



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Pluralidade de itinerários terapêuticos na gestão da obesidade

Helena Maria Soares Teixeira

Doutoramento em Sociologia

Orientadora:

Doutora Elsa Maria Ferreira Cabral Pegado, Investigadora
Integrada CIES, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2022



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento Sociologia

**Pluralidade de itinerários terapêuticos na gestão da
obesidade**

Helena Maria Soares Teixeira

Doutoramento em Sociologia

Orientadora:

Doutora Elsa Maria Ferreira Cabral Pegado, Investigadora
Integrada CIES, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2022

Departamento Sociologia

Pluralidade de itinerários terapêuticos na gestão da obesidade

Helena Maria Soares Teixeira

Doutoramento em Sociologia

Júri:

Doutor Nuno Alexandre de Almeida Alves, Professor Auxiliar, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa (Presidente)

Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto, Professora Auxiliar no Departamento de Sociologia, Universidade da Beira Interior

Doutor David Miguel de Oliveira Cabral Tavares, Professor-Coordenador, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

Doutora Chiara Gemma Pusseti, Investigadora Auxiliar, Instituto Ciências Sociais, Universidade de Lisboa

Doutora Violeta Sabina Niego Perestrelo de Alarcão, Investigadora Integrada CIES, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Elsa Maria Ferreira Cabral Pegado, Investigadora Integrada CIES, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa (Orientadora)

Dezembro, 2022

Agadecimentos

Desenvolver um trabalho desta envergadura não é tarefa fácil. Durante os últimos cinco anos, até ao presente momento em que escrevo estas palavras muitas coisas ocorreram, umas boas e outras menos boas, mas os resultados agora apresentados valeram o esforço e a dedicação. Contudo, não seria possível chegar a este término sem a respeitável ajuda de um conjunto de pessoas que revelo:

À minha orientadora, por me acompanhar em todos os instantes durante o decorrer da elaboração desta tese, com as suas boas sugestões, conselhos, incentivos, exigência, rigor e confiança. Com toda a certeza não conseguiria encontrar melhor mentora. Além disso, conseguiu estimular o meu interesse pela sociologia, muito para além do meu conceito de idealização sociológica.

Às pessoas que participaram neste estudo, sem os seus testemunhos não seria possível de toda a concretização deste projeto, pela sua disponibilidade, pelos rostos afáveis que encontrei e que tão bem me acolheram, por quererem deixar a sua marca no seu contributo para que a concretização desta tese fosse possível, por não recearem expor as suas vivências e que me trouxe uma satisfação tremenda realizar as entrevistas.

À Associação Adexo, ao Presidente e colaboradores, pela cooperação nas informações solicitadas e ajuda prestada na indicação de contactos com alguns entrevistados.

À Associação Nacional de Farmácias, nomeadamente à CEFAR, pela disponibilização dos dados sobre a venda dos medicamentos para emagrecer e consultas de nutrição.

Ao Serviço Nacional de Saúde pela disponibilização dos dados sobre as cirurgias bariátricas.

À Ordem dos Nutricionistas pelo esclarecimento sobre o número de associados.

Ao NESISCTE - Núcleo de Estudantes de Sociologia do Iscte pelo interesse demonstrado ao divulgar na sua página do Facebook o meu pedido de colaboração a potenciais interessados para participarem no estudo.

Ao Espaço Amor e Luz por encorajar a sua rede de contactos a colaborarem no estudo, bem como pela disponibilização incondicional da sala para a realização das entrevistas.

Ao secretariado do CIES – Instituto Universitário de Lisboa, pela simpatia com que me acolheram e na rapidez das respostas às minhas inquietações.

Aos colegas do doutoramento que me acompanharam nesta jornada.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais que permitiram a conclusão dos meus estudos, e, já agora, às minhas três melhores amigas que me acompanham desde sempre.

A Todos, Sincero Obrigada!

*Just for a moment, think about your own body.
Where do you start?
With your appearance? With its shape and size?
With its aches, pains and reminders of daily
physical struggles?
How do you feel about your own body?
Are there parts you would like to change?
Do you feel the need to keep in shape, or try to be
healthy?
Are you more aware of your body at sometimes
rather than others?
How do you feel when you become aware of your
body in these circumstances?
Now think about the bodies of other people.*

Alexandra Howson, *The Body in Society* (2013)

Resumo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a obesidade é um problema de saúde mundial e está em franca expansão. O presente projeto centra-se na obesidade como objeto sociológico, designadamente nas formas como esta é gerida pelos indivíduos com excesso de peso ou com obesidade. Pretende-se compreender a pluralidade de itinerários terapêuticos na gestão da obesidade tendo em conta um contexto marcado por um discurso público de combate à obesidade, quer como problema de saúde, quer como atributo socialmente estigmatizante. A obesidade foi objeto de um processo de medicalização, o que implica que tenha passado a ser classificada como doença através de um diagnóstico médico. Do ponto de vista médico, a obesidade constitui um fator de risco para o surgimento de diversas patologias. Associado à medicalização está também o conceito de farmacologização. Verifica-se um proliferar de medicamentos, suplementos alimentares, programas e aconselhamentos nutricionais, para atingir o peso ideal. Estas intervenções ocorrem num quadro de responsabilização individual, sendo os indivíduos responsabilizados pela sua forma física e convidados a aderir a estilos de vida classificados como saudáveis. Face à diversidade de recursos terapêuticos e não terapêuticos para a gestão da obesidade, interessa perceber os itinerários dos indivíduos nessa gestão, quer nas suas práticas, quer nos sentidos que investem nessas práticas, bem como as decisões que vão tomando de acordo com a avaliação do risco e da eficácia. A estratégia de investigação utilizada é qualitativa, tendo sido realizadas entrevistas semi-diretivas a 40 indivíduos com obesidade ou excesso de peso no presente ou no passado.

Palavras-Chave: Obesidade, Medicalização, Farmacologização, Risco, Itinerários Terapêuticos, Estigma Social.

Abstract

According to the World Health Organisation, obesity is a global health problem and is on the rise. This project focuses on obesity as a sociological object, namely the ways in which it is managed by overweight or obese individuals. The aim is to understand the plurality of therapeutic itineraries in the management of obesity considering a context marked by a public discourse to combat obesity, both as a health problem and as a socially stigmatising attribute. Obesity has been the object of a medicalisation process, which implies that it has come to be classified as a disease through a medical diagnosis. From a medical point of view, obesity constitutes a risk factor for the emergence of several pathologies. Associated to medicalisation is also the concept of pharmaceuticalisation. There is a proliferation of medications, dietary supplements, nutritional programmes or advice to achieve the ideal weight. These interventions occur within a framework of individual responsibility, with individuals being held responsible for their physical appearance and invited to follow to lifestyles classified as healthy. Given the diversity of therapeutic and non-therapeutic resources for obesity management, it is important to understand the itineraries of individuals in this management, both in their practices and in the meanings they invest in these practices, as well as the decisions that are taken according to the assessment of risk to and efficacy. The research strategy is qualitative, and semi-directive interviews were carried out with 40 individuals with obesity or overweight in the present or in the past.

Keywords: Obesity, Medicalisation, Pharmaceuticalisation, Risk, Therapeutic Itinerary, Social Stigma.

Glossário de Siglas

ADEXO – Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal

ANF – Associação Nacional de Farmácias

APN – Associação Portuguesa de Nutrição

CDI – Classificação Internacional de Doenças

CEFAR – Centro de Estudos e Avaliação em Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

DEXA – Densitometria óssea de dupla energia

DGS – Direção Geral de Saúde

DNT – Doenças Não Transmissíveis

FDA – Food and Drug Administration

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

MCA – Medicinas Complementares e Alternativas

MM – Medicamento Manipulado

MNSRM – Medicamentos não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

NESISCTE – Núcleo de Estudantes de Sociologia do Iscte

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTCO – Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	v
Glossário de Siglas.....	ix
Índice de Quadros	xiii
Índice de Figuras	xv
Introdução.....	1
Capítulo 1 – Obesidade: de um problema social a um problema sociológico.....	9
1.1. Definição e diagnóstico da obesidade	9
1.2. A dimensão do fenómeno: tendências recentes.....	13
1.3. As causas da obesidade: a centralidade das práticas alimentares.....	26
1.4. A constituição de um problema médico	36
1.5. A dimensão estética e o estigma social da obesidade	47
Capítulo 2 – A gestão da obesidade	53
2.1. A retórica dos estilos de vida saudáveis e da responsabilização individual.....	53
2.2. A pericialização da obesidade: a profissão de nutricionista.....	57
2.3. Pluralidade terapêutica na gestão da obesidade	66
2.3.1. Fármacos e suplementos alimentares	66
2.3.2. Intervenções cirúrgicas.....	77
2.3.3. As Medicinas Complementares e Alternativas	80
2.3.4. Itinerários terapêuticos	84
2.4. Os recursos para a gestão da obesidade em Portugal	88
Capítulo 3 – Metodologia.....	97
3.1. Métodos e técnicas de pesquisa.....	97
3.2. Constituição da amostra	98
3.3. Realização das entrevistas	101

Capítulo 4 – Percepções sobre a obesidade, imagem corporal e estigma social	105
4.1. O início da obesidade: temporalidades e causas	106
4.2. Imagem corporal e estigmatização social.....	126
Capítulo 5 – Recursos terapêuticos e formas de gestão não terapeutizada - Percepções, eficácia e risco	143
5.1. Tentativas de perda de peso: idade e motivo.....	143
5.2. Tipo de recursos para a gestão da obesidade: mapeamento	150
5.3. Percepções do risco e de eficácia	158
Capítulo 6 – Itinerários terapêuticos na gestão da obesidade: uma tipologia	171
6.1. Gestão autónoma não pericializada	174
6.2. Gestão com recurso à pericialidade.....	182
6.3. Cirurgia.....	192
Conclusão	207
Fontes.....	217
Referências Bibliográficas	219
Anexos	243
Anexo A – Guião da entrevista	245
Anexo B – Consentimento informado.....	247
Anexo C-1 – Cronologia dos itinerários: gestão autónoma não pericializada	249
Anexo C-2 – Cronologia dos itinerários: gestão com recurso à pericialidade	255
Anexo C-3 – Cronologia dos itinerários: cirurgia.....	257

Índice de Quadros

Capítulo 1 – Obesidade: de um problema social a um problema sociológico

Quadro 1.1 — Categorias do Índice de Massa Corporal.....	10
Quadro 1.2 — Índice de Massa Corporal para mulheres acima de 65 anos.	11
Quadro 1.3 — Índice de Massa Corporal para homens acima de 65 anos.....	12

Capítulo 2 – A gestão da obesidade

Quadro 2.1 — Venda de produtos de emagrecimento, medicamentos, dermocosméticos por embalagem, a nível nacional, 2013-2021.....	90
Quadro 2.2 — Venda de produtos de emagrecimento por embalagem, a nível nacional, 2013-2021.....	91
Quadro 2.3 — Venda de medicamentos para a perda de peso, a nível nacional, 2013 - 2022	92
Quadro 2.4 — Consultas de nutrição em farmácias, a nível nacional, 2013 – 2021	93
Quadro 2.5 — Cirurgias realizadas no âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO) em Portugal, 2010 - 2020.	94
Quadro 2.6 — Taxa de variação do total de cirurgias realizadas no âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), 2010 - 2020.	95
Quadro 2.7 — Total de cirurgias realizadas por 1.000.000 habitantes por região e a nível nacional, no âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), 2010 - 2020.....	96

Capítulo 3 – Metodologia

Quadro 3.1 — Sociografia da amostra	101
---	-----

Capítulo 4 - Perceções sobre a obesidade, imagem corporal e estigma social

Quadro 4.1 — Etapas do início de excesso de peso.....	107
Quadro 4.2 — Perceções sobre as causas da obesidade.....	111
Quadro 4.3 — Causas atribuídas à obesidade, segundo a idade de início de excesso de peso	111

**Capítulo 5 – Recursos terapêuticos e formas de gestão não terapeutizada -
Percepções, eficácia e risco**

Quadro 5.1 — Idade das primeiras tentativas para perder peso	143
Quadro 5.2 — Motivos das tentativas de perda de peso - Saúde vs. Estética	147
Quadro 5.3 — Mapeamento dos recursos para a perda de peso	150
Quadro 5.4 — Número de recursos para perda de peso utilizados pelos entrevistados.....	155
Quadro 5.5 — Número de recursos para perda de peso, segundo o gênero e a escolaridade	155
Quadro 5.6 — Recurso a medicamentos e outros produtos terapêuticos.....	156
Quadro 5.7 — Tipos de Dietas.....	157

Capítulo 6 – Itinerários terapêuticos na gestão da obesidade: uma tipologia

Quadro 6.1 — Sociografia dos três tipos de itinerários terapêuticos	174
---	-----

Índice de Figuras

Capítulo 1 – Obesidade: de um problema social a um problema sociológico

Figura 1.1 — Taxa de prevalência de excesso de peso na União Europeia, valores referentes a 2014.....	14
Figura 1.2 — Taxa de prevalência de excesso de peso na União Europeia, valores referentes a 2017.....	15
Figura 1.3 — Taxa de prevalência de excesso de peso na União Europeia, valores referentes a 2019.....	16
Figura 1.4 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e quintil de rendimento nos homens em Portugal em 2014.....	17
Figura 1.5 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e quintil de rendimento nas mulheres em Portugal em 2014.....	17
Figura 1.6 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e nível de instrução nos homens em Portugal em 2014.	18
Figura 1.7 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e nível de instrução nas mulheres em Portugal em 2014.	19
Figura 1.8 — Distribuição percentual da população entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por valores de IMC.....	20
Figura 1.9 — Distribuição da prevalência de excesso de peso ($IMC \geq 25$ e $IMC < 30$) na população, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por género e grupo etário.	21
Figura 1.10 — Distribuição da prevalência de obesidade ($IMC \geq 30$) na população, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por género e grupo etário.....	21
Figura 1.11 — Distribuição da prevalência (bruta e padronizada) de obesidade ($IMC \geq 30$), na população com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.	22
Figura 1.12 — Distribuição da prevalência (bruta e padronizada) de excesso de peso ($IMC \geq 25$ e $IMC < 30$), na população com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.	23
Figura 1.13 — População com 18 ou mais anos com excesso de peso e obesidade, por género e idade em 2019. Excesso de peso grau I (IMC entre 25 Kg/m^2 e menos de 27 kg/m^2) e excesso de peso grau II (IMC entre 27 Kg/m^2 e menos de 30 kg/m^2).....	24

Figura 1.14 — Proporção da população com 18 ou mais anos com excesso de peso ou obesidade por sexo e grupo etário, Portugal, 2014 e 2019.....	25
Figura 1.15 — Tarefas domésticas realizadas diariamente durante uma ou mais horas, por género.....	31

Capítulo 6 – Itinerários terapêuticos na gestão da obesidade: uma tipologia

Figura 6.1 — Linha cronológica da entrevista nº 6: gestão autónoma não pericializada	177
Figura 6.2 — Linha cronológica da entrevista nº 24: gestão com recurso à pericialidade ...	183
Figura 6.3 — Linha cronológica da entrevista nº 4: cirurgia	193

Introdução

A obesidade é uma doença multifatorial complexa definida pela acumulação exagerada de gordura. De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2021), o excesso de peso e a obesidade afetam cerca de 60% dos adultos e praticamente uma em cada três crianças (29% dos rapazes e 27% das raparigas) do espaço europeu. Estar acima do peso é uma das principais causas de morte. Esta condição causa mais de 1,2 milhão de mortes por ano na Europa, além de aumentar os riscos de doenças não-transmissíveis, como doenças oncológicas, problemas cardiovasculares e diabetes do tipo II. Os estudos realizados em vários países da Zona Europeia indicam que a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou em crianças e adolescentes durante a pandemia de Covid-19, dadas as mudanças desfavoráveis ocorridas desde o início da pandemia, relacionadas com o consumo de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal e a diminuição da prática de atividade física (WHO, 2021).

Presentemente, a obesidade está relacionada com os 200 mil novos casos oncológicos que surgem por ano no espaço europeu. A OMS acredita que o índice deverá aumentar nos próximos anos e anunciou ainda que nenhum dos 53 países que fazem parte da região europeia estão no caminho para atingir a meta de travar a taxa de obesidade até 2025 (WHO, 2021). As sustentações para as causas de obesidade podem ser múltiplas, mas a principal causa está relacionada com a alimentação inadequada ou excessiva e o sedentarismo propiciado pelo desenvolvimento da tecnologia que facilita o acesso a quase tudo com um clique.

A obesidade, para além de uma questão médica, é também um facto social e, portanto, o que nos interessa compreender numa perspetiva sociológica é a problemática do excesso de peso e dos itinerários terapêuticos na gestão da obesidade por parte dos indivíduos. Embora a maioria dos tratamentos para o excesso de peso seja do foro da biomedicina, existe uma franja de pessoas que procuram outro tipo de terapias. Pretende-se compreender como os indivíduos gerem o problema da obesidade, face à diversidade de recursos disponíveis. Essa diversidade de recursos inclui opções terapeutizadas como a toma de medicamentos, e outras não terapeutizadas, dietas em conjunto com a prática de exercício físico ou ainda a procura por opções mais extremas, como é o caso das cirurgias. Ao seguir os diferentes itinerários terapêuticos, procurou-se averiguar como estas pessoas articulam e vivenciam a diversidade de recursos.

Trata-se, pois, de uma abordagem que se quer orientada para a compreensão das lógicas sociais que presidem às opções dos indivíduos face ao vasto mercado de fármacos, medicamentos naturais e alimentos terapêuticos (Lopes, 2010; Lopes & Rodrigues, 2015) e face a outros recursos para o combate à obesidade.

Sendo a alimentação um dos principais fatores na origem da obesidade, importa salientar que a globalização alterou os padrões alimentares na maioria dos países europeus, com a disponibilidade, a diversificação e as promoções nos preços dos produtos, com a mira de gerar novos mercados de consumo. Impulsionada pelo lucro, a indústria alimentar estimula a compra dos produtos que consumimos com as sucessivas invenções e reinvenções de novos paladares, demonstrações gourmet e feiras gastronómicas que apelam ao consumo.

Pois o alimento é visto como um símbolo de status. A comida é consumida através do ato social, em que o alimento desempenha um papel significativo na construção social da identidade, onde se aprende a gostar ou não gostar de determinados pratos e a escolher degustar certos alimentos e não outros. Os alimentos são muitas vezes instituídos e mantidos por meio de rituais, atividades sociais realizadas principalmente pelo seu significado simbólico, que são fundamentais para manter a identidade e os valores do grupo, mas também são poderosos agentes de transformação social, que nos moldam na forma como nos vemos e como os outros nos veem. Assim, muitos destes rituais alimentares, que vão desde as simples práticas quotidianas e se estendem a ocasiões especiais, desenvolvem e sustentam identidades sociais distintas e paralelamente oferecem oportunidades de mudança social (Guptill, Copelton & Lucal, 2017). Neste sentido, existe cada vez mais uma procura contínua por um estilo de vida saudável, que obriga o mercado a adaptar-se às novas exigências do consumidor para acompanhar a mudança cultural.

Aprofundando a análise, importa referir que a obesidade está classificada como doença. Quer isto dizer que a obesidade que antes não era considerada um problema médico passou para a jurisdição médica (Conrad, 2007). Portanto a obesidade tornou-se objeto de um processo de medicalização e passou a estar sob o domínio, influência e supervisão da medicina. Associado ao conceito de medicalização encontra-se o conceito de farmacologização, que de facto decorre muito da medicalização, ou seja, a medicalização outorga oportunidade para uma intervenção farmacológica. Neste sentido, a farmacologização denota a “transformação das condições e capacidades humanas em oportunidades de intervenção farmacêutica” (Williams, Martin & Gabe, 2011:711) e vem reforçar a ideia de

que tudo se resolve com a ingestão de um comprimido, levando este caminho à expansão do mercado de consumo de medicamentos e também de suplementos alimentares.

Relativamente aos fármacos, evidencia-se que o medicamento ganha autonomia enquanto ferramenta terapêutica no combate à obesidade (Williams, Martin & Gabe, 2011) e confirma-se a sua expansão no mercado. Além disso existe uma maior proximidade ao doente, que reforça a posição do farmacêutico, que passa a ter uma relação direta entre a indústria e o indivíduo, suprimindo a intervenção médica. Para além dos fármacos, existem também outros tratamentos executados por terapeutas, que manuseiam plantas, recomendam chás, realizam massagens medicinais (Younes et al., 2017), apresentadas por vezes como alternativas rápidas e milagrosas, sendo a cirurgia reservada para casos extremos.

A modernidade trouxe um questionar reflexivo sobre as relações entre o corpo e o seu desempenho, na procura do bem-estar pessoal, e que inclui a gestão medicamentosa, quer sejam químicos quer sejam naturais. Por detrás destes cuidados terapêuticos também subsiste o interesse pela obtenção de lucro que é inerente ao modo de produção capitalista que, para se expandir, metamorfoseia problemas sociais em oportunidades de negócios lucrativos. Aproveitando o padrão de estética imposto pela sociedade (Younes et al., 2017), também os discursos e as práticas médicas são direcionados para cada pessoa individualmente, com tentativas de estigmatização da obesidade em contexto clínico, enquanto a saúde pública aproveita os conhecimentos médicos para transmitir mensagens com orientações sobre saúde à comunidade e a comunicação social utiliza estas mensagens para veicular novidades publicitárias sobre os ideais de beleza.

Também o mercado do consumo para gerenciar o peso corporal oferece várias propostas que vão desde máquinas de exercícios, vídeos de fitness, jogos de computador como Wii, que incorporam atividades de saúde e fitness, aplicativos para smartphones e tablets, orientações dietéticas, pílulas dietéticas e alimentos dietéticos específicos, medicamentos para perder peso prescritos por médicos e cirurgia para perda de peso, que se centram nos discursos anti-obesidade e nos encorajamentos da lógica mercantil com a atratividade do corpo magro (Lupton, 2013).

Pois nas sociedades neoliberais é expectável que cada indivíduo seja responsável pelas suas escolhas, sobre quais os produtos que deve comprar ou não e consumir, demonstrando ter capacidade de autodisciplina no que toca ao consumo de alimentos na atual sociedade da abundância. Portanto, em questões de peso cada pessoa tem responsabilidade individual. Pois

os discursos moralistas sobre obesidade alegam que as pessoas que são rotuladas de obesas são culpadas porque não souberam praticar a autodisciplina. Portanto, significa que as pessoas obesas não têm o autocontrole e disciplina necessários para se integrarem (Lupton, 2013).

Ora, os indivíduos obesos são cada vez mais controlados e vigiados tanto pelos médicos como pela sociedade que os classifica e marginaliza, quem não corresponde ao padrão incorre no risco de ser estigmatizado. Além do mais, na maior parte das vezes a estigmatização da obesidade torna-se uma ameaça para a saúde dos indivíduos. Significa que ao gerar discriminação em pessoas obesas, tais comportamentos podem induzir a consequências graves a nível da saúde física e psicológica, e por esse motivo muitas destas pessoas optam por fazer a cirurgia de redução ao estômago. Pois é a influência que a opinião dos outros, imaginados ou reais, sobre nós que vai consolidar e condicionar o nosso autoconceito, aquilo a que Charles Cooley (1902) formulou no conceito do *looking-glass self*. Deste modo, a monitorização contínua de si próprio vai-se cimentando através de uma autoconsciência influenciada pelo ponto de vista dos outros. Ao viver na mente dos outros, mesmo de maneira imaginativa, concede ao indivíduo a ilusão de emoções reais que têm um papel intensamente poderoso, quer seja do ponto de vista do orgulho ou da vergonha e que se reflete na formulação do seu próprio autoconceito (Scheff, 2005).

As pessoas obesas são, pois, alvo de estigmatização acrescida do preconceito, julgamento, discriminação e *bullying*, devido ao descrédito social provenientes de comentários desmoralizadores associados à condição de obeso. O contributo de Goffman (1988) mostra que o estigma está relacionado com o atributo e no caso dos obesos este é algo observável que não se pode esconder. Na nossa sociedade a imagem corporal é cada vez mais valorizada, pelo que estamos sempre sujeitos a comentários ou olhares reprovadores se não permanecermos conforme as normas sociais relativamente ao ideal de beleza. A obesidade acaba por ser também uma forma de exclusão, e traz dificuldades acrescidas na ascensão social, quer na dificuldade em arranjar emprego quer nas relações interpessoais.

Outra dimensão importante no estudo dos itinerários terapêuticos na gestão da obesidade respeita ao risco. Os discursos contemporâneos alertam para os riscos no meio ambiente e na saúde (Petersen & Lupton, 1996). Portanto os riscos são incontornáveis e não param de se multiplicar. No caso da obesidade e excesso de peso temos dois tipos de risco. Por um lado, temos os riscos de saúde, em que os discursos de saúde pública alertam para a prática de uma gestão de vida saudável a fim de evitar doenças cardíacas e risco de morte pela

associação da obesidade a outras doenças que por ela podem ser geradas. Por outro lado, o risco gerado pelos tratamentos da obesidade causadores de possíveis danos. Diz-nos Beck (1992) que a sociedade de risco também é uma sociedade autocrítica e autorreflexiva. A reflexividade conduz ao pensamento crítico que influi na tomada de decisões e concebe um novo tipo de cidadão com juízos mais assertivos. Os clínicos que outrora tomavam decisões sobre os seus doentes sem os consultar, em matéria de risco e benefício, veem este tipo de abordagem ultrapassada. É por isso importante analisar as perceções de risco, mas também de eficácia, face aos recursos terapêuticos, por parte dos indivíduos, de modo a perceber como é que essas perceções e as respetivas experiências moldam as escolhas dos recursos para a gestão da obesidade.

Face aos objetivos e dimensões analíticas a explorar que foram acima identificados, o suporte empírico da pesquisa resulta de 40 entrevistas semi-diretivas, realizadas na grande Lisboa a indivíduos com obesidade, excesso de peso e ex-obesidade ou ex-excesso de peso.

A esta tese está estruturada em seis capítulos, antecedidos pela presente introdução e seguidos de uma conclusão. Essa estrutura segue um padrão convencional. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico e na segunda parte são apresentados os dados e discutidos os resultados.

O primeiro capítulo desenvolve-se em torno da temática da obesidade como um problema sociológico. Neste capítulo começou-se por definir conceitos e dimensões relacionados com a obesidade. Procurou-se avaliar a dimensão do fenómeno fundamentado em estudos recentes que demonstram a prevalência do aumento da obesidade por todo o mundo. Seguiu-se a abordagem às práticas alimentares como causas da obesidade, bem como a obesidade como doença crónica num mercado cada vez mais medicalizado que exige pericialização. A medicalização da obesidade tem tendência a acentuar-se e a indústria farmacêutica alimenta a expansão da farmacologização com o negócio de fármacos de diversa natureza. Especificamente, a indústria de perda de peso disponibiliza no mercado uma panóplia de alimentos dietéticos e suplementos. Por outro lado, a obesidade também comporta questões estéticas na medida em que o corpo obeso não se enquadra nos padrões corporais culturalmente aceites. Neste sentido é abordado o estigma social associado à obesidade, na medida em que esta é vista como um desvio dos padrões estéticos socialmente desejáveis.

No segundo capítulo procurou-se dar enfoque à gestão da obesidade como problema de saúde pública a que se associam diversas patologias e a retórica da responsabilização

individual. Portanto o regime alimentar é um fator de grande importância em matéria de gestão da obesidade. A profissão de nutricionista foi-se afirmando, expandindo e torna-se cada vez mais um recurso associado à pericialização das questões da obesidade. Procurou-se, ainda, conhecer os diversos recursos disponíveis, terapêuticos ou não terapêuticos, para a resolução dos problemas relacionados com a obesidade. Apresenta-se informação sobre o número de cirurgias para a perda de peso junto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as vendas de produtos de emagrecimento, a partir de dados disponibilizados pela Associação Nacional de Farmácias (ANF).

O terceiro capítulo centra-se na descrição dos métodos e técnicas utilizadas durante a investigação e os critérios na seleção dos casos. Faz referência à adoção de uma estratégia de investigação qualitativa baseada em entrevistas semi-diretivas. Para o efeito foi elaborado um guião de entrevista flexível para orientar na condução das entrevistas. As entrevistas foram realizadas no território da Grande Lisboa. Os entrevistados incluem homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 65 anos, com $IMC > 25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$ (excesso de peso) e $IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$ (obeso) e ex-obesos ou ex-excesso de peso (que tivessem sido submetidos a cirurgia ou tivessem realizado programa de reeducação alimentar com nutricionistas). Procurou-se garantir a diversidade em termos de género, idade e nível de escolaridade.

O quarto capítulo consiste na análise das perceções dos indivíduos sobre a obesidade, imagem corporal e estigma social. Aqui procurou-se explorar as etapas do início do excesso de peso e as causas que os entrevistados atribuem ao aparecimento da obesidade. Foi também trabalhado o conceito de estigma social a partir das experiências dos entrevistados face à exposição do seu corpo nos vários contextos, como a escola, o trabalho e a saúde.

O quinto capítulo analisa os recursos terapêuticos e formas de gestão não terapêuticalizadas utilizados pelos entrevistados. O campo de atuação deste capítulo centra-se na abordagem terapêutica ou não terapêutica que os entrevistados percorreram para perder peso e na compreensão da motivação, designadamente se está relacionada com as questões de saúde, de estética ou ambas. Também se procurou aprofundar, de acordo com as narrativas, os riscos e eficácia atribuídos pelos entrevistados aos tratamentos realizados.

O sexto capítulo transporta-nos para a análise dos itinerários terapêuticos na gestão da obesidade. A partir da sistematização de um conjunto de dados encontrados nos testemunhos dos entrevistados foi construída uma tipologia de itinerários terapêuticos. O critério

fundamental para a construção da tipologia é a relação com a pericialidade na gestão da obesidade. Identificaram-se três tipos de itinerários: Gestão autónoma não pericializada; Gestão com recurso à pericialidade; e por último, Cirurgia. Para cada itinerário foi selecionada uma entrevista onde se procurou desenvolver a análise para cada um desses casos específicos, mostrando de forma aprofundada a sequência de tratamentos ou recursos e as lógicas subjacentes relativamente às escolhas que os entrevistados vão fazendo, nomeadamente em função do risco e da eficácia dos tratamentos.

