atividade na água).
- Para avaliar sua capacidade funcional, vamos contar, em trinta segundos, quantas vezes você consegue levantar e sentar em uma cadeira. Em outro teste vamos contar quanto tempo leva para você se levantar da cadeira, caminhar três metros, dar uma volta de 180 graus e voltar à cadeira.

PARA AMBOS OS GRUPOS:

2. Como benefícios, você terá acesso a intervenções de atividade física, nutrição e filosofia. Ademais, você fará diversos exames que trarão informações sobre seu estado de saúde e de condicionamento físico sem nenhum custo.
3. Todos os procedimentos envolvem risco muito baixo para a sua saúde, mas podem trazer algum desconforto. As coletas de sangue podem causar dor leve e incômodo no momento da introdução da agulha e tanto o teste ergoespiométrico quanto a prática de atividade física podem causar desconforto relacionado ao cansaço e à fadiga muscular, porém a duração destes efeitos é breve. O teste é realizado por um médico, a coleta de sangue é realizada por um enfermeiro e a prática de atividade física é supervisionada por um professor de Educação Física. O procedimento da pesagem hidrostática também pode ser incômodo, por você ter que submergir na água, mas ele também é rápido e será acompanhado por dois membros da equipe de pesquisa.

IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Você terá acesso, a qualquer momento da pesquisa, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas. Para tanto basta entrar em contato com a pesquisadora responsável (Profa. Dra. Fernanda B. Scagliusi, Av. Dr. Arnaldo, 715, Departamento de Nutrição, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061- 7871, e-mail fernanda.scagliusi@gmail.com) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br.
2. Você terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.
3. Todos os seus dados coletados durante a pesquisa serão mantidos sob confidencialidade, sigilo e privacidade. Eles poderão ser utilizados para publicações científicas, mas sua identidade nunca será revelada.
4. Estará à sua disponibilidade consulta com um médico da EEF/USP, por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Nome da Pesquisadora: Fernanda Baeza Scagliusi

Endereço e telefone: Av. Dr. Arnaldo, 715, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061- 7871, e-mail fernanda.scagliusi@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP – Telefone: (11) 3061-7779 – e-mail: coep@fsp.usp.br

VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Você não terá nenhuma despesa em função desta pesquisa, apenas arcará com o valor do transporte para o local no qual ocorrerão as atividades (Escola de Educação Física e Esporte, Av. Prof. Mello Moraes, 65, Butantã e Prédio dos Ambulatórios do Hospital das Clínicas – HCFMUSP - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 - Cerqueira César, ambos em São Paulo).

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Paulo, de _____ de 20__.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador (carimbo ou nome legível)

Isabel Cristina Gonçalves Perez Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9431198242040775>

Última atualização do currículo em 07/08/2017

Resumo informado pelo autor

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (2014). Mestranda em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública, USP.
(Texto informado pelo autor)

Dados pessoais

Nome Isabel Cristina Gonçalves Perez
Filiação Luiz Carlos da Costa Perez e Fatima Cristina Gonçalves dos Santos Perez
Nascimento 11/07/1991 - Brasil
Carteira de Identidade 480161707 SSP - SP - 09/02/2015
CPF 401.955.808-69
Passaporte FC067424

Formação acadêmica/titulação

- 2015** Mestrado em Nutrição em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil
Título: Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida por mulheres obesas
Orientador: Fernanda Baeza Scagliusi
- 2011 - 2014** Graduação em Nutrição.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
- 2007 - 2009** Ensino Médio (2o grau).
Colégio Universitário Taboão, CUT, Brasil, Ano de obtenção: 2009

Atuação profissional**1. Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP****Vínculo institucional**

- 2014 - 2014** Vínculo: Estágio, Enquadramento funcional: Estágio, Carga horária: 30, Regime: Parcial
Outras informações:
Estágio em Alimentação Coletiva no Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Escolar da Universidade Federal de São Paulo. Estágio em Saúde Pública em Unidade Básica de Saúde Nova Cintra (Santos) e Unidade de Saúde da Família Vila Progresso/Santa Maria (Santos). Estágio em Nutrição Clínica no Hospital São Paulo, Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo.

2. Faculdade de Saúde Pública - FSP**Atividades**

- 02/2015 - Atual** Pesquisa e Desenvolvimento, Universidade de São Paulo

Linhas de pesquisa:
Formulação e avaliação de intervenções nutricionais

Linhas de pesquisa

- 1.** Formulação e avaliação de intervenções nutricionais
Objetivos: Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida por mulheres obesas

Projetos**Projetos de pesquisa**

- 2015 - Atual** Significados e percepções atribuídos à qualidade de vida por mulheres que vivem com obesidade

Descrição: Introdução – A condição obesidade é atualmente compreendida como crônica e multifatorial. Suas consequências para a vida social e dimensões psicológica e subjetiva podem ser diversas, as quais afetam diretamente a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. A definição de qualidade de vida, tema destaque quando se trata da condição obesidade, não é consenso, por incluir construtos subjetivos.

