

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo

**PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO SEU CORPO E
SUA INFLUÊNCIA NA SUA VIDA**

Cuité/PB

2013

Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo

**PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO SEU CORPO E
SUA INFLUÊNCIA NA SUA VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem, em cumprimento às exigências legais
para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem
pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Msc. Glenda Agra

Cuité/PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A663p

Araújo, Leila Larissa Lopes de Medeiros.

Percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo e sua influência na sua vida. / Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo. – Cuité: CES, 2013.

65 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Me. Glenda Agra.

1. Obesidade. 2. Obesidade – mulher. 3. Mulheres obesas - socialização. I. Título.

CDU 616-008.847.9

Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo

**PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO SEU CORPO E
SUA INFLUÊNCIA NA SUA VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Glenda Agra

Curso de Bacharelado em Enfermagem – CES/UAS/UFCG

Orientadora

Prof^a Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa

Curso de Bacharelado em Nutrição – CES/UAS/UFCG

Membro interno

Prof^o Dr. José Justino Filho

Unidade Acadêmica de Saúde– CES/UFCG

Membro interno

Cuité - PB

2013

Às mulheres obesas.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por ter-me dado a força de construir este estudo.

À **vida** por me ensinar lições jamais vivenciadas.

À **minha família** por ter depositado crença no meu trabalho.

À minha orientadora, **Mestre Glenda Agra**, pelo incentivo, compreensão em todo percurso de minhas atividades.

A todos **professores** que me ajudaram e incentivaram durante toda essa jornada.

A banca examinadora, **Vanille Pessoa e José Justino**, por dispor seu tempo e conhecimentos para aprimoramento deste trabalho.

Ao Secretário de Saúde do Município de Cuité-PB, **Gentil Venâncio Palmeira Filho**, por ter autorizado a realização do estudo neste município.

As **Enfermeiras** e aos **Agentes Comunitários de Saúde** das Unidades Básicas de Saúde Ezequias Venâncio e Luíza Dantas de Medeiros pela acessibilidade e por ter aberto as portas para a realização desta pesquisa.

A todos **colegas da turma** pelo compartilhamento desta trajetória.

Às **mulheres** que se dispuseram a participar deste estudo.

À **Simone** por ter-me acolhido em sua casa neste último momento, além de ter deixado a luz do quarto acesa, incomodando seu sono, até altas horas.

À **Ana Ester, Flávia Nóbrega, Danielly Menezes e Márcia Angélica** por terem compartilhado conhecimentos, ansiedades e conquistas juntas.

A **todos** que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão dessa etapa na minha vida.

“Somos aquilo que comemos”

(Hipócrates)

RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial, dispendiosa e de prevalência crescente, caracterizada atualmente por assumir um dos principais problemas de saúde pública, levando a um comprometimento da saúde. Essa doença possibilita o aparecimento de patologias crônicas, como a diabetes mellitus, dislipidemias, doenças cardíacas, doenças articulares degenerativas, esteatose hepática, apneia do sono dentre outras. O obeso além de ser acometido por danos fisiológicos, também pode apresentar alterações psicológicas, como sentimentos auto-depreciativos, de auto-indulgência, ansiedade e alterações do comportamento alimentar, dessa forma, levando-o à depressão e deixando-o suscetível ao isolamento social. O presente estudo teve por objetivo investigar a percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo e sua influência na sua vida. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, da qual participaram 20 mulheres atendidas em regime ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde no município de Cuité/PB. Os critérios de inclusão para amostra foram: mulheres que apresentassem IMC ≥ 30 , que tivessem idade igual ou superior a 18 anos e que aceitassem participar da pesquisa. Ao serem convidadas a participar da pesquisa, as participantes foram informadas sobre o objetivo do estudo. O sigilo, o anonimato e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos mediante a participação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido no ato da entrevista. Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Também foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. A pesquisa foi realizada após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa e posteriormente, com a anuência do Secretário de Saúde do Município de Cuité/PB, escolhido como local da pesquisa. Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2013, por meio de uma entrevista semi-estruturada; com a utilização do sistema de gravação, os quais foram analisados à luz da técnica de análise do Discurso Sujeito Coletivo (DSC), sugerida por Lefèvre e Lefèvre. Da análise realizada, emergiram as seguintes ideias centrais: **“Distorção da imagem corporal”**; **“Discriminação e restrição sociais”**; **“Restrição nas atividades laborais”** e **“Insatisfação na vida afetiva”**. O estudo evidenciou que as mulheres participantes inseridas na pesquisa apresentaram insatisfação com seu próprio corpo no momento em que se defrontam com o espelho; que são marginalizadas perante à sociedade; que apresentavam limitações nas atividades diárias e que têm dificuldades em se relacionar, devido à auto-estima baixa e vergonha dos seus corpos. Após a discussão dos dados chegou-se a conclusão de que a obesidade além de acarretar alterações físicas e problemas como exclusão social, a qual

conduz a discriminação e preconceito, visto que a construção desse fenômeno não se deve apenas a fatores individuais e sociais pertencentes ao indivíduo, mas tanto à sua dinâmica interacional quanto à assimilação e acomodação das informações a respeito da categoria social de ser obesa, além dos estereótipos, relacionados aos esquemas de tratamento para problemas mentais, na própria pessoa que sofre da obesidade. Esta monografia impulsiona a realização de outras pesquisas no campo da obesidade, buscando o entendimento da auto-imagem, e a influência desta patologia na vida de cada indivíduo.

Palavras-chave: Mulheres. Obesidade. Socialização.

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease, costly and growing prevalence, characterized today by taking one of the main public health problems, leading to compromised health. This disease makes possible the emergence of chronic diseases such as diabetes mellitus, dyslipidemia, heart disease, degenerative joint disease, fatty liver disease, sleep apnea, among others. The obese besides being affected by physiological damage, may also have psychological changes such as feeling self-deprecating, self-indulgence, anxiety and changes in eating behavior, thus leading him to depression and leaving it susceptible to social isolation . The present study aimed to investigate the perceptions of obese women in relation to their body and their influence on his life. This is a descriptive, exploratory and qualitative, attended by 20 women attending an outpatient in Basic Health Units in the municipality of Cuité / PB. Inclusion criteria for study were: women who presented BMI ≥ 30 , who were aged 18 years and who agreed to participate. To be invited to participate in the study, participants were informed about the purpose of the study. Secrecy, anonymity and withdrawal at any time of the survey were guaranteed by the participation of a Term of Consent, provided at time of interview. The criteria used complied with Resolution 196/96 of the National Health Council that guides research involving humans. He also asked permission to record the interviews. The survey was conducted after approval by the Ethics and Research and later, with the consent of the Secretary of Health of the City of Cuité / PB, chosen as the research site. Data were collected in February 2013, through a semi-structured interview, using the recording system, which were analyzed in the light of technical analysis of the Collective Subject Discourse (CSD), suggested by Lefèvre and Lefèvre. From the analysis yielded the following core ideas: "Distortion of body image", "Discrimination and social constraint"; "Restriction in work activities" and "emotional dissatisfaction in life." The study showed that women entered the study participants showed dissatisfaction with their body when faced with the mirror, who are marginalized before the society, that had limitations in daily activities and who have difficulties to relate due to self -esteem and shame of their bodies. After the discussion of the data came to the conclusion that obesity besides causing physical changes and problems such as social exclusion, which leads to discrimination and prejudice, since the construction of this phenomenon is not only the individual and social factors pertaining to individual, but as far as their interaction dynamics of assimilation and accommodation information about the social category of being obese, beyond the stereotypes related to treatment regimens for mental, on the person suffering from obesity. This monograph drives other research in the field of

obesity, seeking the understanding of self-image, and the influence of this pathology in the life of every individual.

Keywords: Women. Obesity. Socialization.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Círculo vicioso do comportamento do obeso.....	20
----------	--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	Classificação da obesidade conforme Índice de Massa Corpórea e Risco de Comorbidades.....	21
QUADRO 02	Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 1.....	39
QUADRO 03	Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 2.....	41
QUADRO 04	Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 4.....	44
QUADRO 05	Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 5.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a faixa etária.....	34
GRÁFICO 02	Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a profissão.....	35
GRÁFICO 03	Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a renda familiar.....	36
GRÁFICO 04	Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com o Índice de Massa Corpórea.....	37
GRÁFICO 05	Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a raça.....	38
GRÁFICO 06	Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com o estado civil.....	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Obesidade: Características gerais.....	19
2.2	Obesidade e a influência sociocultural nas pessoas obesas.....	24
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
3.1	Tipo de Estudo.....	27
3.2	Local do Estudo.....	27
3.3	População e Amostra.....	28
3.4	Instrumento para coleta de dados.....	28
3.5	Considerações Éticas.....	28
3.6	Coleta de dados.....	29
3.7	Procedimentos Operacionais para a Coleta de Dados.....	30
3.8	Análise de Dados.....	31
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	34
4.1	Caracterização das participantes da pesquisa.....	34
4.2	Apresentação do Discurso Sujeito Coletivo.....	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICES.....	56
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57
	APÊNDICE B – Instrumento para Coleta dos dados.....	59
	APÊNDICE C – Termo de Anuência Institucional.....	60
	ANEXOS.....	61
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	62
	ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	64



FONTE: Google imagens, 2013

1 INTRODUÇÃO

Segundo Truswell e Mann (2009) e Costa et al. (2011), a obesidade é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, além de ser caracterizada como psicossomática, apresentando fatores de risco para algumas patologias, consideradas graves, como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, osteoartrite entre outras. A obesidade apresenta enfoques genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, nutricionais, ambientais, sociais e familiares e vem sendo considerada um dos problemas de saúde pública da modernidade.

A obesidade vem crescendo mundialmente independentemente das classes sócio-econômicas, afetando negativamente a saúde do ser obeso e é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a doença do século XXI. Nesse sentido, a OMS reconhece que se não forem tomadas medidas decisivas para prevenir e tratar a obesidade, mais da metade da população mundial será obesa em 2025 (SERRANO et al., 2010).

Estudo divulgado pelo Ministério da Saúde indica que o excesso de peso e a obesidade aumentaram no país no período de 2006 a 2011. De acordo com a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a proporção de pessoas acima do peso no Brasil passou de 42,7% em 2006 para 48,5% em 2011, enquanto o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8% no mesmo período (BRASIL, 2012).

Em relação à obesidade, 6,3% dos homens de 18 a 24 anos se encaixam nessa categoria, contra 17,2% dos homens de 25 a 34 anos. Entre as mulheres, 6,9% das que têm de 18 a 24 anos são obesas. O índice quase dobra entre mulheres de 25 a 34 anos (12,4%) e quase triplica entre 35 e 44 anos (17,1%). Após os 45 anos, a frequência da obesidade se mantém estável, atingindo cerca de um quarto da população feminina (BRASIL, 2012).

A obesidade é classificada em adultos através da razão entre peso (em quilogramas) e altura (em metros), denominada Índice de Massa Corporal (IMC). É considerada obesa, a pessoa que possua um $IMC \geq 30$, valendo salientar que, quanto maior o IMC, maior a gravidade de sua patologia (SILVA, 2009).

O obeso além de ser acometido por danos fisiológicos, também pode apresentar alterações psicológicas e sociais. Nesse enfoque, Serrano et al. (2010) destaca que o obeso sofre e desenvolve sentimentos auto-depreciativos, de auto-indulgência, ansiedade e alterações do comportamento alimentar, dessa forma, levando-o, à depressão, deixando-o suscetível ao isolamento social.

A obesidade também acarreta problemas como a exclusão social, a qual conduz à discriminação e preconceito, visto que a construção desse fenômeno não se deve apenas a fatores individuais ou sociais pertencentes ao indivíduo, mas tanto à sua dinâmica interacional quanto à assimilação e à acomodação das informações a respeito da categoria social de ser obeso. O obeso passa a ser visto como pessoa incapaz de trabalhar, sem talento, inábil no deslocamento nos transportes públicos (uma vez que ocupa muito espaço ou não se acomoda adequadamente nas cadeiras) sendo vítima de achincalhos, capazes de acarretar uma diminuição da auto-estima (SILVA; BITTAR, 2012).

A obesidade pode ser um forte agravante na interação social, em que os obesos sofrem grande discriminação, dificultando seus relacionamentos sociais e afetivos. A fim de minimizar as depreciações psicológicas e físicas ocasionadas pela obesidade, o obeso recorre ao alimento como forma de diminuir seus afrontamentos, tornando-se um ciclo vicioso para manutenção de sua auto-estima (SERRANO et al., 2010).

Nas sociedades ocidentais, preconiza-se que o que é belo é bom e que a magreza é sinônimo de beleza, o que faz com que a magreza seja valorizada pela sociedade e seu oposto, a obesidade, seja rejeitada. Embora os ideais de beleza femininos variem em função dos padrões estéticos adotados em cada época, estudos mostram que as mulheres têm procurado alterar seus corpos de maneira a seguir esses padrões. Por essa razão, à medida que as pressões sociais para perder peso e se adequar ao ideal de magreza foram se tornando mais populares, as mulheres passaram a aceitar cada vez mais esses ideais como metas e a perseguir um corpo esbelto, demonstrando, em consequência, maior rejeição de sua imagem corporal na idade adulta (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Nesse ínterim, a imagem corporal é definida como a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, a maneira pela qual o corpo se apresenta para nós. Apesar dessa imagem ser adquirida através dos nossos sentidos, muitas vezes está separada das representações mentais. Isso dá um sentido psicológico à imagem corporal e um significado para o conhecimento interior do corpo. É também dessa forma que o modelo postural torna-se a base de atitudes emocionais para o nosso corpo. A imagem corporal não é apenas destruída e ameaçada pela dor, doença, mutilação real, mas também por toda insatisfação profunda ou distúrbio libidinal (COUQUEIRO et al., 2008).