Por último, a conclusão, em que se apresentam de forma sintética os resultados alcançados com a pesquisa e os seus contributos para o conhecimento sociológico sobre a temática da pluralidade de itinerários na gestão da obesidade, bem como as limitações da pesquisa e questões para futuras pesquisas.

Capítulo 1 - Obesidade: de um problema social a um problema sociológico

A obesidade está a aumentar, sendo inclusive classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a epidemia do século XXI. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 11) da OMS, que serve como ferramenta para codificar as tendências estatísticas de saúde em todo o mundo, entre as doenças surge a obesidade que figura classificada com o código 05, correspondendo à designação de doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas¹.

Este capítulo destina-se a fazer uma exploração inicial da bibliografia existente sobre a temática da obesidade, bem como explorar conceitos e dimensões relacionados com a obesidade, tais como a definição e diagnóstico; qual a dimensão do fenómeno na atual sociedade moderna; qual o papel das práticas alimentares na obesidade; bem como procurar explicar como se constituiu num problema médico passível de tratamento através de medicamentos, onde não deixaremos de explorar os conceitos de medicalização e de farmacologização; por último qual o impacto da obesidade em questões como o estigma social, na medida em que é vista com um desvio dos padrões estéticos socialmente desejáveis.

1.1. Definição e diagnóstico da obesidade

A definição de obesidade ou excesso de peso em adultos tem variado ao longo do tempo. De acordo com a definição da WHO (2012), a obesidade ou excesso de peso são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que tem efeitos adversos na saúde e que contribui para inúmeras doenças crónicas e mortalidade precoce. Na maioria dos casos a obesidade, uma vez presente na infância ou na adolescência, potencia o risco de desenvolver doenças crónicas na idade adulta (Guo, 2002; Kuczmarski & Flegal, 2000; Mokdad et al., 2003; Racette, Deusinger & Deusinger, 2003).

Assim, a obesidade é classificada de acordo com o número e tamanho dos adipócitos (ou células adiposas), que são células responsáveis pelo armazenamento da gordura e reguladoras da temperatura corporal. A obesidade pode ser classificada fisiologicamente, em hipertrófica e hiperplásica. A obesidade hipertrófica relaciona-se com o aumento do número de células de gordura (adipócitos). A obesidade hiperplásica ocorre desde o nascimento até aos dois primeiros anos, mantendo-se estável até à adolescência e na gravidez (Seeley, Stephens & Tate, 2006).

¹ cf. www.who.int/classifications/icd/en/ [consultado em dezembro de 2022]

Significa que a obesidade hipertrófica ocorre frequentemente em adultos, geralmente entre os 20 e 40 anos, isto porque continuam a consumir a mesma quantidade de alimentos apesar de não gastarem as calorias que ingerem. Este tipo de obesidade é popularmente designado de excesso de peso e está associado à obesidade moderada (Racette, Deusinger & Deusinger, 2003; Seeley, Stephens & Tate, 2006). Antigamente pensava-se que os adipócitos estabilizavam na fase adulta, mas hoje sabe-se que os adipócitos tendem a aumentar durante a fase adulta (Seeley, Stephens & Tate, 2006).

Portanto, a obesidade pode ser classificada, entre outros meios, por métodos antropométricos: Índice de Massa Corporal (IMC) e a medição das dobras cutâneas. Muitos países tomaram como referência para o diagnóstico de obesidade em adultos o IMC, inicialmente chamado de índice de Quetelet que foi desenvolvido em 1800 para calcular a altura e peso dos recrutas do exército. Quetelet atestou uma distribuição Gaussiana entre a relação peso (quilogramas) e altura (metros) ao quadrado (kg/m^2) para indivíduos acima dos 20 anos (WHO, 2000; Chou, Grossman & Saffer, 2004; Nicholls, 2013).

Em adultos, o excesso de peso é determinado por um $\text{IMC} \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$, e considerado obesidade com $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$. A OMS distingue várias categorias consoante o risco de doença, conforme apresentado no Quadro 1.1.

Quadro 1.1 — Categorias do Índice de Massa Corporal.

IMC (Kg/m^2)	Estado nutricional
<18,5	Desnutrição
18,5-24,9	Eutrofia
25,0-29,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidade Grau I
35,0-39,9	Obesidade Grau II (severa)
$\geq 40,0$	Obesidade Grau III (mórbida)

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2000).

A simplicidade do modelo permite calcular de modo simples e económico o IMC, permitindo comparações entre várias populações em todo o mundo. O IMC foi desenvolvido como indicador de risco da doença, quer isto dizer que à medida que o IMC aumenta existe

uma maior probabilidade do risco de algumas doenças também se desenvolverem, tais como a morte prematura, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, osteoartrite, alguns tipos de cancro e diabetes.

Vários são os países que adotaram a classificação de obesidade de acordo com o Quadro 1.1, já que este procedimento, conforme já dito, permite fazer comparações entre os vários habitantes de todo o mundo. As tabelas do IMC das populações e os seus intervalos é que diferenciam a existência de pré-obesidade e obesidade (Goran, 1998).

No entanto, estas medidas não fornecem indicação sobre a gordura real, visto que não estabelecem diferenciação entre a gordura (massa gorda) e o músculo (massa livre de gordura). Assim, em indivíduos musculados conduz a uma classificação errónea de sobrepeso (Cole, et al., 2000; WHO, 2000; Guo, 2002; Racette, Deusinger & Deusinger, 2003).

O mesmo acontece nos idosos, os valores do IMC também não se adequam a esta tabela, dado que um idoso ao longo dos anos perde massa muscular, logo vai ter menos massa muscular do que um adulto ativo. Deste modo, foi proposta uma tabela diferente para os idosos, diferenciada por género (Quadro 1.2 e Quadro 1.3).

Quadro 1.2 — Índice de Massa Corporal para mulheres acima de 65 anos.

IMC (kg/m ²)	Estado nutricional
< 21,9	Abaixo do peso
22 - 27	Eutrofia
27,1 - 32	Sobrepeso
32,1 - 37	Obesidade Grau I
37,1 - 41,9	Obesidade Grau II
≥ 42	Obesidade Grau III

Fonte: OMS (1995).

Quadro 1.3 — Índice de Massa Corporal para homens acima de 65 anos.

IMC (Kg/m ²)	Estado nutricional
< 21,9	Abaixo do peso
22 - 27	Eutrofia
27,1 - 30	Sobrepeso
30,1 - 35	Obesidade Grau I
35,1 - 39,9	Obesidade Grau II
≥ 40	Obesidade Grau III

Fonte: OMS (1995).

A medição da circunferência abdominal é outra técnica clínica utilizada para estimar o risco na saúde. Pode ser utilizada independentemente da estimativa do IMC, sendo apenas necessária uma fita métrica. O resultado é uma avaliação da gordura abdominal. Valores do perímetro da cintura ≥ 80 cm em mulheres e ≥ 94 cm para homens determinam um risco aumentado. Quando os valores se situarem ≥ 88 cm para mulheres ou ≥ 102 cm para homens, significa que existe um risco agravado (Racette, Deusinger & Deusinger, 2003). Acredita-se que a adiposidade abdominal seja uma gordura visceral metabolicamente ativa, quer isto dizer que envolve os órgãos em gordura originado pela desregulação, que em simultâneo desenvolve processos inflamatórios e um aumento significativo da produção de substâncias químicas pro-inflamatórias (citoquinas), além de que predispõe os indivíduos a doenças cardiovasculares, tais como a angina de peito ou arritmias cardíacas, aterosclerose ou hipertensão, que normalmente não apresentam sintomas.

Apesar da generalidade das avaliações se centrar no IMC e no perímetro da cintura, existem ainda outras técnicas disponíveis em clínica para avaliar pacientes com excesso de peso. Destaca-se a absorptometria de raios X de dupla energia (DEXA) como a técnica mais precisa para quantificar a composição corporal (Goran, 1998). A DEXA é baseada na mitigação exponencial resultante da absorção nos tecidos corporais de fótons emitidos em dois níveis de energia para dividir o peso corporal em mineral ósseo (CMO) e tecido mole (magro e gordo). A vantagem da DEXA baseia-se em ser uma varredura relativamente rápida (cerca de 20 minutos) ao longo de todo o corpo (Pietrobelli, et al., 1996).

1.2. A dimensão do fenómeno: tendências recentes

Os estudos apresentados pela OMS descrevem que a prevalência da obesidade quase triplicou desde 1975 em todo o mundo (NCD-RisC, 2017). Como já referido anteriormente, a obesidade conduz a várias complicações metabólicas. Trata-se de uma doença cujos fatores de risco podem desencadear o desenvolvimento de outras doenças crónicas também denominadas de doenças não transmissíveis (DNTs) nomeadamente cardiopatias e diabetes *mellitus*. As DNTs dividem-se em quatro tipos de doenças: as cardiovasculares; os tumores; as doenças respiratórias crónicas; e a diabetes. O conjunto destas doenças resultou em 70% de mortes em todo o mundo². Em 2015 o relatório da OMS alertava para o aumento das DNTs (WHO, 2017). O mesmo relatório referia ainda que na região europeia estas doenças causaram 89% das mortes, significa que houve uma evolução de 3 pontos percentuais em relação aos valores de 2000. Os países com menor rendimento *per capita* são os mais afetados.

Em 2016, verificou-se que mais de 1,9 bilhão de adultos, acima dos 18 anos, apresentava excesso de peso, 39% do total de adultos estava acima do peso e 13% do total eram obesos (WHO, 2016)³, o que significa mais de 650 milhões de obesos. O mesmo estudo revela-nos ainda que o ambiente e a comunidade em que os indivíduos se inserem são fundamentais para moldar as escolhas individuais de cada um. Torna-se importante implementar políticas alimentares, pois uma alimentação cuidada passa por limitar a ingestão de energia quer através da diminuição do consumo de gorduras, quer através da diminuição do consumo de açúcares; promover o consumo de frutas, legumes e cereais integrais tais como o trigo, o arroz, o centeio, o milho e a aveia, que não sofreram processo de refinação; diminuir o consumo de bebidas açucaradas e confeitaria que causam efeitos nocivos na saúde; e, muito importante, praticar atividade física com regularidade.

A carta de Ottawa (OMS, 1986), documento de referência, chama a atenção para a importância de os indivíduos materializarem ações de promoção de saúde como uma prática efetiva e diária dado que a globalização, o consumismo e a necessidade de prazeres rápidos estão a interferir cada vez mais na qualidade de vida dos indivíduos. A responsabilização

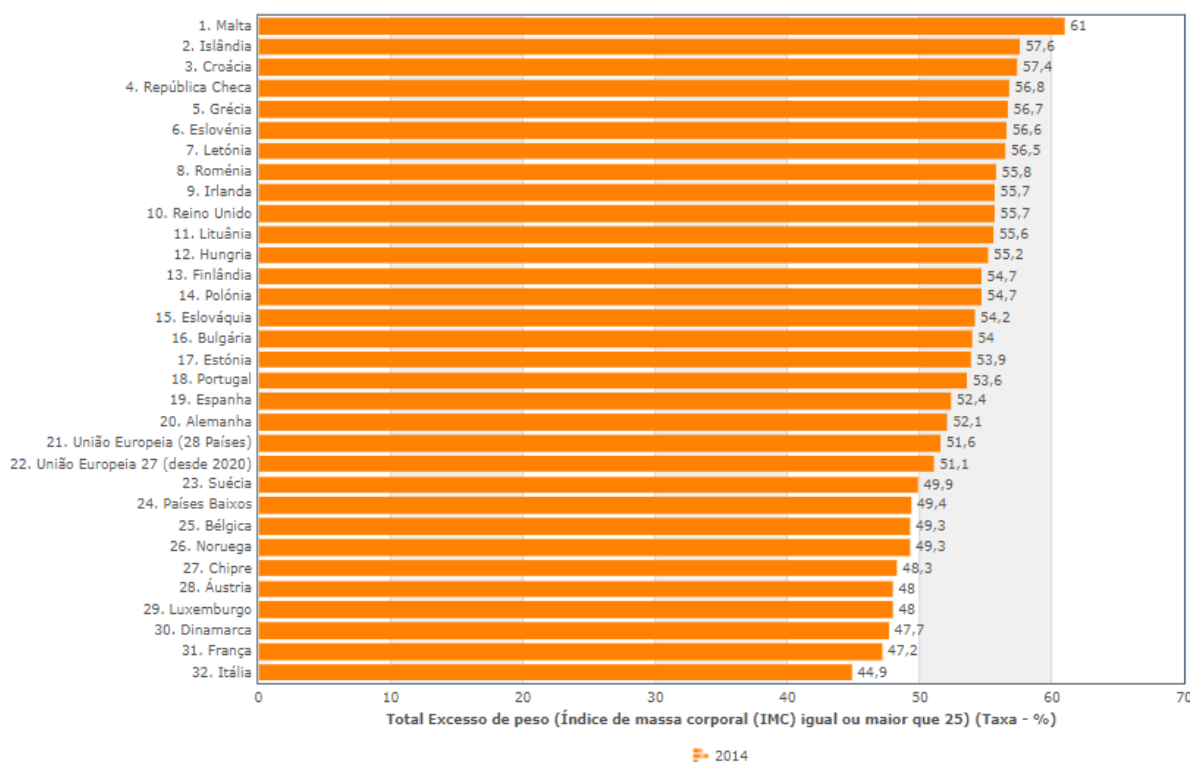
² <http://reports.devex.com/ncdreport/> [consultado em junho de 2020].

³ <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [consultado em junho de 2020].

individual só tem efeito quando a pessoa é sensibilizada para praticar um estilo de vida saudável capacitando os indivíduos de que um autocontrolo traz benefícios para a sua saúde.

Baseado no que já atrás foi descrito, a prevalência da obesidade está a aumentar de maneira alarmante e atualmente é reconhecida como um importante problema a nível global em saúde pública. De facto, se reportarmos aos dados sobre a população em Portugal as evidências apontam que a obesidade constitui um sério problema de saúde pública. Os valores disponíveis na Pordata⁴, demonstram que em 2014 Portugal se encontrava em 18º lugar com 53,6% no indicador excesso de peso - índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25, num total de 32 países em análise (cf. Figura 1.1).

Figura 1.1 — Taxa de prevalência de excesso de peso na União Europeia, valores referentes a 2014.

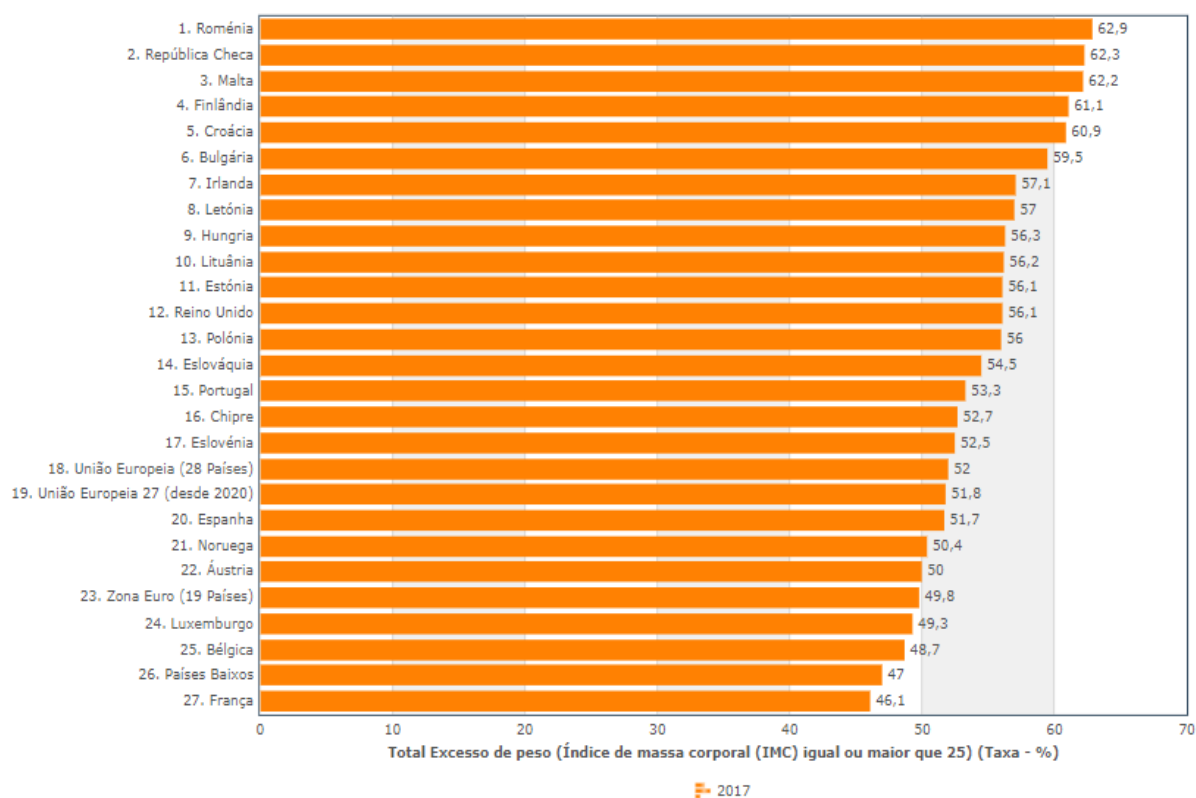


Fonte: Pordata, 2021 | Eurostat.

⁴ <https://www.pordata.pt> [consultado em fevereiro de 2021].

Em 2017, o mesmo indicador mostra que passamos da 18ª posição, em 2014, para a 15ª posição com 53,3%, num total de 27 países em análise (não contemplados os países: Islândia, Grécia, Alemanha, Dinamarca e Itália) (cf. Figura 1.2).

Figura 1.2 — Taxa de prevalência de excesso de peso na União Europeia, valores referentes a 2017.

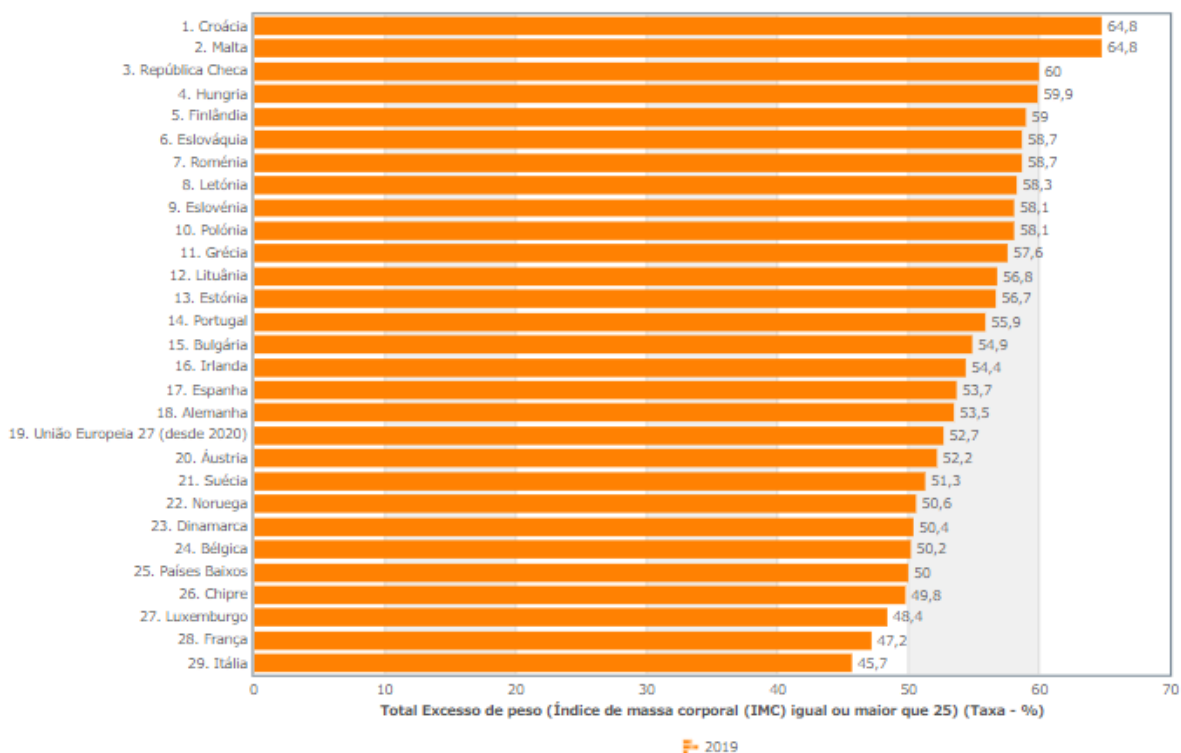


Fonte: Pordata, 2021 | Eurostat.

Para 2019, a Pordata mostra que Portugal se deparava no 14º lugar com 55,9% no indicador excesso de peso - índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 num total de 29 países em análise (cf. Figura 1.3)⁵.

⁵ <https://www.pordata.pt/db/europa/ambiente+de+consulta/grafico> [consultado em dezembro de 2022].

Figura 1.3 — Taxa de prevalência de excesso de peso na União Europeia, valores referentes a 2019.

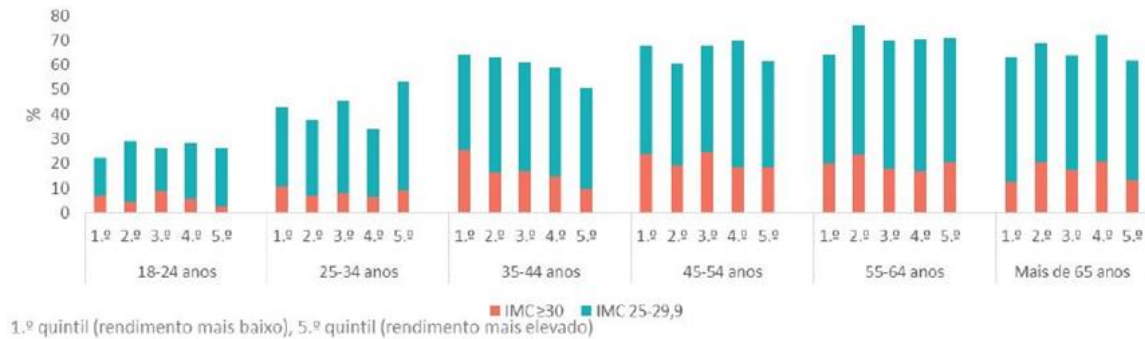


Fonte: Pordata, 2021 | Eurostat | Inquérito Europeu de Saúde | EU-SILC.

Kranjac & Wagmiller (2016) destacam que as taxas de obesidade aumentaram, em parte, por causa das mudanças demográficas e da alteração socioeconômica da população ao longo do tempo. As evidências também sugerem que os pacientes obesos têm gastos superiores em médicos, cerca de 42%, do que os pacientes que se mantêm com peso dentro da média.

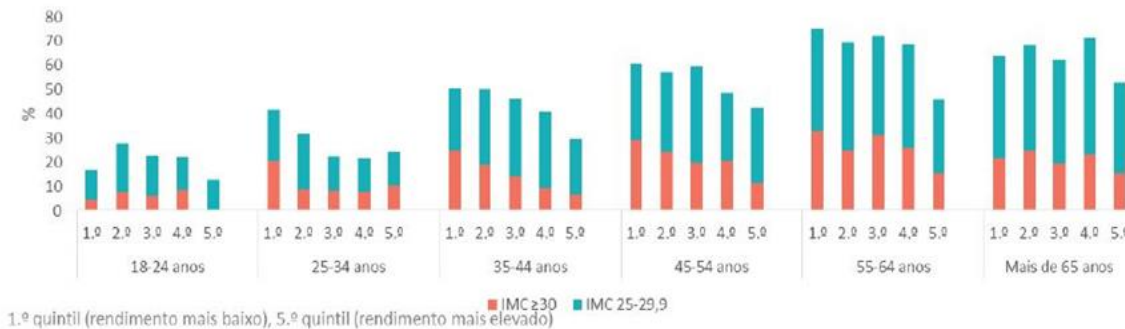
Também os valores apresentados nos mapas da *Obesity Atlas for the European Union: 2018* (Jackson-Leach, 2018) indicam que o rendimento das famílias influencia o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade. Do mesmo modo, o gênero também é um fator de diferenciação (cf. Figuras 1.4 e 1.5) na prevalência de excesso de peso e obesidade. Ou seja, as mulheres têm tendência para ter uma percentagem maior em obesidade em relação aos homens: 13% vs. 11,8% (Czernichow, Ciangura & Oppert, 2006).

Figura 1.4 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e quintil de rendimento nos homens em Portugal em 2014.



Fonte: Adaptado de Jackson-Leach, 2018.

Figura 1.5 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e quintil de rendimento nas mulheres em Portugal em 2014.



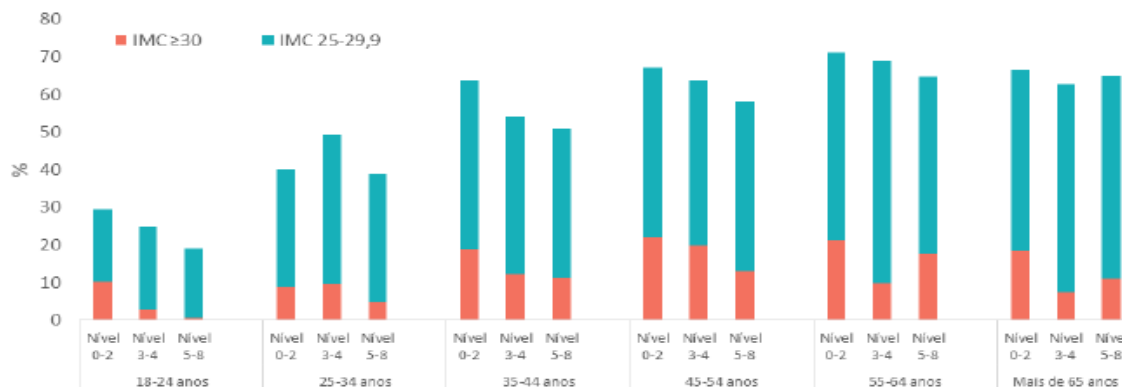
Fonte: Adaptado de Jackson-Leach, 2018.

No global, o que interessa aqui reter e em consonância com informação recolhida no Eurostat⁶ é que à medida que a população envelhece aumenta o excesso de peso, do mesmo modo que quando aumenta o rendimento a obesidade também sobe. A faixa etária de 18 a 24 anos apresentou proporções menores da população com excesso de peso, enquanto a população com idade acima dos 65 teve proporções maiores quer em mulheres quer em homens.

⁶ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_BMI_statistics#Obesity_in_the_EU:_gender_differences [consultado em abril de 2020].

No caso da relação entre educação e obesidade, nos homens, não se encontrou um padrão claro entre os níveis de qualificação e a obesidade e as diferenças na proporção de homens com excesso de peso de acordo com o nível de escolaridade eram geralmente muito menores do que para as mulheres (cf. Figuras 1.6 e 1.7).

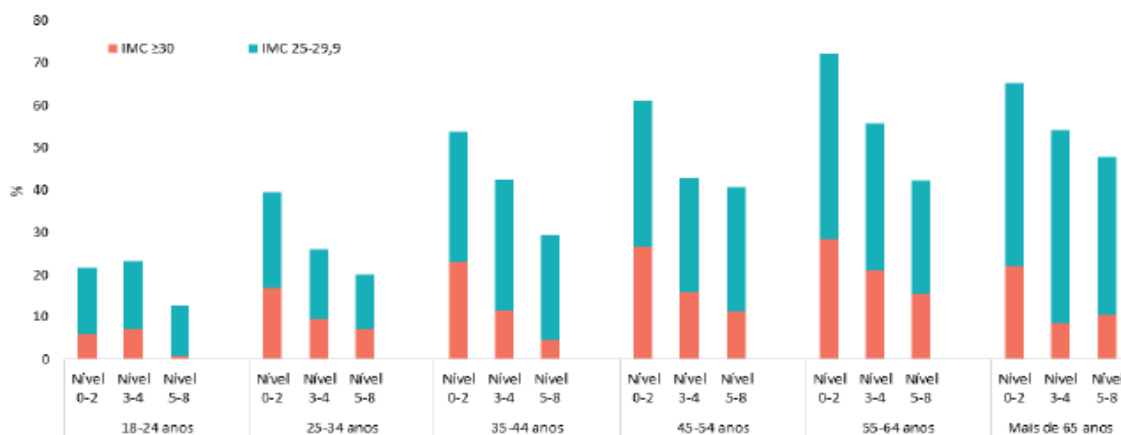
Figura 1.6 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e nível de instrução nos homens em Portugal em 2014.



Legenda: Nível 0-2: Ensino primário e 2º ciclo
 Nível 3-4: Ensino 3º ciclo e Secundário
 Nível 5-8: Ensino Superior

Fonte: Adaptado de Jackson-Leach, 2018.

Figura 1.7 — Percentagem de excesso de peso e obesidade por idade e nível de instrução nas mulheres em Portugal em 2014.

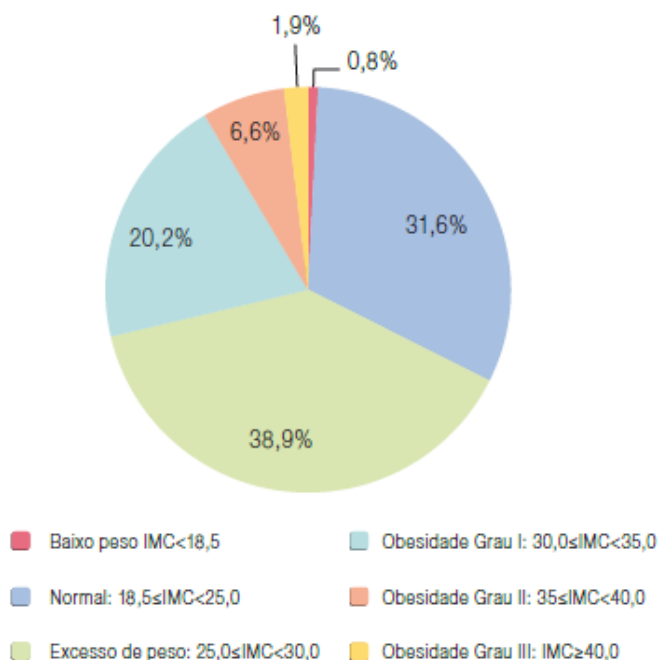


Legenda: Nível 0-2: Ensino primário e 2º ciclo
 Nível 3-4: Ensino 3º ciclo e Secundário
 Nível 5-8: Ensino Superior

Fonte: Adaptado de Jackson-Leach, 2018.