A concepção elaborada pelo Grupo WHOQOL, da Organização Mundial de Saúde, abarca tanto aspectos subjetivos quanto parâmetros objetivos. Por escassez de avaliações qualitativas presentes na literatura atual, o impacto da obesidade na qualidade de vida não foi aprofundado na compreensão do ponto de vista do sujeito na condição obesa. Objetivo – Investigar as percepções, significados e fatores influenciadores atribuídos à qualidade de vida por mulheres na condição obesas. Percorso Metodológico – O estudo foi realizado com 81 mulheres obesas, de 25 a 50 anos. Por métodos qualitativos, se utilizou de grupos focais para obter os dados e da análise de conteúdo temática para analisá-los. Como segunda forma de expressão dos dados realizou-se uma análise de direção linguística em parte dos dados, que indica percepções e sensações da condição obesidade na qualidade de vida dessas mulheres. Elaborou-se um codebook (guia de codificação) para qualificação da análise temática, aplicado aos dados por duas pesquisadoras. Esse estudo é um subprojeto do projeto guarda-chuva intitulado "Saúde e Bem-estar na Obesidade". Resultados e Discussão – Na análise de conteúdo temática chegou-se a 14 temas e 8 subtemas divididos em dois eixos temáticos: (1) 'Significações, percepções e influenciadores da qualidade de vida' - dividido em dois subeixos: 'Qualidade de Vida para Pessoas em geral' e 'Qualidade de Vida na Condição Obesidade' - e (2) 'Formas pelas quais a Qualidade de Vida pode ser Promovida junto as Pessoas na Condição Obesidade'. O primeiro eixo abrange significações subjetivas que compõe a noção de qualidade de vida para as mulheres desse estudo. O segundo eixo expõe temas que sugestionam como qualificar o cuidado das pessoas que vivem em obesidade a partir do entendimento dessas mulheres. Foi percebido que a obesidade não é o fato de maior impacto na qualidade de vida dessas mulheres. Família, relações sociais e atividade profissional são fatores de qualidade de vida mais importantes sob o ponto de vista delas, demonstrando que a obesidade não necessariamente é central na avaliação de qualidade de vida. A negatividade da imagem corporal e do corpo para essas mulheres não se liga diretamente a problemas de mobilidade e agravos de saúde, mas a uma leitura social atravessada pelo estigma da obesidade e suas consequências na saúde psicológica. Considerações Finais – A qualidade de vida das mulheres desse estudo não se relaciona apenas com o peso corporal, trata-se de um construto multifatorial principalmente conformado por questões sociais e subjetivas. O enfoque de qualidade de vida se atém a questões do âmbito da família e atividade profissional, em detrimento das questões da imagem corporal e saúde. As questões de imagem corporal desqualificam a vida, dado os rígidos padrões de beleza que não compreendem a condição da obesidade atualmente.

Situação: Em andamento Natureza: Projetos de pesquisa
Integrantes: Isabel Cristina Gonçalves Perez; Fernanda Sabatini; Fernanda Baeza Scagliusi (Responsável); Bruno Gualano; Mariana Dimitrov Ulian; Luiz Gustavo Aburad

2013 - 2014 CUIDADO PRÉ-NATAL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS DA ALIMENTAÇÃO E PICAMALÁCIA

Descrição: Projeto realizado na Casa da Gestante da cidade de Santos acompanhando gestantes adolescentes em consulta e na participação dos grupos realizados pelo serviço. O projeto visa compreender as necessidades específicas da adolescente no período de gestação e com isso contribuir para o atendimento já realizado pelo serviço de saúde.
Situação: Concluído Natureza: Projetos de pesquisa
Alunos envolvidos: Graduação (2);
Integrantes: Isabel Cristina Gonçalves Perez; Gabriele Caldas de Oliveira; Macarena Urrestarazu Devincenzi (Responsável)

2013 - 2015 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SIGNIFICADOS DO BINÔMIO "ARROZ E FEIJÃO" POR MÃES TRABALHADORAS DA BAIXADA SANTISTA

Descrição: Projeto certificado pelo(a) coordenador(a) Fernanda Baeza Scagliusi em 21/08/2014.
Situação: Concluído Natureza: Projetos de pesquisa
Alunos envolvidos: Graduação (1); Mestrado acadêmico (2); Doutorado (1);
Integrantes: Isabel Cristina Gonçalves Perez (Responsável); ; João Gabriel Sanchez Tavares da Silva; Priscila de Moraes Sato; Fernanda Baeza Scagliusi; Patrícia Rocha Pereira

2012 - Atual A Obesidade como fenômeno heterogêneo: práticas alimentares de mulheres em vulnerabilidade social