Barros (2005) e Russo (2005) ressaltam que apesar da imagem corporal ser imaginária, pode ser vivida como algo real. Pode se transformar em uma fonte constante de energia ou em uma causa de dor crônica. Por se caracterizar como uma imagem, pode sofrer

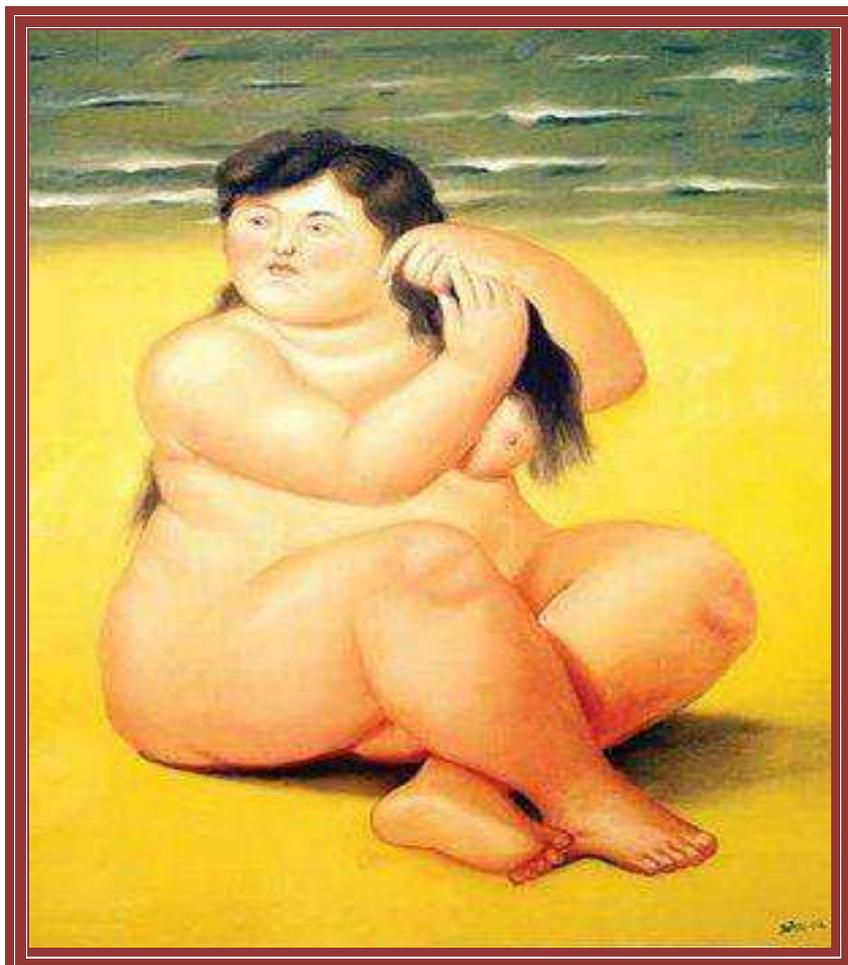
distorções, ou seja a pessoa, pode considerar que certa parte do corpo é anormal ou que suas formas e medidas são inadequadas.

Barros (2005) ainda aponta como fatores de risco de distúrbios da imagem corporal a excessiva preocupação da pessoa por sua obesidade. O peso é o que mais lhe interessa; há dificuldade para se olhar no espelho; não se reconhece o seu tamanho real quando engorda ou emagrece. Ressalta ainda que, alguma pessoa cujo excesso de peso tem início na vida adulta mantém uma imagem antiga de magra na memória. A imagem corporal dessas pessoas fixada na infância aparece como imutável apesar da realidade ser outra. Essa negação inconsciente da realidade bloqueia o progresso na direção do emagrecimento ou de se fazer uma dieta. Além disso, o que motiva as pessoas a emagrecerem e se manterem magras está relacionado com sua habilidade em ter uma imagem real, substituindo a distorção da imagem corporal.

Como foi possível observar, os estudos indicam que a fase de desenvolvimento no qual tem início o excesso de peso faz toda a diferença: aqueles que eram magros e depois se tornaram obesos, tendem a manter uma imagem de seu corpo como magros; enquanto que aqueles que eram obesos desde a infância, têm dificuldade de se adaptar a uma nova imagem.

A primeira motivação para adentrar no conhecimento dessa temática surgiu mediante vivência própria. Considerando-me obesa, convivo com todo o processo de alteração física, psicológica e social relatada anteriormente. A partir desse propósito, seguiu-se a afinidade com a temática. Nesse sentido, iniciei minha trajetória acadêmica na Graduação escolhendo como objeto de estudo a obesidade. E é com base nesse caminhar que me despertou o interesse de trabalhar a minha monografia, buscando respostas para os questionamentos desse período: qual a percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo e a influência na sua vida?

Nessa perspectiva, o objetivo da pesquisa foi investigar a percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo e sua influência na sua vida.



FONTE: Google imagens, 2013

2 REFERENCIAL TEÓRICO

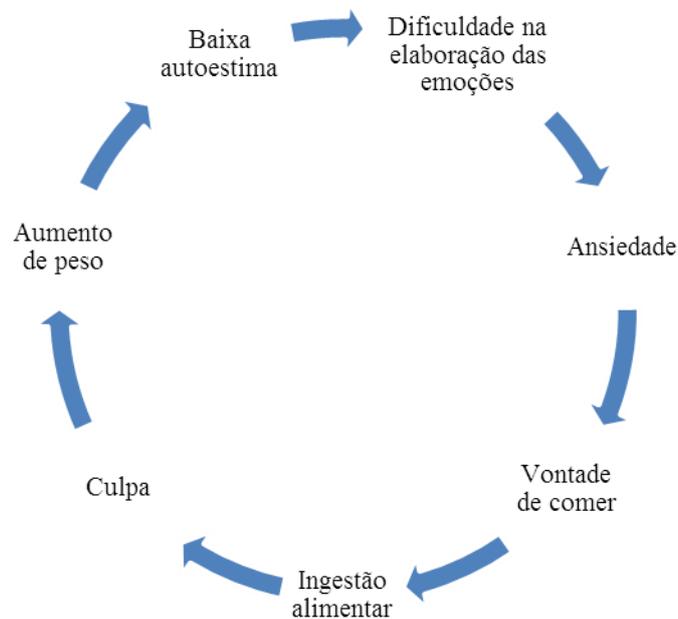
2.1 Obesidade: Características gerais

A obesidade é um dos distúrbios nutricionais mais comuns no mundo. Não é simplesmente um problema de ingestão excessiva de alimentação; é determinada por causas múltiplas e complexas que levam ao distúrbio alimentar (PORTUGAL, 2005). No entanto, pode ser definida como resultado de um desequilíbrio existente entre a ingestão alimentar excessiva e gasto de energia diminuído, provocando o aumento do tecido adiposo, podendo atingir graus capazes de afetar danos a saúde física, psíquica e social (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Para Serrano et al. (2010), existe uma classificação etiológica da obesidade que se distribui da seguinte forma: origem neuroendócrina (obesidade hipotalâmica, Síndrome de Cushing, Hipotireoidismo); ganho de peso induzido por medicamentos (amitriptilina, haloperidol, valproato de sódio, prednisona, sulfoniureias); cessação do tabagismo, pois a abstinência da nicotina é uma das explicações parciais; vida sedentária (a diminuição do gasto calórico promove o aumento ponderal); alimentação (a quantidade de energia calórica maior do que o gasto); fatores psicológicos e sociais (a depressão é uma das patologias predisponentes).

Além dos fatores psicossomáticos, Serrano et al. (2010) ressaltam que os mecanismos regulatórios da alimentação – a fome e o apetite – fazem parte da etiologia da obesidade. A fome é constituída pelo desejo de comer despertado por sensações fisiológicas; já o apetite é descrito como desejo de comer, o qual envolve a lembrança da sensação agradável de estar satisfeito. Desse modo, a fome e o apetite influenciam na quantidade de comida ingerida. Portanto, um obeso com fome pode comer até se sentir satisfeito, mas o apetite pode induzi-lo a comer mais. Outro fator ligado à regulação da fome é a saciedade, a qual apresenta uma redução da sensibilidade para os sinais reguladores de satisfação.

Nesse sentido, os autores supracitados referem que os comedores compulsivos, ao realizarem o episódio hiperfágico, sentem-se culpados e arrependidos, repulsando a si próprios, havendo desse modo, queda da auto-estima. Isso faz cair os níveis de serotonina e o obeso acaba requerendo a mais um episódio de compulsão. Instala-se, desse modo, o círculo vicioso do comportamento do obeso, representado no esquema a seguir:

FIGURA 1 – Círculo vicioso do comportamento do obeso

FONTE: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Distúrbios Metabólicos, 2009.

Um estudo realizado por Coutinho (2009) verificou que a obesidade é um fator de risco para o aparecimento de patologias cardiovasculares, no tocante à doença coronariana, à insuficiência cardíaca e ao acidente vascular encefálico, independente da associação dessas com a idade, pressão arterial, hipercolesteronemia, tabagismo, intolerância à glicose e hipertrofia ventricular esquerda. Nesse estudo, foi encontrada uma nítida relação entre o aumento do IMC e prevalência de hipertensão arterial sistêmica e ocorrência de diabetes mellitus tipo 2.

No que se diz respeito à epidemiologia, dados do Ministério da Saúde (2012) revelam que o Brasil é um dos países onde se observa a prevalência da obesidade. A análise de fatores predisponentes (gênero, idade, etnia), aos quais as pessoas são expostas, permite o estabelecimento da evolução da doença na população e em seus estratos a curto e médio prazos. Esses fatores dividem-se em demográficos (idade, gênero, raça), socioculturais (renda familiar, nível de escolaridade e estado civil), biológicos (paridade e genética) e comportamentais ou ambientais (tabagismo, etilismo, dieta, atividade física e sedentarismo). Entre esses, os fatores ambientais mostram-se mais evidentes para o desenvolvimento da obesidade.

Logo, as principais razões para uma pessoa tornar-se obesa são, basicamente, o hábito de comer em demasia, a diminuição de gasto calórico desproporcional à ingestão, a produção maior de tecido adiposo e a minimização da oxidação desses (BRASIL, 2012).

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Distúrbio Metabólicos (ABESO) (2009), a obesidade pode ser classificada de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), que permite de uma forma rápida e simples, descrever se o indivíduo tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso. O IMC é calculado pela razão simples entre peso e altura (Kg/m^2). A pessoa com IMC menor que 18,5 é considerada com baixo peso. Peso normal é aquela que tem IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25. Quando o IMC for maior ou igual a 25 e menor que 30, esta pessoa é pré-obesa. O indivíduo é considerado com obesidade de classe I, quando o IMC é superior ou igual a 30 e menor que 35. Pode ser classificado em obesidade de classe II quando o IMC é superior ou igual a 35 e menor que 40. Além dessas classes, existe também a obesidade de classe III, em que seu IMC encontra-se superior ou igual a 40. Em concomitância ao crescimento do IMC, aumenta também o risco de comorbidades.

Nesse sentido, o Quadro 1 descrito logo abaixo descreve a classificação da variação de peso, conforme o Índice de Massa Corpórea e o risco de comorbidades associados.

Quadro 1- Classificação da obesidade conforme Índice de Massa Corpórea e Risco de Comorbidades

CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m^2)	RISCO DE COMORBIDADES
Baixo peso	< 18.5	Baixo (mais risco aumentado de outros problemas clínicos)
Variação normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25 – 29.9	Aumentado
Obesidade classe I	30 – 34.9	Moderado
Obesidade classe II	35 – 39.9	Grave
Obesidade classe III	≥ 40	Muito grave

FONTE: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Distúrbios Metabólicos, 2009.

Além do IMC, o Perímetro da Cintura pode ser um forte indicador de obesidade e risco de complicações metabólicas, diferindo os valores entre homem e mulher. Na mulher, o risco de complicações metabólicas está aumentado quando o perímetro da cintura é igual ou superior a 80 cm, e no homem quando o resultado for superior ou igual a 94 cm. O risco de complicações metabólicas está elevado, quando os valores da mulher e do homem são, respectivamente, superior ou igual a 88 cm e superior ou igual a 102 cm (PORTUGAL, 2005).

Os obesos apresentam diversos sintomas, dentre eles limitações de movimento, tendência a contaminação por fungos e outras infecções de pele decorrente do panículo adiposo. Além disso, os obesos apresentam alterações musculoesqueléticas, apresentando em

longo prazo degenerações de articulações da coluna, quadril, joelhos e tornozelos, além de doença varicosa superficial e profunda como úlceras de repetição e erisipela (TRUSWELL; MANN, 2009).

A obesidade pode desencadear comorbidades, tais como diabetes mellitus, doença vesicular, dislipidemia, dispneia, apneia do sono, doença coronariana, hipertensão, osteoartrose, hiperuricemia, gota, dor lombar, malformações fetais associadas à obesidade materna, alterações hormonais de reprodução diminuindo a fertilidade e alguns tipos de câncer. Além disso, a obesidade está associada ao aumento do risco de morbimortalidade, como também diminuição da esperança média de vida e risco iminente de morte (COSTA et al., 2011).