Sob este ponto de vista, o relatório do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, 2016) refere existir uma grande prevalência de excesso de peso e obesidade na população que vive em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos. Os dados mostram que a prevalência de excesso de peso situa-se nos 38,9% e a soma da prevalência em obesidade (Grau I, II e III) ronda os 28,7% (cf. Figura 1.8).

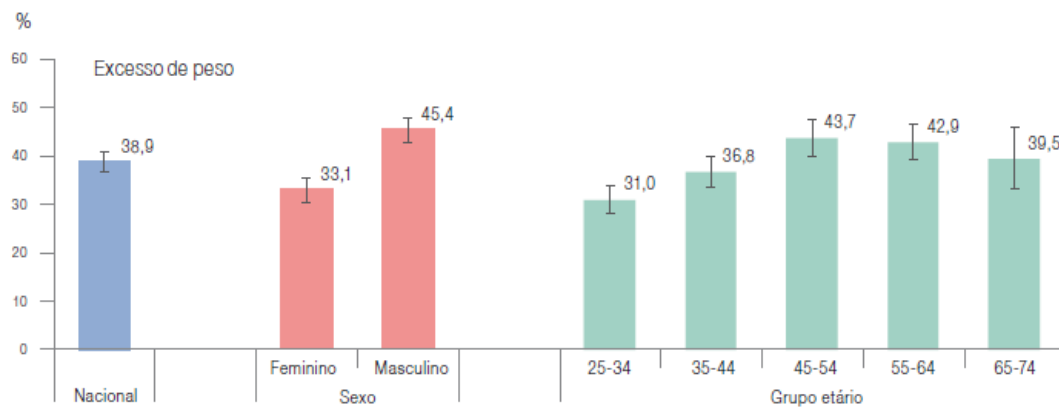
Figura 1.8 — Distribuição percentual da população entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por valores de IMC.



Fonte: Adaptado de INSA, 2016.

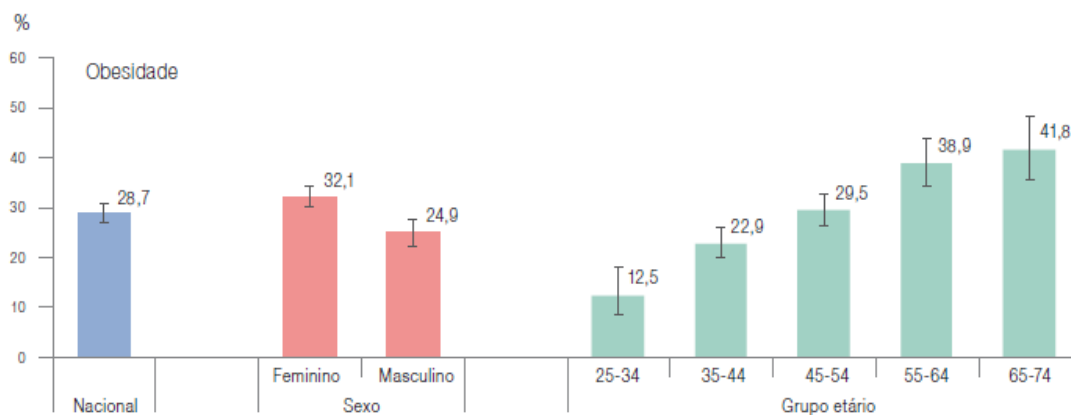
Na amostra nacional, no que concerne ao excesso de peso (cf. Figura 1.9), $IMC \geq 25$ e $IMC < 30$, foi identificado o género masculino (45,4%) como sendo o detentor de maior prevalência em relação ao género feminino (33,1%). Um outro ângulo de leitura informa-nos que o pico de excesso de peso situa-se na faixa etária 45-54 anos, com 43,7%. No entanto, no caso da obesidade (cf. Figura 1.10), $IMC \geq 30$, os papéis invertem-se e apura-se uma prevalência maior no género feminino (32,1%) em comparação com o género masculino (24,9%). Aqui o grupo etário com maior expressão é o dos 65-74 anos, com 41,8%.

Figura 1.9 — Distribuição da prevalência de excesso de peso (IMC ≥ 25 e IMC < 30) na população com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por género e grupo etário.



Fonte: Adaptado de INSA, 2016.

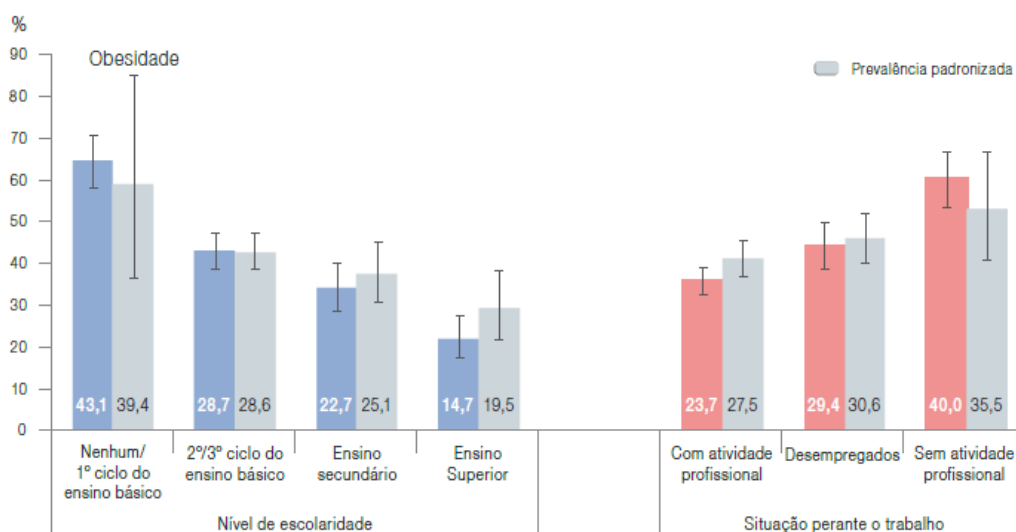
Figura 1.10 — Distribuição da prevalência de obesidade (IMC ≥ 30) na população com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por género e grupo etário.



Fonte: Adaptado de INSA, 2016.

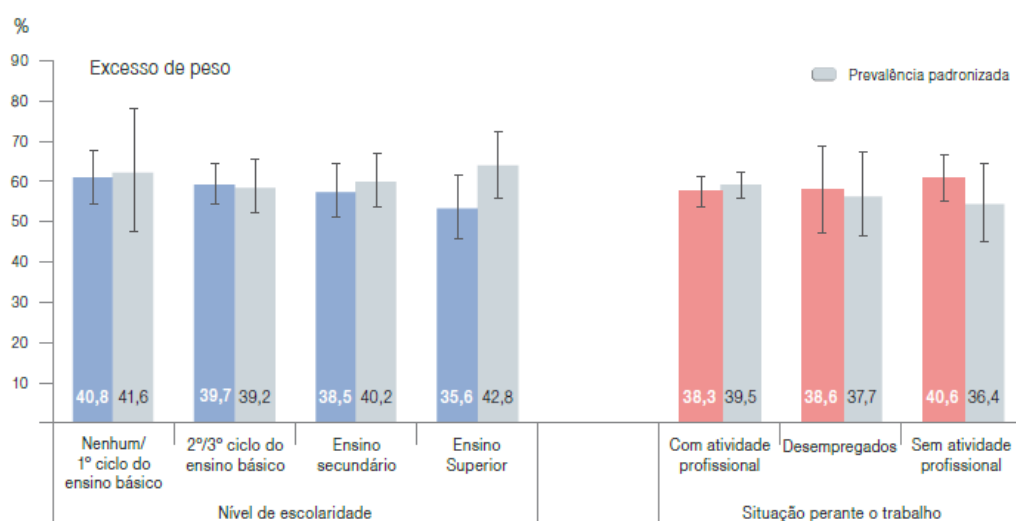
Relativamente ao nível de escolaridade, constata-se que é no 1º ciclo do ensino básico que a prevalência em obesidade é maior (43,1%) comparativamente ao grupo de indivíduos com ensino superior (14,7%). O mesmo estudo refere que, quanto à situação perante o trabalho, a prevalência da obesidade é maior em indivíduos sem atividade profissional (40%) (cf. Figuras 1.11 e 1.12).

Figura 1.11 — Distribuição da prevalência (bruta e padronizada) de obesidade (IMC \geq 30) na população com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.



Fonte: Adaptado de INSA, 2016.

Figura 1.12 — Distribuição da prevalência (bruta e padronizada) de excesso de peso ($IMC \geq 25$ e $IMC < 30$) na população com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o trabalho.



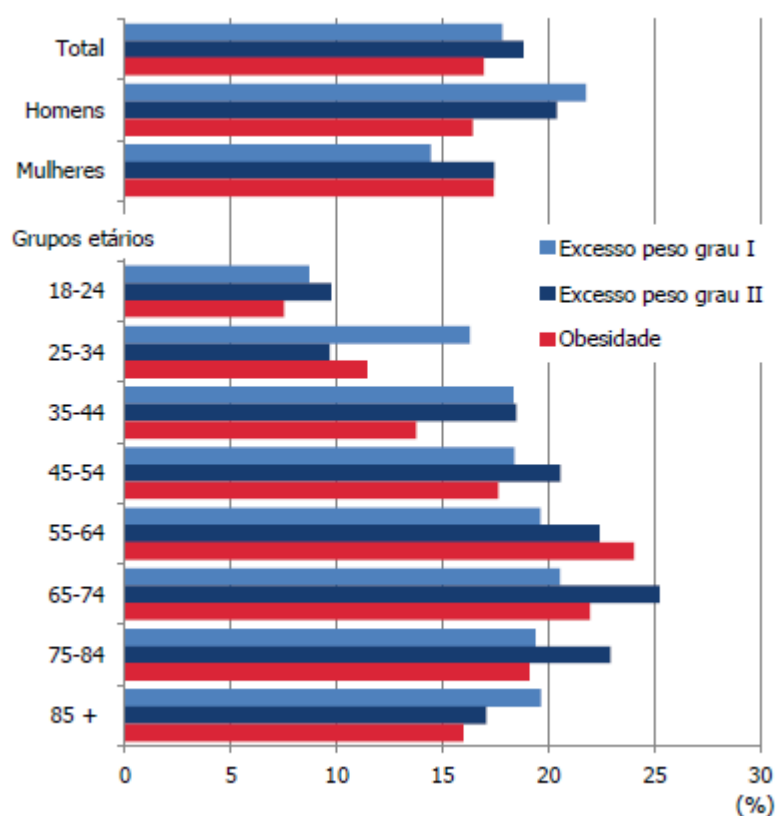
Fonte: Adaptado de INSA, 2016.

Os resultados do estudo concluem ainda que a prevalência de obesidade era maior na população portuguesa em comparação com os outros países da Europa, tais como, Espanha, Países Baixos, França e Bélgica⁷.

Por fim, o Inquérito Nacional de Saúde 2019 (INE, 2020) divulga que mais de metade da população acima dos 18 anos (53,6%) tem excesso de peso ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) ou obesidade ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$). A obesidade é maior nas mulheres em relação aos homens. No entanto, o excesso de peso atinge mais os homens. Ainda de acordo com os resultados do inquérito, a obesidade e excesso de peso (grau II) atingem valores superiores a 20% na população com idades entre os 55 e os 84 anos (cf. Figura 1.13).

⁷ <https://www.pordata.pt> [consultado em fevereiro, 2021]

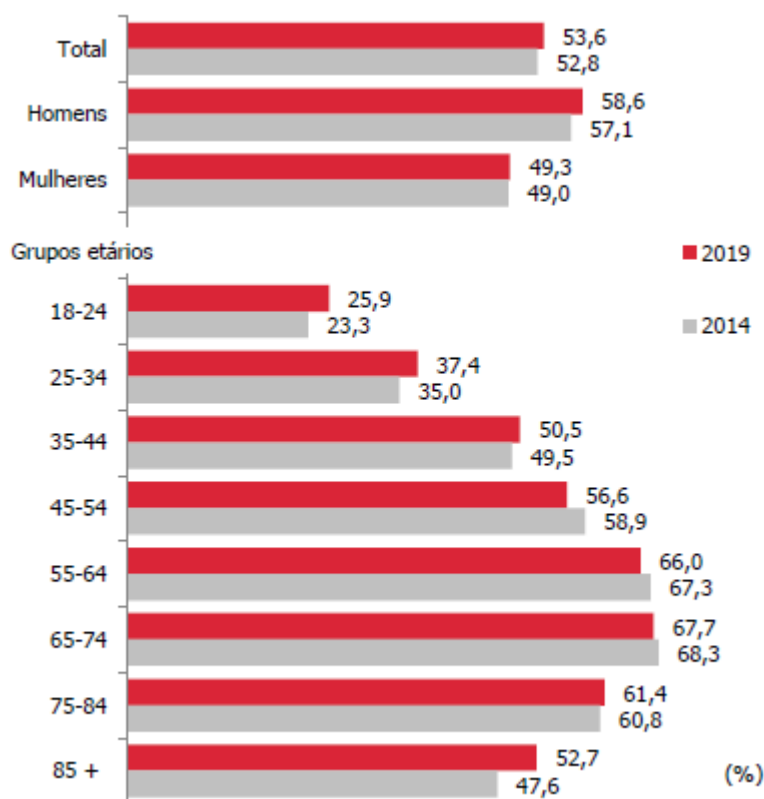
Figura 1.13 — População com 18 ou mais anos com excesso de peso e obesidade, por género e idade em 2019. Excesso de peso grau I (IMC entre 25 Kg/m² e menos de 27 kg/m²) e excesso de peso grau II (IMC entre 27 Kg/m² e menos de 30 kg/m²).



Fonte: Adaptado de Inquérito Nacional de Saúde 2019.

A proporção total de adultos com excesso de peso ou obesidade aumentou em 0,8 p.p. em relação ao ano de 2014. No caso dos homens houve uma evolução em mais 1,5 p.p. e nos grupos etários mais jovens (dos 18 aos 34 anos; 2,6 p.p. e 2,4 p.p.) e mais idosos (85 ou mais anos evolução de 5,1 p.p.) (cf. Figura 1.14).

Figura 1.14 — Proporção da população com 18 ou mais anos com excesso de peso ou obesidade por sexo e grupo etário, Portugal, 2014 e 2019.



Fonte: Adaptado de Inquérito Nacional de Saúde 2019.

Em suma, as reflexões aqui desenvolvidas e fundamentada pelos estudos apresentados demonstram que a prevalência de excesso de peso continua a ser superior nos homens, mas a prevalência de obesidade é superior nas mulheres. Outro ponto a assinalar é a prevalência de obesidade estimada para a população portuguesa ser uma das mais elevadas em relação aos outros países da Europa. Várias têm sido as medidas adotadas pelos diferentes países para combater esta tendência. Em Portugal, foram delineadas várias estratégias, entre elas o Programa Nacional de Combate à Obesidade⁸, aprovado em 2005, que tinha como principal objetivo travar o crescimento da prevalência de excesso de peso e obesidade, e que se articula

⁸ <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx> [consultado em dezembro de 2022].

em consonância com outros programas nacionais, tais como a plataforma contra a obesidade, criada em 2007. Posteriormente, é criado o Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, sendo a problemática da obesidade integrada nos planos Regionais de Saúde. Recentemente, o Plano Nacional de Saúde de 2021-2030 também faz menção a um conjunto de propostas desenvolvidas pela Assembleia da República e dirigidas ao Governo como medidas de prevenção, tratamento e combate à obesidade (DGS, 2022).

1.3. As causas da obesidade: a centralidade das práticas alimentares

A alimentação e a nutrição constituem-se como requisitos basilares pois servem como orientação e investimento na saúde, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento na vida humana. Partindo destas premissas, a história da alimentação conta-nos que o homem pré-histórico era omnívoro. Os desgastes dos dentes revelam que durante milhões de anos o alimento do homem baseava-se em frutos, folhas ou raízes. A partir do paleolítico inferior, principalmente na Europa, existem evidências de que o homem praticava a caça grossa, tais como ursos, elefantes e rinocerontes. Já no paleolítico as provas referem o desenvolvimento de uma caça especializada em renas, cavalos, bisontes ou mamutes consoante as regiões (Flandrini & Montanari, 2008). Com as alterações climáticas, o homem do mesolítico viu a sua vida sofrer alterações. A procura de abrigo e comida para sobreviver aos temporais obrigou-os a refugiarem-se em cavernas durante o inverno e a construir abrigos próximos aos rios no verão.

Com o final do Neolítico, deu-se o início da sedentarização e o homem passou a fazer a sua própria criação de animais e agricultura (Flandrini & Montanari, 2008). As tarefas eram divididas estando a alimentação a cargo das mulheres que colhiam frutas, nozes, bagas e ervas e cuidavam dos filhos. Os registos existentes sobre o corpo dos primeiros seres humanos, em especial no trato gastrointestinal, sugerem uma flora bacteriana semelhante ao que hoje temos, bem como os hábitos alimentares seriam muito semelhantes aos nossos hábitos alimentares (Civitello, 2007).

As primeiras receitas de culinária conhecidas surgiram na civilização mesopotâmica, apesar de não ser certo que a culinária se tenha iniciado nesta civilização. O que se sabe é que as preparações são pouco elaboradas com confeções à base de cozidos e grelhados, com ementas muito repetitivas e sem temperos (Flandrini & Montanari, 2008).

Os documentos existentes também indiciam que na idade média era frequente a realização de refeições e festins. Comer e beber eram vistos como acontecimentos culturais que apelavam ao convívio e fortaleciam laços de amizade e serviam para selar um acordo, um contrato ou um reconhecimento de laço social. Por vezes, as comezainas duravam vários dias. Além disso, as festas também tinham como função consolidar os laços de poder de quem as organizava. Pois as iguarias e as bebidas refletiam a riqueza e o poder do dono da festa (Flandrini & Montanari, 2008).

O banquete também tinha como propósito o de representar a identidade de um grupo ou uma hierarquia social (Civitello, 2007). Mas, se o grupo pertencia a uma religião, então obedecia a cânones diferentes. Por exemplo, os eclesiásticos davam muita importância às festas, sendo os convívios nos mosteiros o momento de confraternização. Porém, se a comunidade era de judeus ou de muçulmano, existia ausência no consumo de carne de porco porque consideravam o animal sujo e impróprio. Se for hinduísta, em regra geral, é vegetariano. Por último, se for cristão tem o pão e o vinho como representação do corpo e sangue divino (Flandrini & Montanari, 2008).

Como vimos, a refeição é constituída como uma das principais formas de sociabilidade, que ao mesmo tempo permite satisfazer as necessidades primárias de um estômago carente e vazio. Durante a Idade Média as sopas livraram muitas pessoas da fome, eram confeccionadas com ingredientes básicos que envolvia pão, água e cereais, por vezes incluíam ovos, arroz e pouca ou nenhuma carne. Presentemente, o conceito de comer como um ato diário, natural e ritualístico sofreu grandes alterações ao longo do tempo quer do ponto de vista cultural, quer do tecnológico, de tal modo que afeta em grande parte o sistema alimentar.

A socialização alimentar, de acordo com Beardsworth & Keil (2002) inicia-se na infância, com a família. Isto significa que os primeiros contactos são feitos no seio familiar, pois é este convívio familiar que vai influenciar e determinar os nossos gostos, em concordância com a categorização de alimentos, e que de alguma forma vai influenciar a construção da nossa identidade cultural, fazendo a ponte com a comunidade de pertença. A socialização não se limita apenas à infância, é um processo contínuo ao longo da vida. A convivência junto da família é o período de maior aprendizagem na vida do ser humano, além de se aprender a primeira língua, também se começa a moldar o comportamento. Neste ambiente as pessoas passam a conviver social e permanentemente ao trocar experiências com

pessoas diferentes. Os indivíduos estão sujeitos às pressões sociais impostas pela sociedade, partilhadas em padrões que influenciam as suas tomadas de decisões. Assim, os padrões culturais fornecem regras, normas, crenças, etc., que são aprendidas no contexto das atividades grupais, pois é a partir desta realidade que a socialização vai sendo efetivada, trazendo à luz o conceito do *habitus* (Bourdieu, 2007:162) ou costume, assente no princípio gerador de práticas que se apresentam como uma estrutura organizada orientada em que cada um dos interveniente tem uma função definida e estruturada, estabelecidas em premissa de que a sociedade é composta por várias categorias que se dividem em objetivos para atingir fins específicos geradores de influência nas vontades individuais que lhes confere coesão pela solidariedade, pautada pelos mecanismos de controle social.

Nesta sequência, nas sociedades menos complexas impera a solidariedade mecânica caracterizada por agrupamentos humanos de tipo tribal que compartilham funções semelhantes, os mesmos interesses religiosos e materiais, característicos de uma sociedade economicamente simples. Nas sociedades mais complexas reina a solidariedade orgânica. São sociedades marcadas pela especialização na “divisão do trabalho” de modo a rentabilizar as funções para “torná-las solidárias” (Durkheim, 1999:27), portanto, permite deste modo aos indivíduos dedicarem menos tempo ao seu trabalho, para que tenham mais tempo disponível para produzir outras coisas. Quer isto dizer que se um indivíduo se especializar numa determinada tarefa vai precisar dos outros para completar a cadeia produtiva em que está inserido dado que faz parte integrante de um todo que se designa de comunidade e que é regida por regras e normas. Nesta reflexão pode-se problematizar as escolhas do indivíduo, como forte presença de uma consciência coletiva onde prevalece a influência nas escolhas individuais.

A modernidade trouxe novos conceitos alimentares adquiridos através de sofisticadas técnicas de preservação e processamento na alteração da estrutura alimentar, teor nutricional, textura e gosto. Novos e complexos produtos alimentares que combinam produtos naturais e ingredientes artificiais, incluindo aditivos. Produtos como o açúcar, sal e gorduras foram utilizados para tornar os alimentos mais palatáveis, bem como, o preço relativamente baixo tornou os produtos disponíveis e acessíveis a qualquer bolsa (Slimani et al., 2009). Uma outra abordagem teórica leva-nos a refletir que o alimento não é só um mero alimento, mas também tem um valor cultural, “a variabilidade das escolhas alimentares humanas, sem dúvida, deriva em grande parte da variabilidade dos sistemas culturais” (Fischler, 1990:33), ou seja, “os humanos escolhem seus alimentos, em grande parte, com base em sistemas alimentares

culturais que podem ser chamados de cozinhas” (Fischler, 1990:33) e cada cultura possui a sua culinária específica.

Na prática, os nutrimentos saudáveis são os alimentos cultivados e confeccionados em casa (Germov & Willams, 1996). Inicialmente, o homem mantinha uma horta onde podia produzir a sua própria comida consoante as estações do ano. Presentemente, o indivíduo tem acesso durante todo o ano a produtos específicos sem ter de ficar à espera por determinadas estações do ano para consumir aquele artigo sem ficar limitado pelo tempo. A indústria alimentar através da sua área de produção e distribuição de sistemas mundiais das sociedades modernas, disponibiliza diversificação alimentar à população, privilegiando as monoculturas e simplificando assim a vida das pessoas (Sobreira, Garavello & Nardoto, 2018).

Efetivamente a industrialização trouxe maior disponibilidade alimentar, a comida tornou-se mais disponível, variada e acessível (Waterlander, 2018). Até 1960, a maior parte dos alimentos eram preparados, confeccionados e ingeridos imediatamente em família. A partir desta altura, começam a surgir inovações tecnológicas – tais como embalagem de vácuo, congelados, sabores artificiais e micro-ondas –, o que permitiu aos fabricantes de alimentos pré-confeccionar os seus alimentos. O método de conservação de alimentos também trouxe o desenvolvimento de produtos refinados destinados ao mercado (Montanari, 2006).

Segundo Foster (1995) em 1965, uma dona de casa levava em média duas horas por cada confeção de uma refeição, o que levava a maioria das mulheres a gastar uma boa parte do seu tempo planeando a confeção de refeições e lanches. Em 1995, a tarefa relacionada com a confeção dos alimentos passou para metade do tempo despendido. Como tal, a confeção artesanal passou para uma confeção em massa reduzindo substancialmente o tempo gasto na confeção dos alimentos. Verificou-se também um crescimento na procura de alimentos fora de casa, resultando num aumento energético de 65 calorias por dia. Singelamente a chegada do *fast-food*, que surgiu no final da década de 1950 na América, fez sucesso com a tríade “ketchup-hamburguer-batatas fritas” (Flandrini & Montanari, 2008:421) e foi responsável pelo acúmulo de mais de 200 calorias por dia (Cutler, Glaeser & Shapiro, 2003).

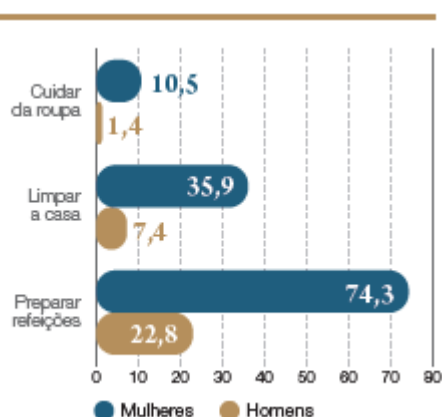
É um facto de que as práticas de alimentação têm sido uma preocupação constante (Poulain, 2004). Sabemos que as práticas alimentares passam por diversas fases a começar na seleção do alimento, a que se segue a compra do alimento, e a preparação e confeção do alimento. Em regra geral, as mulheres assumem mais essa tarefa. É importante lembrar que as mulheres ocidentais no início do século passado passavam boa parte do seu tempo em casa

cozinhando e cuidando dos filhos, sendo-lhes vedado o acesso aos estudos, e não trabalhavam, e as que tinham de trabalhar eram vistas como pertencendo a classes sociais inferiores.

Histórica e culturalmente a responsabilidade de alimentar a família foi um papel desempenhado pelos homens, contudo, a entrada das mulheres no mercado de trabalho veio modificar em parte este padrão. O atual mercado laboral mostra-nos que há cada vez mais mulheres a trabalhar fora de casa. Afigura-se, então, uma nova configuração do papel da mulher, pois na “maioria dos países europeus se registou um aumento da taxa de emprego das mulheres com crianças dependentes” (Torres, 2018:33). Embora haja cada vez mais mulheres a trabalhar fora de casa, a maioria das tarefas domésticas continua a ser da responsabilidade das mulheres. A diminuição da participação em tarefas domésticas das mulheres mais instruídas vs. menos instruídas não resulta num aumento da participação do seu companheiro, mas sim na sua delegação numa empregada doméstica contratada ou familiares, sendo apenas delegada uma pequena parcela das atividades domésticas aos homens, especialmente na preparação das refeições, tomar conta das crianças, lavar a louça, por a mesa ou ir às compras (Torres et al., 2000), perpetuando a responsabilidade das mulheres em assegurar a quase totalidade das tarefas domésticas. Dentro das tarefas caseiras, estas têm o encargo de cuidar da família e de fazer compras. É deste modo que a grande “maioria das mulheres ainda gasta muito do seu tempo a planear, a comprar e confeccionar refeições, lanches, lavar a loiça” (Foster, 1995:141).

Atualmente, existem evidências de que há partilha de tarefas domésticas entre a mulher e seu cônjuge, porém continua-se a verificar que as tarefas rotineiras de preparar refeições, limpar a casa e cuidar da roupa são tarefas assumidas em maior proporção pelas mulheres.

Figura 1.15 — Tarefas domésticas realizadas diariamente durante uma ou mais horas, por género.



Fonte: Inquérito Nacional aos usos do tempo, 2015.

Tomemos o exemplo do Inquérito Nacional aos Usos do Tempo (2015), em que o cuidar da roupa ocupa 10,5% das mulheres e apenas 1,4% dos homens dizem fazê-lo todos os dias durante uma hora ou mais. No que concerne à limpeza da casa (arrumar, limpar o pó, fazer as camas, levar o lixo, etc.), são 35,9% as mulheres que o fazem e apenas 7,4% dos homens dizem ter realizado tarefas associadas à limpeza da casa todos os dias durante uma hora ou mais. Já na preparação de refeições (onde se inclui pôr a mesa, lavar a louça, etc.) tarefa que ocupa pelo menos uma hora, diariamente, maioritariamente são as mulheres (74,3%) a fazê-lo, em comparação com os homens (22,8%) (cf. Figura 1.15).

As práticas alimentares de outrora que revelavam a identidade cultural de um grupo, e que conduziam a memórias familiares com práticas relacionadas com a seleção e preparação dos alimentos, bem como ao seu consumo, manifestando as preferências por um determinado tipo de comida, preparação, confeção e o local onde se realiza a refeição, perderam-se (Sobreira, Garavello & Nardoto, 2018). Presentemente, as escolhas dos indivíduos não se baseiam apenas na sobrevivência, mas antes em valores simbólicos para justificar o ato de comer. A este propósito Simmel (2012) formula a existência de regras sobre comer e beber. Para além de nutrir, também o modo de comer exige satisfação estética e gestual durante a refeição. O ambiente transforma-se num cenário, com o seu código de regras que regulam o comportamento do comensal. Durante o ritual da refeição aproveita-se para fortalecer os laços com outras pessoas. Nesta mesma linha, Fischler (1979) chama a atenção para a maneira como a alimentação está a ser realizada na contemporaneidade, que coloca em risco a

comensalidade enquanto poder de sociabilidade da agregação, considerando que a modernidade tem contribuído para a implementação da individualização, em especial no que toca ao ato de comer. Ou seja, segundo o autor, presentemente cada pessoa, individualmente, prepara de modo rápido a sua refeição, em horários diferenciados dos restantes elementos do agregado familiar, pois o ritmo laboral moderno cria horários distintos nos diversos membros das famílias (Fischler, 1979).