Descrição: O estudante de graduação aprofundará conhecimentos acerca de referenciais teóricos e metodológicos da Socioantropologia da alimentação, conhecerá e colocará em prática métodos de pesquisa qualitativa empregadas em estudos da área. Principais atividades: leitura e discussão do conteúdo teórico metodológico da pesquisa, transcrição das entrevistas, auxílio na ordenação dos dados e na construção das narrativas de história de vida.
Situação: Em andamento Natureza: Projetos de pesquisa
Alunos envolvidos: Graduação (2); Doutorado (2);
Integrantes: Isabel Cristina Gonçalves Perez; João Gabriel Sanchez Tavares da Silva; Priscila de Moraes Sato (Responsável); Fernanda Baeza Scagliusi; Ramiro Fernandes Unsain
Financiador(es): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq

Projeto de extensão

2011 - 2014 COUNUT: Intervenções acadêmicas buscando valorizar e multiplicar o significado do comer

Descrição: O Counut é um grupo de estudantes de Nutrição que procura realizar atividades e intervenções contínuas entre e para a comunidade acadêmica, na forma de uma usina de ideias criativas e inovadoras sobre Alimentação, pensando de um modo teórico-prático e não tecnicista, conciliando conhecimentos populares com os técnico-científicos. Realiza, dessa forma, o compartilhamento horizontal de saberes, construindo ações que busquem a reflexão de um comer diferente para, assim, realçar as dimensões da comida e da sua relação com o ser humano, que é muito mais do que uma necessidade biológica por nutrientes, permeando os âmbitos sociais, políticos, subjetivos e culturais.
Situação: Concluído Natureza: Projeto de extensão
Alunos envolvidos: Graduação (11); Doutorado (1);
Integrantes: Isabel Cristina Gonçalves Perez (Responsável); ; Gabriele Caldas de Oliveira; João Gabriel Sanchez Tavares da Silva; Fernanda Sabatini; Gesiê Castro; Raira Pagano; Regina Yumi Kanayama; Priscila de Moraes Sato; Alexandre Barbosa Pereira; Carolina Gonçalves Ferreira Lima

Outros tipos de projetos

2013 - 2013 Universidade Aberta à Terceira Idade

Descrição: A UATI tem por objetivo dar à pessoas uma melhor qualidade de vida física e mental, abrangendo assuntos sobre saúde e noções gerais e atuais para sua integração cultural e social. Os alunos da graduação atuam como monitores.
Situação: Concluído Natureza: Outros tipos de projetos
Alunos envolvidos: Graduação (1);
Integrantes: Isabel Cristina Gonçalves Perez (Responsável); ; Maria Liduina de Oliveira e Silva

2012 - 2012 Monitoria Voluntária do módulo "Alimentação Humana no contexto Histórico Social"

Descrição: Atividades desenvolvidas pela monitoria: plantão de dúvidas, auxílio na elaboração dos portfólios, apresentação e discussão de um filme com temática relacionada ao módulo, auxílio na realização de aula prática e avaliação de produção visual.
Situação: Concluído Natureza: Outros tipos de projetos
Alunos envolvidos: Graduação (3); Doutorado (1);
Integrantes: Isabel Cristina Gonçalves Perez; Macarena Urrestarazu Devincenzi; Priscila de Moraes Sato; Fernanda Baeza Scagliusi (Responsável); Onília Mara Fernandes; Marlene Justi

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 07/08/2017 às 00:47:47.

Fernanda Baeza Scagliusi

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1149729469091651>

Última atualização do currículo em 11/05/2017

Ela possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo, doutorado direto em Educação Física pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Nutrição. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Análise Nutricional de População, Socioantropologia da Alimentação e Nutrição Clínica, atuando principalmente nos seguintes temas: aspectos socioculturais da alimentação, obesidade e avaliação do consumo alimentar. É bolsista de produtividade do CNPQ, nível 2F. Coordena o Grupo de Pesquisa em Alimentação e Cultura. É membro da Comissão de Ciências Humanas e Sociais da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). É, desde 2017, coordenadora da Comissão de Coordenação do Curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP. É membro do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Fernanda Baeza Scagliusi
Nome em citações bibliográficas	SCAGLIUSI, F. B.; Scagliusi, Fernanda Baeza; Scagliusi, Fernanda B.; SCAGLIUSI, F.; Scagliuse, Fernanda Baeza; Scagliusi, Fernanda B; Scagliusi, F B; Scagliusi, F.; Scagliusi, Fernanda; SCAGLIUSI, F.B.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Depto de Nutrição, Av. Dr Arnaldo 715 Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30617871
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2004 - 2007	Doutorado em Educação Física (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Validade das estimativas de ingestão energética de três métodos de avaliação do consumo alimentar, em relação à água duplamente marcada., Ano de obtenção: 2007. Orientador: Antonio Herbert Lancha Junior. Palavras-chave: sub-relato; validade; água duplamente marcada; avaliação do consumo alimentar; gasto energético total. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Nutrição e Alimentação. Graduação em Nutrição. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Estudo quali e quantitativo do sub-relato da ingestão energética em diários alimentares de sete dias. Orientador: Antonio Herbert Lancha Junior. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
1998 - 2002	

Pós-doutorado

2008 - 2009	Pós-Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Análise Nutricional de População.
--------------------	--