A obesidade tem um impacto significativo na saúde, bem estar psicológico, longevidade e na qualidade de vida dessas pessoas. Diversos estudos sugerem relação entre obesidade e declínio da qualidade de vida, sendo esse, maior nos obesos que não seguem tratamento para perda ponderal. Contudo, o tratamento da obesidade consiste em reeducação alimentar, prática de exercícios físicos associadas a uma terapia comportamental (ABESO, 2009).

O tratamento atual da obesidade baseia-se em terapias comportamentais dirigidas no sentido de modificação das atividades e hábitos relacionados à alimentação, exercício para aumentar o gasto calórico e orientações nutricionais para diminuir o consumo de calorias. Os tratamentos com agentes farmacológicos são considerados um adjunto a essa terapêutica básica (ABESO, 2009).

Inicialmente, os profissionais responsáveis pelo tratamento da obesidade devem analisar o grau de obesidade, história pessoal de ganho ponderal, níveis de atividade física, riscos associados (obesidade abdominal, tabagismo, farmacoterapia e história familiar), doenças preexistentes, situação psicossocial e comportamental, além da motivação para perda ponderal. O tratamento consiste na reeducação alimentar, prática de exercícios físicos e modificação comportamental, porém além desses existem também os tratamentos farmacológico e cirúrgico (ABESO, 2009).

O tratamento convencional nas estratégias de perda de peso baseia-se na reeducação alimentar. Os alimentos ingeridos devem ser registrados e avaliados de forma a identificar áreas que necessitam de atenção especial como a adequação nutricional, a quantidade das porções e a frequência das refeições. Essa técnica induz a perda de peso em curto prazo. É controversa a ideia de que existe uma dieta ideal para o tratamento da obesidade, porém é admissível que uma dieta baseada nos princípios de uma alimentação saudável, com teor

energético diminuído e baixo teor de gorduras, realizada de forma individualizada, é a que parece ser mais eficaz em longo prazo (MIRANDA; NAVARRO, 2008).

A atividade física tem um valor relevante no tratamento à obesidade, pois não contribui apenas para o gasto de energia, mas também protege contra a perda de massa magra, como também promove o bem estar do indivíduo e proporciona melhor qualidade de vida. Esse tratamento pode aumentar a taxa metabólica em repouso pelo aumento de massa muscular, como também aumenta a probabilidade de manter o peso perdido por um período mais longo (COSTA et al., 2011).

A combinação entre reeducação alimentar e prática de exercícios físicos além de prevenir e diminuir a obesidade, também ajuda na melhoria da saúde em geral, diminuição do agravamento das comorbidades e redução da mortalidade (COSTA et al., 2011).

Somando-se a estes tratamentos, um componente essencial para diminuição da obesidade é o tratamento comportamental. Esse tem como característica fundamental a auto monitorização, em que a pessoa faz um registro diário detalhado dos alimentos ingeridos e das circunstâncias em que a refeição ocorreu. No controle de estímulo, a pessoa é instruída a evitar a exposição às situações que predisõem a um episódio de compulsão; ênfase numa nutrição melhorada (as dietas rígidas são desencorajadas em favor de escolhas nutricionais mais balanceadas e flexíveis); reestruturação cognitiva (um método de identificação de modificação de ideias e atitudes erradas em relação à regulação do peso); estudo das relações interpessoais (ensina a lidar com os fatores que desencadeiam a sobrealimentação e fornece um suporte social para o controle do peso e prevenção de recidiva), processo contínuo delineado com o objetivo de promover a manutenção do tratamento de perda de peso induzido (PORTUGAL, 2005).

A terapia farmacológica também é uma escolha de tratamento utilizada quando as demais já citadas não obtiveram sucesso. Essa terapia pode ser apropriada para obesos com o $IMC \geq 30$ ou $IMC \geq 25$ associado à comorbidades. Os fármacos devem ser associados à reeducação alimentar e mudança do estilo de vida, porém essa terapia, quando recusada, aumenta a adesão às alterações alimentares, ao exercício e aos regimes de modificação comportamental. Vale salientar que o tratamento com fármacos não cura a obesidade e quando interrompido, os pacientes voltam a ganhar peso, caso não optem por outra medida de emagrecimento (COUTINHO, 2009).

De acordo com a ABESO (2009), o tratamento cirúrgico da obesidade é considerado o método mais efetivo para redução de peso e sua manutenção nos doentes severamente obesos. Esse tratamento começou a ser utilizado desde quando o *bypass* jejunoileal foi desenvolvido

na década de 1950. As várias técnicas utilizadas no tratamento cirúrgico baseiam-se ou na restrição da energia ingerida ou na má absorção ou má digestão alimentar, ou na combinação de ambos.

Truswell e Mann (2009) afirmam que a perda ponderal intencional resulta na melhoria acentuada da diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, risco cardiovascular e função ovariana, capacidade respiratória, lombalgia e gonalgia, apneia do sono e osteoartrose, além de melhoria na qualidade da vida.

2.2 Obesidade e a influência sócio-cultural na pessoa obesa

Corpus vem do latim e significa corpo, de onde se origina, também, o sentido de ‘cadáver’. Continuando a nomear, em certos contextos, o ‘cadáver’; ‘corpo’ adquire, para a consciência lingüística, o sentido de ‘objeto em sua organização visível’ (VERAS, 2010).

Para se fazer entender acerca do significado do corpo obeso, tem-se primeiramente entender os significados, os quais o corpo obteve durante todo o percurso histórico e cultural valendo salientar que, o que se passa agora não é nem melhor, nem mais importante e nem melhor explicado do que o que se passou antes, ficando evidente que o importante não é buscar as transformações que certo objeto sofreu ao longo do tempo em determinada cultura, mas tornar problemático e, portanto, histórico, tudo o que é visto como objeto natural *a priori* (VERAS, 2010).

No começo do século XX, a mulher desejável era aquela que tinha o corpo opulento, com gorduras depositadas em seu quadril, coxas, abdômen e mamas. No período pré-industrial a mulher com excesso de peso era símbolo de fortaleza, com energia para enfrentar o período de fome presente naquela época e proteger sua família (ALMEIDA et al., 2005).

A partir de 1960, a mulher com excesso de peso não é mais a ideal e desejada. Inicia-se a busca pelo corpo magro, atlético e com formas bem definidas. O culto ao corpo passa ser enfatizado, esse associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social, tornando crescente a insatisfação com sua própria aparência física (FERNANDES, 2007).

Veras (2010) ressalta que as sociedades ocidentais associam o corpo magro como sinônimo de beleza e valorização. Com isso, as mulheres têm procurado seguir os padrões de beleza e alterar seus corpos. Sendo assim, à medida que o ideal da magreza e as pressões sociais para emagrecer foram se tornando mais populares, as mulheres procuraram cada vez mais cumprir metas para conseguir um corpo esbelto, transparecendo, em consequência, maior rejeição de sua imagem corporal.

Campana, Campana e Tavares (2009) enfatizam que, as mulheres, através das práticas de socialização associam o corpo esbelto à capacidade de ser atraentes, ocasionando a identificação com seus corpos. Em contra partida, a insatisfação corporal seria uma resposta natural as pressões patológicas impostas pela sociedade.

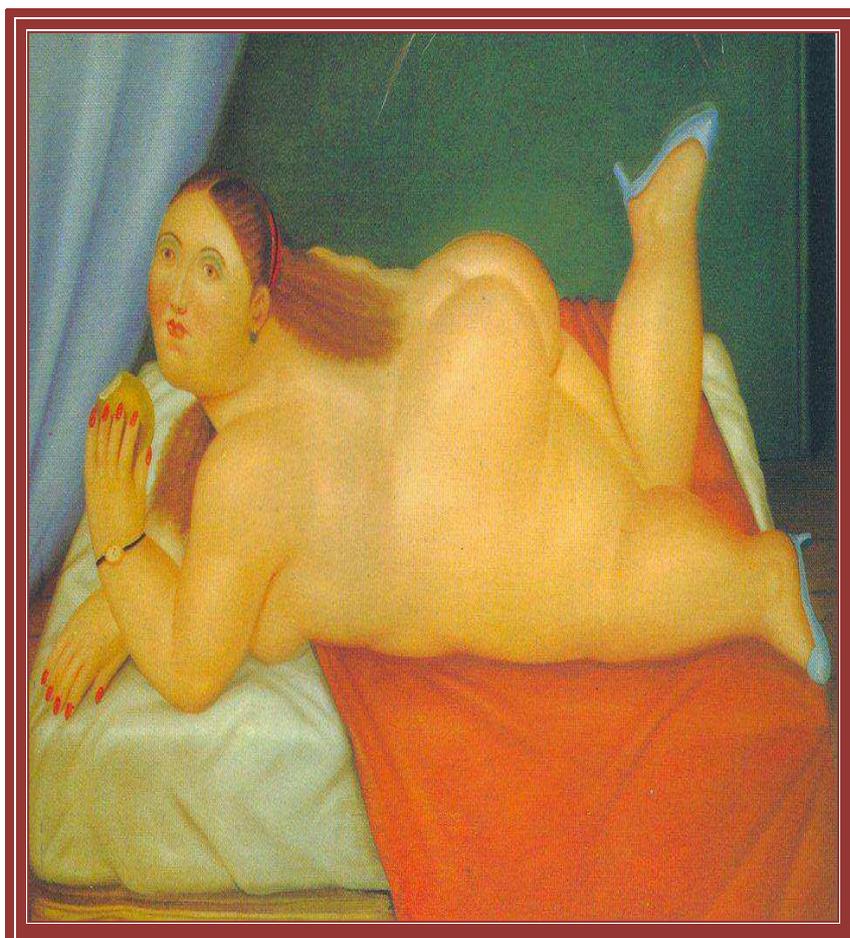
Em consequência da interação com a sociedade, as pessoas obesas aprendem a avaliar seus corpos de acordo com seu ambiente, como também, avaliam sua auto-imagem durante toda a vida. Além da interação do corpo com o meio ambiente, o indivíduo apresenta interações fisiológicas, neurais e emocionais. A mudança em um desses fatores podem ocasionar consequências na experiência do corpo, acarretando uma imagem corporal negativa e insatisfação com seu próprio peso (BARROS, 2005).

Almeida, Loureiro e Santos (2002, p.141) enfatizam que:

A imagem corporal consiste em um construto multidimensional composto de representações sobre o tamanho e a aparência do corpo e de respostas emocionais associadas ao grau de satisfação suscitado por essas percepções. Nesse sentido, as distorções na imagem do próprio corpo (superestimativa do tamanho corporal) são, em geral, acompanhadas de rejeição ou insatisfação corporal (extensão em que os indivíduos rejeitam seus corpos).

Existem várias características presentes no ser obeso no que se refere à auto-imagem, dentre elas, um fator importante é a depreciação da própria imagem física. A pessoa se sente insegura em relação aos outros e imagina que estes os vêem com hostilidade e desprezo. Além disso, muitos obesos fazem referência ao peso como um fator agravante na interação social, sofrendo discriminação, que porventura interfere em seus relacionamentos sociais e afetivos. A discriminação com o próprio corpo obeso é tanta que algumas pessoas recusam em olhar-se no espelho, procuram fixar o olhar apenas em algumas partes do corpo e evitam olhar os lugares que há acúmulo excessivo de gordura. Essa discriminação também é fruto da sociedade, visto que muitas vezes o obeso vivencia experiências estigmatizantes ao sofrerem com brincadeiras e receberem apelidos depreciativos relacionados com seu excesso de peso (FERRIANI et al., 2005).

Nesse sentido, a nível psicológico, a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso pode provocar uma desvalorização da auto-imagem e do auto-conceito no obeso, diminuindo assim sua auto-estima. Em consequência disso, podem surgir sintomas depressivos e ansiosos, uma sensação de diminuição da sensação de bem estar e um aumento na sensação de inadequação social, com consequente degradação das interações sociais e relacionais (VERAS, 2010).



FONTE: Google imagens, 2013

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa. De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior fragilidade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e construir hipóteses, ou seja, tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Já a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno. As pesquisas descritivas são associadas às exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

A pesquisa qualitativa é fundamentada nas interações interpessoais, de onde surgem aspectos subjetivos de determinadas situações e apresenta caráter dimensional do universo pesquisado, considerando que a compreensão dos fatos se dá através da relação entre variáveis, onde os dados são colhidos por meio de questionários, garantindo a uniformidade no entendimento e organizando os resultados de uma forma mais unificada (CHIZZOTTI, 2005; GÜNTHER, 2006).

A escolha desse tipo de pesquisa se deu, pela oportunidade que esta proporciona ao pesquisador de interagir com o objeto/sujeito da análise, desencadeando a melhor compreensão da realidade para a construção de novos conhecimentos.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Cuité, localizada na microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano, a 230 km da Capital João Pessoa. Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) possui um contingente populacional de aproximadamente 19.978 habitantes, dos quais 9.833 são do sexo masculino e 10.145 são do sexo feminino, com densidade demográfica de 26,3hab/km².

Mais especificamente, serviram como campo para o desenvolvimento deste estudo duas (02) Unidades de Saúde da Família vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde que compõem a rede de saúde nos serviços de atenção básica na zona urbana do município, são elas: USF Ezequias Venâncio e USF Luiza Dantas de Medeiros. É importante salientar que as USF Raimunda Domingos, USF Abílio Chacon e USF Diomedes Lucas também se encontram na zona urbana deste município, havendo ainda mais quatro (04) USF na zona rural, mas que não foram contempladas neste estudo (SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL DE CUITÉ, 2012).