É verdade que a crescente industrialização e a globalização trouxeram uma maior disponibilidade de alimentos, alterando substancialmente os hábitos alimentares e a maneira como os alimentos são acedidos, definido num novo padrão nutricional que passa a ser caracterizado pelo consumo excessivo de grandes quantidades de proteína, sal e açúcar refinados, além de baixas quantidades de fibras, vitaminas, minerais, entre outros, tornando o alimento num mero produto industrial. Além disso, muitos destes produtos industrializados são prejudiciais à saúde porque são ricos em gorduras saturadas e sal, mas mesmo assim, são comercializados sob o baluarte da modernidade, desenvolvidos por processos acelerados de maturação afetando a qualidade dos alimentos produzidos (Sobreira, Garavello & Nardoto, 2018).

Beneficiando-se deste facto, a indústria alimentar bombardeia os consumidores com determinada publicidade a fim de aumentar as suas vendas. Inventa e reinventa a cultura alimentar com confeções prontas e pré-prontas ou substitui as refeições por lanches, snacks ou opções de *fast-food*. Isto porque as famílias passaram a consumir cada vez mais alimentos fora de casa (Cutler, Glaeser & Shapiro, 2003), com alimentos mais calóricos muito superiores às necessidades energéticas estimadas (NEE) diariamente. Estas mudanças também se refletem nos resultados nutricionais, com modificação na estatura média, na composição corporal e morbidade (Popkin & Gordon-Larsen, 2004). Com o surgimento dos alimentos congelados e *fast-food* nas metrópoles, a indústria alimentícia passou a adotar novas configurações alimentares, dando novo significado aos alimentos na era moderna. O natural deu origem ao alimento congelado, ao *fast-food*, com alimentos cultivados em uma agricultura mais intensiva e agressiva, com rótulos que contêm mais informação para uma maior fiscalização (Sobreira, Garavello & Nardoto, 2018).

Contudo, a modernidade também trouxe um perfil de consumidores preocupados com a sua imagem corporal, procurando conjugar a tríade “estética-saúde-alimento”, chegando por vezes ao extremismo de desenvolver doenças como a anorexia e bulimia. Baseado nesta nova

silhueta a indústria alimentar investe cada vez mais em publicidade com o objetivo de captar a atenção de novos consumidores, multiplicam-se as mensagens para adotar melhores hábitos alimentares, optando por uma alimentação mais saudável e rápida para a família (Foster, 1995) e os anúncios publicitários procuram garantir com o marketing que se “comem certos tipos de alimentos” (Foster, 1995:142) que trazem bem-estar. Às mulheres é-lhes direcionado como elemento-chave a implementação de uma dieta saudável, orientada para a promoção de novos hábitos alimentares, mais equilibrados, com menos gorduras saturadas, incentivando o aumento do consumo de alimentos ricos em fibras, bem como um maior consumo de frutas e vegetais com o propósito de evitar eventuais problemas associados a uma má nutrição, prevenindo e prolongando a vida de modo mais saudável. Procura-se que todos os produtos, bens e serviços consumidos sejam moldados pelos gostos que se constroem assentes num processo de socialização que torna o indivíduo vulnerável e em constante procura pela aparência perfeita e preocupado com os julgamentos que os outros possam fazer dele.

Como vimos, o ato culinário é desenvolvido nas diferentes maneiras de preparações dos alimentos, dado que cada cultura é responsável pela preparação dos seus nutrientes de modos diferentes consoante os costumes do seu povo (Lévi-Strauss, 1979). Igualmente os alimentos consumidos em rituais e festas variam consoante a classe social. Não podemos esquecer que a comida transmite valores simbólicos, cada cultura possui uma ideologia específica, carregada de significado que pode ser de natureza económica, social, política, religiosa ou até de memórias, tradição ou identidade de um grupo (Montanari, 2006; Douglas, 1976). Também o gosto é adquirido com a socialização e variam de acordo com o nível económico. Por vezes a sensação do gosto surge como uma aversão, repúdio e intolerância às preferências dos outros (Bourdieu, 2007). Como referiu Fischler (1990), não é apenas o gosto, o paladar e o olfato que contribuem para a avaliação dos alimentos. Vários são os mecanismos fisiológicos associados ao controle do consumo alimentar. Na verdade, aprendemos desde cedo a diferenciar os sabores doce, amargo, salgado, azedo.

Por isso, a indústria de alimentos procurou conjugar os diversos sabores de modo a aumentar as sensações prazerosas. Por exemplo, para um obeso, pode ser difícil impor um limite para parar de comer um alimento rico em sal ou deixar uma barra de chocolate a meio. Isto acontece porque o sal e o açúcar permanecem na língua estimulando o centro recetor gustativo que nos faz desejar consumir cada vez mais. O comer exageradamente um alimento é um exemplo de como o sabor afeta o corpo. Além disso, a elevada palatabilidade conduz a

estímulos capazes de influenciar as escolhas alimentares e pode contribuir para uma ingestão energética superior às suas necessidades diárias (Ribeiro & Santos, 2013).

Também é de notar que à medida que descemos na hierarquia social percebe-se que existe uma diferenciação dos alimentos consumidos pelas diferentes classes sociais. Tomemos o exemplo de um indivíduo que exerce um cargo de topo, como não tem restrições económicas, permite-se a escolher alimentos diferenciados, requintados e delicados em favor da sua magreza e limita a ingestão de gorduras (Bourdieu, 2007). Em contraste com as classes economicamente desfavorecidas, com menos escolaridade, menos esclarecidas, vão optar por alimentos com um teor calóricos mais elevado, porque os seus conhecimentos leigos premeiam alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcares refinados, do género de alimentos existentes em *fast food* (Shilling, 1993).

O *status* socioeconómico mais elevado inspira, assim, o indivíduo a consumir alimentos ditos saudáveis, tais como, frutas, legumes e verduras, em comparação com os indivíduos com orçamento familiares mais curtos que tendem a aumentar a ingestão de alimentos chamados de risco para a obesidade pelo seu baixo preço e rapidez de serviço. Daí os indivíduos com maior escolaridade sofrerem maior pressão social por parte dos seus pares e familiares para manterem uma imagem social (e corporal) sólida de acordo com os parâmetros consolidados na sociedade pós-moderna. O nível socio económico também limita no acesso à informação e na disponibilidade alimentar e pode interferir na prática de atividade física e dificuldade no acesso a bens e serviços de saúde. O exemplo disso é o estudo realizado por Birt et al. (2017), em que os autores divulgam que na região europeia entre 2009-2010, o peso de DTNs na Europa está associado à baixa condição socioeconómica, reflexo de uma herança multifatorial, ou seja, o emprego dos pais, a baixa escolaridade e o baixo rendimento familiar tendem a causar uma maior disposição para a obesidade (Baum & Ruhm, 2009; WHO, 2017).

O desenvolvimento da obesidade é o resultado de uma desproporção existente entre o consumo e o gasto de energia durante um período, neste sentido, a Organização Mundial de Saúde concluiu que a obesidade é o resultado de diversos fatores onde se incluem os fatores ambientais e comportamentais que têm sido responsáveis por um aumento significativo da obesidade durante as últimas décadas (Racette, Deusinger & Deusinger, 2003).

Não admira, portanto, que as taxas de obesidade e de obesidade mórbida tenham aumentado significativamente. No estudo de Kranjac & Wagmiller (2016) um adulto em 2012

consumiu mais calorias do que um adulto em 1971. Outro fator importante é que cerca de 40% dos obesos sofre de transtorno de comer compulsivamente. É um facto que cada vez comemos mais, sendo que as evidências apontam que a “gordura total não deve exceder 30% da ingestão total de energia para evitar ganho de peso insalubre, deste modo, deve-se consumir mais gorduras insaturadas em vez de gordura saturadas e suprimir o consumo de gorduras *trans*” (WHO, 2015), que são cada vez mais utilizadas pela indústria alimentar. Note-se que gorduras *trans* são gorduras modificadas por um processo de hidrogenação industrial, ou seja, a gordura líquida é transformada em sólida de modo a aumentar o tempo de conservação e estabilizar aromas. O consumo de gordura *trans* não oferece nenhum tipo de benefício à saúde e deve ser evitado.

Posto isto, importa referir que de acordo com o relatório da WHO (2015) a televisão também exerce influência através do marketing promocional de alimentos e bebidas. Além da televisão existe também a internet e as redes sociais, que são as estruturas disponíveis aos comerciantes para divulgar os seus produtos, sem custos e criam vínculo e fidelidade a uma marca. A maioria das campanhas publicitárias é direcionada para os mais jovens e para as mulheres. Aos mais jovens anunciam produtos desadequados nutricionalmente que influenciam ao consumo de produtos calóricos. No caso das mulheres as campanhas são mais vastas, pois variam consoante as diferentes representações, entre mãe, esposa e dona de casa.

Deste modo, o Regional Office for Europe (WHO, 1999) aconselha a implementação de políticas abrangentes para promover dietas saudáveis e prevenir a obesidade na região europeia desde 2000. O programa para a saúde pública (2001-2006) repisava a necessidade de os Estados Membros introduzirem estratégias ou planos de ação sobre a alimentação e nutrição, bem como promover e facilitar parcerias relevantes com todos os setores organizacionais.

Portanto, um conjunto de políticas é agora reconhecido como fundamental para criar ambientes alimentares saudáveis (Swinburn et al., 2013). Recentemente a OMS colocou em curso o Plano de Ação Global 2013–2020. Trata-se de um conjunto de diretrizes adotadas na 66^a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2013, que se destina a reduzir a mortalidade prematura resultante das patologias relacionadas com a obesidade em 25% até 2025. Este fardo continua a colocar pressão aos sistemas de saúde, no desenvolvimento humano e económico e no bem-estar da população (Swinburn et al., 2013). Torna-se urgente a intervenção política, visando cada etapa do curso da vida. O sistema de saúde desempenha um

papel importante na promoção de dietas saudáveis, no controle de peso, e no escopo da prática e treino dos profissionais de saúde (WHO, 2018). Pois o contexto epidemiológico alerta-nos que as estratégias para a prevenção e controle da obesidade devem estar livres de conflitos de interesse e devem assentar nos princípios da saúde pública. Torna-se por isso necessário adotar hábitos alimentares saudáveis desde o início da vida e que se devem prolongar ao longo da vida. Daí haver interesse em uma intervenção precoce na infância visto ser uma das estratégias fundamentais para prevenir a obesidade na população adulta (Gable & Lutz, 2000).

No entanto, as escolhas alimentares nos países desenvolvidos tornaram-se cada vez mais complexas e difíceis de monitorizar. É verdade que existe uma riqueza de alternativas no mercado que dificulta as escolhas esclarecidas dos consumidores em matéria alimentar (Schwartz et al., 2003). A complexidade destas ofertas alimentares deriva da complexidade das relações entre a oferta e a procura: do lado da oferta, as empresas são constantemente desafiadas a oferecer a diferenciação e, do lado da procura, os consumidores tornam-se mais heterogéneos nas suas escolhas, o que torna difícil gerir e categorizar os padrões de consumo dos consumidores (Krebs-Smith & Kantor, 2001; Grunert, 2002; WHO, 2017).

Por outro lado, os consumidores estão cada vez mais informados e exigentes, e conscientes de que devem conjugar a saúde com o prazer quando toca à ingestão dos alimentos. É um facto que a industrialização trouxe maior disponibilidade alimentar, a comida tornou-se mais disponível, variada e acessível (Waterlander, 2018).

1.4. A constituição de um problema médico

Os cuidados com a saúde não são uma questão nova e nem tão pouco surgiram espontaneamente. Cada civilização adotou a sua própria arte em lidar com as doenças. Na sociedade primitiva a doença era explicada pela perspectiva divina e a cura consistia em magias e rituais. Na antiguidade clássica, Hipócrates, uma das figuras mais importantes da história da medicina, recusou-se a aceitar explicações sobrenaturais para as doenças que atingiam a saúde humana (Clarke, 1984).

Mais tarde, o Cristianismo caracteriza a doença como uma punição pelos pecados e a cura é entregue ao sobrenatural. As práticas medicinais eram exercidas por sacerdotes que tinham o poder de punir ou libertar, caso houvesse redenção e mediante uma doação para libertar a alma. Esta conceção perdurou durante a idade média. Aqui, o culto religioso está

relacionado intrinsecamente ao conceito de Deus e que Weber dissecou como sendo estas crenças religiosas que moldam as identidades e o comportamento dos indivíduos (Shilling, 2016).

Com o renascimento assoma-se um interesse renovado pelos conhecimentos da medicina praticada na Grécia antiga. Porém, só durante o século XVIII é que nasceu a medicina moderna e científica preocupada com a “medicalização da população” (Foucault, 2005:91), que consistia em uma maior higienização pública e organização dos serviços médicos.

A medicina ascendeu como um instrumento para atingir a igualdade entre indivíduos na resolução de problemas sociais, relativos ao saneamento, higiene e saúde, causados pela revolução industrial. Inicialmente e do ponto de vista da história a medicina consistia numa medicina de cabeceira, que decorria da visita do médico a casa do doente quando este o chamava. Posteriormente foi substituída por uma autoridade social, praticada por um poder médico capaz de controlar uma cidade, um bairro ou uma instituição (Foucault, 1979).

A descoberta dos anestésicos entre 1844-1847 trouxe uma evolução à medicina, proporcionando novas esperanças de vida aos doentes. Naturalmente, no início do século XIX, a autoridade médica procurou exercer o seu poder para além de restaurar a normalidade perdida no corpo, perturbada pela infeção ou ferimentos causados por patologias. O médico aos poucos vai penetrando em várias instâncias de controlo social, o que lhe confere poder sobre a população. A medicina como técnica adquire cada vez mais importância, não só pela doença, mas também no comportamento, ganha autonomia, o seu domínio é requalificado, para além de exercer tratamentos, passa também a ser chamada a exercer autoridade no parto, na infertilidade, no comportamento criminoso, no alcoolismo, na ansiedade, no stresse, na demência, na velhice, na morte e no luto (Rose, 2007).

Nesta mesma linha, a partir de 1970 a obesidade ganhou destaque e tornou-se assunto para os profissionais de saúde. Sendo interpretada como uma doença epidémica passou a ser vista como um problema de saúde. De acordo com a OMS, a obesidade transformou-se na pandemia mundial do século XXI, dado que a sua prevalência duplicou desde 1980. Ao longo do tempo esta doença crónica tem envolvido não só os médicos, mas também diferentes atores sociais, tais como as indústrias alimentares; farmacêuticas; cinematográficas e da moda, bem como os representantes do governo nacionais e internacionais. Para controlar esta desordem os Ministérios da Saúde definiram diretrizes para organizar ações preventivas no tratamento da

obesidade enquadradas em diretivas europeias e operadas pela classe médica, ficando o indivíduo à mercê deste saber científico.

A obesidade foi, pois, objeto de um processo de medicalização. O conceito de medicalização tem tido diversas interpretações que têm sido adaptadas ao longo dos tempos e consoante os contextos e os diferentes autores e nem sempre são compatíveis entre si. De acordo com a literatura, considera-se que o conceito de medicalização está associado à “imposição do imperialismo médico” (Augusto, 2016:83) e das instituições médicas ao lidar com os problemas desviantes cada vez mais rotulados como doenças (Camargo Jr., 2013; Ballard & Elston, 2005). Por exemplo, Broom & Woodward (1996), referem que “é difícil estabelecer exatamente quando é que o termo «medicalização» entrou no vocabulário das ciências sociais” (Broom & Woodward, 1996: 358). No entanto, os estudos de Conrad, Mackie, & Mehrotra (2010) esclarecem que a medicalização surge a partir do momento em que se passa a definir um problema em termos médicos, utilizando terminologia médica para descrevê-lo e estabelecendo uma intervenção médica para tratá-lo (Conrad, 1992: 211), dito de outro modo, o médico permanece como uma figura de autoridade que fornece um diagnóstico, baseado na sua perícia médica prescreve um tratamento aos seus pacientes que geralmente é resolvido com produtos farmacêuticos (Metzl, & Herzig, 2007). Neste contexto, a medicalização vem reforçar a ideia de que para cada mal existe um remédio específico.

O termo vai ganhando novos contornos e configurações que vão adquirindo cada vez mais relevância e dimensão e cuja jurisdição médica aproveitou para ampliar a sua influência, conforme temos assistido nos últimos anos e que presentemente abrange muitos outros problemas que até então não tinham sido definidos como problemas médicos (Williams & Calnan, 1996). Tomemos como exemplo alguns desses desvios medicalizados: a loucura, o alcoolismo, o consumo de opiáceos, o parto, a hiperatividade e problemas alimentares que vão desde a falta de vontade em se alimentar (anorexia) até ao comer em excesso (compulsão alimentar) ultrapassando o limite da saciedade e provocando obesidade.

A intervenção da medicina na gestão da sociedade não é nova, ainda que o seu pico de notoriedade só se tenha feito sentir a partir de meados do século XX com o surgimento de dois ramos da medicina com importância capital: falamos da psiquiatria e da saúde pública ou também conhecida por medicina preventiva (Zola, 1972). Aqui, a medicalização passou a ser entendida como uma empresa social e cultural, o médico visto como o científico e a doença

passou a ser entendida como socialmente construída através da ação humana (Bury, 1986; Lupton, 2000).

Quando o indivíduo apresenta sintomas anormais consulta um médico para um parecer pericial. A cura para estas alterações é delegada nos clínicos que têm os “conhecimentos” (Carapinheiro, 2014:6) e a prática. No entanto, na atual sociedade ocidental em que temos uma variada oferta de bens e serviços para a prevenção da doença e para o cuidado estético direcionada a todos os indivíduos, também surge a atribuição de novos papéis alargando a esfera para outros atores como farmacêuticos, fisioterapeutas ou *personal trainer*. Ou seja, a cura para os sintomas, mesmo imperando o modelo biomédico, abre fronteiras para outro tipo de consciência em saúde, designadamente com o aparecimento da internet que permite um indivíduo muito mais qualificado e ativo. Assim, muitas vezes quando o doente procura um médico já leva um conjunto de ideias sobre a eventual doença. Esta nova consciência pode questionar o modelo biomédico por se mostrar insuficiente mediante as atuais necessidades de saúde. A informação prolifera por todo o lado e dificilmente se consegue escapar “o mercado é cada vez mais medicalizado, na medida em que os meios de comunicação social estão repletos de conselhos médicos” (Pegado, 2017:68), que se multiplicam com orientações e sugestões de como levar uma vida saudável.

Estas mudanças também trazem novos padrões de gestão da doença, pois novos desafios se colocam causados por doenças degenerativas relacionadas com a longevidade e doenças crónicas cada vez mais frequentes. A obesidade é um problema de saúde pública e uma doença crónica. “O doente crónico ocupa um lugar ativo na divisão do trabalho médico. Certas doenças exigem aos doentes crónicos que exerçam de forma direta funções de diagnóstico e de tratamento que geralmente estão reservadas aos médicos” (Pegado, 2017:72). Como qualquer doença crónica exige uma modificação de foco que passa do tratar para cuidar, o que implica uma aproximação entre medicina e cuidados de saúde com redefinição de papéis entre médicos e pacientes. Com efeito, o contributo de Tavares (2013) refere a existência de mudanças na área da saúde confirmando-se a existência de uma reconfiguração do exercício da profissão médica que “permitiu a emergência e desenvolvimento de novos grupos socioprofissionais ligados aos cuidados de saúde” (2013:e12). De facto, a doença crónica exige a pericialidade médica, é necessário “monitorizar sintomas, autovigilância, interpretar sinais corporais” (Pegado, 2017:72) para poder atuar com a terapêutica adequada e que implica o recurso ao médico, colocando em questão o modelo de relação terapêutica que Parsons propôs. Para este autor, o doente depende do saber médico, das negociações

institucionais baseadas em crenças e valores, sendo que o médico por vezes adota práticas autoritárias. Porque, de acordo com o modelo parsoniano a saúde é vista como uma necessidade, a doença um estado de perturbação e o restabelecimento requer uma interação entre os papéis sociais de médico e de doente para atingir o equilíbrio (Parsons, 1951).

A doença crónica questiona, assim, a assimetria da relação médico-doente, em que o médico representa a autoridade e espera que os seus doentes aceitem as suas ordens e cumpram criteriosamente as suas orientações sem contestar. Do lado do paciente, estes veem a figura do médico como autoritário e diretivo dado que este se comporta com supremacia em relação aos pacientes ao transmitir claramente a impressão de que controlam quaisquer incertezas clínicas. Como sugere Lupton (1997), quando os pacientes procuram a atenção dos médicos, regra geral, é devido ao seu desconhecimento médico, pois surgem, assim, como que em posição de fragilidade perante o profissional. Neste sentido, o modelo parsoniano foi contestado por outros autores, tais como, Szasz & Hollender que compartilham que o tratamento “ocorre independentemente da contribuição do paciente e independentemente do resultado” (Szasz & Hollender, 1956:586), ou seja, neste modelo, o doente beneficia do aconselhamento médico especializado, com amizade e parceria, análoga à relação de pais e filhos. Caracteriza-se assim, por uma relação de natureza paternalista, em que o paciente assume uma posição passiva e indefesa perante a doença e o médico. Contudo, Kaba & Sooriakumaran (2007) defendem um outro modelo cujo foco está numa intervenção mais democrática e igualitária na relação médico-paciente, ou seja, a relação médico e paciente é um processo que se vai consolidando ao longo do tempo, em que a confiança entre o paciente e o médico se vai alicerçando com o passar do tempo.

Deste modo, o surgimento da vigilância médica foi claramente uma revolução importante na saúde, permitiu aos clínicos passar a assumir a responsabilidade na fiscalização do bem-estar dos pacientes. É um olhar especialista sobre a globalidade da população que perspetiva identificar e antecipar uma doença. Dito por outras palavras, é através de um sintoma, um sinal, que uma doença pode revelar-se numa sucessão infinita de riscos. Tomemos como exemplo uma simples dor de cabeça, que pode ser um fator de risco para uma hipertensão, ou pode ser um trampolim para o desenvolvimento de outra patologia de maior gravidade (p.e. acidente vascular encefálico). Quer isto dizer que a medicina de vigilância se volta cada vez mais para sinais extracorporais, que podem ser consequência do "estilo de vida" adotado ou um indicador para uma futura doença (Armstrong, 1995).

No entanto, assim que entramos na era pós-moderna, apuramos que a vigilância médica passa a ser entendida como um processo de controlo social por parte das sociedades modernas (Ballard & Elston, 2005). Se nos reportarmos ao testemunho de Parsons (1951), percebe-se, assim, que descreve a doença como um desvio e a medicina como o modelo para controlar o doente, ou seja, existe aqui uma tentativa de monopolização no chamado controlo social, já que Parsons acreditava que o doente não era culpado por se desviar das obrigações normais da sua profissão, nem deveria ser punido por isso, mas também não se deveria deixar seduzir pela doença e ao mais pequeno sintoma deveria procurar ajuda e colaborar com os médicos para que pudesse restabelecer-se e rapidamente regressar às suas obrigações.

Com efeito, Foucault (1977) alerta que o poder médico está a ganhar cada mais importância ao decidir o que é saudável ou patológico, consentindo poder à hegemonia médica tornando-a “numa grande instituição de controlo social” (Zola, 1972: 487). Desde então, verifica-se um aumento crescente de consultas, de mamografias, de ultrassonografias, de biopsias, de análises clínicas (Elmore et al., 1998) e que na visão de Verweij (1999) representam um avanço significativo para a medicalização.

Este excesso de consultas e exames levou alguns sociólogos do ramo da medicina a censurarem a medicalização, ou seja, para estes sociólogos o “envolvimento da medicina na gestão da sociedade” (Zola, 1972: 488) é uma tentativa para impor um imperialismo médico (Conrad & Schneider, 1980), camuflado pelo controlo social médico, porém, estes sociólogos foram acusados de ignorar os benefícios clínicos reais e simbólicos que a medicalização traz com a prevenção (Broom & Woodward, 1996).

Neste sentido, constata-se que a medicalização remete para a “dominância das conceções médicas na interpretação da saúde e da doença” (Lopes, 2004:102). Vivemos numa sociedade que privilegia o discurso médico e o bem-estar, cujas preocupações com o cuidado do corpo desdobram-se. Com assento bem definido numa medicalização que ganha cada vez mais expressão por intermédio de diversificadas ofertas de serviços de bem-estar e de saúde e que também dá os seus passos para a “medicalização da beleza” (Maturro, 2012: 125), com pequenas hospitalizações, tais como intervenções cirúrgicas de bariátricas, reconstrução dos seios, lipoaspiração, rinoplastia e implantes capilares ou até mesmo para combater as próprias manifestações naturais da condição humana, como o envelhecimento (Lopes, 2010). A medicalização é assim mascarada de medicina preventiva, definida como

agressivamente assertiva que persegue os indivíduos com e sem sintomas, recomendando-lhes a prevenção na saúde para permanecerem saudáveis (Sackett, 2002).

É um facto que há muito o poder médico é autenticado para decidir os critérios, as estratégias e as situações em que os indivíduos devem permanecer sobre a jurisdição da profissão médica. No entanto, os interesses de mercado, por parte da indústria farmacêutica ultrapassaram este domínio. A crescente informação sobre a saúde na internet fez despoletar o advento do marketing do medicamento e da tecnociência. Existem evidências que a medicalização tem tendência para progredir dado o aumento considerável da parcela em gastos na saúde causada por distúrbios. Além disso, há um significativo aumento por parte da indústria farmacêutica para promover a globalização da medicalização para corrigir problemas humanos tais como a alteração do género, sexualidade ou até mesmo a reconfiguração ou aperfeiçoamento do corpo (Waggoner, 2016). Fazendo acreditar que pessoas saudáveis estão doentes, a indústria farmacêutica através da publicidade aproveita para implementar estratégias promovendo novos distúrbios para expandir o seu negócio. Promovendo assim a farmacologização, ou seja, segundo os estudos de Williams, Martin & Gabe (2011) a farmacologização transforma a condição humanas em oportunidades para a intervenção farmacológica. A farmacologização remete para a dominância dos medicamentos nas opções terapêuticas, tal como a medicalização remete para a dominância das conceções médicas na interpretação da saúde e da doença e constituem dois processos socialmente indissociáveis, mas que importa manter analiticamente separados (Lopes, 2004). A farmacologização distingue-se da medicalização por não estar necessariamente ligada a nenhum tipo de diagnóstico médico, como, por exemplo, na toma de medicamentos sem indicação terapêutica ou a utilização de suplementos para melhorar o desempenho pessoal. Por esta razão, o que seria considerado um comportamento normal pode-se transformar em patológico intensificando a expansão da farmacologização. Quer isto dizer que, “a farmacologização surge assim como uma extensão e um efeito da própria medicalização” (Lopes, 2010:22).

Outro aspeto importante a considerar é o desenvolvimento dos chamados medicamentos naturais (Lopes, 2010). Esses medicamentos apresentam-se como produtos de ordem natural ficando implícita a mensagem de que por serem naturais fazem menos mal do que os medicamentos convencionais. Para que possa melhor ser percebido pelo senso comum e disseminado no mercado (Furedi, 2006; Bell & Figert, 2012) ao indiciar a ideia de que o natural não faz mal.

Presentemente, a indústria farmacêutica passou a dominar grande parte da vida, rotulando os indivíduos de “saudável” e “doente” (Zola, 1972: 487). A saúde passou a ser vista como o dever de ter saúde, mediante o consumo regular de determinados medicamentos como forma de prevenir e controlar doenças, em vez de tomar um medicamento para restabelecer um sofrimento, como acontecia no passado, ou seja, a saúde e a medicina passaram de curativas para preventivas. Sob esta perspectiva, a indústria farmacêutica investe em publicidade e marketing todos os anos, na procura de novas terapias com o objetivo de encontrar novos mercados e lucros (Angell, 1988; Rose, 2007) e com a chegada da biomedicalização surge a oportunidade para efetuar estudos biomédicos, subordinados pela genética e biologia de modo a prevenir doenças e gerenciar medidas preventivas no combate de futuras doenças (Ekman, 2016). O conceito de biomedicalização foi desenvolvido por Adele Clarke e colaboradores e refere-se a “um dos processos de medicalização mais complexos e multidirecionais que são estendidos e recombinaos pelas formas e práticas sociais emergentes de uma biomedicina tecnocientífica altamente avançada” (Clarke et al., 2003: 162), ou seja, no entender dos autores a biomedicalização utiliza um conjunto de novas tecnologias que permitem redefinir a medicina graças aos avanços da biologia molecular e genética.

Tudo isto contribui para que a indústria farmacêutica promova frequentemente reuniões médicas onde são debatidas e atualizadas novas definições de doenças, para reivindicar domínio sobre pessoas que ainda não estão doentes (Moynihan & Cassels, 2005). Atualmente, muitos são os modelos da dimensão pericial médica na gestão da vida, desde as novas tecnologias reprodutivas, passando pela terapia de reposição hormonal e tratamento para disfunção sexual relacionada com a idade, até ensaios psicofarmacêuticos para modificar o humor, a emoção e o desejo (Rose, 2007).

Por sua vez, desdobram-se as campanhas educacionais de alerta à população sobre sintomas precoce, atribuindo-lhe um potencial significado patológico, no entanto, em doenças graves como o cancro ou doenças cardíacas também pode ter um efeito negativo, dado que promove a somatização, ou seja, através de uma ou várias queixas físicas algumas pessoas que tenham sintomas benignos podem recorrer ao atendimento de um profissional para um escrutínio médico (Barsky & Borus, 1995).

As considerações acabadas de tecer dizem-nos que a farmacologização e a medicalização são processos distintos dado que surgiram em dois diferentes momentos

históricos. A medicalização tornou-se alvo de interesse e passou a ser objeto de estudo por parte da sociologia, a partir de 1960. O interesse sociológico em produtos farmacêuticos intensificou-se quando os sociólogos perceberam que a medicalização e a farmacologização estão interligadas denotando a transformação de condições debilitantes em oportunidades de intervenção farmacêutica, com “a disseminação do uso do medicamento tornou-se diretamente correlata da expansão da medicalização” (Lopes & Rodrigues, 2015:2).