As duas Unidades de Saúde da Família da zona urbana citadas anteriormente foram selecionadas pela facilidade do acesso e porque as mesmas foram o campo de estágio da disciplina Estágio Supervisionado I – componente curricular do 9º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, o que proporcionou um contato prévio com os possíveis participantes do estudo.

3.3 População e Amostra

Segundo Gil (2008), uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns. O elemento ou membro da população particular que é submetida a um estudo, chamada de população-alvo. Em termos estatísticos, a população pode ser o conjunto de indivíduos que trabalham em um mesmo lugar, alunos matriculados em uma universidade, produção de refrigerantes de fábrica etc. Nesse sentido, a população deste estudo foi constituída por mulheres obesas residentes no município de Cuité, Paraíba.

Quando o pesquisador seleciona uma amostra, ou seja, uma pequena parte de uma população, espera que esta parcela represente toda a população do estudo (GIL, 2008). Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a escolha das participantes do estudo: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser cadastrada e acompanhada pela Estratégia Saúde da Família; ter IMC ≥ 30 , concordar em participar da pesquisa; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e apresentar condições físicas e mentais para responder à entrevista.

3.4 Instrumento para Coleta de Dados

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Nessa perspectiva, o instrumento desta pesquisa foi uma entrevista semi-estruturada, que por sua vez, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação ‘face a face’ e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2008).

3.5 Considerações Éticas

O crescimento rápido das pesquisas envolvendo seres humanos tem levado à preocupações éticas e debates quanto à proteção dos direitos das pessoas que participam das pesquisas em enfermagem. De acordo com Nogueira et al. (2012), a ética pode ser

compreendida como o modo de ser dos humanos, um conjunto de valores que dirigem o comportamento do homem em relação aos outros em busca do equilíbrio das relações sociais.

Durante a realização desta pesquisa foram explicados aos participantes, os objetivos e finalidades do estudo, quais as vantagens na sua participação, participação voluntária, retirada ou exclusão do estudo, o caráter confidencial das informações, como também o nome, endereço e número de telefone dos pesquisadores para possíveis esclarecimentos sobre o assunto, ou para comunicarem a desistência.

Essas informações atenderam às Normas da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). De acordo com Nogueira et al. (2012), esta resolução é o principal normativo que regula as pesquisas com seres humanos, tendo como objetivo proteger e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Como esta pesquisa foi realizada diretamente com seres humanos, seguiu todos os princípios descritos nessa resolução.

Segundo a Resolução nº 196/96, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais como: o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos-alvo (autonomia); avaliação dos riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maledicência); relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 1996).

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007).

3.6 Coleta de Dados

Segundo Andrade (2006), a coleta de dados deve ser realizada de maneira esquematizada e lógica, no intuito de facilitar o desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados é vista como uma etapa importantíssima, entretanto não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, visto que os dados coletados futuramente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim realizada a discussão dos resultados da pesquisa. Nesse sentido, a coleta de dados realizou-se no mês de fevereiro de 2013.

3.7 Procedimentos Operacionais para a Coleta de Dados

Na fase inicial, foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página Eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional ao Secretário Municipal de Saúde do município de Cuité, Paraíba, para realizar a pesquisa nas referidas Unidades de Saúde da Família, com sua devida assinatura da Folha de Rosto; e 3. Submissão da Folha de Rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para a apreciação e aprovação do projeto.

Após a aprovação do CEP do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o CAAE nº 06662222.4.0000.5188, foi dado início às atividades da coleta no mês de fevereiro de 2013. Inicialmente, a pesquisadora participante entrou em contato com as enfermeiras das USFs citadas anteriormente, para possibilitar o acesso ao grupo a ser pesquisado. Logo após, a pesquisadora coletou dados referentes à idade e diagnóstico médico através de dados secundários (prontuários) e selecionou, aleatoriamente, as mulheres que tinham idade igual ou superior a 18 anos e que possuíam diagnóstico médico de obesidade. Tal procedimento obedeceu aos critérios de inclusão citados anteriormente. Nesta perspectiva, foram selecionadas 20 mulheres para compor a amostra desta pesquisa. Após este procedimento, procedeu-se com o início das entrevistas, que se realizaram em uma sala das USFs citadas anteriormente.

Ao identificar às mulheres, a pesquisadora participante apresentou a pesquisa, sua finalidade e importância e convidou-lhe a participar desta. Também foi solicitada a gravação da entrevista, o caráter voluntário, o anonimato da participação e a possibilidade de desvinculação da pesquisa sem danos pessoais. Em seguida, as participantes da pesquisa foram convidadas à leitura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura foi solicitada a assinatura deste e assim deu-se início à entrevista.

Para a avaliação antropométrica (peso e altura) foi utilizada a seguinte técnica: Peso: verificado através da balança digital de marca Filizola e com a participante descalça, sendo os valores descritos em quilogramas (Kg); Estatura: medida com fita métrica colocada em uma parede. As participantes foram colocadas encostadas à parede, apoiadas na zona lateral das coxas, cabeça e olhos dirigidos para frente, sendo o valor registrado em centímetros (cm). O Índice de Massa Corporal foi verificado através dos dados obtidos de peso e altura descritos anteriormente e o cálculo obtido com uma calculadora de marca Casio.

Os discursos foram gravados através de um aparelho MP3 de marca Sony e a duração das variou conforme a capacidade das participantes em fornecer as informações desejadas.

Em média, a duração foi de 30 minutos. O desenvolvimento seguiu o ritmo mais conveniente às participantes da pesquisa e, quando necessário, a entrevistadora interveio para complementar alguma informação não suficientemente clara e que seria parte integrante do roteiro pré-estabelecido. As entrevistas foram transcritas textualmente e logo após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à codificação dos participantes do estudo extraindo as categorias dos discursos agrupados pela similaridade, sendo possível assim formar o *corpus* coletivo dos discursos.

3.8 Análise dos Dados

A caracterização da amostra foi organizada em forma de gráficos e tabelas construídos no Programa Microsoft Excel 2008 e os dados qualitativos foram analisados de acordo com a literatura pertinente e seguindo as bases conceituais do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005), que é fundamentada na construção do pensamento coletivo que visa desvendar como as pessoas atribuem os sentidos, pensam e se posicionam a respeito de determinados temas.

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo é baseada nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais, que, para Moscovici (2002), consistem em conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, que são verdadeiras teorias do senso comum, pelas quais as pessoas interpretam a sua realidade e também as realidades sociais, constituindo o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2004).

O Discurso do Sujeito Coletivo enumera, organiza e articula uma série de operações por meio de questões abertas, as quais redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com expressões de diferentes depoimentos, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem qualitativa, à luz da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, sugerida por Lefèvre e Lefèvre (2005). Essa técnica é constituída de figuras metodológicas que possibilitam a tabulação dos dados provenientes dos relatos dos participantes envolvidos no estudo, para, posteriormente, serem consolidados em um único discurso. A operacionalidade para a análise dos discursos compreendeu as seguintes etapas:

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, obtidas para cada um das questões norteadoras propostas para o estudo. As expressões-chave denotam a prova discurso-empírica da verdade das ideias centrais.

2. Identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave, constituindo a síntese dos conteúdos dessas expressões, ou seja, o que elas querem dizer efetivamente.

3. Identificação das ideias centrais semelhantes ou complementares considerando as mesmas respostas de um questionamento proposto para a pesquisa, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelos participantes da pesquisa.

4. Reunião das expressões-chave referentes às ideias centrais, semelhantes ou complementares em um discurso-síntese, como se todas tivessem sido proferidas por um mesmo indivíduo, construindo o discurso do sujeito coletivo – DSC.

Para compreender melhor a análise dos dados, serão apresentadas as ideias centrais emergidas no discurso do sujeito coletivo, em resposta às seguintes questões propostas para as mulheres participantes da pesquisa:

1. Fale como você se vê diante do espelho?
2. Fale como você se sente perante a sociedade.
3. Fale como é sua vida profissional.
4. Fale como é sua vida afetiva.

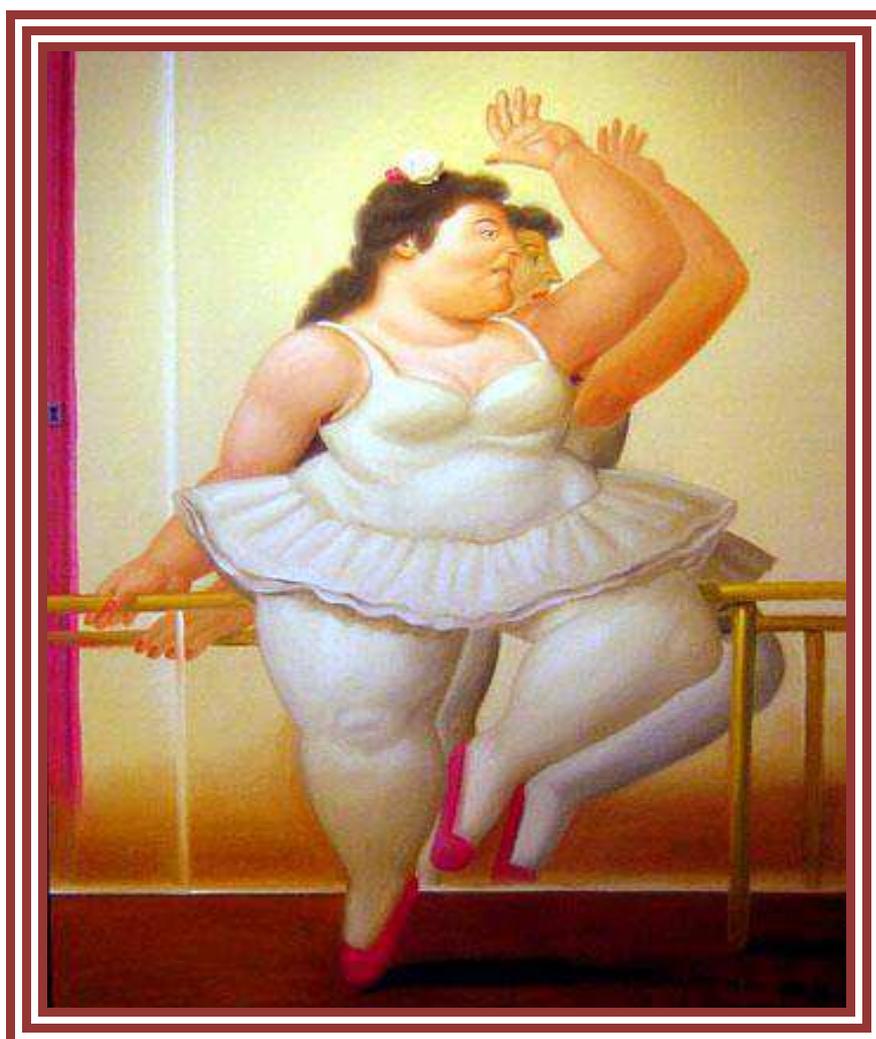
As respostas obtidas do primeiro questionamento permitiram construir a seguinte ideia central: **“Distorção da imagem corporal”**;

Das respostas do segundo questionamento foi identificada uma ideia central: **“Discriminação e restrição sociais”**;

Em resposta ao terceiro questionamento foi destacada a seguinte ideia central: **“Restrição nas atividades laborais”**;

A partir das respostas do quarto questionamento, foi obtida a ideia central **“Insatisfação na vida afetiva”**.

Serão apresentadas, portanto, nos quadros a seguir, as Ideias Centrais e os Discursos do Sujeito Coletivo das mulheres participantes da pesquisa.



FONTE: Google imagens, 2013

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

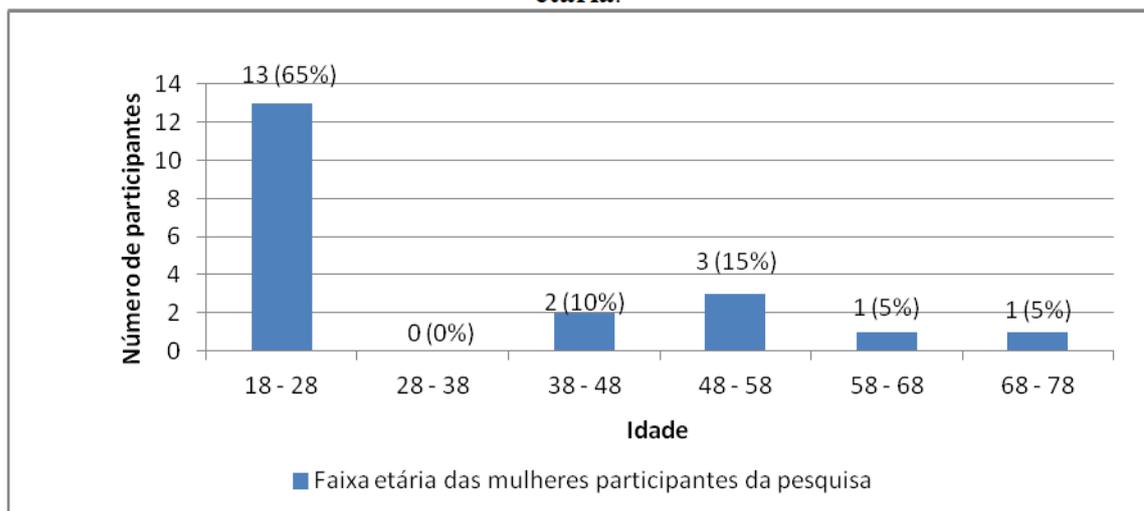
4.1 Caracterização das participantes da pesquisa

A caracterização da amostra foi organizada em forma de gráficos construídos no Microsoft Excel 2007, um programa de planilha eletrônica para computadores, cujos recursos incluem uma interface intuitiva e capacitada de cálculo e os dados qualitativos foram analisados de acordo com a literatura pertinente e seguindo as bases conceituais do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Participaram deste estudo 20 mulheres com diagnóstico médico de obesidade, atendidas em Unidades Básicas de Saúde do Município de Cuité, Paraíba.

O Gráfico 01 demonstra a faixa etária das 20 participantes da pesquisa destacando uma média de 33 anos.

Gráfico 01 - Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a faixa etária.



FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

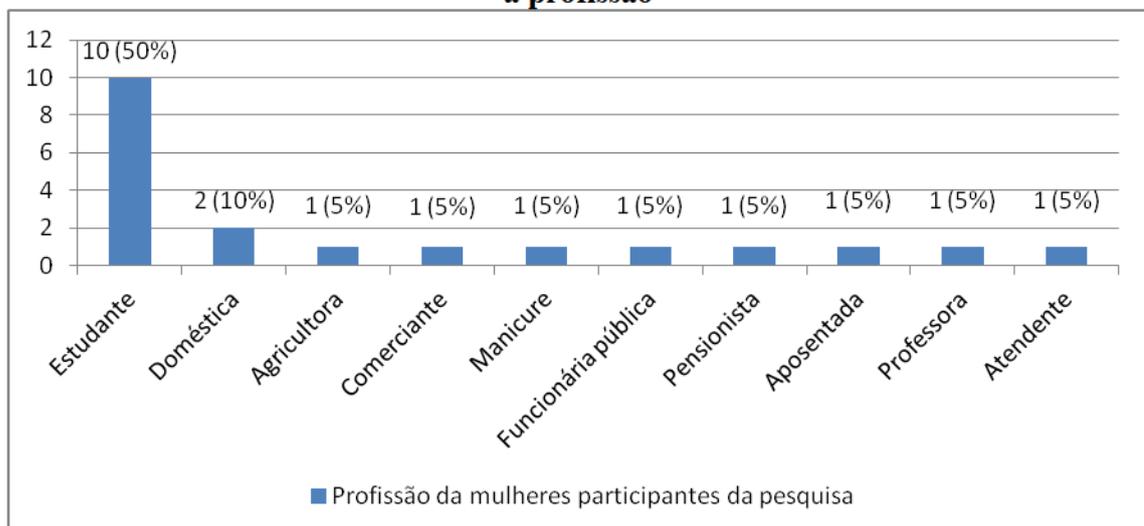
Neste estudo, mediante o Gráfico 1, é realçado a distribuição das mulheres obesas participantes do estudo, atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité-PB, com diagnóstico médico de obesidade. As mulheres com idade entre 18 e 28 anos tiveram uma representativa de 13 (65%) participantes da pesquisa, seguida de três (15%) com idade entre 48 a 58 anos; duas (10%) com idade entre 38 a 48 anos e somente uma (5%) mulher com idade entre 68 a 78 anos de idade. Sobre essa incidência, Vale, Kerr e Bosi (2011) destacam que a população feminina adolescente e adulta jovem entre 18 e 28 anos é a mais atingida por esse problema. Estudos epidemiológicos realizados nos EUA apresentam relatos de que até 4% da população de estudantes adultas jovens apresentam algum tipo de Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA).

No Brasil, o reconhecimento da questão como problema socio-sanitário ainda é recente, sendo escassos os estudos disponíveis, sobretudo epidemiológicos, ainda que se registrem estudos de maior amplitude nos últimos anos, dentre os quais se localizam importantes investigações sobre imagem corporal e TCA em adolescentes e segmentos específicos da população jovem adulta, dentre os quais cabe ressaltar a presença de problemas em futuros profissionais de saúde (VALE; KERR; BOSI, 2011).

As participantes do estudo, por possuírem diagnóstico médico de obesidade, apresentam risco aumentado para as doenças metabólicas e cardiovasculares, além de implicações psicológicas e sociais negativas. Nesta perspectiva, Costa et al. (2011) ressaltam que a obesidade está associada às alterações metabólicas como é o caso das dislipidemias e diabetes mellitus, assim como as cardiopatias, como hipertensão, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca. Além das implicações biológicas para a saúde, as pessoas obesas apresentam maior incidência de problemas relacionados à auto-estima e ao auto-conceito, afetando o relacionamento interpessoal com graves repercussões psicológicas e sociais.

O Gráfico 02 remete à distribuição das mulheres participantes da pesquisa referente à profissão, e verificou-se que 10 (50%) eram estudantes.

Gráfico 02 – Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a profissão



FONTE: Dados da pesquisa, 2013

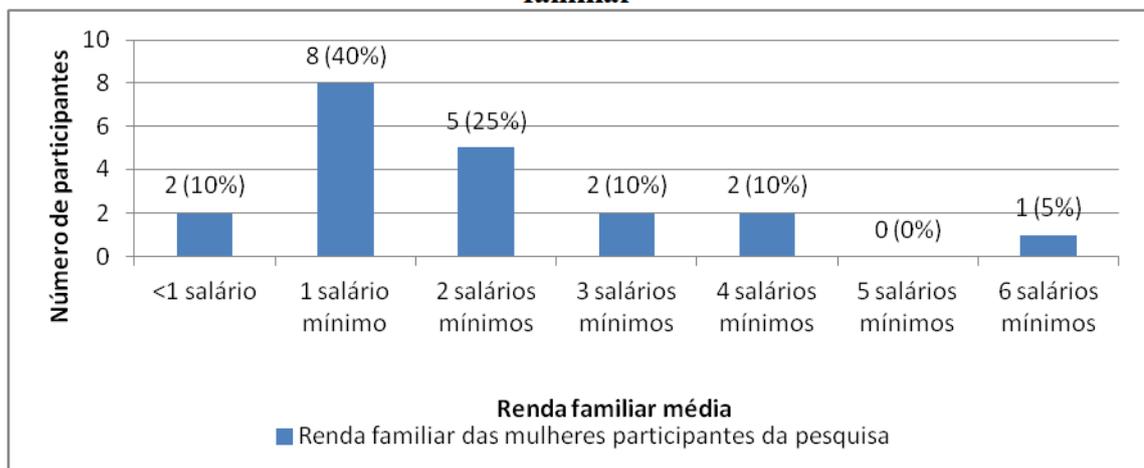
Diante do exposto, verificou-se 10 profissões distintas, sendo a classe estudantil a mais predominante, representando 50% da amostra coletada, seguida de duas (10%) domésticas; uma (5%) agricultora; uma (5%) comerciante; uma (5%) manicure; uma (5%) funcionária pública; uma (5%) pensionista; uma (5%) professora; uma (5%) atendente e por fim, uma (5%) aposentada.

Conforme demonstrado pelo Gráfico 02, as estudantes perfazem maior incidência dessa amostra e é característica da alimentação do adulto jovem e da vida moderna, o consumo de lanches hipercalóricos e *fast foods* entre as refeições. Esta atitude pode ser justificada pela falta de tempo disponível para dedicar a uma refeição, preferências individuais, modismos e por ser uma refeição que pode ser feita com os amigos (PIVETTA; GONÇALVES –DIAS, 2010).

Os autores supracitados ressaltam que o impacto nutricional dos lanches e *fast foods* pode ser influenciado por alguns fatores como, a frequência de consumo e valores nutricionais dos alimentos escolhidos. Tais preparações podem ser aceitáveis, quando parte de uma dieta adequada e balanceada mas, geralmente, apresentam alta quantidade de energia e baixa quantidade de ferro, cálcio, vitamina A e fibras. Muitas vezes, as pessoas consomem alimentos de modo irregular e tendem a “pular” refeições, principalmente o desjejum e isso é mais frequente entre as mulheres como forma de perder peso.

O Gráfico 03 apresenta a distribuição por renda familiar, que oscilou entre R\$200,00 e R\$ 4.068,00. A média da renda familiar foi de dois salários mínimos e a moda foi de um salário mínimo.

Gráfico 03 – Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a renda familiar



FONTE: Dados da pesquisa, 2013

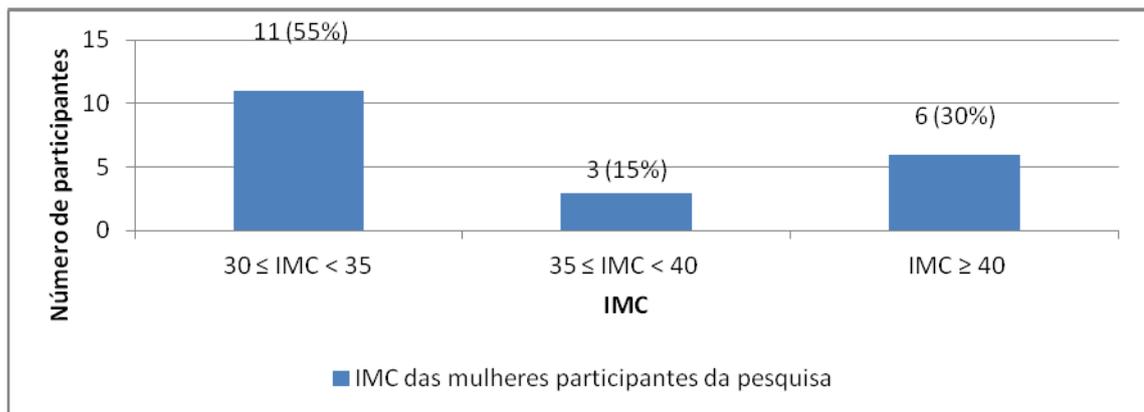
O Gráfico 03 destaca que oito (40%) participantes da pesquisa possuem renda de apenas um salário, seguido de cinco (25%) que possuem renda mensal de dois salários mínimos, duas (10%) possuem renda de três salários, outras duas (10%) recebem quatro salários, uma (5%) apresenta renda de seis salários e outra (5%) menos de um salário mínimo.

Neste sentido, Teichmann et al. (2006) salienta que a obesidade é mais frequente em pessoas com baixa renda, pois o aspecto financeiro restrito é um fator que interfere no

tratamento desta doença, uma vez que a alimentação com baixos valores glicêmicos e calóricos são mais dispendiosos do que a alimentação comum.

O Gráfico 04 demonstra o Índice de Massa Corporal (IMC) das participantes do estudo, onde se observou uma média de 35 kg/m² e moda maior ou igual a 30 e menor que 35 kg/m².

Gráfico 04 – Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com o Índice de Massa Corpórea

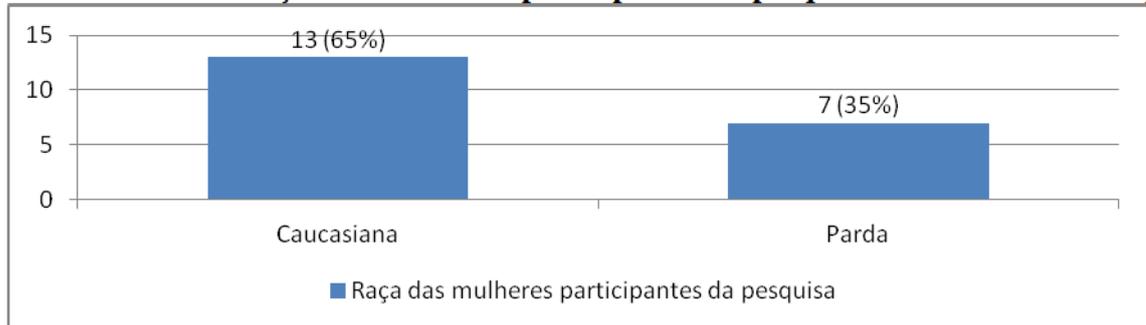


FONTE: Dados da pesquisa, 2013

O Gráfico 04 demonstrou que 11 (55%) mulheres participantes do estudo apresentaram IMC entre 30 e 34,99kg/m², três (15%) apresentam IMC entre 35 e 39.99 kg/m² e seis (30%) IMC maior ou igual a 40 kg/m². De acordo com o IMC apresentado pelas mulheres participantes da pesquisa, a maioria apresenta obesidade grau I, ou seja, possuem risco diminuído de desenvolvimento de doenças, tais como diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemias, cardiopatias dentre outras (COUTINHO, 2009).

Nesta perspectiva, Kakhesita e Almeida (2006) ressaltam que O Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet calculado pelo peso (kg)/altura² (m) é a medida mais comumente empregada em estudos de grupos populacionais para classificação primária do estado nutricional. Da mesma forma, os trabalhos sobre medidas de percepção da imagem corporal têm utilizado o IMC como indicador do estado nutricional ao associá-los como fatores determinantes das condutas relativas ao peso corporal.

O Gráfico 05 realça a distribuição das participantes da pesquisa no que se diz respeito à raça e mostrou que prevaleceu a raça caucasiana com 13 (65%) mulheres.