Este processo estende-se para além do domínio médico, visto que a farmacologização pode-se desenvolver sem a medicalização, ou seja, alguns medicamentos são cada vez mais usados em tratamentos que não envolvem a transformação de um problema não médico em um problema médico. Falamos dos suplementos alimentares, estimulando um crescimento da farmacologização, no entanto sem medicalização porque é realizada sem a vigilância do médico. Veja-se o caso da patologização da obesidade, apesar de classificada como obesidade – classificada com o código CID 11 - inicialmente tratada por controle de dieta e atividade física, no entanto qualquer indivíduo em qualquer altura pode comprar produtos farmacêuticos para acelerar a perda de peso, quer seja em farmácias, quer seja através de compras *on-line* (Abraham, 2010), neste caso, aumentando o risco de autoconsumo.

Atualmente, a indústria farmacêutica investe mais em publicidade do que em investigação e comercializa doenças ao transformar enfermidades comuns em problemas médicos, tratar problemas pessoais como problemas médicos e classificar sintomatologias leves como sendo graves (Williams, Martin & Gabe, 2011). Através de campanhas publicitárias cada vez mais organizadas, especializadas e tecnológicas (Conrad & Schneider, 1980) apelam ao consumo, colocando ênfase no refrão "Pergunte ao seu médico" (Conrad, 2007:151). Torna-se imprescindível perceber até que ponto o consumo de multivitamínicos, de antidepressivos, de inibidores do apetite, de estimulantes da fome, de restabelecedores da alegria, de inibidores do cansaço, de promotores do sono e regenerador da memória é efetivamente necessário ou se representa apenas um bem de consumo para consumir e fazer aumentar os lucros da indústria farmacêutica tendo como pano de fundo a medicalização do corpo como modelo de incentivo ao consumo. A farmacologização surge assim como uma janela de oportunidade da intervenção farmacêutica, criando uma relação direta entre o consumidor e as farmácias.

A OMS considerou em 2002 a obesidade como um dos dez principais fatores de risco de mortalidade^{9,10}. Esta classificação é baseada no índice de massa corporal (IMC). Pois, desde 1970 que se tem vindo a verificar aumentos significativo de peso, colocando a obesidade como um problema de saúde pública a nível mundial. Em Portugal a Direção Geral de Saúde (DGS) considerou a obesidade como doença crónica, através da Circular Informativa nº.09/DGCG, de 25/03/04. De acordo com esta circular, a obesidade encontra-se incluída na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), aprovada em 1989¹¹. A primeira Classificação Internacional de Doenças (CID), inicialmente chamada de Classificação de Causas de Morte de *Bertillon*, foi aprovada em 1893 para uso internacional em saúde pública e, desde então, todas as vezes que surgem doenças novas têm sido estabelecido mecanismos para a sua atualização periódica. A entrada da OMS nas revisões da Lista Internacional de Causas de Morte acontece com a Conferência Internacional de Saúde realizada em 1946 onde foi atribuída à Comissão Interina da OMS a responsabilização do trabalho preparatório da sexta revisão, que contou ainda com o apoio dos serviços franceses competentes. Desde que o CID entrou em vigor em 1900 tem vindo a ser atualizado de dez em dez anos, sendo a décima revisão (CID-10) aprovada em 1989 e colocada ao serviço da comunidade no mesmo ano. No entanto, entre a nona e a décima revisão decorreram quinze anos e sofreu grandes alterações de códigos em relação à nona revisão. Em 2019, a OMS lançou uma nova atualização para todos os estados-membros, totalmente eletrónica e que entrou em vigor em 2022 (CID-11)¹².

Esta classificação tem como finalidade avaliar estatisticamente a distribuição da doença na população. A que a nosologia comumente chamada de agrupamento de doenças funcionais, encontra-se distribuída do nível mais amplo até o conceito mais específico. Sendo o Capítulo V dedicado às doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas gravitando entre doenças endócrinas; distúrbios nutricionais; distúrbios metabólicos; distúrbios endócrinos ou metabólicos pós-procedimento. Por sua vez, cada uma destas categorias subdivide-se num segundo nível, com a designação específica da patologia.

⁹ [https://web.archive.org/web/20150501075305if_/http://whqlibdoc.who.int:80/trs/WHO_TRS_894_\(part1\).pdf](https://web.archive.org/web/20150501075305if_/http://whqlibdoc.who.int:80/trs/WHO_TRS_894_(part1).pdf) [consultado em maio de 2020].

¹⁰ https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.

¹¹ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70943/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf?sequence=4&isAllowed=y [consultado em setembro de 2021].

¹² <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> [consultado em dezembro de 2022].

A medicalização da obesidade é descrita como um processo para definir, diagnosticar e tratar o excesso de peso através de reivindicações moralizantes, contribuindo para responsabilizar o indivíduo pela sua condição. No entanto, a medicalização ao considerar determinada condição como doença, também tem o outro lado da moeda, na medida em que os indivíduos são vítimas de doença. Ou seja, um indivíduo obeso vê-se agora rodeado por um conjunto de profissionais de saúde que diagnosticam e tratam o excesso de peso e obesidade e em último recurso propõe cirurgias para a resolução das comorbidades associadas à obesidade (Conrad, 2007). Por exemplo, na América durante décadas, a cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade não foi coberta pelas seguradoras, mas nos últimos anos tem sido cada vez mais frequente. Por isso, as cirurgias de bypass gástrico tornaram-se uma indústria em expansão na medicina (Salant & Santry, 2006).

Relativamente a este caso, a indústria de perda de peso percebeu a problemática e disponibiliza no mercado medicamentos e alimentos dietéticos para a perda de peso ao mesmo nível que qualquer outro procedimento médico. No entanto, o estudo de Salant & Santry (2006) mostra que as dietas, medicamentos, modificação de comportamento ou programas de exercícios físico têm uma taxa de insucesso de 95% na população na perda de peso, por um lado devido a fatores fisiológicos, fatores químicos e fatores genéticos (Conrad, Mackie, & Mehrotra, 2010); por outro lado devido à falta de exercício físico e ao consumo de dietas ricas em gordura que impulsionam ao desenvolvimento da angina de peito, colesterol ou diabetes tipo II, originando doenças cardiovasculares (Armstrong, 1995); por último a inexistência de comparticipação por parte do sistema de saúde para os tratamentos torna-se inevitavelmente um motivo de afastamento por parte dos pacientes em tratamento da obesidade.

A medicalização neste setor tem vindo a ganhar terreno no controlo social da sociedade, pois todo e qualquer desvio é visto como potencial causador de doença. A indústria farmacêutica, governo e clínicos atuam como agentes reguladores para asseverar uma boa saúde e longevidade, ao relacionar um regime normativo autoimposto que assenta em dormir o suficiente, fazer refeições regulares e equilibradas, acompanhado de exercício moderado, não fumar ou consumir pouco álcool (Fox, 1977). Ou seja, aqui impõe-se um novo fenómeno, o *healthism*, que representa uma maneira particular de ver o problema de saúde elencado em novos paradigmas de consciência caracterizado por uma constante autopreservação do corpo, de preferência, magro, mais bonito, para atingir o bem-estar, só possível com estratégias mais saudáveis, sendo imputado ao indivíduo a responsabilidade individual pela sua saúde. O

healthism, reforça a ilusão de que a responsabilização individual é suficiente, libertando o Estado de qualquer obrigação (Howson, 2013). O propósito é reduzir as taxas de obesidade até 2030, tal como acontece com as taxas de hipertensão, de diabetes e de doenças cardíacas, com a finalidade de aumentar a longevidade e diminuir os gastos com saúde (Ortiz, Kawachi, Boyce, 2017). A obesidade é um dos cinco principais riscos globais de mortalidade, representando 5% das mortes em todo o mundo (Tam & Yeung, 2018). O objetivo é atingir a modificação dos estilos de vida, com ou sem ajuda terapêutica (Crawford, 1980).

1.5. A dimensão estética e o estigma social da obesidade

Para além de um problema médico, a obesidade comporta um problema estético, na medida em que o corpo obeso não está conforme aos padrões corporais estéticos culturalmente valorizados. Na atual sociedade contemporânea a dimensão estética do corpo tem um grande peso na componente psicológica do indivíduo, pois a estética corporal interfere na constituição da imagem física que o indivíduo faz de si próprio a partir da dimensão fisiológica e social que vai construindo fundamentado na representação mental do seu próprio corpo. Neste sentido, o estigma da gordura pode originar depressão, ansiedade, baixa autoestima e autoimagens negativas nos indivíduos obesos. As narrativas por parte destes indivíduos, por vezes, descrevem abusos verbais: bullying na escola, discriminação no local de trabalho e discriminação nas instituições de saúde por parte dos profissionais de saúde (Barlösius & Philipps, 2015).

Pois a representação social subjacente que fica aqui implícita é de que a manutenção do corpo pode ser preservada através da vigilância, considerando que o estado interno do corpo se traduz na aparência externa, ou seja, se houver um policiamento o corpo atinge a imagem invejada. A aparência simboliza a disciplina interior e convida à avaliação moral nesses termos que transparece na imagem projetada. A participação em práticas de saúde e de fitness através de regimes de exercício ou controle dietético é orientada para o cultivo de um tipo particular de aparência da mesma maneira que é obtida uma orientação interior de saúde (Howson, 2013).

É um facto que o corpo sempre foi objeto de inquietação. As contribuições de Marx e Engels assim o demonstram com a preocupação sistemática pelas tarefas limitadas e repetitivas no local de trabalho que deformavam o corpo dos trabalhadores, fruto das condições laborais da classe trabalhadora advinda com a divisão laboral durante o capitalismo (Shilling, 1993).

Mais tarde, também Foucault se aliou aos teóricos argumentando que a vigilância e disciplina são os responsáveis “para extraírem dos corpos o máximo de tempo e de forças, os métodos de conjunto que são os horários, os treinos coletivos, os exercícios, a vigilância simultaneamente global e pormenorizada” (Foucault, 2013:276), permitindo desta forma exercer um controlo da população por meio da vigilância exaustiva.

Dada a preferência da nossa sociedade pela magreza, os indivíduos só se podem sentir bem consigo mesmo se não estiverem com excesso de peso. Para ser valorizado, é preciso ser esteticamente agradável. Perder peso, tonificar o corpo parece estar presente na mente de todos nós (Alegria Drury & Louis, 2002). Há uma opinião amplamente difundida de que a aparência física, em especial o peso, reflete a saúde de um indivíduo, sendo que o baixo peso é bom, enquanto o excesso de peso é mau. Essa opinião é partilhada pela comunicação social, que predomina nas sociedades ocidentais e particularmente entre as mulheres (Turner, 1982).

Estes ideais de aparência são retirados da vida contemporânea ocidentalizada que molda e manipula as características, sobretudo do corpo feminino, que deve ser firme; a pele lisa e livre de manchas; não deve haver sinais de rugas ou linhas. Os pelos devem ser removidos das pernas e axilas através do barbear ou depilação, bem como deve aplicar-se regularmente cosméticos na cara, cremes corporais, loções no cabelo e unhas de modo a erradicar linhas e rugas (Bartky, 1988) que o mundo contemporâneo hostiliza.

Assim, aumenta o interesse pela estética através da cirurgia de alteração ao corpo, onde também se inclui os homens, quer através de “procedimentos invasivos, por exemplo, rinoplastia, cirurgia de pálpebras, lipoaspiração, transplante de cabelo e redução de mama, quer através procedimentos não invasivos, por exemplo, *peelings* químicos, remoção de pelos, injeções de colágeno e microdermoabrasão” (Howson, 2013: 146). Não podemos esquecer que os ideais de beleza também têm sido disseminados pela internet, como modo de promover o interesse do consumidor por cuidados médicos, pois esta oferece um conjunto de ferramentas de acesso fácil à informação, podendo inclusive partilhar experiências e conselhos com outros indivíduos em igual circunstância e de modo anónimo (Conrad & Leiter, 2004; Cohen et al., 2001). Portanto, confrontados com os mesmos sintomas, os indivíduos pelo seu livre-arbítrio podem ser tentados a experimentar o mesmo tratamento que o vizinho. Isto significa que podem ser tentados a automedicar-se e tomar determinado medicamento sem que haja a existência prévia de um diagnóstico e acompanhamento médico, menosprezando os riscos que pode acarretar na saúde, influenciados pelos pareceres e

testemunhos de uma indústria que quer realizar lucros à custa dos indivíduos que se apresentam mais vulneráveis emocionalmente (Fainzang, 2013).

O corpo fornece às pessoas um meio para a sua manifestação individual de modo a potencialmente se sentir bem. O cultivo do corpo enfatiza não apenas a perfeitabilidade do corpo, mas também a capacidade que o indivíduo tem para modificar o seu corpo a fim de atingir a imagem pretendida sem descurar os cuidados de saúde. Existe ainda uma ideia persistente e generalizada entre os leigos de que as pessoas com obesidade têm dificuldade de autorregulação, pois há a crença de que emagrecer é fácil e que desde que haja restrição calórica e exercício físico, se consegue controlar a gula e a preguiça. O que nem sempre é verdade e as hipóteses de uma pessoa obesa atingir com sucesso os patamares propostos pela OMS para se tornar uma pessoa não-obesa são baixas (Burmeister et al., 2017).

No que toca à indústria publicitária e cinematográfica, o indivíduo com obesidade enfrenta dificuldades, pois as imagens que veiculam são de corpos bonitos, relaxados, sorridentes e cheios de vitalidade, com imagens deslumbrantes de uma vida recheada de prazeres e de excessos corporais, livre de preocupações, ou seja, uma vida superficial, desprovida de valores humanos a que se alicia o consumo e o narcisismo (Featherstone, 2007; 2010). Por conseguinte, a cultura do consumo também mostra que a boa vida pode ser alcançada mediante determinadas estratégias, tais como um consumo desmesurado de remédios, suplementos e investimento na manutenção do corpo, de modo a canalizar energia, maximizar a vitalidade e potenciar a saúde do corpo, “para uma remodelação e tonificação da aparência externa do corpo” (Featherstone, 2010: 198). O corpo passa então a adquirir um duplo carácter: o corpo como plataforma de como vemos o mundo e o corpo como é percebido pelos outros (Featherstone & Venn, 2006). Pois é essa imagem que na cultura do consumo se quer transparecer para ter a aceitação aos olhares dos seus pares.

Nesta lógica e aprofundando a análise, o estudo de Puhl & Heuer (2010) denota que a estigmatização do peso é justificável, pois pode ser um trampolim para incentivar os indivíduos a adotar comportamentos mais saudáveis. Dito de outro modo, os autores consideram a estigmatização essencial pois ensina e estimula a população a adotar comportamentos saudáveis, e com estes procedimentos alertam os obesos para a prevenção de doenças. No entanto, tem-se verificado que este modo de coação dá lugar a estereótipos nocivos sobre o peso, tais como falta de autodisciplina ou indivíduos desleixados, incapazes e que só fazem promessas para emagrecer. Estes estereótipos propiciam ao estigma, ao

preconceito e à discriminação. Ainda de acordo com os mesmos autores os pacientes que adotam procedimentos equilibrados conseguem perder peso, no entanto, tem-se verificado que ao abandonar estas condutas recuperam em média cerca de 30% a 35% no ano seguinte e readquirem grande parte do peso ou até todo no prazo de 5 anos (Puhl & Heuer, 2010).

Neste contexto, são lançadas campanhas interventivas para a prevenção da obesidade. Este dinamismo elimina a abordagem centrada na culpabilização do doente, e aposta em estratégias motivadoras, tais como modificação de comportamentos para melhorar a saúde, em vez de se concentrarem nos ideais de beleza. Sendo que as mensagens que dão relevância aos modelos estéticos, podem castigar os indivíduos obesos com os estereótipos da obesidade, principalmente quando se trata de jovens, dado serem o grupo psicologicamente mais vulnerável. Deste modo as campanhas tentam promover o desencorajamento do consumo de alimentos pouco saudáveis, como a *junk food*, ou o consumo de refrigerantes (Puhl & Heuer, 2010; Himmelstein, Puhl & Quinn, 2018).

A insatisfação com a imagem corporal afeta mais as mulheres do que os homens. Por norma, os homens apresentam-se mais conformados com o peso e a forma corporal e costumam usar o exercício físico para controlar o peso, enquanto as mulheres recorreram a dietas de restrição calórica, o que é considerado, por isso, um fator de risco na etiologia dos transtornos alimentares (Drewnowski & Yee, 1987).

Porém, as pesquisas de Hebl & Turchin (2005) demonstraram que os homens também estão preocupados com a estigmatização do peso. Na visão dos homens que foram objeto da pesquisa, os indivíduos encorpados são menos atraentes do que os homens magros. Para eles, os homens corpulentos são menos populares, menos inteligentes, menos profissionais e menos bem-sucedidos nos seus relacionamentos, em comparação com os seus semelhantes mais esguios.

Uma das técnicas mais divulgadas para a reconstrução do corpo é a cirurgia cosmética, que se tornou legitimada como uma forma popular de autoaperfeiçoamentos, dado que promete reparar a passagem do tempo. Em suma, “a cirurgia cosmética tornou-se vista como algo acessível para transformar qualquer mulher comum em diva” (Featherstone, 2010:203).

A questão que se coloca aqui é que se quisermos colocar os cuidados de saúde como uma mercadoria, sabemos à partida que a seleção das mercadorias e serviços é realizada a partir da motivação racionalista como resposta à perceção de uma necessidade, contudo, não podemos esquecer que muitas vezes os consumos ocorrem ao nível subconsciente ou

inconsciente, envolvendo um grande nível de investimento emocional consoante o sofrimento ou dependência emocional de cada um. A maneira como o comunicador interage com o paciente, o tom de voz, as palavras escolhidas, são fundamentais para incentivar ao consumo (Lupton, 1997).

Aqui, uma abordagem consumista pode ser contraproducente, minando a confiança das pessoas que se encontram doentes e procuram a cura e o conforto no vínculo com o médico. Os críticos da abordagem consumista incutem comentários indiciando que os leigos não possuem conhecimento especializado igual ao profissional de saúde para decidir o que é certo ou errado que muitas vezes se aproveitam das fragilidades destas pessoas para incentivar ao consumo (Lupton, 1997).

Por outro lado, nas últimas duas décadas os processos de estigmatização cresceram drasticamente (Link & Phelan, 2001; Puhl & Brownell, 2001). As pessoas têm tendência a construir categorias cognitivas e vincular essas categorias em crenças estereotipadas, como elemento de rotulagem e discriminação. A rotulagem das diferenças humanas pode ser mais ou menos proeminente, por exemplo, um rótulo pode ligar uma pessoa a muitos estereótipos ou a nenhum, formando uma ligação relativamente forte ou relativamente fraca. O estigma é um rótulo que depende das relações sociais é “um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida” (Goffman, 1988:148).

O conceito de estigma tem implicações na compreensão das razões pelas quais o estigma representa uma situação muito persistente na vida das pessoas afetadas. Como existem diversas circunstâncias estigmatizantes os processos estigmatizantes podem afetar vários domínios da vida das pessoas, a estigmatização provavelmente tem uma influência dramática na distribuição das oportunidades de vida em áreas como salário, família, saúde e a própria vida (Link & Phelan, 2001). Sendo a escola um dos locais em que os indivíduos reconhecem como um dos momentos marcantes, em termos de preconceito sofrido (Barlösius & Philipps, 2015; Puhl & Brownell, 2001).

O preconceito em relação à obesidade é recorrente e engloba sentimentos negativos, baseado na noção de que o obeso não tem força de vontade, promovendo deste modo desconforto e problemas psicossociais, com a insatisfação corporal muitas vezes causada pelos transtornos alimentares advindos da discriminação e estigma. A sociedade exige uma cobrança permanente, para que os indivíduos se mantenham magros e perfeitos. Tendo em

atenção esta consideração, ter um corpo gordo ou ter um peso acima do normal é considerado anormal e pode gerar desvalorização, preconceito e estigma, sendo ao indivíduo estigmatizado vedada a aceitação social.

Goffman (1988) argumenta que o estigma nasce a partir de estereótipos que a sociedade cria, fundamentado em padrões, e quem sai fora destes padrões é desaprovado. Na sua abordagem, Goffman descreve três tipos de estigma distintos entre si. No primeiro, há as abominações do corpo: assenta nas várias deformidades físicas. No segundo, a culpa tem caráter individual, evidencia alguém com fraca vontade própria, paixões tirânicas ou não naturais, como vício, prisão, alcoolismo, desemprego ou tentativa de suicídio. O terceiro tipo abarca os estigmas tribais de raça, nação e religião e pode contaminar toda a família.

Quer isto dizer que os três tipos citados convergem em três momentos com características sociológicas semelhantes. Dito de outra maneira, um indivíduo pelo facto de ser obeso sai fora do padrão, como consequência os seus pares podem tentar afastá-lo das suas relações sociais em que este se enquadra. Por outro lado, o julgamento feito pelos outros ao obeso obrigam-no a aceitar a estigmatização e por último este assume a sua depreciação pessoal, que acaba por aceitar e considerar de normais os tratamentos e os preconceitos dos quais é vítima. Associado ao que acabamos de descrever está o cenário desenvolvido por Poulain (2004) que fortalece a ideia de que na sociedade contemporânea o obeso sofre discriminações e humilhações. Quando o obeso permite e aceita que tratamentos discriminatórios e preconceitos a que está sujeito se instalem no seu quotidiano, a estigmatização torna-se num círculo vicioso problemático e daí as pressões para emagrecer. E como consequência, as atitudes negativas que as pessoas obesas enfrentam nas suas trajetórias pessoais com a estigmatização da obesidade podem resultar em problemas mentais como a depressão, ansiedade e compulsão alimentar (Puhl e Brownell, 2001).

Para ampliarmos o nosso conhecimento, Cahnman (1968) problematiza a estigmatização da obesidade, como uma rejeição seguida de uma desgraça que por sua vez estão relacionadas entre si com referência a padrões desenvolvidos de deformidade física e aberração comportamental. Aqui, a estigmatização torna-se um rótulo atribuído a uma pessoa, originando um desvio das expectativas criadas no indivíduo baseado nas idealizações que se fazem uns dos outros e, portanto, neste caso é contaminada e desviada do seu percurso normal.

Capítulo 2 - A gestão da obesidade

Este capítulo enquadra-se na temática da gestão da obesidade. A discussão que se segue aborda temas como os chamados estilos de vida saudáveis, promovidos de forma a introduzir alterações que se consideram benéficas para a saúde; de seguida aborda-se o tema da pericialização e o papel do nutricionista como agente relevante no controlo da obesidade; segue-se a pluralidade terapêutica na gestão da obesidade em que se abordam os vários recursos para a gestão da obesidade e a noção de itinerários terapêuticos; finalmente, procura-se fazer um levantamento dos recursos para a gestão da obesidade existentes em Portugal e de como estes têm evoluído ao longo do tempo.

2.1. A retórica dos estilos de vida saudáveis e da responsabilização individual

Estilo de vida é um “conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo abraça, não só porque essas práticas preenchem necessidades utilitárias, mas porque dão forma material a uma narrativa particular da autoidentidade” (Giddens, 2002:79). Ou seja, os estilos de vida refletem a nossa identidade através das nossas narrativas que nos fazem aproximar do grupo com que nos identificamos através da sua aceitação fundamentado na reflexividade. “Os estilos de vida são práticas rotinizadas, as rotinas incorporadas em hábitos de vestir, comer, modos de agir e lugares preferidos de encontrar os outros; mas as rotinas seguidas estão reflexivamente abertas à mudança à luz da natureza móvel da autoidentidade” (Giddens, 2002:80). Esta reflexividade passa pela forma como os indivíduos criam os seus estilos de vida também extensível ao corpo e às decisões tomadas por cada indivíduo nas suas escolhas.

Assim, dentro desta orientação, estilos de vida saudáveis são, portanto, interpretados como um conjunto de comportamentos individuais capazes de promover a saúde. De acordo com a carta de *Ottawa* estilos de vida baseiam-se no “processo de permitir que as pessoas aumentem o controle e melhorarem a sua saúde. Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o meio ambiente” (OMS, 1986). Sendo que os pré-requisitos fundamentais para o incremento da saúde sintetizam-se em oito (paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade).

A promoção da saúde é baseada em critérios estipulados pela saúde pública, fomentando a responsabilização individual, por meio de “técnicas de autovigilância, manutenção do corpo e disciplina” (Pegado, 2010: 227), só possível com a prática desportiva regular e uma alimentação equilibrada. Ser saudável exige sacrifícios. No entanto “ao atribuir aos indivíduos a responsabilização pela sua saúde, este discurso promove simultaneamente a culpabilização da vítima” ao incutir medo e culpa no indivíduo como medida preventiva na tomada de consciência do perigo a fim de evitar a doença gerando sentimento de “fraqueza” e “fracasso” (Pegado, 2010: 227) no indivíduo.

Com efeito, o estudo de Grandone, et al. (2018) revelou que as alterações do estilo de vida tornam-se eficazes na redução do peso corporal e apresentam-se como uma terapêutica no combate à obesidade. Contudo, existem também outros estudos reveladores de que em tratamentos prolongados, existe desmotivação e risco de abandono do programa no combate à perda de peso por parte do indivíduo. A maioria das pessoas que perdem peso costumam recuperá-lo ao fim de 1 a 3 anos. A taxa de sucesso no tratamento da obesidade é difícil de identificar e depende de indivíduo para indivíduo. É raro os obesos (Índice de Massa Corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) atingirem e manterem um Índice de Massa Corporal saudável ($<25 \text{ kg/m}^2$) (Hill, 2006).

Assim, o fitness entrou na vida para melhorar a saúde dos sujeitos e parece obter resultados em todas as idades. O número de ginásios aumentou drasticamente na última década, e dependendo da idade e dos objetivos de cada um os treinos divergem em leves, moderados e vigorosos. Em associação com a atividade física estão as dietas para controlo de ingestão de energia, farmacoterapia e em último recurso a cirurgia. A escolha do tratamento depende do grau de obesidade, no caso de existir a presença de comorbidades, vai influenciar a terapia a utilizar na perda de peso e o sucesso obtido relativamente a cada uma destas terapias que são avaliadas em conjunto com as características individuais (Racette et al., 2003). As intervenções dietéticas são a base para a perda de peso e dependem da redução da energia total consumida. Embora muitas dietas se concentrem nas reduções da gordura, a principal determinante para a perda de peso é o controlo do valor energético total (V.E.T.) que deverá ser repartido ao longo do dia (Racette, Deusinger & Deusinger, 2003).

As mulheres são especialmente incentivadas a monitorar com frequência o seu peso num processo de autovigilância para avaliação da perceção da sua imagem corporal, para que ela permaneça dentro dos parâmetros culturalmente aceites. Esta pressão social é reforçada

por cientistas, médicos, nutricionistas, campanhas governamentais na promoção da saúde, e também pelo comércio e indústria especializada em programas de perda de peso, legitimado numa abordagem de saúde pública para o controlo de peso. A promoção da saúde não contraria o culto da magreza, dado que serve para reforçar as noções medicalizadas da questão do excesso de peso (Germov & Willams, 1996).

Os estudos empíricos existentes mostram claramente que a maioria das mulheres faz dieta, muitas das quais fazem-no desnecessariamente, uma vez que clinicamente não estariam sinalizadas como tendo excesso de peso. Uma grande parte da promoção da saúde consiste na educação para a saúde e envolve mensagens destinadas a dizer às pessoas, especialmente às mulheres, como perder peso para melhorar a saúde. As intervenções existentes na saúde para a perda de peso reforçaram uma cultura de emagrecimento em parceria com a indústria de alimentos, moda e cosméticos, que ajudaram a propagar uma epidemia de práticas dietéticas desnecessárias e potencialmente prejudiciais entre as mulheres. Embora as intervenções de saúde possam ser bem-intencionadas, as estratégias utilizadas na perda de peso levam a um desejo obcecado, entre o público, para melhorar a saúde e ignorar os fatores reais que levam as pessoas, especialmente as mulheres, a tentar controlar o peso através da dieta (Germov & Willams, 1996).

No estudo de Williams, Germov & Young (2011) perguntou-se a várias mulheres de diversas classes sociais se já tinha experimentado alguma prática para controlar o peso, e qual o grau de satisfação com o peso. Verificou-se que as mulheres com excesso de peso ou obesas quase todas queriam perder peso, independentemente da sua classe social. Apurou-se ainda que as mulheres que cumpriram um plano de atividade física controlavam melhor o seu peso. Por último verificou-se que as mulheres de classes sociais mais baixas tinham maior dificuldade em cumprir um plano de atividade física por causa dos seus baixos rendimentos, dado que a frequência de ginásios está associada a pagamentos extra, tais como mensalidade, compra de material de treino ou a aquisição de produtos dietéticos.

Com o avançar da ciência, também as técnicas cirúrgicas evoluíram e aumentou a procura pela cirurgia estética. O culto do corpo encoraja a procura por este tipo de serviços para que sejam feitas correções rápidas das imperfeições. A modernidade trouxe alterações ao corpo. Modificou o tamanho, a forma e até mesmo os conteúdos, o corpo tornou-se cada vez mais propenso às mudanças, o corpo passa a ser visto como uma matéria-prima acessível para planeamento do seu proprietário, alicerçado em escolhas individuais (Shilling, 2016).

Também na modernidade a saúde patenteia um padrão de atratividade que aumenta a preocupação com a aparência externa de uma forma particularmente aprisionada. A saúde é tratada como uma condição visual, facilmente avaliada pelo tamanho do corpo. As referências à saúde multiplicam-se, associada a beleza e ao fitness que prescrevem treinos, fórmulas dietéticas, suplementos nutricionais e produtos farmacêuticos que podem levar a aperfeiçoar um corpo. Através da dedicação e determinação, juntamente com controle e vigilância prometem corpos perfeitos. Dieta, exercícios obsessivos e até fumar mantem muitas mulheres artificialmente magras, apesar dos riscos para a saúde apresentados pela procura da magreza. Pois as consequências das diversas tentativas, geralmente inúteis, para perder peso podem levar a consequências muito mais sérias na saúde do que o excesso de peso ou obesidade (McGinnis & Foege, 1993; Gaesser, 1999; Lee et al., 1999; Jutel, 2005).