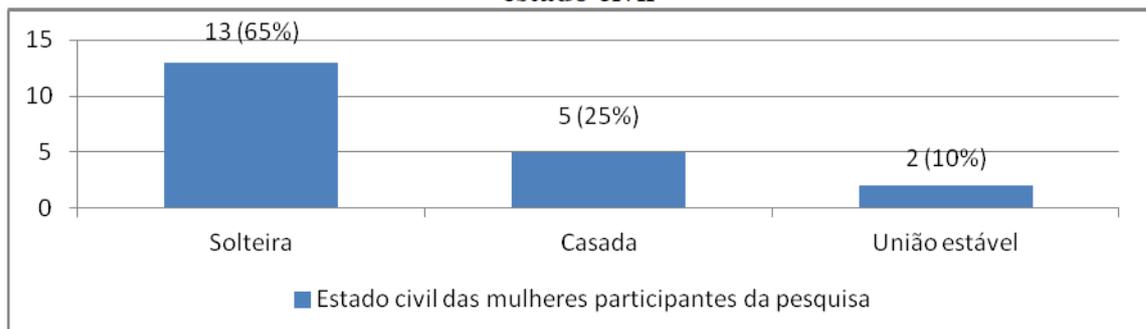
Gráfico 05 – Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com a raça.

FONTE: Dados da pesquisa, 2013

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), principal provedor de dados e informações do país, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal, atualmente, o Brasil é dividido em cinco categorias baseado na raça e cor, sendo elas caucasiana, indígena, negra, parda e amarela. Dos 190,75 milhões (cento e noventa milhões e setecentos e cinquenta mil) de habitantes brasileiros, 91 milhões (noventa e um milhões) autodeclaram caucasianos. O número de negros é representado por 14,5 milhões (quatorze milhões e quinhentos mil) de habitantes, enquanto o número de pardos é de 82,2 milhões (oitenta e dois milhões e duzentos mil). Já a quantidade de amarelos e indígenas, simbolizam respectivamente 2 milhões (dois milhões) e 817,9 milhões (oitocentos e dezessete milhões e novecentos mil) brasileiros.

Sendo assim, perante os dados coletados e informação do IBGE (2010) é predominante a raça caucasiana no estudo realizado e na população do Brasil.

O Gráfico 06 revela o estado civil das mulheres participantes da pesquisa, representado por 13 (65%) mulheres solteiras, cinco (25%) casadas e duas (10%) com união estável.

Gráfico 06 – Distribuição das mulheres participantes da pesquisa de acordo com o estado civil

FONTE: Dados da pesquisa, 2013

Em reflexo a pesquisa realizada, no Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2010), o número de solteiros é predominante em nosso território, representando mais da metade dos habitantes brasileiros, equivalendo a 55,3% (aproximadamente cinquenta e cinco por cento), já o número de casados representa 34,8% (aproximadamente trinta e cinco por cento) dos brasileiros.

4.2 Apresentando o Discurso do Sujeito Coletivo

Para elaborar esta seção do estudo, foram revelados os questionamentos e os discursos-sínteses (DSC), de onde emergiram as respectivas ideias centrais, dispostas nos quadros a seguir.

Questão 1. Fale como você se vê diante o espelho.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
IDEIA CENTRAL
Distorção da imagem corporal
<i>Me vejo gorda, me sinto é depressiva, sou muito feia. Me sinto um nada, me sinto péssima, humilhada. Vejo aquela imagem distorcida. Tá tudo errado. Eu tô sempre insatisfeita com o que eu tô vendo. Me sinto ridícula.</i>

Quadro 2: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 1.

As mulheres participantes da pesquisa expressam, a partir do DSC, que estão insatisfeitas com seus corpos obesos. Nessa perspectiva, pode-se crer que o corpo é a morada de sentido e de sentimentos, e é a partir dele que se concretiza a sensação de mal-estar sentida pelas mulheres inseridas na pesquisa, quando enfatizam que se sentem péssimas, humilhadas e ridículas.

Nesse sentido, vale ressaltar que a imagem do corpo estrutura-se a partir do contato de uma pessoa consigo mesma e com o mundo que a rodeia. Também entram em sua formação contribuições anatômicas, fisiológicas e sociológicas. No entanto, a imagem corporal é passível de transformações, e elas se estabelecem a partir da percepção, ou seja, de como a pessoa percebe o seu corpo, enfim, sua auto-imagem (AGRA, 2008).

A imagem corporal é a soma das atitudes conscientes e inconscientes que uma pessoa tem em relação ao seu próprio corpo. É caracterizada por ser dinâmica, pois está sendo continuamente modificada por novas percepções e experiências, além de ser útil para projetar emoções, ansiedades e valores pessoais altamente significativos. À medida que a imagem corporal desenvolve-se, as extensões do corpo tornam-se significativas; qualquer aspecto que amplie a efetividade ou controle da função do próprio corpo pode ser considerada

como algo pertinente à pessoa (BOSI et al., 2006; COUQUEIRO et al., 2008; SERRANO et al., 2010).

Nas palavras de Teichmann et al. (2006), a imagem corporal é a nossa totalidade como ser humano. Neste contexto, vale ressaltar que o conceito de imagem corporal envolve três componentes: a precisão da percepção do tamanho do corpo; o grau de ansiedade associada à aparência e o comportamento de evitar a exposição corporal (BOSI et al., 2006).

Serrano et al. (2010) ratificam que a imagem corporal que o obeso apresenta de forma negativa está relacionada à experiência psicológica de alguém sobre a aparência e o funcionamento do seu corpo. O descontentamento relacionado com o peso leva a uma imagem corporal negativa, a qual advém de uma ênfase cultural de magreza e estigma da sociedade.

Nesta perspectiva, Castro et al. (2010) ressaltam que a relação entre obesidade, funcionalidade e imagem corporal deve ser bem elaborada, pois o impacto negativo na imagem corporal pode acarretar perda da conexão com suas sensações e percepções internas, comprometendo a formação de sua identidade corporal. Nesse sentido, vale ressaltar o trecho do DSC que corrobora com tal afirmativa “*Me sinto um nada*”.

Nosso corpo é, antes de tudo, nosso primeiro e maior mistério. Para estarmos realmente presentes no mundo, é preciso reconhecer que somos um corpo em sua imensidão de complexos processos que nos fazem ricos em sua consciência e inconsciência desconcertantes e pragmáticas e em suas atitudes, que são sempre corporais. Construimos e destruimos discursos corporais que resultam em um conhecimento de nossa vida. O corpo, então, é o lugar onde há a quebra da simetria, onde tudo pode acontecer e acontece (TEICHMANN et al., 2006).

No DSC das participantes da pesquisa, percebe-se que a descrição de seus corpos relaciona-se com as percepções que elas têm deles e como estas são influenciadas e determinadas pelos fatores socioculturais.

Como seres humanos inseridos no universo, somos analisados por nós mesmos, pelo mundo e pelo outro. Esse último possui um peso diferenciado porque vivemos em uma sociedade que determina comportamentos, regras e valores que têm que ser seguidos para não nos tornarmos à margem do social e do cultural. Temos nossa própria visão, enfim vemos nossa personalidade, nosso ego, tendências, qualidades e defeitos. A visão que temos do nosso próprio ‘eu’ pode ser distorcida por vários fatores: auto-crítica, complexo de inferioridade e estresse (AGRA, 2008).

Serrano et al. (2010) enfatizam que o ser humano idealiza seu corpo de acordo com sua percepção de imagem e estima. Nesse sentido, a obesidade causa uma expectativa negativa sobre o corpo físico, fazendo com que os obesos possam desenvolver distúrbios de imagem corporal, expressos por humor depressivo, ansiedade, exclusão, privação, desânimo e problemas de comportamento alimentar, enfrentando dificuldade na aceitação do corpo e no fato de se perceber obeso. É o que se observa no seguinte trecho retirado do DSC: “*Me vejo gorda, me sinto é depressiva, sou muito feia*”.

Marcuzzo, Pich e Dittrich (2012) salientam que uma característica importante e comum entre os obesos é que estes apresentam sentimentos conflituosos em relação ao seu corpo, os quais se manifestam na forma de um receio explícito de se olharem no espelho, devido à insatisfação corporal. Sobre este aspecto, vale destacar a seguinte fala inserida no DSC: “*Vejo aquela imagem distorcida; Eu tô sempre insatisfeita com o que eu tô vendo*”.

A insatisfação corporal pode ser entendida como um incômodo que uma pessoa vivencia em relação a sua aparência física. A depreciação da própria imagem, sentimentos de insegurança em relação aos outros e imaginação que estes os veem com hostilidade e auto desprezo são características frequentes de pessoas obesas com insatisfação corporal (FERRIANI et al., 2005; CASTRO et al., 2010).

A partir do DSC, podemos, nessa categoria, afirmar que as mulheres obesas apresentam mal estar relacionado aos seus corpos obesos, quando dispostas frente ao espelho.

Questão 2. Fale como você se sente perante a sociedade.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
IDEIA CENTRAL
Discriminação e restrição sociais
<i>Eu me sinto discriminada, porque sempre têm aqueles que soltam uma piadinha, um xingado. É horrível! Ninguém olha pra mim; só olha pra xingar; me sinto envergonhada. Hoje em dia, o povo só quer saber de mulher magra e bonita. Ah! nada é fácil. Me sinto marginalizada, anormal. Enfrento os obstáculos da vida, mas me sinto humilhada; vivo em casa, saio pouco porque as roupa não entram mais.</i>

Quadro 3: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta aos questionamentos 2.

As mulheres participantes da pesquisa revelam que são marginalizadas e que a sociedade apresenta atitudes discriminatórias frente aos seus corpos obesos, a exemplo dos achincalhos. O DSC ressalta que a discriminação é tão intensa ao ponto destas se isolarem e permanecerem em casa. O medo de serem olhadas de forma diferente e de serem agredidas verbalmente por é tamanho, que as mulheres participantes da pesquisa preferem não serem

vistas a fim de evitar tais agressões. Sendo assim, é bastante evidente o sentimento de vergonha expresso nas entrevistadas.

Teichmann et al. (2006) descrevem alguns aspectos concernentes entre o sentimento de vergonha e o corpo: o sentimento de vergonha estabelece-se através do julgamento do outro (juízo alheio); o sentimento de vergonha direciona ao seu portador uma tristeza que se encontra associada à ideia de censura pelos outros e desencadeia sentimentos de culpa, de ridicularização e humilhação originados no psiquismo do seu portador.

Portanto, não se pode deixar sucumbir ao dinamismo de vergonha, entendendo-o apenas, em sua correspondência com os controles externos. Não obstante, o impulso de juízos de si são os juízes mais severos, que infringem as maiores penas, no que se refere ao sentimento de vergonha, ou seja, o mesmo pressupõe um autocontrole: quem sente vergonha julga a si próprio (TEICHMANN et al., 2006)

O sentimento de vergonha é resultado de uma força repressora e punitiva advindas da pessoa, através do julgamento de si própria, isto é, a autocensura. Quando uma pessoa demonstra sentimento de vergonha, a mesma tem a finalidade de ocultar alguma deficiência, seja biológica seja psicológica (AGRA, 2008).

Emerge do DSC justamente esse sentimento de vergonha que permeia toda a existência do ser obeso, que sofre com os olhares discriminatórios e preconceituosos impostos pela sociedade e pelos padrões culturais de beleza que idolatram o corpo magro como sendo belo.

Marcuzzo, Pich e Dittrich, (2012) consideram que a pressão e o julgamento que a sociedade pós-moderna exerce sobre os padrões estéticos são predominantes para a exclusão social. Nesse sentido, constata-se, através do DSC, que a percepção de si enquanto corpo obeso encontra-se alterada devido à imagem corporal negativa. Devido a isso, as participantes da pesquisa sentiam-se como se os ‘seus mundos’ não pudessem coexistir com a realidade, levando-as a lançar mão de mecanismos de defesa que as faziam sofrer, tais como a negação e o isolamento.

Nesta perspectiva, Teichmann et al. (2006) destacam que a visão da sociedade com o ser obeso parte sobre o conceito de imagem corporal, o qual é passível de transformações. A unidade ‘imagem corporal’ refere-se às possibilidades de unir diversas experiências que são desenvolvidas ao longo da vida, em que busca de uma totalidade do corpo e da imagem do indivíduo em constante transformação. Nesse contexto, Schilder (1999, p.311) ressalta que “nossa imagem corporal só adquire suas possibilidades e existência porque nosso corpo não é

isolado. Um corpo é, necessariamente, um corpo entre corpos. Precisamos ter outros à nossa volta”.

A progressão da imagem corporal é dificultada pelo afastamento social vivido pelo obeso. A pessoa obesa não sofre apenas com a dor física, mas também com a dor pelo desejo do corpo magro; sente que seu corpo sofre por ser visto pelos demais com hostilidade e apresenta sentimentos de estranheza, negação do seu corpo e impactos negativos na autoestima e imagem corporal (FERRIANI et al., 2005; MARCUZZO; PICH; DITTRICH, 2012).

Russo (2005) destaca que a avaliação do próprio corpo é feita constantemente através da interação com o ambiente, assim a auto-imagem é desenvolvida e reavaliada continuamente durante toda vida, mas as necessidades de ordem social ocultando as necessidades individuais. O indivíduo é pressionado a concretizar, no próprio corpo, o corpo idealizado pela cultura. O corpo está prejudicado por políticas de saberes/poderes que formam e deformam as imagens que o indivíduo tem de si mesmo e dos outros. Desta forma, o ser humano vive seu corpo de acordo com aprovação social, e não a sua maneira e vontade. Nessa perspectiva, vale realçar o trecho do DSC: *“Hoje em dia, o povo só quer saber de mulher magra e bonita”*.