Enquanto isso, o excesso de peso torna-se num terreno fértil para exploração por parte da indústria de beleza. A comunicação social passa a mensagem de que o risco de excesso de peso é sustentado por uma dieta hipercalórica, e para a manutenção do peso são aconselháveis um ginásio e uma abordagem farmacêutica, favorecendo as crenças sociais e médicas sobre o corpo perfeito. Os indivíduos com excesso de peso que se identificam com este tipo de abordagem tornam-se perpetradores, tanto quanto aqueles que se aproveitam delas, internalizando crenças modeladoras e opressivas sobre como o corpo saudável se deve apresentar e quanto deve pesar. Em boa verdade o corpo magro nem sempre foi o mais cobiçado. Mas as crenças culturais modernas sobre o significado da aparência fornecem uma preocupação constante sobre a aparência. O discurso moralista anuía que a aparência do corpo indicava a saúde de um indivíduo (Jutel, 2005).

A modificação do estilo de vida continua a ser a intervenção preeminente aconselhada para a população obesa. Abordagens preventivas eficazes incluem mudanças no estilo de vida, principalmente dieta e exercício com estratégias comportamentais. O tratamento farmacológico deve ser considerado apenas naqueles casos cujos fatores de risco não são minorados com as mudanças introduzidas com a alteração do estilo de vida (Kaur, 2014). Neste caso, a profissão médica não é criticada principalmente porque existe uma preocupação lucrativa, mas porque exerce um poder descontrolado sobre o corpo das pessoas, na saúde, na vida e na morte (Foucault, 1982).

Este novo quadro sobre a obesidade aparentemente está em contraste chocante com a retórica moral de que o indivíduo obeso tem mente fraca que sofre as suas próprias

consequências, devido às más condutas do ponto de vista nutricional. No entanto, existem evidências da presença de obesidade legitimada por transtornos compulsivos alimentares, caracterizados por doenças psiquiátricas que atingem, na sua maioria, mulheres e jovens.

No estudo de Blaine (2008), o autor avaliou o motivo da depressão na obesidade e os resultados apontam que existe um risco significativamente maior de desenvolver depressão em pessoas com obesidade, sendo o caso dos adolescentes o mais problemático, em especial no género feminino. O autor sugere ainda a importância da existência de programas de triagem para detetar depressões atempadamente, em especial no adolescente, com o objetivo de prevenir precocemente a obesidade na fase adulta. O indivíduo com uma dimensão corporal grande carrega um estigma por parte da sociedade e vivencia o preconceito diário de que é preguiçoso, doente, fracassado, desleixado, fraco. Pois quem não pertence ao padrão é visto como fora do normal sendo estigmatizado. Logo este comportamento desencadeia episódios de ansiedade e até depressão. Assim sendo, segundo Goffman (1988) o estigma permite inferir três tipos de julgamento em relação a alguém desconhecido, que se relacionam com as suas deformações físicas, com o seu carácter e finalmente com as ideologias grupais em que o indivíduo se insere, com base nisso fazemos uma serie de avaliações discriminatórias, nas quais acreditamos e validamos como sendo as corretas e “muita vezes sem pensar” (Goffman, 1988:15) e que na maioria das vezes vai causar impacto negativo ao indivíduo porque “reduzimos as suas chances de vida” (Goffman, 1988:15) social, pois o indivíduo anseia por ser aceite num grupo cujo “convívio com sujeitos normais com os quais têm um contacto frequente aos poucos possam ser menos preconceituosos” (Goffman, 1988:62).

2.2. A pericialização da obesidade: a profissão de nutricionista

Como desenvolvido no ponto anterior, os regimes alimentares são um fator decisivo na gestão da obesidade. A prescrição desses regimes foi sendo objeto de pericialização, designadamente com a constituição de uma área pericial e profissional específica: a nutrição e o nutricionista. Antes de entrar na reconstituição da trajetória da nutrição até se tornar profissão é importante perceber a aceção da palavra “dietética” que deriva de “dieta” e significa dieta ou alimento que tinha como função prevenir e curar as doenças pela dieta. Centrado neste contexto, vejamos a perspectiva de Parsons (1939), que estudou a constituição das profissões como resposta às necessidades no mundo industrializado. As teorias funcionalistas foram

fundamentais para efetuar análises detalhadas sobre as delimitações das profissões. Para este sociólogo a prática profissional é um investimento efetuado não apenas “em conseguir lucros pessoais, mas, sim, em prestar serviços aos seus pacientes ou clientes ou a valores impessoais como seja o avanço da ciência” (Parsons, 1939: 458).

Afigura-se, então, que a “constituição das profissões decorreria de: (i) uma especialização de serviços, permitindo a crescente satisfação de uma clientela; (ii) a criação de associações profissionais, obtendo para os seus membros a proteção exclusiva dos clientes e empregadores requerendo tais serviços, isto é, estabelecendo uma linha de demarcação entre pessoas qualificadas e não qualificadas, fixando códigos de conduta e de ética para os qualificados; (iii) o estabelecimento de uma formação específica fundada sobre um corpo sistemático de teorias, permitindo a aquisição de uma cultura profissional” (Rodrigues, 2002:8).

Neste enquadramento e de acordo com a literatura, o reconhecimento do nutricionista como especialização tornou-se oficial a partir de 1917 nos Estados Unidos. O uso de dietas em doenças já era uma prática corrente desde que as pessoas comem. Os médicos, enfermeiros e cozinheiras praticavam e ensinavam as boas práticas dietéticas facilitando o caminho para a criação de escolas de culinária. A primeira foi em Nova York, a *Cooking Academy*, fundada em 1876, a que se seguiram as escolas em Boston e Filadélfia. As escolas ofereciam instrução em economia doméstica, culinária e também detinham laboratórios de química com características especiais para os doentes. As pessoas que se graduavam nestas escolas eram chamados de dietistas (Marcason, 2015).

As escolas foram responsáveis por treinar muitos dos homens e mulheres encarregados do serviço de alimentação em hospitais e na Cruz Vermelha durante a Primeira Guerra Mundial. Os primeiros praticantes de dietética estavam em hospitais a cuidar da alimentação dos doentes. Pouco se sabia sobre as necessidades nutricionais das pessoas, tanto na saúde quanto na doença, a seleção de alimentos não era a grande preocupação. Existem relatos de que os menus eram monótonos e pouco variados. Por exemplo, no hospital de New York a ementa do pequeno-almoço era composta por papas, melão e cerveja que se repetia na ceia e durante vários dias na semana. Frutas e legumes não constavam destas ementas ou apenas surgiam para enfeite, só mais tarde são integrados no cardápio hospitalar (South, 1993).

A palavra nutricionista começou a ser usada pela primeira vez na Conferência de *Lake Placid*, em 1899, aqui foi delineada a primeira definição do que seria um nutricionista. A

classificação constava como uma pessoa especializada em alimentos, bem como em distinguir quais os alimentos benéficos para a saúde pública (South, 1993). Na época os dietistas eram poucos, o país estava em guerra, os soldados estavam muito tempo longe de casa e eram forçados a viver por períodos longos em trincheiras com dietas inadequadas.

Quando a América entrou na guerra, o nutricionista também fazia parte do *staff* militar, mas a sua categoria estava mal definida, pois não havia mecanismo para recrutar nutricionistas para o Exército dos EUA. Em vez disso, a Cruz Vermelha assumiu a responsabilidade pela tarefa de os inscrever. Os dietistas não tinham qualquer benefício, não tiveram seguro nem direito a contrapartida. Não tinham um uniforme que os destacasse dos outros funcionários. Os dietistas apresentavam-se ao serviço vestidos com o uniforme da Cruz Vermelha, no entanto, o dietista nunca deixou de desempenhar o seu trabalho (Marcason, 2015).

Em 1917, quando a reunião anual da associação americana de economistas domésticos foi cancelada por causa da Primeira Guerra Mundial, Lenna Cooper e Lulu Graves - as principais impulsionadoras para a criação da associação de dietistas - organizaram uma reunião entre os dietistas a fim de trocarem informações de como rentabilizar o serviço de dietética durante a guerra. Os participantes convidados acharam a interação profissional gratificante e decidiram formar a sua própria organização. Em 18 de outubro de 1917, nasceu a *American Dietetic Association*. Foi nestes encontros, numa discussão protagonizada por Mary Swartz Rose e Lenna F. Cooper, que foi registada a utilização dos termos dietista e nutricionista. O papel do nutricionista continuou em expansão em diversas valências, seja, em ambiente de contexto organizacional ou instituições de serviço social, quer em projetos de cuidados infantis ou como gerentes de restauração em clubes, hotéis e escolas (Marcason, 2015; South, 1993; Bildtgårt, 2010).

O surgimento da especialização em ciência da Nutrição influenciou e modificou o consumo alimentar, nomeadamente no que concerne à diversificação dos padrões alimentares, conduzindo à descoberta dos nutrientes essenciais para o desenvolvimento das necessidades nutricionais humanas com a consciencialização do conceito de caloria e análise quantitativa dos alimentos ingeridos.

A profissão de nutricionista em Portugal¹³

Em Portugal a primeira vez que se ouviu falar em dietética foi em 1955, consagrado no diploma n° 15231, em que foi dada autorização para a realização de um curso especial para dietistas na Escola de Enfermagem Artur Ravara, a título provisório. Esta especialização evoluiu rapidamente para uma carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, nas Escolas Técnicas. As Escolas Superiores Tecnologias e Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto são autorizadas a conferir grau de licenciado, de acordo com o Decreto-Lei n° 564/99 de 21 de dezembro 1999. No Artigo n° 5, alínea e) pode-se ler: “Dietista — aplicação de conhecimentos de nutrição e dietética na saúde em geral e na educação de grupos e indivíduos, quer em situação de bem-estar quer na doença, designadamente no domínio da promoção e tratamento e da gestão de recursos alimentares”.

No início da década de 1970, foram iniciadas campanhas nutricionais para informar os consumidores sobre as melhores escolhas alimentares. Estas iniciativas tinham como objetivo consciencializar um consumidor mais reflexivo e ciente da precaridade da saúde, a fim de equilibrar os prazeres com os riscos oferecidos pela sociedade de consumo (Bildtgårt, 2010). Assim, a formação de nutricionista inicia-se em Portugal no final da década 1970 na Universidade do Porto.

No campo associativo, em 1982, é criada a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN). Trata-se de uma associação profissional de direito privado, representativa dos Nutricionista em Portugal. Tem como principal objetivo a proteção e desenvolvimento dos interesses profissionais dos seus membros. Podem ser membros todos os licenciados em Ciências da Nutrição que realizaram o seu curso nas universidades portuguesas ou estrangeira desde que este último caso tenha reconhecimento em Portugal (Real & Craveiro, 2014). Atualmente designada por Associação Portuguesa de Nutrição, conta com 4.654 membros efetivos inscritos.

Posteriormente, foram realizados vários estudos ao longo de mais de uma década, sempre com o objetivo de transformar a Associação dos Nutricionistas em Ordem dos Nutricionistas. Essa possibilidade veio a concretizar-se com a aprovação da Lei n° 6/2008 de 13 de fevereiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento de novas associações públicas profissionais. Neste seguimento, na posse do referido estudo, a Associação Portuguesa dos Nutricionistas, à luz da Lei n° 6/2008 de 13 de fevereiro, deu

¹³ <https://www.ordemosnutricionistas.pt/ver.php?cod=0A0E> [consultado em maio de 2021].

entrada na Assembleia da República em 26 de janeiro de 2009, com a proposta de criação da Ordem dos Nutricionistas, na sequência da defesa da criação de uma regulamentação, justificando-a como necessária para garantia e proteger os interesses dos cidadãos num mercado desregulado.

O processo de sensibilização dos órgãos de soberania continuou e em maio de 2009 o Ministério da Saúde deu parecer favorável à criação da Ordem dos Nutricionistas. Neste seguimento em 2 de março de 2010 foi publicado o Projeto de Lei 161/XI - Cria a Ordem dos Nutricionistas e aprova o seu Estatuto - por iniciativa do grupo parlamentar do PS e em 18 de março de 2010 é publicado o Projeto de Lei 172/XI - Regula o acesso à profissão de Nutricionista, cria a respetiva Ordem Profissional e aprova o seu Estatuto - por iniciativa do grupo parlamentar CDS-PP. Em 16 de Março dá entrada em Assembleia da República, pela Associação Portuguesa de Dietistas, a Petição n.º 38/XI/1.^{a14} que solicita a alteração do Projeto de Lei n.º 161/XI, criando a ordem dos Nutricionistas bem como a aprovação do seu estatuto, de forma que o mesmo passe a contemplar os dietistas na convergência de carreiras.

Em 19 de Março, em plenário na Assembleia da República, dá-se a discussão conjunta dos dois Projetos de Lei: Projeto de Lei 161/XI - Cria a Ordem dos Nutricionistas e aprova o seu Estatuto e Projeto de Lei 172/XI - Regula o acesso à profissão de Nutricionista, cria a respetiva Ordem Profissional e aprova o seu Estatuto, assim como a Petição para incluir os dietistas. Nesta sessão plenária, a inclusão dos dietistas na Ordem dos Nutricionistas foi transversalmente entendida pelos Grupos Parlamentares. A aprovação destes Projetos de Lei dá-se em 25 de março de 2010, em Plenário da Assembleia da República, seguindo para especialidade, para a Comissão de Trabalho, Segurança Social e Administração Pública.

Em 8 de Outubro de 2010, dá-se a votação na Reunião Plenária do texto final apresentado pela Comissão de Trabalho, Segurança Social e Administração Pública aos Projetos de Lei n.º 161/XI/1.^a (PS) e 172/XI/1.^a (CDS-PP). A criação da Ordem dos Nutricionistas e dos seus Estatutos é aprovada por unanimidade.

Assim, a 14 de dezembro de 2010 é publicado em Diário da República na 1ª série n.º 240, a Lei n.º 51/2010 que cria a Ordem dos Nutricionistas e aprova os seus Estatutos, com entrada em vigor a 1 de janeiro de 2011.

¹⁴ <https://www.ordemdosnutricionistas.pt/ver.php?cod=0A0E> [consultado em maio de 2022].

De salientar ainda que a Ordem dos Nutricionistas, que atualmente regula as profissões de nutricionista e dietista, iniciou o processo de convergência das profissões, fazendo com que desapareça a profissão de dietista para substituir pela profissão de nutricionista, com a entrada em vigor da lei n.º 126/2015, de 3 de setembro, referente ao Estatuto da Ordem dos Nutricionistas que se iniciou a 4 de outubro de 2015, e com o prazo de 3 anos para regularizar o processo de convergência (Real & Ávila, 2012).

Áreas de intervenção de um nutricionista

Atualmente o nutricionista tem vindo a alargar o seu espectro de atuação. Presentemente as suas valências destacam-se na saúde, no desporto, na alimentação coletiva e hotelaria, a tecnologia alimentar, a investigação científica, o ensino e formação. No âmbito da saúde, o nutricionista pode desempenhar funções em nutrição clínica ou nutrição comunitária. Ao desempenhar funções na clínica é responsável pela avaliação nutricional, determinação das necessidades nutricionais, planeamento e acompanhamento, monitorização dos planos alimentares, pelo aconselhamento nutricional em consulta ou durante o internamento; colabora em equipas multidisciplinares de saúde na elaboração de protocolos e estratégias que promovam uma melhor saúde nutricional e funcional dos doentes (Real & Ávila, 2012). Aqui a importância da intervenção do nutricionista consiste na elaboração de um plano alimentar com o objetivo de reeducar o indivíduo para promover mudanças e protegendo-o de eventuais comorbilidades.

No âmbito da nutrição Comunitária e Saúde pública é responsável pela avaliação do estado nutricional e prevenção da doença mediante o estabelecimento de políticas e orientações que conduzam à promoção de hábitos alimentares saudáveis dos indivíduos e grupos no sentido da saúde nutricional das populações (Real & Ávila, 2012).

Na área da alimentação coletiva e hoteleira as principais funções elegem-no como responsável pela organização e gestão de serviços de nutrição e dietética nas unidades de saúde e outras instituições fora do âmbito hospitalar, como sejam as empresas da restauração pública e coletiva e hotelaria, proporcionando refeições equilibradas a indivíduos ou grupos dentro das boas práticas e aplicação da metodologia de segurança alimentar baseadas nos princípios do HACCP.

No campo de ação da tecnologia alimentar o nutricionista encarrega-se da prestação de apoio técnico e assessoria, funcionando como elo entre a investigação científica, a inovação na conceção de novos produtos. Elaboram informação técnico-científica dos produtos. Colaboram no desenvolvimento da rotulagem. Fiscalização alimentar, avaliação e controlo de sistemas HACCP (Real, Bento & Graça, 2011; Real & Ávila, 2012).

Na área da investigação científica/ ensino/ formação, o nutricionista aplicará benefícios e melhoria do conhecimento, por meio de desenho de protocolos de investigação, a sua aplicação, análise e divulgação. Já no ensino/ formação poderá desenvolver competências em atividades de docência, no âmbito das suas competências. Bem como desenvolver atividade profissional em todos os locais onde a alimentação e nutrição sejam objeto de ação (Real, Bento & Graça, 2011; Real & Ávila, 2012).

Perspetivas Futuras

Em 2013 Portugal e os demais países da União Europeia assinaram a Declaração de Viena sobre Nutrição e Doenças não transmissíveis no contexto da Saúde 2020, que visa a proteção do cidadão face à doença crónica e à obesidade, incentivando o investimento na capacitação e educação do cidadão, bem como nos ambientes promotores de saúde, abrindo assim espaço à intervenção dos nutricionistas.

Presentemente, uma das patologias mais prevalentes é a obesidade, sendo especialmente preocupante quando se inicia na infância. Aqui, a intervenção do nutricionista localiza-se mais nas cantinas escolares, de modo a promover hábitos alimentares saudáveis, bem como transmitir conhecimentos sobre alimentação e nutrição nas fases cruciais de aprendizagem e consolidação de conhecimentos por parte das crianças, enquadrado com uma Política Alimentar Escolares adotada em parceria com os estabelecimentos de ensino. Seria assim desejável a presença de pelo menos um nutricionista por cada Agrupamento de Escolas para poder acompanhar os principais agentes escolares, como os professores e auxiliares de ação educação, bem como, os pais e manipuladores de alimentos (Real & Craveiro, 2014).

Com efeito, o número de nutricionistas nos Centros de Saúde é ainda bastante reduzido, de acordo com os dados da APN em 2011, pelo que seria importante aumentar o número de nutricionistas por cada Agrupamento de Centros de Saúde. Uma área que está em franca expansão é a área da nutrição no desporto, uma vez que se verifica um crescente

interesse nesta área, pelo que prevemos que futuramente este interesse resultará num aumento exponencial de nutricionistas a exercer funções em clubes e federações de diversas modalidades desportivas, sobretudo ao nível da alta competição, promovendo a maximização do rendimento (Cordeiro & Bento, 2011; Real & Craveiro, 2014).

Será também importante refletir sobre novos locais que o nutricionista poderá vir a desempenhar no futuro. Por exemplo, a Saúde Termal e Hidroterapia e os Spas, normalmente associadas a Unidades Hoteleiras. Na hotelaria é, ainda, possível desenvolver um conjunto de atividades ao nível da restauração, e também no âmbito da higiene e segurança alimentar. De facto, começa-se cada vez mais a observar uma colaboração entre chefes de cozinha e nutricionistas, de onde se podem obter interessantes sinergias, no sentido de obter refeições saborosas e equilibradas do ponto de vista nutricional e com reduzido desperdício alimentar (Real & Craveiro, 2014).

Há ainda outra vertente a considerar, ao abrigo do Regulamento da União Europeia nº 1169/2011 do Parlamento Europeu e do Conselho de 25 de outubro de 2011 relativo à prestação de informação aos consumidores sobre os géneros alimentares. Entre outras alterações a implementar a nível da rotulagem alimentar, vem trazer a obrigatoriedade da presença nos rótulos da declaração nutricional do género alimentício. A perícia nutricional tem como objetivo o propósito de conceber um cidadão mais racional, mais reflexivo, mais produtivo e menos dispendioso em termos de saúde pública, responsabilizando o cidadão através de escolhas alimentares racionais (Bildtgårt, 2010).

Os indivíduos que descreveram ter modificado a ingestão de alimentos para perder peso relataram que o método mais comumente utilizado foi a restringir a ingestão de certos tipos ou classes de alimentos (88%), limitar a quantidade e contar as calorias (44%). No entanto, verificou-se haver uma variabilidade de como essas mudanças foram conseguidas. Cerca de metade dos participantes do estudo (45%), relataram que cerca de 63% dos homens perderam peso por conta própria, enquanto os restantes participantes 55% e 60% eram mulheres e usaram um programa de dieta comercial para perder peso (Wing & O Hill, 2001).

A abordagem dietética com maior sucesso prevê uma combinação de exercícios físicos frequentes, com limitação no tamanho das porções para a prevenção de perda de peso (Pietiläinen, 2012). No entanto, em dietas muito rigorosas, a manutenção da perda de peso é pobre, porque os indivíduos descrevem apetites incontroláveis, com episódios de consumo excessivo e compulsão alimentar após a dieta. É típico que as pessoas em situações de pós-

consumo comam automaticamente sem motivo aparente, mas por prazer ou descontrolo face as pressões. O contato recorrente com os alimentos também se pode tornar num fardo significativo para muitas pessoas obesas. Portanto, alguns pacientes relataram preferir passar fome, em vez de seguir uma dieta regular, com restrições de energia para prosseguir a perda de peso (Pietiläinen, 2012). As pessoas obesas estão menos predispostas a exercitarem-se, e a atividade física reduz o risco de depressão ao aumentar os níveis de endorfinas, regulando a norepinefrina, melhoram a forma física e a respetiva autoestima (Roberts, 2003).

Nutrição em farmácias

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um pré-requisito para se beneficiar de uma boa saúde é ter o acesso a cuidados de saúde preventivos e curativos. Diversos estudos mostram que a farmácia comunitária é um dos locais mais adequados e viável para fornecer uma variedade de intervenções de saúde pública, a que acresce o facto de esse local ter a capacidade de abraçar os mais necessitados (Brown et al., 2016). Não só porque as farmácias comunitárias são de fácil acessibilidade, mas também porque muitas das vezes são o primeiro ponto de contato entre um prestador de cuidados e o paciente (Martins, Van Mil & da Costa, 2015). Por outro lado, também existe um interesse por parte dos farmacêuticos comunitários em expandir as suas funções na prevenção de saúde, porque os farmacêuticos estão particularmente bem posicionados para dar uma contribuição importante na prevenção, tais como aconselhamento ao paciente para gestão de risco e adequando a melhor adesão terapêutica ao regime. Assim, os cuidados farmacêuticos aos poucos têm procurado ir de encontro com as necessidades de cuidados de saúde cada vez mais focados no doente e na melhoria da sua qualidade de vida (O'Loughlin et al., 1999; Martins, Costa & Caramona, 2013).

Neste sentido, as farmácias comunitárias têm vindo a desempenhar um papel preponderante no sistema de saúde, dado o potencial alcance populacional, particularmente em áreas como a saúde materna, a gestão do peso, o controlo da tensão arterial e da glicemia. Deste modo, em Portugal, à semelhança do que acontece em Espanha, foi encontrada evidência da prestação de serviços de nutrição em farmácias comunitárias com intervenção de nutricionistas (Ordem dos Nutricionistas, 2019). Pois como se torna claro no estudo de Brown et al. (2016), as intervenções apoiadas em farmácia produziram perdas de peso (3–5 kg) em curto prazo (6 meses ou menos).

De acordo com Ordem dos Nutricionista (2019), em Portugal, o nutricionista é o profissional de saúde com competência para exercer a atividade de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença pela avaliação, diagnóstico, prescrição e intervenção alimentar e nutricional a pessoas, grupos, organizações e comunidades, bem como o planeamento, implementação e gestão da comunicação, segurança e sustentabilidade alimentar.

Nesta sequência, a Ordem dos Nutricionista (2019) desenvolveu uma norma para definir critérios de atuação do nutricionista em farmácias comunitárias nas áreas da nutrição clínica e nutrição comunitária e saúde pública, que possam vir a ser consideradas uma mais-valia para a população. A prestação deste serviço é da inteira responsabilidade do nutricionista, que deverá estar inscrito na Ordem dos Nutricionistas.

2.3. Pluralidade terapêutica na gestão da obesidade

Conhecer os recursos utilizados pelos indivíduos à procura de cuidados terapêuticos para solucionar o seu problema de obesidade, seja de modo individual ou em grupo, ajuda a identificar os itinerários que as pessoas procuram, as práticas de tratamento específico para solucionar os seus problemas de saúde, principalmente quando existe uma panóplia de ofertas no mercado.

Se num momento anterior, nos focámos em recursos não terapêuticos para a gestão da obesidade, como a dieta e o exercício físico, integrantes de estilos de vida saudáveis (cf. Capítulo 2.1.), neste ponto centramo-nos nos recursos terapêuticos existentes na gestão da obesidade, destacando três: fármacos e suplementos alimentares, intervenções cirúrgicas e medicinas complementares e alternativas (MCA).

2.3.1. Fármacos e suplementos alimentares

O tratamento farmacológico da obesidade está indicado para indivíduos com IMC > 30 kg/m² ou quando o indivíduo tem doenças associadas ao excesso de peso com IMC > 25 kg/m² em situações no qual o tratamento com dieta, exercício ou aumento de atividade física e modificações comportamentais foram ineficazes (WHO, 2000).

No que diz respeito ao recurso a medicamentos naturais (também designados por suplementos alimentares) para benefícios medicinais, é uma prática muito antiga. As primeiras técnicas têm origem no Egito, na Índia e na China que difundia esta prática de tratamentos. Posteriormente a cura passou a estar reservada a sacerdotes e magos. Os medicamentos utilizados eram ervas, plantas ou substâncias extraídas dos animais. Por volta do ano de 1500, Paracelso teve uma importância capital ao desempenhar o papel de médico e de alquimista. Para ele, todas as substâncias eram venenosas e prejudiciais caso não fossem aplicadas em doses corretas, pois era esse o segredo que diferenciava o veneno de um remédio (Roca, 2003).

Se durante a pré-história os seres humanos já se socorriam dos recursos da natureza, principalmente plantas e ervas, para curar as doenças, presentemente as circunstâncias alteraram-se. Um fármaco, na terminologia farmacêutica, é um medicamento desenvolvido em laboratório, logo manipulado, com um determinado composto e com uma estrutura química, dotada de propriedades medicinais, além de que cumpriu todas as exigências e requisitos legais definidos pelos órgãos regulatórios. Os efeitos são conhecidos e comprovados cientificamente com diversos testes. Em suma, todo o medicamento é um remédio, mas um remédio nem sempre é um medicamento. Para deixar claro, um remédio pode ser uma erva ou planta medicinal que ajuda a combater um sintoma ou aliviar um desconforto, mas não tem as características de um medicamento, dado que não passou pelas diversas etapas que um medicamento atravessa até se tornar em fármaco.

A legislação define que os medicamentos são todas as substâncias usadas no tratamento de doenças (Van der Geest & Whyte, 2011). Os medicamentos são ainda classificados em químicos e natural ou fitoterápico. Os químicos ou medicamentos sintéticos são substâncias produzidas em laboratório dado que o composto ativo não se encontra na natureza e pode-se fazer um composto ou mistura com outras substâncias. Os medicamentos naturais também designados de fitoterápicos, também são químicos, mas aludidos como naturais visto que são medicamentos produzidos com matéria-prima mineral. Pensa-se que os medicamentos naturais podem trazer menos efeitos colaterais, por esse motivo, dispensam receita médica e podemos encontrá-los em ervanárias e lojas de dietética.

Relativamente a este assunto, o DL 176/2006 de 30 de Agosto, no artigo 3.º, alínea hh) define como «Medicamento»; «toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres

humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas»; na alínea ii) encontra-se a definição de «Medicamento à base de plantas»; «qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas»; e ainda no mesmo diploma pode-se ler na alínea tt) a definição para «Medicamento homeopático»; «medicamento obtido a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios».

Verifica-se que nos últimos anos houve um considerável aumento no consumo de fármacos, bem como uma especial procura pela utilização de suplementos e de nutracêuticos. Se bem que não existe uma definição concreta para os nutracêuticos, mas funciona mais como uma técnica de marketing por parte de algumas organizações para expandir o mercado dos suplementos. Portanto, a definição para nutracêuticos deriva de uma ampla gama de suplementos alimentares que tem como objetivo um alegado benefício médico ou de saúde (Hugenholtz & Smid, 2002). Por outro lado, o Decreto-Lei nº 136/2003 define os suplementos alimentares como “géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal (...) comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes (...) que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida”. Em suma, não substitui os alimentos, mas evidencia que os alimentos podem operar como fármacos.

Acrescenta-se, ainda, que a modernidade trouxe preocupações crescentes com o corpo e com o desempenho estético e funcional que fazem emergir novos mercados, voltados para um consumo do natural, com a convicção de que é mais saudável, preventivo e proporciona a longevidade. É neste contexto que se observa uma mudança de comportamentos por parte dos indivíduos, com um crescente interesse pelo consumo de produtos naturais (Lopes, 2010).

Isto porque a partir das décadas de 1970-1980 surge um novo conceito para o uso de medicamentos, implementado por agentes detentores do mercado terapêutico. Para otimizar a expansão do seu negócio, a indústria farmacêutica desenvolveu o conceito de produtos naturais. Esta conceção procura legitimidade na convicção disseminada de um marketing

estratégico para aumentar as vendas da indústria farmacêutica, promovendo o natural como segmento terapêutico inócuo, com o objetivo de operacionalizar o seu uso ao lhe dar carácter de inofensividade, minimizar os riscos e apelar ao consumo (Lopes, 2010).

Embora se verifique um aumento crescente por parte dos indivíduos na procura de uma melhor performance na gestão do corpo e da saúde como prática para justificar o aumento dos consumos terapêuticos certifica-se também uma “crescente reflexividade das práticas sociais” (Lopes, 2010:25) por parte do indivíduo nas escolhas terapêuticas.