Nesse contexto, Ferriani et al. (2005) ressaltam que em nosso meio social, o obeso não se enquadra no padrão de normalidade estética, nem pela ciência, muito menos pela sociedade. Os padrões de cultura estética contemplam o saudável, o bonito ou o ‘normal’ como pessoas que apresentam um corpo magro. O obeso é considerado desviante desses padrões, por isso torna-se estigmatizado e ainda mais, desacreditado, pois seu problema ou sua diferença física é um estigma visível. Aqui, vale salientar que o estigma é a relação existente entre atributos (depreciativos) e estereótipos. Nesse sentido, o trecho do DSC confirma a afirmativa acima: *“Eu me sinto discriminada, porque sempre têm aqueles que soltam uma piadinha, um xingado”*.

Na sociedade ocidental, recomenda-se que o que é belo é bom e que a magreza é sinônimo de beleza, ou seja, valorizado pela sociedade; e seu oposto, a obesidade, seja fortemente rechaçada. As mulheres têm procurado alterar seus corpos de modo a seguir os padrões de beleza exigidos pela sociedade em cada época, sendo assim, à medida que as pressões sociais para perder peso e se adequar ao ideal de magreza foram se popularizando, as mulheres passaram a aceitar cada vez mais esses ideais como metas e a perseguir o corpo esbelto, proporcionando maior rejeição de sua imagem corporal (MARCUIZZO, 2011).

A solidão e a tristeza são sentimentos vivenciados pelos obesos, pois são produtos da exclusão social, em consequência do preconceito, da discriminação, do isolamento e do deboche, vivendo sob a égide da couraça de tecido adiposo que lhe recobre. Tudo isso revela o contexto sócio-cultural, segundo a qual os padrões de beleza exigidos atualmente referem-se ao corpo delineado, robusto e bonito. É nessa cultura de exclusão social que tem espaço a busca de um lugar na sociedade, objetivo que só pode ser conseguido através de um tratamento respeitado e digno (MARCUIZZO, 2011).

A partir do DSC, há uma confirmação do estigma, do preconceito, da exclusão social quando as participantes da pesquisa disseram que deixavam de sair de casa, pois eram tratadas de forma pejorativa.

A pessoa obesa, desde a infância, é alvo de discriminação e preconceito, resultando em distúrbios psicossociais. A sociedade percebe este indivíduo como pessoa indulgente e incapaz de autocontrolar. Desta maneira, a obesidade é visualizada como uma doença autoinflingida, podendo causar sofrimento, depressão e comportamentos de esquivia social (CASTRO et al., 2010).

Verifica-se, então, através do DSC, que o obeso torna-se, de certa forma, é rechaçado desde muito cedo. É frequentemente vítima de chacotas e seu percurso existencial é marcado por atitudes preconceituosas, humilhações, piedade e hostilidade.

Questão 3. Fale como é sua vida profissional.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
IDEIA CENTRAL
Restrição nas atividades laborais
<i>Só me sinto cansada quando trabalho em excesso. Não é muito boa, porque a idade e o peso me incomodam bastante com dor nas pernas, nos pés e nos ossos. Se eu continuar engordando vai dificultar muito porque eu vou ter que ter agilidade e gorda a gente não tem né? Fica todo mundo, sei lá, olhando, te tratando diferente!</i>

Quadro 4: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 4.

O DSC mostra que as participantes inseridas na pesquisa sentem restrição nas atividades laborais. Relatam dores osteomusculares na realização das atividades, além da falta de agilidade e desprezo dos outros no ambiente de trabalho. As dificuldades enfrentadas pelos obesos vão surgindo em decorrência do seu peso, em que há uma diminuição acentuada no condicionamento físico, tornando a realização de atividades diárias difícil, devido às dores articulares nas pernas, pés, ossos e a limitação da liberdade dos movimentos (AGRA, 2008).

Existe uma convicção de que os obesos são ‘menos ativos, menos inteligentes, menos populares, mal sucedidos, menos atléticos’ e que, no âmbito profissional, são menos

competentes, menos produtivos, desorganizados, indecisos, inativos, de pouca iniciativa, menos agressivos, pouco perseverantes, mentalmente lentos, auto-indisciplinados, além de ausentarem do trabalho, por motivo de saúde. Conseqüentemente, a probabilidade de ser contratado para um emprego e de ter ascensão social torna-se cada vez menor, de acordo com as perspectivas do ser obeso (AGRA, 2008).

No que se refere ao contexto profissional, Castro et al. (2010) revelam que, além dos avanços nos campos de sua técnica, organização, estrutura e desempenho de tarefas, a obesidade é um dos pontos de maior impacto frente às relações pessoais e à execução das atividades laborais. Essas variáveis, em conjunto com o aporte cultural das organizações em geral, acabam interferindo na qualidade de vida do profissional, tornando-o ponto convergente de discriminação e preconceito.

Além dos problemas fisiológicos e endócrinos causados pela obesidade, as pessoas acometidas por ela, também são vítimas de discriminações e exclusão social, além de serem denominadas de pessoas incapazes de trabalhar e pouco talentosas. Adjetivos pejorativos como “relaxado”, “preguiçoso”, “feio”, “incompetente” entre outros, são referidos aos obesos desde sua infância, denegrindo a imagem deste, sem mesmo antes da pessoa ter tido oportunidade de expor seus trabalhos e condutas (AGRA, 2008).

Pessoas obesas são vistas de forma negativa, quando relacionadas a pessoas não obesas no que se refere à inteligência e sucesso, logo, são evitadas pela sociedade ou até mesmo repelidas para certas funções de trabalho (CORREIA; PRETTE; PRETTE, 2004; CASTRO et al., 2010).

Nesse sentido, Serrano et al. (2010) ressaltam que no ser obeso é comum a insatisfação corporal, conduzindo a dificuldades nas relações interpessoais e profissionais, afastando-os daqueles que se enquadram no padrão de normalidade.

Urge destacar que trabalhar significa construir e ampliar relações prazerosas, aprimorar o autoconhecimento e redesenhar constantemente a identidade, além de ser um caminho para a dignidade humana.

Questão 4. Fale como é sua vida afetiva.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
IDEIA CENTRAL
Insatisfação na vida afetiva
<i>Não tenho namorado; faz muito tempo que eu sô solteira, porque é difícil arranjar, até porque eu não gosto de sair e quando eu saio não gosto de me aproximar de ninguém, que já tenho aquele medo das piadas. Então é difícil, é muito difícil. Só que querendo ou não quando a intimidade acaba acontecendo, você sempre fica mais inibida, com um pouco de receio, preocupada sempre com as gordurinhas. Como é que as coisas estão refletindo pro outro, sempre é motivo de preocupação.</i>

Quadro 5: Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 5.

O DSC relata a insatisfação na vida afetiva e expressa a dificuldade de ter relacionamentos afetivos satisfatórios. De uma forma geral, quem está acima do peso ideal tem dificuldades de se relacionar sexualmente com outra pessoa. O caminho para o relacionamento sexual saudável passa pela sedução. Se a mulher está insatisfeita com o próprio corpo, não se sente bonita e atraente; se a autoestima está baixa, evita o contato com outras pessoas, reduzindo as chances de uma vida sexual positiva. É nesse momento em que a mulher obesa, sentindo-se inadequada, troca o prazer sexual pelo prazer da comida, agravando ainda mais o problema. Portanto, mais do que uma questão estética, é preciso que esteja consciente que a perda de peso é imprescindível para uma vida saudável (AGRA, 2008).

Nesse sentido, vale destacar que os sentimentos de inferioridade, insuficiência e vergonha estão relacionados com a obesidade. Portanto, esses sentimentos e a obesidade associados justificam todos os insucessos em relações interpessoais que o obeso tem, podendo ser usados como forma de racionalização, a fim de evitar qualquer contato adicional com as pessoas e situações ameaçadoras. Nessa conjuntura, a comida exerce seu papel de mitigar tensões, despertadas por qualquer motivo (AGRA, 2008).

Desse modo, pode-se considerar que a obesidade está vinculada à emoção, sendo a alimentação mecanismo de defesa usado, inconscientemente, na busca de alívio de tensão, ou seja, ao sentir ansiedade, saudade, medo ou quaisquer tipos de emoções, o obeso volta a comer.

O DSC das participantes da pesquisa expressa que as mesmas não se sentem atraentes, e por causa desse sofrimento emocional, evitam lidar com relações afetivas.

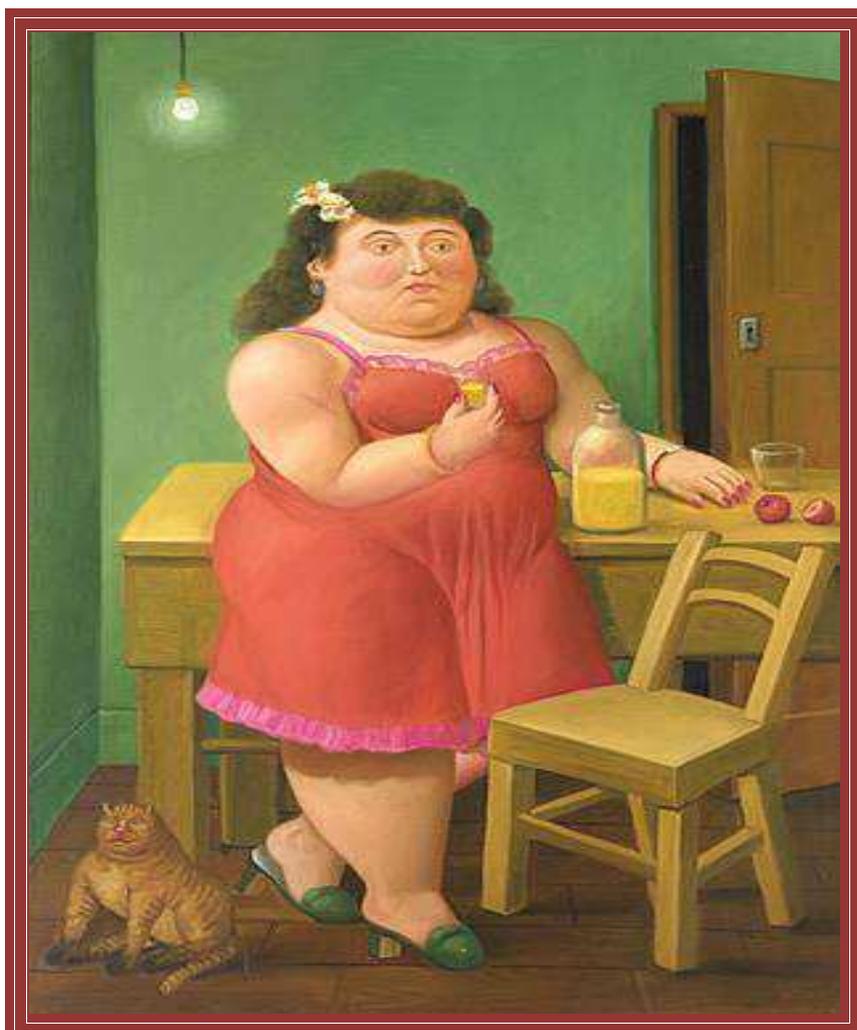
Nesse sentido, Castro et al. (2010) acerca da sexualidade e do prazer como indicativos no que se refere à obesidade, revelam que a comida já é por si um prazer. No entanto, ela pode ser transformada numa substituição do prazer sexual. A ingestão alimentar excessiva

relaciona-se ao prazer sexual de diversas formas: pode está relacionada a uma resposta contra insatisfações sexuais; pode ser uma forma de esconder os desejos sexuais ou está sob a égide de esquivar-se do sexo.

A obesidade é considerada como um obstáculo para sexualidade, mediante os padrões de beleza presentes e exigidos pela sociedade, por conseguinte a obesidade acaba abalando a autoimagem das pessoas obesas, afetando, inclusive, sua sexualidade e a qualidade dos relacionamentos consigo mesmo e com o outro (MARCUIZZO; PICH; DITTRICH, 2012).

Nesse sentido, Marcuzzo, Pich e Dittrich (2012) referem que a força dos imperativos da magreza prevalece e traz consigo mais uma determinante para o constrangimento do corpo obeso, em que a gordura surge como mecanismo para irreconhecimento da sexualidade, formando um obstáculo entre a imagem corporal do obeso com outra pessoa.

O culto ao corpo magro e jovem ditados pela sociedade atual torna o ser obeso como ser participante de uma categoria social específica a ser tratado de forma diferente. Estar fora da “moda” significa não provocar interesse e sofrer diante do desprezo do outro (GAMA et al., 2011).



FONTE: Google imagens, 2013

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na cultura ocidental, a beleza feminina é muito cultuada e a mídia estabelece padrões e quem não se adequa fica a margem da esfera social. Esse estigma é vivenciado pelas pessoas obesas que são consideradas inaptas para determinadas atividades laborais e/ou sociais.

A dificuldade do obeso decorre na compulsão pela comida, ou seja, escamoteia-se a ansiedade, mostrando que o problema extrapola a dimensão física. O psicológico da pessoa obesa incorpora preconceitos nos mais variados espaços de convivência.

Neste estudo, o DSC permitiu compreender a percepção das mulheres obesas em relação ao seu corpo e sua influência na sua vida. Os dados permitiram formar ideias centrais, considerando a problemática que elas enfrentam em vários domínios da qualidade de vida, respondendo aos questionamentos e objetivos deste trabalho. Essas categorias foram: “Distorção da imagem corporal”; “Discriminação e restrição sociais”; “Restrição nas atividades laborais” e “Insatisfação na vida afetiva”.