Sobre esta questão, e de acordo com Giddens (1992), as práticas sociais acontecem devido à reflexividade constante por parte do indivíduo que vai reformulando de acordo com as sucessivas informações que vai recebendo e escrutinando, e que se vão alicerçando com os conhecimentos periciais, provocando constantes alterações no carácter do indivíduo.

Nessas escolhas existe um outro fator a salientar, e que se refere às perceções de risco que os leigos fazem na contemporaneidade. É certo que todos nós já ouvimos falar de riscos, o risco de ter um Acidente Vascular Cerebral (AVC), o risco de contrair uma doença, etc. Neste sentido, o risco pode ser quantificado ao se estimar a sua magnitude mediante as consequências adversas na saúde. Para determinar a sua abrangência também temos de ter presente os fatores específicos de cada indivíduo que, por sua vez, vão influenciar no efeito da exposição e consoante a herança genética do indivíduo, na idade, no sexo, no estado de saúde, no estilo de vida, na dieta, pois são estes elementos que determinam o risco e a eficácia ao acionar os mecanismos naturais de defesa existentes em cada indivíduo face à exposição (Covello & Merkhofer, 1993).

Sob a perspetiva da sociologia, o risco é encarado como uma probabilidade para justificar a ocorrência de um fenómeno que vai variando mediante os diversos contextos sociais onde está inserido e, por sua vez, determinar a plausibilidade para a ocorrência de tal fenómeno. Relativamente à avaliação de riscos nem sempre é possível de se realizar quantitativamente. Pois o risco pode ser um mero registo probabilístico sobre uma possível exposição causal, ou pode ser uma avaliação de um acontecimento genuíno que ocorreu no presente e que se perspetiva que possa acontecer no futuro, pois é a avaliação da dimensão do risco nas relações causais que vai acautelar a probabilidade do risco ocorrer no futuro (Dean, 1999).

Assim, podemos concluir que o risco está relacionado com situações adversas e pode gerar um desfecho negativo. Geralmente o risco é visto como uma advertência que nos

conduz a resultados negativos. De acordo com a gravidade das situações, tendemos a agrupá-los em riscos mais graves ou riscos menos graves. Na maior parte das vezes o risco é desconhecido e, por esse motivo, na sua maioria, a avaliação é interpretada como uma ameaça. Norteados pelo medo, o medo do desconhecido (Crossley, 2006). Ao mesmo tempo, pode inclusivamente gerar ansiedade quando existe a tomada de consciência por parte do indivíduo perante a perniciosa. Contudo, mediante certos eventos, o risco quando detetado permite-nos determinar a previsibilidade dos comportamentos.

Neste contexto, Le Breton (2012:8) define o risco como uma espécie de “encruzilhada onde se cruzam preocupações que não deixam ninguém indiferente” porque o risco orienta para um perigo elencado numa combinação de fatores que controlam potenciais ameaças ou apenas uma hipotética possibilidade que pode nem acontecer. O risco é permanente e pode ser justificado por debilidades que podem ser de ordem física (doença, acidente, etc.) ou simbólica (perder a face, perder a identidade, a autoestima, etc.).

Outro fator relevante da nossa contemporaneidade prende-se com a importância que o risco tem vindo gradualmente a assumir com o “redobrado protagonismo do farmacológico” (Raposo, 2010:163) para evitar o risco das doenças que seriam antecipadas com a prevenção. Ou seja, no campo da saúde verifica-se um considerável aumento no consumo de fármacos, com o objetivo de prevenir o risco da doença e oferecer um melhoramento no desempenho físico. Mas, por outro lado, o consumo de fármacos também é percecionado como comportando riscos. Assim, a estratégia utilizada para lidar com o risco passa por fazer uma desvinculação do medicamento químico, considerado por muitos como potenciador de riscos, ao se diferenciar do medicamento natural, sob a égide do benefício e eficácia, como estratégia assente na ideia de pureza e segurança a fim de consentir na sua utilização (Raposo, 2010).

Assim, verifica-se que o domínio do natural vai ganhando terreno com a noção de inocuidade, distanciando-se, desta maneira, dos medicamentos químicos que são percecionados como mais agressivos e causadores de efeitos secundários. Um exemplo elucidativo acerca do natural é o caso dos alimentos terapêuticos, em que a ciência estabelece cada vez mais ligação entre o alimento e a saúde. São produtos alimentícios que possuam propriedades preventivas e curativas. Falamos dos alimentos funcionais, em que se destaca a fibra alimentar presente em cereais integrais ou hortofrutícolas com benefícios no controlo de colesterol e da glicemia ou nos probióticos presentes em iogurtes e leites fermentados que otimizam a flora intestinal (Dubois, 1996; Raposo, 2010).

A partir desta descrição podemos analisar as percepções do risco nas práticas de consumo de medicamentos naturais. Os medicamentos naturais tendem a ser objeto de uma avaliação mais positiva, pois prevalece a ideia de ausência de riscos e está associado a um investimento de saúde mais vocacionado para a prevenção. Ora, na atual sociedade o indivíduo é mais reflexivo influenciado pelas fontes de informação, que lhes permite ter uma maior amplitude de conhecimentos e estabelecer uma relação de confiança ou evitamento entre os indivíduos e os peritos em saúde quanto ao rumo sobre as suas escolhas, ou seja, as fontes de informação vão permitir fazer escolhas mais esclarecidas sobre a utilização do químico ou do natural. Porém, a informação veicula sobre diferentes orientações periciais também pode gerar algum ceticismo face à diversidade de opiniões periciais (Raposo, 2010).

Outro fator a apontar é a automedicação, qualificada como o ato de ingerir um medicamento de forma autónoma (Ordem dos Farmacêuticos, 2009). Neste sentido, Lopes (2001) defende que a automedicação tem diferentes entendimentos no que toca à sua aplicação, pois “do ponto de vista médico a automedicação é considerada geralmente indesejável, enquanto do ponto de vista farmacêutico é considerada geralmente aceitável em situações controladas” (2001:157). Ainda de acordo com a entendimento desta autora, a automedicação é uma prática que comporta risco, portanto os indivíduos que praticam a automedicação caem sobre o domínio da incerteza quanto aos resultados a atingir e reconhecem a existência de risco na tomada de decisões (Lopes, 2001). No caso da obesidade a automedicação pode-se refletir no recurso a suplementos alimentares. É um facto de que existe uma diversidade de suplementos alimentares no mercado que não necessitam de prescrição médica e oferecem a ideia de um produto seguro e benéfico.

O que se sabe sobre o processo de emagrecimento é, que envolve a mudança de hábitos alimentares e, que os medicamentos utilizados têm a finalidade de auxiliar no tratamento dos sintomas. De acordo com a legislação atual a farmacoterapia é autorizada em pacientes com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ quando acompanhado por um dos seguintes distúrbios: obesidade, DM tipo II, hipertensão, distúrbios lipídicos, apneia obstrutiva do sono, doença cardíaca. No entanto, a lógica de usar medicação para tratamentos da perda de peso só é seguida por 3% dos indivíduos obesos (Kushner, 2018).

Dos medicamentos de domínio farmacêutico utilizados na perda de peso destaca-se a anfetamina como o primeiro anorexigénio usado no tratamento da obesidade. No entanto, foi retirado do mercado devido à ineficácia apresentada a longo prazo, além de que pode causar o

aumento da tensão arterial e arritmias em pessoas propensas a riscos cardiovasculares. Até à data, o Orlistat (conhecido pelo nome comercial Xenical[®]) e a Sibutramina (conhecida pelo nome comercial Reductil[®]), são os medicamentos em comercialização. O Orlistat tem limitação no seu uso por causa do seu lado gastrointestinal relevante dado os efeitos de incontinência fecal com manchas oleosas e eficácia relativamente baixa na redução do IMC (Grandone et al., 2018) no caso de não ser acompanhado por uma dieta; a Sibutramina é indicada em obesos que não conseguem controlar a sua vontade de comer (Wannmacher, 2004), porque tem o potencial de aumentar rapidamente a sensação de saciedade, evitando que sejam ingeridos alimentos em excesso e, assim, facilita a perda de peso. Além disso, este remédio também aumenta a termogénese, o que também contribui para a perda de peso (Kushner, 2018).

No contexto do emagrecimento a utilização do medicamento isolado não oferece vantagens duradouras. Vários são os medicamentos adotados para a perda de peso. Veja-se o caso da Sibutramina, inicialmente foi desenvolvido como antidepressivo. Porém os estudos científicos evidenciaram que também ajudam na perda de peso, pois aumentam a saciedade e aceleram o metabolismo. Neste sentido, passou a ser utilizado pela população de forma indiscriminada para perder peso. Os efeitos adversos são boca seca, obstipação, náuseas, cefaleias, alterações do paladar, aumento da tensão arterial, entre outros (Sousa et al., 2021) e por estas razões foi proibida a sua venda em Portugal em 2010.

No caso do Orlistat este atua como um inibidor da lípase pancreática, ou seja, a enzima é inativada e incapaz de hidrolisar a gordura, assim, 30% da gordura ingerida vai ser eliminada nas fezes, causando desconforto nas evacuações ao provocar incontinência fecal e flatulência oleosa, ciclo menstrual irregular, ansiedade, entre outros (Sousa et al., 2021).

Num outro consumo está a utilização de medicamentos *off-label*, tais como, metformina, a fluoxetina, que suscita algumas questões de natureza científica, ética e jurídica. Trata-se um medicamento fora do âmbito das indicações terapêuticas, dado que o medicamento não foi objeto de avaliação pela agência do medicamento para avaliar o benefício/risco. É um medicamento executado sobre a responsabilidade do médico que o prescreve. Portanto, não assenta em evidência científica sobre as características do medicamento, assim, suscita questões éticas no caso de resultar danos para o paciente (Sousa et al., 2021).

Como se acabou de descrever, o grau de complexidade aumenta, quando o indivíduo toma um medicamento “sem prescrição médica” ou aconselhamento pericial. Nestes casos, a maioria das vezes, desconhece-se os riscos a que está exposto quando se consome um fármaco. Partindo-se de uma determinada conceção de relação que se vai estabelecendo entre médico-doente, e que se presume que o conhecimento está do lado do médico (Parsons, 1951), e o indivíduo não dispõe de conhecimentos para avaliar as suas necessidades terapêuticas. Outra prática comum de automedicação refere-se à reutilização de sobras de medicamentos de tratamentos anteriores. Ou seja, verifica-se que posteriormente estes mesmos medicamentos são reutilizados em situações “idênticas às que originaram a prescrição” (Lopes, 2003:36) que foi específica apenas para aquela patologia, sem regressar ao médico, que de certa forma alivia os serviços de saúde ao poupar na consulta e prescrição.

É um facto que a automedicação está a aumentar. Por um lado, devido à publicidade massiva em particular obtida através da internet, e por outro, porque a automedicação é a maneira mais rápida para solucionar problemas de saúde. As farmácias são os mediadores entre a indústria farmacêutica e o indivíduo. O farmacêutico é muitas vezes o profissional mais próximo do indivíduo e, portanto, o farmacêutico deve informar, orientar e promover aconselhamento de forma responsável.

Presentemente tem-se acesso aos medicamentos com a mesma facilidade com que se consome. Efetivamente, a panóplias de ofertas terapêuticas existentes e o aumento do número de medicamentos de venda livre no mercado torna o indivíduo vulnerável na tomada das decisões. Quer isto dizer que os indivíduos, na atual sociedade, enfrentam novos riscos. Partindo da premissa que nenhum medicamento é inócuo, a automedicação acarreta riscos diretos e indiretos na população. Pois a dosagem errada ou o excesso de dosagem pode acarretar intoxicações medicamentosas. Destaca-se ainda que a “prescrição médica” é o princípio de que o paciente recebe o medicamento apropriado para as suas necessidades e a um preço mais baixo.

Assim, o que se verifica é uma constante procura por fármacos para melhorar a imagem corporal, conduzindo a uma dualidade entre benefício e risco. Pois se os “benefícios são o fundamento para a sua utilização, os riscos são o fundamento para a sua monitorização pericial” (Lopes, 2003:93). Dito de outra maneira, presentemente, a automedicação constitui-se uma prática recorrente. A venda livre de medicamentos sem controlo pericial para aliviar uma dor de cabeça ou melhorar o desempenho corporal, podem também proporcionar danos.

Portanto, torna-se importante um maior controlo com as campanhas publicitárias para minimizar os riscos que orientem os indivíduos para uma prática de consumo racional, evitando discursos a apelar ao milagre da cura.

A vasta oferta terapêutica norteia o consumidor leigo para uma dicotomia entre a “prevenção” e a “intervenção curativa” (Lopes, 2010:24). O uso do medicamento é utilizado para melhorar o bem-estar e aperfeiçoar o desempenho corporal e melhorar as perceções que os outros têm da sua imagem corporal. A continuidade no investimento terapêutico leva, por vezes, a um investimento constante optando pelo tratamento com recurso ao natural por parte do consumidor leigo. Esta tendência pode ser justificada para minimizar os riscos e se distanciar de conotações negativas adquiridas pelo uso dos químicos geradores de efeitos secundários, tais como as dependências (Lopes, 2010).

Por outro lado, como já referido, o efeito da medicalização no nosso quotidiano tem expandido a intervenção médica nos diversos domínios da saúde quer seja em matéria de exames complementares de diagnóstico, quer no âmbito da prevenção e promoção da saúde, entre outras. Porém, com o disseminar da medicalização, paralelamente, outro fenómeno foi-se desenrolando, trata-se da farmacologização (Lopes, 2004). Aqui, os medicamentos passam a reinar como dominância nas opções terapêuticas.

Onde se enquadra a gama de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), geralmente considerados como isentos de riscos, vendidos também fora das farmácias e sem participação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Como consequência, começou-se a operar alterações no estatuto do medicamento. Inicialmente o medicamento era utilizado para combater enfermidades mediante os sintomas, presentemente, este bem passou a ser familiar e acessível, tornando-se, por isso, recorrente a sua utilização quer como curativo, quer como medida preventiva. Alterando-se, assim, a definição entre o normal e o patológico. Com o gradual desenvolvimento da medicalização e farmacologização, o medicamento, adquire novas fronteiras que vão delineando novos moldes de dependência onde, no entanto, recaem alertas médicos sobre os possíveis riscos. Pois, apesar da crescente presença dos medicamentos no nosso quotidiano, não significa que os mesmos não estejam associados ao risco aquando da sua utilização (Lopes, 2003; 2004).

É um facto que existem cada vez mais empresas que utilizam as plataformas digitais com propósito de divulgar *on-line* os seus produtos diretamente ao público. Nesta nova configuração de mercado surgem também as farmácias na internet que proporcionam produtos

farmacêuticos, como oferta de medicamentos para emagrecer (Grogan, 2016). Por exemplo, o medicamento Xenical® (Orlistat) tem como objetivo emagrecer e encontra-se disponível em todas as farmácias nos Estados Unidos. Os indivíduos podem comprar o Xenical e outros medicamentos semelhantes *on-line* (Fox, Ward & O'Rourke, 2005). Assim, o Xenical (Orlistat) ao ser comercializado livremente na internet vai-se constituir em uma rede de relações sociais entre o consumidor e o corporativismo (Fox & Ward, 2008), que aproveita estes modelos de comunicação para promover debates e esclarecer questões que de certa forma vão aumentar a visibilidade dos produtos e influenciar na tomada de decisões dos indivíduos.

Este novo modelo de negócio marca uma mudança radical no consumo de produtos farmacêuticos. Com o aparecimento das farmácias *on-line*, passa-se a dar maior ênfase a outro género de negócio, com outro estilo de vida, comandado pela indústria farmacêutica, evidenciando, assim, uma tendência cada vez maior para a farmacologização da vida doméstica. Esta nova configuração de consumo farmacêutico alarga-se no espaço doméstico (Fox & Ward, 2008). Coloca à disposição dos indivíduos uma infindável gama de medicamentos, adaptado a diversos sintomas e mediante diferentes indícios de mal-estar físico.

Constata-se, ainda, que a crescente atenção dada à obesidade e à perda de peso tem se refletido num proliferar de sites, blogs e fóruns na internet onde os indivíduos são convidados a participar e a manter uma presença ativa ao abordar uma variedade de tópicos sobre a eficácia do fármaco, os efeitos colaterais, os resultados de emagrecimentos ou divulgando os resultados das conversas realizadas durante as consultas com os médicos (Fox, Ward & O'Rourke, 2005).

É uma realidade que a prescrição médica tem forte influência no modo como os indivíduos consomem os medicamentos. Um dos critérios encarados como fator de risco é a percepção que os indivíduos fazem na obrigatoriedade de o medicamento estar sujeito a prescrição médica, pois é encarado como algo que requer mais cuidado na sua utilização. Contudo, também a farmácia tem vindo a adquirir uma posição privilegiada na gestão terapêutica, bem como no aconselhamento na administração medicamentosa convertendo-se, assim, num requisito de confiança leiga em matéria de sistema pericial (Lopes, 2003; 2004).

A publicidade é a marca da massificação, levando ao aumento do consumo e mercantilização dos corpos, com estratégias eficientes para satisfazer os desejos de um

público cada vez mais exigente. Que se verifica irem ao encontro com as perceções que cada um atribui ao culto do corpo, com a busca incessante de dietas, roupas de marca ou cirurgias faciais. Onde o mercado de massa procura cada vez mais assegurar o consumo em larga escala de produtos relativamente padronizados. Que trazem para modernidade tardia um mundo repleto de riscos e perigos e considerados por isso o lado escuro da modernidade (Giddens, 2002).

Com efeito, no que toca a saúde, aos indivíduos da sociedade do conhecimento é requerido que procurem estar bem informados, que interajam de maneira reflexiva e procurem informações sobre a saúde, que devem complementar com a informação médica. Esta disponibilidade de informações na saúde vem transformar o indivíduo num consumidor mais reflexivo que não se limita a “acumular conhecimento” (Giddens, 2002:26), mas que se mostra capaz de avaliar a eficácia do tratamento farmacológico perante os modelos periciais. Pois o acesso a esta informação privilegiada vai permitir ao indivíduo fazer a sua própria apreciação, dito de outra maneira, as orientações periciais são interiorizadas e utilizadas posteriormente como linhas orientadoras em situações semelhantes na gestão da sua saúde, como situações análogas às que deram origem à prescrição médica (Lopes, 2004), mas que anteriormente era reservado ao espaço dos saberes domésticos com os designados tratamentos caseiros.

Os critérios para a avaliação dos tratamentos não se baseiam apenas em sintomas, mas são também tidas em conta as avaliações mais específicas adquiridas através dos meios complementares de diagnóstico (análises biológicas, exames radiológicos, etc.). Pois é a constante procura e assimilação sobre todo o tipo de informação médica que permite ao indivíduo avaliar a eficácia do tratamento. O risco é percecionado pelo indivíduo de acordo com a ameaça que este lhe confere. Assim, o risco permanece implícito em qualquer meio terapêutico mesmo quando denominado de não medicamento. Nesse sentido, o indivíduo estabelece categorias consoante o potencial risco terapêutico e distingue entre medicamentos fortes ou medicamentos fracos com carácter mais ou menos invasivo. Na perceção leiga o medicamento de aplicação externa é menos invasivo do que o medicamento de aplicação interna, dado que a aplicação externa defenderia o corpo de potenciais ataques exteriores (Lopes, 2004). Desta forma, na perceção do indivíduo, o medicamento não é avaliado de acordo com as suas características intrínsecas, mas sim pelo risco que comporta.

2.3.2. Intervenções cirúrgicas

Presentemente a cirurgia bariátrica tem sido a solução médica adotada para o tratamento da obesidade mórbida, apresentando-se como o único tratamento comprovado a longo prazo no tratamento da obesidade severa a nível populacional que é constituído pela modificação cirúrgica da anatomia gastrointestinal para a perda de peso (Frame-Peterson et al., 2017). Esta cirurgia tem crescido exponencialmente em todo o mundo visto apresentar melhores resultados do que o consumo de produtos farmacêuticos em doentes com esta patologia. Embora a cirurgia bariátrica já exista nos EUA desde os anos 50 do século passado, a crescente popularidade deste procedimento tem crescido graças aos meios de comunicação, mais especificamente a internet, por cirurgiões de bariátricas que divulgam frequentemente os seus serviços e testemunhos (Tavares et al., 2011).

Esta é também a realidade em Portugal, que em 2009 aprova e publica o regulamento do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO) com a Portaria n.º 1454/2009, criando condições para que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde possam dar resposta a este tipo de cirurgias, permitindo aos doentes e entidades convencionadas que possam realizar cirurgias bariátricas para redução significativa de peso através do PTCO. Este modelo prevê que os cuidados de saúde possam ser prestados de forma integrada e adequada às necessidades em saúde de cada doente.

Neste pano de fundo, a cirurgia é recomendada para indivíduos que não apresentam resultados perante uma dieta restritiva para perder peso ou uso de medicamentos ou são extremamente obesos ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$), ou que têm um $IMC > 35$ a 40 kg/m^2 e têm como condição uma ou mais comorbidades (diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias) (Kaur, 2014).

Neste sentido, a cirurgia que visa reduzir o volume do estômago (WLS - Weight Loss Surgery - cirurgia de perda de peso) é cada vez mais procurada. É geralmente considerado como um tratamento em último recurso para aqueles que carregam um peso significativo e intratável e são portadores de doenças associadas à obesidade (Throsby, 2008). Esta intervenção cirúrgica reduz e limita a capacidade de o estômago absorver os alimentos, diminui a vontade de comer, pois há uma maior saciedade precoce e vai contribuir para menor ingestão calórica ajudando deste modo na perda de peso (Frame-Peterson et al., 2017).

A cirurgia bariátrica divide-se em três categorias: restritiva, mal-absortiva ou mista. No procedimento restritivo, o volume do estômago é reduzido, o que permite uma saciedade

precoce, pois a quantidade de alimentos ingeridos é limitada. São exemplos desta técnica: a bandoplastia gástrica, a gastroplastia vertical anilhada e a gastrectomia vertical. No procedimento mal absorptivo a absorção intestinal é reduzida originada pelo resultado de um desvio, realizado cirurgicamente, onde a comida passa para um intestino menor. Sabe-se que é no intestino delgado que a comida ingerida é absorvida, ora absorvendo menos quantidade de alimentos aumenta a hipótese de emagrecer. Um exemplo destas técnicas é a derivação biliopancreática. Por último, os procedimentos mistos combinam as técnicas restritivas e malabsortivas, sendo o by-pass gástrico a cirurgia mista mais usada (Tavares et al., 2011).

As técnicas de cirurgia bariátrica com laparoscópica na colocação de banda gástrica ajustável (AGB), juntamente com Roux-en-Y e outras formas de bypass gástrico são agora as escolhas preferidas para os casos da obesidade severa e mórbida. Esta técnica resulta numa perda de peso de 25 a 30% e com rápida normalização dos níveis da glicose e tensão arterial em pacientes com diabetes e hipertensos, com 95% dos pacientes com melhorias no perfil metabólico um ano após a cirurgia e benefício na resolução das comorbidades associadas à obesidade (Kaur, 2014).

A cirurgia bariátrica oferece significativa perda de peso. É uma cirurgia fácil e as complicações são mínimas em adultos obesos. Após a cirurgia, ao fim do primeiro ano, verifica-se que os valores de IMC baixam, assim como se verifica uma redução do perímetro da circunferência da cintura, redução na tensão arterial, nos valores do colesterol HDL, nos triglicéridos e na glicose no plasma. Estas melhorias são mais relevantes entre pacientes submetidos a bypass gástrico em comparação com a técnica de banda gástrica ajustável (Waleed et al., 2017).

Testemunhos de pacientes bariátricos relatam que o estigma relacionado com o seu peso é um dos fatores para recorrer à cirurgia, no entanto, só recorrem a esta alternativa em último recurso (Brewis, 2014). A procura por este tratamento torna-se apelativa, pois num curto espaço de tempo “a cirurgia altera o corpo físico e funciona como pretendido, possibilitando emagrecimento e peso normal” (Berg, 2020:227). Obviamente que a cirurgia não representa a cura para o problema da obesidade mórbida, mas é uma ferramenta para resolver muitas questões da comorbilidade.

A longo prazo, a cirurgia promove alterações que afetam o corpo com as modificações efetuadas no sistema digestivo através de processos irreversíveis que vão enfraquecendo as estruturas internas do corpo ao esvaziar os seus reservatórios, proporcionando um

emagrecimento, mas paralelamente vai-se constituindo numa vulnerabilidade para o indivíduo ao se deparar com problemas de saúde inesperados que são ao mesmo tempo desconhecidos e por isso não podem se curáveis. A vulnerabilidade daqui resultante requer atenção contínua para evitar problemas maiores ao lidar com as vicissitudes da vida quotidiana (Berg, 2020).

Nos pacientes que não seguem o estilo de vida recomendado após a cirurgia bariátrica, que requer mudanças na dieta, podem surgir complicações a longo prazo. Esses pacientes podem apresentar síndrome de dumping, náuseas, vômitos, refluxo gastroesofágico, diminuição na ingestão de nutrientes que pode conduzir a deficiências nutricionais. A baixa ingestão de proteínas e micronutrientes motivado por uma alteração na ingestão potencia uma diminuição na absorção de nutrientes devido à alteração anatômica resultante dos procedimentos cirúrgicos, que aumenta a probabilidade de risco de carências nutricionais, sendo necessário recorrer a suplementação para combater estas carências (Frame-Peterson et al., 2017).

Como podemos ver, um corpo bariátrico pode, para alguns, resolver problemas relacionados com um corpo corpulento e evitar, deste modo, o estigma da obesidade, enquanto para outros isso não acontece, pois, os resultados da cirurgia não têm o mesmo efeito em todos os pacientes. Viver com a cirurgia bariátrica é muito mais do que obter um corpo com peso normal, mas também cria vulnerabilidade a doenças e mudanças contextuais no desenvolvimento individual (Berg, 2020).

Atualmente existem diretrizes que estipulam os critérios de elegibilidade em adultos submetidos à cirurgia bariátrica. Destaca-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar (onde se inclui um nutricionista, um cirurgião, um psicólogo e um endocrinologista) (Michalsky et al., 2012). Pois a longo prazo estes tratamentos mostraram efeitos colaterais graves e de eficácia limitada (Bartges et al., 2017) com acompanhamento escasso destes doentes por parte dos profissionais de saúde (Berg, 2020).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem registado uma crescente procura por este tipo de serviço sendo que o tempo médio de espera para o “pedido de primeira consulta de obesidade” (ERS, 2019:34) ronda os 8 meses, isto em 2017. Segue-se “em média, 16 meses desde a indicação para consulta até à cirurgia” (2019:34), sendo justificada esta dificuldade pelo facto de haver complexidade em conciliar as várias especialidades pertencentes à equipa multidisciplinar e que são fundamentais para o decorrer do processo. Para ultrapassar esta dificuldade e cumprir os tempos máximos de resposta garantidos

(TMRG), o SNS desenvolveu a modalidade de vale cirurgia (VC) “que garante ao utente a possibilidade de cirurgia num hospital privado, com convenção para o efeito, quando o TMRG não pode ser cumprido no hospital do SNS” (2019:35) e que pertencem à lista de inscritos do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) que define os preços e as condições em que se pode efetuar as cirurgias pelas equipas.

2.3.3. As Medicinas Complementares e Alternativas (MCA)

Em primeiro lugar torna-se importante definir o que são as medicinas complementares e alternativas (MCA). De acordo com a WHO (2013) “os termos «medicina complementar» ou «medicina alternativa» referem-se a um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país ou da medicina convencional e não estão totalmente integradas ao sistema de saúde dominante. Eles são usados alternadamente com a medicina tradicional em alguns países” (WHO, 2013:15).

Quer isto dizer que além da profissão médica, existem outros agentes que utilizam a prática da saúde holística (holos = todo) em determinadas áreas da vida quotidiana com o timbre de medicina natural, fundamentando-se na modificação dos estilos de vida, juntamente com as crenças na continuidade de um corpo-mente são. Aqui, a doença é vista como um desequilíbrio de energias dos eus emocionais, racionais, espirituais, físicos e sociais que exigem cada vez mais consultas com profissionais de saúde holística (Lowenberg & Davis, 1994). Não quer dizer que os pacientes evitem o tratamento médico, mas antes que procuram complementar com as terapias alternativas, mantendo assim a confiança na medicina convencional (Pegado, 2017).

Os tratamentos médicos convencionais eficazes para a obesidade são limitados e as evidências sugerem que os pacientes com obesidade procuram formas alternativas de cuidados de saúde para perder peso. Existem evidências concretas, de técnicas para a perda de peso através das MCA, em conjunto com seguimento nutricional e atividade física deve ser a estratégia de tratamento oferecida a indivíduos com sobrepeso e obesos (Esteghamati et al., 2015).

As evidências emergentes sugerem que algumas terapias de MCA podem ser eficazes no controle de condições relacionadas à obesidade, como osteoartrite e dor lombar. Assim, os pacientes com obesidade também podem usar as MCA para tratar as suas comorbilidades.

Estudos revelam que adultos com obesidade têm menor prevalência de uso de terapia de ioga e prevalência semelhante de uso de várias modalidades de MCA, incluindo técnicas de relaxamento, uso de ervas naturais, massagem, medicina quiroprática, tai chi e acupuntura, em comparação com indivíduos com peso normal. Os adultos com obesidade eram geralmente menos propensos a usar a maioria das modalidades de MCA. No entanto, a prevalência do uso de suplementos não prescritos para perda de peso em adultos com obesidade é substancialmente mais alta face aos indivíduos com peso considerado normal (Bertisch, Wee & McCarthy, 2008).