Com relação à distorção da imagem corporal, as mulheres participantes da pesquisa expressam, a partir do DSC, que estão insatisfeitas com seus corpos obesos. Nessa perspectiva, pode-se crer que o corpo é a morada de sentido e de sentimentos, e é a partir dele que se concretiza a sensação de mal-estar sentida pelas mulheres inseridas na pesquisa, quando enfatizam que se sentem péssimas, humilhadas e ridículas. Sendo assim, o DSC mostra que é indissociável, o físico e o psicológico, e que os dois mantêm dependência um em relação ao outro, em concomitância, a preservação do corpo esbelto, magro e atlético ditados pela cultura contemporânea são fatores relevantes para insatisfação corporal das mulheres entrevistadas no estudo.

No que se refere à discriminação e restrição social, o DSC mostrou que as mulheres participantes da pesquisa revelam que são marginalizadas e que a sociedade apresenta atitudes discriminatórias frente aos seus corpos obesos, a exemplo dos achincalhos. O DSC ressalta que a discriminação é tão intensa ao ponto destas se isolarem e permanecerem em casa. O medo de serem olhadas de forma diferente e de serem agredidas verbalmente é tamanho, que as mulheres participantes da pesquisa preferem não serem vistas a fim de evitar tais agressões. Sendo assim, é bastante evidente o sentimento de vergonha expresso nas entrevistadas.

No que se concerne à restrição nas atividades laborais vividas, o DSC mostra que as participantes inseridas na pesquisa sentem restrição nas atividades laborais. Relatam dores musculares e ósseas na realização das atividades, além da falta de agilidade e desprezo dos outros no ambiente de trabalho. As dificuldades enfrentadas pelos obesos vão surgindo em

decorrência do seu peso, em que há uma diminuição acentuada no condicionamento físico, tornando a realização de atividades diárias difícil, devido às dores articulares nas pernas, pés, ossos e a limitação da liberdade dos movimentos.

Em se tratando da vida afetiva, o DSC relata a insatisfação na vida afetiva e expressa a dificuldade de ter relacionamentos afetivos satisfatórios. De uma forma geral, quem está acima do peso ideal tem dificuldades de se relacionar sexualmente com outra pessoa.

A obesidade é uma doença de origem multifatorial, caracterizada como psicossomática, apresentando fatores de riscos para diversas patologias. Esta acomete a pessoa tanto psicologicamente, quanto fisicamente. O ser obeso desenvolve sentimentos depressivos e de isolamento social em virtude ao reflexo da insatisfação corporal e discriminação perante a sociedade.

Após a realização deste trabalho, as pesquisadoras embora tenham sentido dificuldades na busca de literatura sobre o tema, consideraram-no relevante cuja contribuição para ensino e pesquisa é evidente. Este trabalho proporcionou um olhar mais profundo sobre obesidade, ao mesmo tempo, gerou conhecimentos para elaboração de outros trabalhos que venham complementar esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- AGRA, G. **Vivência de mulheres submetidas à gastroplastia**. 2008. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, João Pessoa – PB.
- ALMEIDA, G. A. N. de et al. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicol Est.**, Maringá, v.10, n.1, p. 27-35, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a04.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2012.
- ALMEIDA, G. A. N. de; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. dos. A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliadas através do Desenho da Figura Humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 283-92, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14352.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Distúrbios Metabólicos (ABESO). **Diretrizes brasileiras da obesidade 2009/2010/ABESO**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009.
- BARROS, D. D.. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 547-54, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/19.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, p.9, 1996. Disponível em:<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 04 abr de 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_obesidade.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012
- BOSI, M. L. M. et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.55, n.2, p. 108-113, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n2/v55n2a03.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.
- CAMPANA, A. N. N. B.; CAMPANA M. B.; TAVARES, M. da C. G. C. F.. Escalas para avaliação da auto corporal nos transtornos alimentares no Brasil. **Avaliação psicológica**, Brasília - DF, v.8 n.3, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a15.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.
- CASTRO, M. R. de et al. Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas a cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto

Alegre, v. 32, n. 2-4, p. 167-183, dez. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v32n2-4/12.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

CHIZZOTTI, A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev, 2007. Disponível em:<http://www.coren-ro.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=146:resolucao..>. Acesso em: 04 abr de 2012

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D.. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.4, p. 491-497, jul./ago., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n4/25847.pdf>>. Acessado em: 23 mar. 2013.

CORREIA, S. K. B.; PRETTE, Z. A. Pereira D.; PRETTE, A. D.. Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. **Psico-USF**, São Francisco, v. 9, n. 2, p. 201-210, Jul./Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v9n2/v9n2a11.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

COSTA, M. P. et al. Prevalência de sedentarismo, obesidade e risco de doenças cardiovasculares em frequentadores do ceafir. **Colloquium Vitae**, Presidente Prudente, v. 3, n.1, p. 22-8, 2011. Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/562/466>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

COUQUEIRO, R.S. et al. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 31-168, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1/v30n1a09.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

COUTINHO, W. A primeira década da sibutramina e do orlistate: reavaliação do seu crescente papel no tratamento da obesidade e condições associadas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.53, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n2/a18v53n2.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p. 620-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

FERNANDES, A. E. R. **Avaliação da Imagem Corporal, Hábitos de Vida e Alimentares em Crianças e Adolescentes de Escolas Públicas e Particulares de Belo Horizonte**. 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Minas Gerais. Disponível em: <http://www.agencia.fapesp.br/arquivos/dissertacao_ufrmg.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

FERRIANI, M. G. C. et al. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n.1, p. 27-33, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n1/a04v05n1.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

GAMA, J. de F. R. et al. A Ditadura da Beleza: Conceito Estereotipado de Estética e os Níveis de Satisfação com a Imagem Corporal em Alunas do Instituto Federal Fluminense. **Revista Científica Indexada Linkania Master**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p.01-14?, set/out, 2011. Disponível em: <<http://linkania.org/index.php/master/article/view/18/16>>. Acessado em: 23 mar 2013

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 856-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a23.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: esta é a questão? **Psicologia.: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22 n. 2, p. 201-10, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>>. Acesso em : 14 nov. 2011.

HIPÓCRATES. **Frases de Hipócrates**. Disponível em: http://www.jn.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=562317. Acesso em: 01 abr. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Brasil, 2010. Disponível em:<<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 mar. 2013.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n3/19.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LIMA, L., P.; SAMPAIO, H., A., C. Caracterização socioeconômica, antropométrica alimentar de obesos graves. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1011-20, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/19.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

MARCUZZO, M. **A construção da imagem corporal de obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal**. 2011. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí. Disponível em: <http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1027>. Acesso em: 22 mar. 2013.

MARCUZZO, M.; PICH, S.; DITTRICH, M. G.. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, SP, v. 16, n. 43, p. 943 – 54, out/dez 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4212.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

MIRANDA, A. A. N. de; NAVARRO, F. A prevenção e o tratamento da obesidade durante a infância: uma opção eficaz para reduzir a prevalência desta patologia. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.2, n.10, p.313-323, 2008. Disponível em: <<http://academiaprimefitness.com/admin/uploads/1308052212.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

NOGUEIRA, A. C. et al. Responsabilidade civil por danos decorrentes de pesquisas científicas com seres humanos. **Revista do Curso de Direito da UNIFACS**, Salvador, BA, n. 142, p. 1-16, abr/2012. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2047>>. Acesso em: 04 jul de 2012.

PIVETTA, L. A.; GONÇALVES-DIAS, R. M. V. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p. 337- 46, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/12.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. **Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional de combate à obesidade**. – Lisboa: DGS, 2005. – 24 p. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012

RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. **Movimento e Percepção**, São Paulo, v.5, n.6, p. 80-90, 2005. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/psico029.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3 edição. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SERRANO, S. Q. et al. Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v.44, n.1, p. 25-31, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a04v44n1.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

SILVA, C. P. G.; BITTAR, C. M. L. Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 197-207, 2012. Disponível em: <<http://www.cesumar.com.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/2063/1568>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

SILVA, M. A. A. O. da. **Obesidade nos cuidados de saúde primários**. 2009. 38 f. Dissertação (Mestrado em medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10216/21162>>. Acesso em: 04 mar. 2012.

SILVA, M. P. da et al. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Médica Portuguesa**, Portugal, v.19, n.03, p. 247-250, 2006. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/3/247-250.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

SILVA, C. R.; GOBBI B. C.; SIMÃO A. A. Uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para Pesquisa Qualitativa: Descrição e Aplicação do Método. **Organizações Rurais Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005. Disponível em: <http://www.dae.ufla.br/revista/2005/2005_1/revista_v7_n1_jan-abr_2005_6.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p.360-73, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/09.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

TRUSWELL, A.; MANN J. **Nutrição humana**, v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VALE, A. M. O. do; KERR, L. R. S.; BOSI, M. L. M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 121-132, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a16.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

VERAS, A. L. L. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro. v. 6, n2, p. 96-116, 2010. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=113>. Acesso em: 04 mar. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A -**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada Senhora

Esta pesquisa intitulada **“PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO SEU CORPO E SUA INFLUÊNCIA NA SUA VIDA”** cujo objetivo é *investigar a percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo e sua influência na sua vida social*, está sendo desenvolvida por Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof^a. Ms. Glenda Agra.

Para a realização desta pesquisa, a sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Salientamos que a pesquisa não apresentará riscos maiores a paciente, exceto o desconforto de responder as questões formuladas, consideradas como risco mínimo. Ressaltamos ainda não há previsão de outros riscos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada à fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Cuité, ____ / ____ / 2012



Participante da pesquisa

Profª Glenda Agra - SIAPE 1841058

Responsável pela pesquisa
Endereço:
UFCG – CES – Campus Cuité
Olho D'Água da Bica
Cuité - Paraíba
CEP 58175-000
Fone: 3372-1900

Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Endereço: Castelo Branco
João Pessoa - PB
CEP 58051900
Fone: 3126-7791

Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo

Pesquisador colaborador
Endereço:
Rua Diomedes Lucas de Carvalho, SN
Novo Retiro
Cuité – PB
CEP 58175000
Fone: 9654-2913

**APÊNDICE B -
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Idade:
Profissão:
Renda familiar média:
Peso atual:
Altura:
IMC:
Raça:
Estado civil:

5. Fale como você se vê diante do espelho?
6. Fale como você se sente perante a sociedade.
7. Fale como é sua vida social.
8. Fale como é sua vida profissional.
9. Fale como é sua vida afetiva.

APÊNDICE C -

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



PREFEITURA DE CUITÉ- PB
SECRETARIA DE SAÚDE DE CUITÉ - PB
 Rua Francisco Teodoro da Fonseca, s/n - Centro -
 CNPJ 11404674000178

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, **Gentil Venâncio Palmeira Filho**, Secretário de Saúde do Município de Alagoinha - Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **" Percepção de mulheres obesas em relação ao seu corpo e a sua influência na sua vida social"**, que será realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família, da referida Secretaria no período de Dezembro de 2012, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora responsável a Professora Mestre Glenda Agra e colaboradora, a acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, Leila Larissa Lopes de Medeiros Araújo.

Cuité, 06 de Novembro de 2012.



Dr. Gentil Venâncio Palmeira Filho

Secretário de Saúde do Município de Cuité/PB

ANEXOS

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO SEU CORPO E SUA INFLUÊNCIA NA SUA VIDA.

Pesquisador: Glenda Agra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05661112.4.0000.5199

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 194.365

Data da Relatório: 28/01/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa para o TCC, de cunho quanti-qualitativo e exploratório. O cenário da pesquisa será com mulheres obesas atendidas na Unidade de Saúde da Família no município de Cuité-PB. A amostra compreenderá de 20 mulheres obesas, maiores de 18 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a percepção das mulheres obesas em relação ao seu próprio corpo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - não há riscos previsíveis.

Benefícios - contribuirá para a sensibilização de estudantes e profissionais da área de saúde, ajudando a quebrar paradigmas relacionados às pessoas obesas e o estigma social que as acompanha.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atualizada e em consonância com os objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta documentação de praxe.

Recomendações:

Divulgar os resultados.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 59.051-600

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: edicacao@ccs.ufpb.br; elisaremduarte@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Caro pesquisador:

Informamos, que após análise do protocolo de pesquisa enviado por V.Sa. a esse colegiado, não foram detectadas pendências, e portanto, a situação do parecer final do colegiado é **APROVADO**. Para maiores informações consulte o Parecer Consubstanciado do CEP na lista documentos postados. Ademais, informamos que para iniciar a pesquisa o pesquisador responsável deverá se encaminhar ao CEP/CCS para obtenção da **CERTIDÃO** de aprovação da pesquisa pelo CEP.

JOÃO PESSOA, 06 de Fevereiro de 2013

Assinador por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-000

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3215-7791

Fax: (83)3215-7791

E-mail: eficccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

ANEXO B

CERTIDÃO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFPB



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 1ª Reunião realizada no dia 28/01/2013, o projeto de pesquisa intitulado: “PERCEPÇÃO DE MULHERES OBESAS EM RELAÇÃO AO SEU CORPO E SUA INFLUÊNCIA NA SUA VIDA” da Pesquisadora Glenda Agra. Prot. nº 0450/12, CAAE: 0661112.4.0000.5188.

Igualmente, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117910
Secretária do CEP-CCS-UFPB