A procura por este tipo de modalidades terapêuticas resulta da insatisfação com a medicina convencional ligada às questões que a biomedicina não consegue resolver; aos riscos associados às terapias ou à insatisfação no relacionamento terapêutico. As doenças são tratadas como um todo com o objetivo de compreender todas as transformações que se relacionem com o corpo. As sessões ocorrem com a presença de um terapeuta que explica não existir qualquer problema médico, mas sim uma desregulação centrada no indivíduo. Ou seja, de acordo com a abordagem médica convencional um órgão é tratado individualmente por um especialista da área e na abordagem holística a técnica envolve trabalhar o *self* e o meio ambiente, fator central para a causalidade da doença. A visão holística enfatiza a importância do ambiente na produção de doenças. Em algumas terapias, para haver uma harmonização do *Self* - de si mesmo - é necessária meditação para manter o corpo e mente em equilíbrio e atingir a harmonização corporal, essa procura de equilíbrio é feita com auxílio de leitura de livros de autoajuda e de música que ajuda a relaxar contrariando assim os princípios defendidos na medicalização, onde os fenômenos anormais são transformados em questões médicas. No entanto, nos modelos de saúde holista mais radicais, os indivíduos são vistos como escolhendo ficar doentes; a recuperação é uma escolha volitiva que vai de encontro às teorias defendidas pelo sistema Parsoniano (Lowenberg & Davis, 1994; Pridmore & Garcia, 2014).

A saúde holística prevê o tratamento do indivíduo em todas as suas dimensões. De acordo com este paradigma, a abordagem holística pressupõe ampliar a esfera tradicional da medicina (alopática) de um foco estreito e amplamente técnico sobre a sintomatologia e a doença para um domínio ampliado, incluindo focos salientes de saúde como nutrição, bem-estar psicológico e espiritual, relacionamento interpessoal e influências emanadas pelo meio ambiente (Lowenberg & Davis, 1994).

Os avanços tecnológicos por parte da medicina moderna são inegáveis e não estão em causa. No entanto, constata-se que são vários os indivíduos que procuraram cada vez mais as terapias alternativas em doenças que consideram que não são devidamente tratados pela biomedicina. Além disso, consideram que os profissionais de medicina não convencional ou alternativa são mais atenciosos e tratam o paciente como um todo. Estas pessoas representam um público mais bem preparado e educado e cada vez mais céticos em relação à ciência e ao conhecimento pericial. Em alguns casos, terapias alternativas são um complemento dos tratamentos biomédicos. Em outros casos os indivíduos encontram-se seriamente doentes e por isso desacreditados da medicina convencional. Ao mesmo tempo, as terapias alternativas também são um modo de interação empática com um profissional de saúde. Pois a maior parte da medicina convencional é impessoal e tem caráter mecanicista, demonstra uma dependência pesada em tecnologias caras e uso de drogas, que muitas das vezes tem potenciais efeitos colaterais (Lloyd et al., 1993; Saks, 1994; Lupton, 1997).

As razões para as pessoas procurarem terapias alternativas relacionam-se com a busca de uma abordagem holística do tratamento que enfatiza o paciente como um todo tendo em atenção a sua dimensão física, psicológica, sociais e espirituais. Fundamentalmente, o objetivo das terapias alternativas é aumentar a capacidade do indivíduo em superar a doença, auxiliando com a limpeza e fortalecimento do corpo e cujos tratamentos são prescritos de forma personalizada para cada indivíduo (Lowenberg & Davis, 1994).

Existem diferenças entre estes dois modelos de prestação de cuidados de saúde, o modelo de conhecimento biomédico assenta num modelo com raízes no método científico, no entanto, de acordo com Giordano (2003) estes dois sistemas unidos reconhecem poder oferecer uma mais-valia no tratamento clínico para os doentes. Também a comunicação entre estes dois modelos de terapia nos profissionais de saúde e terapeutas torna-se importante dado que reduz os riscos de interações negativas no uso das terapias não convencionais (TNC) por parte dos médicos (Giordano, 2003).

O leque das práticas terapêuticas em MCA é vasto e não é o propósito desta tese dissertar sobre a temática, pois existem diversos estudos sobre a matéria. Aqui, vamos fazer um pequeno ensaio para melhor compreender os recursos terapêuticos que não fazem parte da medicina convencional e dada a panóplia de ofertas terapêutica atualmente em vigor torna-se difícil desenvolver uma categorização das terapias. Assim, optamos por abordar as terapêuticas contempladas pela legislação portuguesa.

Em Portugal as MCA, foram objeto de regulação em 2013, quando a Lei nº 71/2013, de 2 de setembro, lhe atribuiu as seguintes classificações profissionais: i) acupuntura, ii) fitoterapia, iii) homeopatia, iv) medicina tradicional chinesa, v) naturopatia, vi) osteopatia, vii) quiropráxia. Para além destas sete encontramos também um outro conjunto de terapias organizadas em associações profissionais e que se compõem da seguinte forma: medicina ayurvédica, reflexologia, iridologia, shiatsu, terapia dos cristais, radioestesia, cinesioterapia/quinesioterapia, Feng Shui, Reiki, florais de Bach, aromaterapia, moxabustão, auriculoterapia, terapia magnética/ magnetoterapia, massagem Tui-Na, Chi Kung, terapia sacro craniana, apiterapia, energologia, Unani, homotoxicologia, kirliangrafia, massoterapia, termografia, hidroterapia, etc. (Pegado, 2017:21).

Para este estudo vamos falar sobre as que estão regulamentadas em Portugal, objeto de uma maior legitimação institucional e por isso suscetíveis de uma maior procura por parte dos indivíduos que escolhem estes recursos. Por este motivo, vamos fazer uma pequena caracterização das sete MAC legisladas em Portugal e como se distinguem entre si, seguindo a ordem atrás descrita e de acordo com Pegado (2017:21-23):

Acupuntura: “A acupuntura é a terapêutica que utiliza métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios assentes em axiomas e teorias da acupuntura, utilizando a rede dos meridianos, pontos de acupuntura e zonas reflexológicas do organismo humano, com o fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas” (Portaria n.º 207-F/2014, de 8 de outubro);

Fitoterapia: “A fitoterapia é a terapêutica que utiliza, como ingredientes terapêuticos, substâncias provenientes de plantas, e inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento, abrangendo ainda o aconselhamento dietético e a orientação sobre estilos de vida” (Portaria n.º 207-E/2014, de 8 de outubro);

Homeopatia: “A homeopatia é a terapêutica que utiliza, para prevenção e tratamento, medicamentos homeopáticos obtidos a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na Farmacopeia Europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro da União Europeia, e que pode conter vários princípios” (Portaria n.º 207-C/2014, de 8 de outubro);

Medicina tradicional chinesa: “A medicina tradicional chinesa é a terapêutica que utiliza métodos de prevenção, diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, baseados nas

teorias da medicina tradicional chinesa e nos seus métodos específicos, designadamente, na estimulação dos pontos de acupuntura e meridianos através de diferentes métodos terapêuticos, na prescrição de fórmulas fitoterapêuticas, aconselhamento alimentar e exercícios para promover e recuperar a saúde” (Portaria n.º 207-G/2014, de 8 de outubro);

Naturopatia: “A naturopatia é a terapêutica que estuda as propriedades e aplicações dos elementos naturais, a fim de prevenir a doença e manter, promover e restaurar a saúde, recorrendo ainda ao aconselhamento dietético naturopático e à orientação sobre estilos de vida e utilizando a fitoterapia, a homeopatia, a hidroterapia, a geoterapia, as terapias da manipulação e outros métodos afins” (Portaria n.º 207-A/2014, de 8 de outubro);

Osteopatia: “A osteopatia é a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios neuro-músculo-esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras afins necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e ou a regulação da homeostase que pode estar alterada por disfunções somáticas, neuro-músculo-esqueléticas e elementos vasculares, linfáticos e neuronais relacionados” (Portaria n.º 207-B/2014, de 8 de outubro);

Quiropráxia: “A quiropráxia é a terapêutica que se baseia no diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do sistema neuro-músculo-esquelético, principalmente a subluxação (no conceito da quiropráxia), bem como nos efeitos destes distúrbios no estado geral de saúde e no bem-estar do indivíduo” (Portaria n.º 207-D/2014, de 8 de outubro).

2.3.4. Itinerários terapêuticos

Itinerários terapêuticos é um conceito utilizado para definir a trajetória realizada pela procura de terapêuticas para a doença do indivíduo (Augé, 1984). Neste sentido, a designação de Itinerários terapêutico (IT) traduz-se na experiência vivida pelos indivíduos no tratamento da sua patologia e a procura terapêutica para tratar a sua doença recorrendo aos serviços públicos ou ao setor privado (Alves, 2015). As práticas de cura assentam em doutrinas e experiências consoante o grupo em que o indivíduo está inserido, quer isto dizer que o “corpo”, “doença” e “saúde” têm significados diferentes de sociedade para sociedade, bem como as técnicas de cura. Nas sociedades complexas os indivíduos encontram uma panóplia diversificada de serviços terapêuticos cabendo a cada um a reflexividade individual (Pereira, 1993). Por sua vez, estes serviços desenvolvem diferentes métodos, desconhecidos pelos leigos, com serviços

distintos que padronizam, interpretam e procuram tratar o sofrimento dos indivíduos (Alves, 2010). Por vezes, quando a desconfiança se instala no diagnóstico existe a probabilidade de consultar uma segunda opinião e muitas das vezes essa opinião vem de um clínico que exerce em consultório particular. Quer isto dizer que muitas das vezes existe a procura “voluntária da medicina privada” (Carapinheiro, 2001:340) para confirmar o diagnóstico de experiências menos boas.

Tal como se verificou para outro tipo de problemas de saúde em que a maior parte das trajetórias começa na prevenção primária com o rastreio pedido pelo “médico de família” no “centro de saúde” (Carapinheiro, 2001:339), que é a unidade básica do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o mesmo acontece no caso das pessoas obesas, sendo que se os sintomas persistirem levanta-se a necessidade de os pacientes serem reencaminhados para os hospitais a fim de realizarem exames complementares nos cuidados diferenciados. As pessoas com excesso de peso deparam-se por vezes com adversidades baseadas em preconceito e estigma que lhes causa sofrimento e ansiedade, levando à necessidade de procurarem ajuda para administrar a sua obesidade (Agnihotri et al., 2016; Lindström, 2017).

Os modelos explicativos, de certa forma, determinam quais os recursos acionados ao enfrentar as situações, desenhando assim um determinado itinerário. As trajetórias terapêuticas dos indivíduos vão sendo captadas pelos discursos proferidos através das entrevistas que se fazem aos indivíduos e muitas vezes se baseiam nas vivências que vão sendo transcritas de acordo com as experiências. Por vezes, são conceções sobre as doenças e modelos de tratamento, empregadas por todos aqueles envolvidos num processo clínico ao focalizar aspetos sobre as causas da doença, tais como, o seu início e duração, sinais e sintomas, gravidade e formas de tratamento (Helman, 2006).

De acordo com Kleinman (1988) é necessário distinguir “*disease* (doença-patologia) e *illness* (doença-mal-estar)” (Pegado, 2017:175). A *disease* é um processo patológico, em regra geral é acompanhado de sintomas físicos, que podem ser, por exemplo, uma infeção na garganta ou uma malformação biológica. A *illness* refere-se à maneira como as pessoas percecionam e convivem com os sintomas da doença e as experiências vividas de acordo com os processos inflamatórios. A *illness* faz-se acompanhar pela *disease*, que pode ser ou não declarada, como acontece no caso de doenças cancerígenas que não apresentam sintomas imediatos. A *illness* corresponde a avaliações desses processos, centra-se na trajetória individual do indivíduo, incluído os testemunhos do paciente ao lidar com a angústia da perda

de saúde ou da alteração da imagem corporal que lhe fazem perder a autoestima. A *illness* tem significado cultural conforme as diferentes épocas e sociedades, no decurso pode deixar marcas de estigmatização que pode constituir-se em aflição ou causar a morte social (Kleinman, 1988).

Além disso, a doença ocorre em determinado ambiente enquadrado no conceito *disease*, exigindo assim a intervenção do médico no sentido de identificar a patologia e tratar a pessoa; *illness*, o mal-estar faz mudar as ações do indivíduo, participando às outras pessoas a sua perspetiva pessoal sobre a ocorrência negativa e pedir ajuda (Hofmann, 2002).

Os modelos de saúde são descrições hipotéticas de processos complexos que podem ser usados como construções para compreender as determinantes dos resultados clínicos. É importante ressaltar que esses modelos devem ser ajustados e refinados com base na realidade do paciente, da doença e do tratamento. O modelo *disease-illness* foi identificado como uma ferramenta que pode ser usada por profissionais de saúde para diferenciar a doença e a enfermidade, com o intuito de compreender quer a história biomédica da doença quer as experiências do paciente em confronto com a doença. No modelo *disease-illness*, o termo *disease* é usado para definir os processos fisiopatológicos que afetam adversamente a estrutura e função de órgãos e sistemas. O termo *illness* define o paciente em termos de fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais que refletem as experiências subjetivas e únicas de cada indivíduo associadas ao seu mal-estar (Fastenau, 2019).

Existem vários modelos precisos e informativos sobre a dualidade *disease-illness* que foram desenvolvidos pelos principais especialistas das sociedades médicas e científicas, mas faltam modelos centrados na obesidade-doença, com vista a melhorar a qualidade do atendimento. Este modelo *disease-illness* da obesidade alinha-se com o contexto das iniciativas atuais de pesquisa sobre obesidade que reconhece o nível de variabilidade nas respostas dos indivíduos perante o tratamento (Fastenau, 2019).

O modelo *disease-illness* para a obesidade pode ser usado para relatar as experiências pessoais, colocando questões como a avaliação da facilidade ou dificuldade em perder peso; o controlo da fome e do apetite; a satisfação com o tratamento; as melhorias nas atividades diárias e saúde mental. Neste sentido, o uso de um modelo *disease-illness* é fundamental, pois pode ajudar os investigadores a organizar e visualizar as principais características sobre muitos aspetos de tratamento e de patologias que afetam a obesidade (Fastenau, 2019).

Este modelo enfatiza a complexidade e a diversidade das experiências dos pacientes com obesidade, ilustrando os impactos da doença na qualidade de vida e na saúde do indivíduo, bem como os desafios enfrentados pelos pacientes em alcançar e manter a perda de peso a longo prazo mantendo comportamentos saudáveis na melhoria da saúde. Este modelo deve e pode evoluir ao longo do tempo conforme vão surgindo evidências de novas abordagens de tratamento, assim como a atitude do paciente perante as suas patologias (Fastenau, 2019).

Para esta tarefa, recorreu-se a entrevistas, pois são as narrativas leigas sobre as experiências e vivências terapêuticas dos indivíduos com os recursos terapêuticos existentes que fazem a articulação entre as práticas e as lógicas que cada indivíduo vai vivenciando ao longo das suas trajetórias terapêuticas e os modos de relação que se vão desenrolando durante esse percurso (Pegado, 2017). É de sublinhar, nessas trajetórias, a saliência dos sintomas e sensações que cada pessoa descreve e avalia se sente bem ou mal, saudável ou doente, capaz de tomar decisões e resolver problemas (Carapinheiro & Correia, 2015). Pois “é no corpo que, em grande medida, reside a explicação biológica da doença” (Carapinheiro & Correia, 2015:1).

Ainda de acordo com Carapinheiro (2001) a trajetória dos doentes inicia-se geralmente no centro de saúde. Há, no entanto, doentes que tendem a utilizar o centro de saúde para problemas de saúde menores, nomeadamente pedido de análises, exames complementares de diagnóstico. Outras vezes estas trajetórias desencadeiam episódios preocupantes em que a única alternativa é o recurso às urgências do hospital acompanhado de um internamento e que desencadeia num quadro reflexivo por parte do paciente de quais as opções terapêuticas para o seu caso concreto. Muitas das vezes os entrevistados, desenvolvem narrativas em que as escolhas são ponderadas a partir do contexto familiar, sociocultural, oferta de serviços disponíveis, emocionais, de auto percepção. Muitas destas pessoas aproveitam e reconhecem as redes sociais como facilitadoras de mudança de comportamentos.

Portanto, não é de estranhar que os cidadãos esclarecidos procurem por intermédio da consulta de informação oficial utilizar os recursos disponíveis de forma eficiente. Por outro lado, se refletirmos sobre a história da saúde em Portugal, podemos reconhecer que um dos elementos fundamentais da liberdade de escolha dos pacientes é o direito à informação, para decidir livremente. Pois são as “escolhas sociais, que conferem o conceito de equidade, um carácter predominantemente moral, moldado pelas condições de relatividade histórica, social

e cultural do pensamento dominante sobre a ética e os valores humano” (Carapinheiro, 2010:1).

Assim, a defesa dos direitos dos indivíduos que garante a integridade física e moral dos indivíduos em contexto de saúde está inscrita na Constituição da República Portuguesa (CRP) que consagra no seu artigo 64º, o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito (Monteiro, 2016).

Em consonância, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) cria em 15 de setembro de 1979 a Lei n.º 56/1979, pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde e consagra a liberdade de escolha na prestação de cuidados de saúde (Monteiro, 2016)¹⁵.

Tal como a Lei de Bases da Saúde (LBS) deve responder aos desafios presentes e futuros na salvaguarda dos direitos das pessoas em matéria de proteção da saúde aprovou a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto¹⁶, que estabelece os direitos dos cidadãos à saúde, determinando que estes têm direito a que os serviços públicos de saúde reconhecendo a liberdade de escolha (Monteiro, 2016).

É neste quadro que se propõe a seguinte reflexão, o grande desafio do sistema de saúde é dar resposta às diferentes necessidades dos cidadãos, ora perante este facto torna-se importante apostar nos “recursos e orientações políticas, novas formas de contratualização na gestão da saúde das populações e novas tecnologias de comunicação e de informação que, seguramente, irão introduzir alterações significativas nas relações entre as profissões de saúde e os doentes” (Carapinheiro, 2014:3).

2.4. Os recursos para a gestão da obesidade em Portugal

Para analisar os recursos para a gestão da obesidade em Portugal procurou-se obter informação relativamente à venda por embalagem de produtos para o emagrecimento junto da Associação Nacional de Farmácia (ANF). No Serviço Nacional de Saúde (SNS) procurou-se adquirir a informação e sobre o número de cirurgias para a perda de peso. De acordo com os dados solicitados fez-se a análise sobre o panorama a nível nacional.

¹⁵ Artigo 8º da Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro.

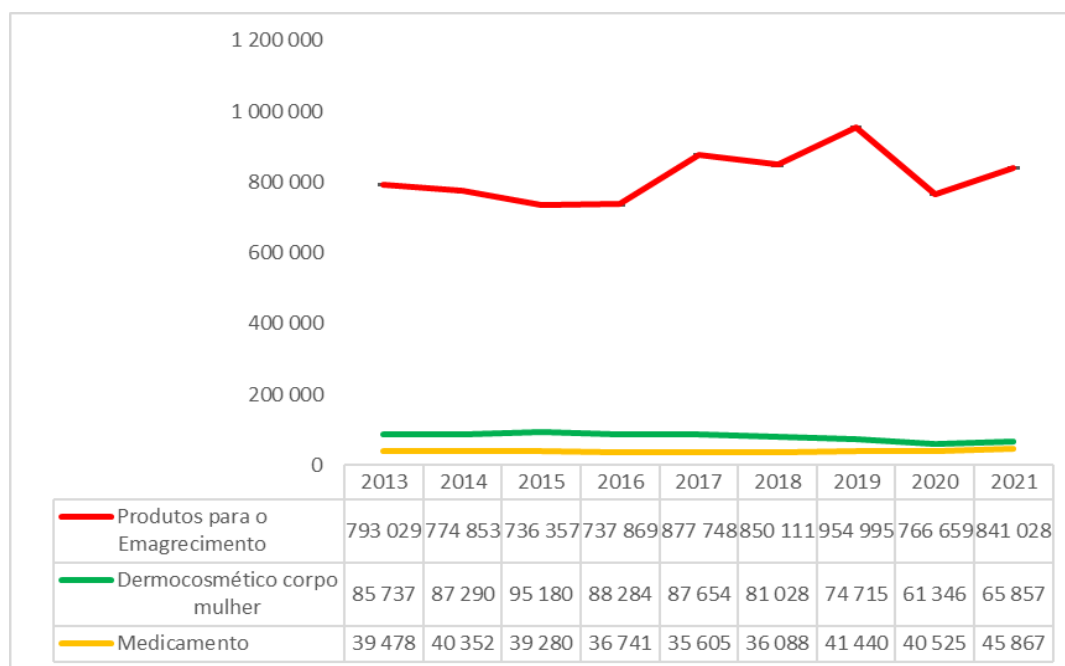
¹⁶ A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto foi alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de setembro, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar.

Das informações recebidas, os produtos para emagrecimento abarcam três grandes categorias, que por sua vez se ramificam em novas categorias. São então i) os produtos para emagrecimento, que se subdividem em cinco: Produtos para reduzir o apetite, Produtos para perda de peso, Substitutos de refeição, Produtos adelgaçantes, Produtos drenantes; ii) os medicamentos, que se subdividem em dois: Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), Medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM); e iii) os dermocosméticos, são produtos destinados ao cuidado com a pele que correspondem apenas a uma categoria isolada, os anticelulíticos. Foi também solicitada informação sobre o número de consultas de nutrição, tendo sido disponibilizados dados sobre as consultas de nutrição em farmácias.

De acordo com a informação recebida sobre os produtos vendidos à escala nacional, o maior volume comparando as três categorias é dos produtos para emagrecer (cf. Quadro 2.1). Podemos, ainda, verificar que existiu uma ligeira desaceleração das vendas de produtos de emagrecimento entre 2013¹⁷ e 2016. Já entre 2016 e 2021 regista-se uma evolução positiva, sendo o pico das vendas em 2019. Em 2020 existe uma quebra excecional, causada pela pandemia do Covid-19, seguida por uma recuperação em 2021. Na linha de tendência da gama dos dermocosméticos e medicamentos as vendas seguem um percurso estável ao longo do período entre 2013 e 2021.

¹⁷ Data mais antiga para a qual os dados foram disponibilizados.

Quadro 2.1 — Venda de produtos de emagrecimento, medicamentos, dermocosméticos por embalagem, a nível nacional, 2013-2021.

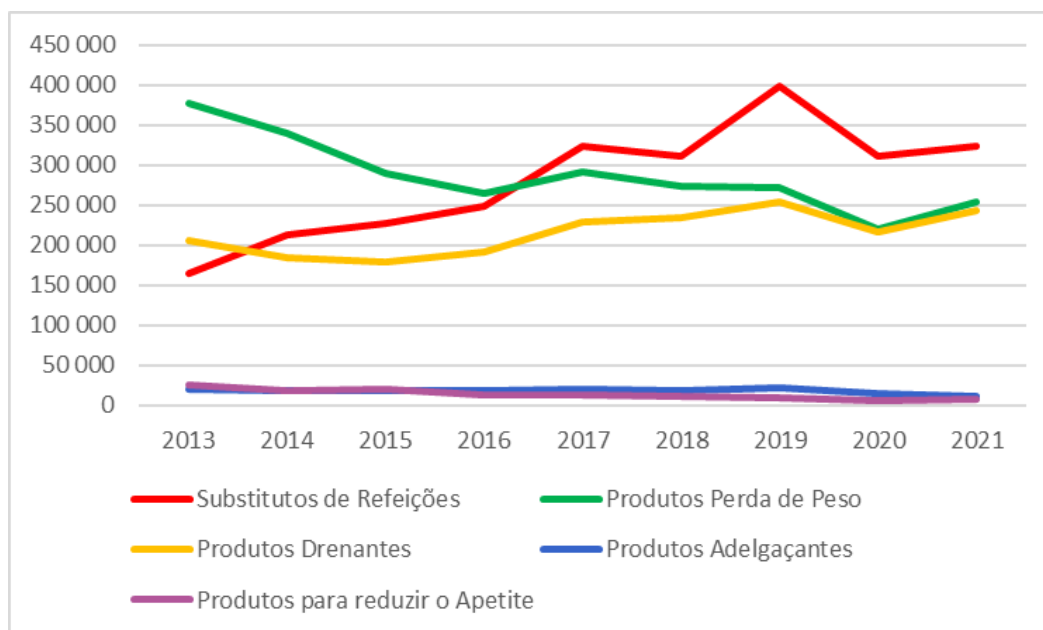


Fonte: Sistema de Informação hmR / Análise CEFAR (INFOSAÚDE).

Quando desagregamos os produtos para o emagrecimento pelas cinco categorias, verifica-se que o volume de vendas é maior nos substitutos de refeição, que mantiveram uma evolução positiva em todo o período 2013-2021, tendo ocorrido uma quebra em 2020 devido à pandemia Covid-19, com recuperação em 2021. Similar percurso têm os produtos drenantes, entre 2013 e 2016 observa-se que registaram uma pequena desaceleração no volume das vendas, recuperando posteriormente até 2021. Verifica-se, ainda, que houve uma quebra em 2020 justificada pela pandemia Covid-19.

Já na gama de produtos para perda de peso verifica-se o inverso. Para o período de 2013-2021 comprova-se a existência de um decréscimo, primeiro mais acentuado até 2016, seguido por uma discreta recuperação entre 2016-2017, novamente uma desaceleração nas vendas até 2020. Também aqui o efeito da pandemia teve influência resultando na quebra de vendas em 2021, repondo as vendas em 2020. Na comparação de dados entre os produtos para reduzir o apetite e os produtos adelgaçantes, as evidências apontam que se mantiveram a par com um percurso estável na mesma trajetória (cf. Quadro 2.2).

Quadro 2.2 — Venda de produtos de emagrecimento por embalagem, a nível nacional, 2013-2021

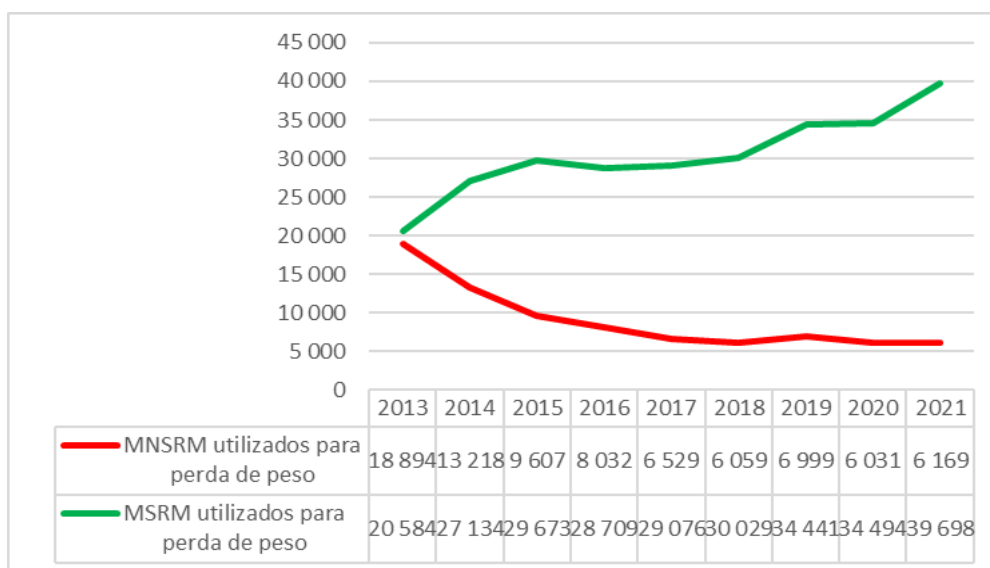


Fonte: Sistema de Informação hmR / Análise CEFAR (INFOSAÚDE).

Na informação mais detalhada na categoria Medicamentos para a perda de peso, observa-se que há uma evolução positiva consistente nos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) em relação aos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) (cf. Quadro 2.3). Sobre os MNSRM houve uma quebra nas vendas de 32,6% entre 2013 e 2021 tendo a quebra mais significativa ocorrido entre 2013 e 2016. Na explicação detalhada na venda de medicamentos com receita médica comprados em farmácias, tais como artigos não duráveis manipulados e dietéticos, regista-se um aumento significativo na venda por unidade. Esse aumento é verificado entre 2013 e 2016 e posteriormente entre 2018 e 2021.

Os resultados dos dados mostram-nos que a venda de MSRM apresenta uma evolução positiva consistente, em contraste com aos valores das vendas dos MNSRM que mostram um percurso oposto com o decréscimo nas vendas. Uma das possíveis hipóteses para este fenómeno é de que os indivíduos estão cada vez mais esclarecidos e reflexivos e reconhecem a importância de um acompanhamento pericial para ajudar no tratamento da obesidade e, por isso, recorrerem cada vez mais ao apoio das entidades periciais.

Quadro 2.3 — Venda de medicamentos para a perda de peso, a nível nacional, 2013 - 2022

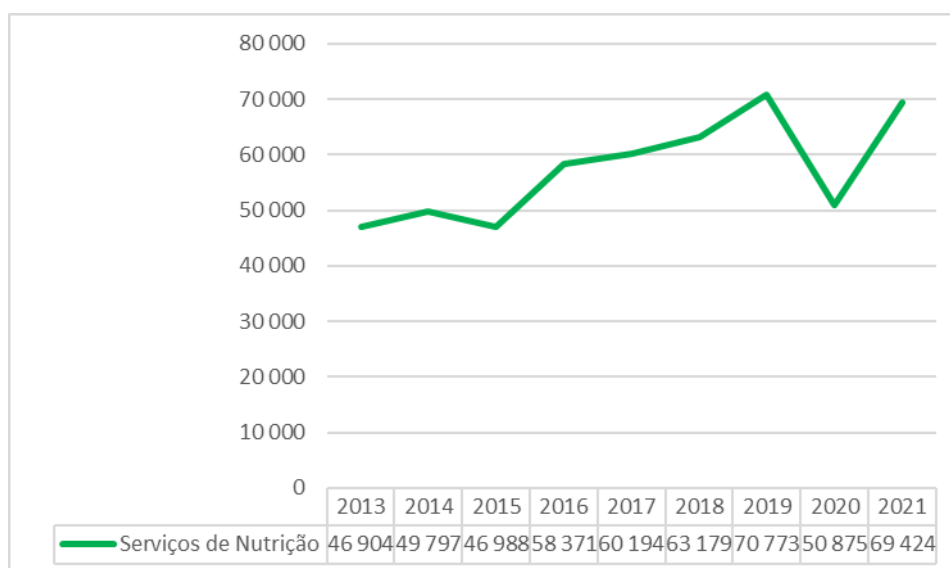


Fonte: Sistema de Informação hmR / Análise CEFAR (INFOSAÚDE).

Em relação às consultas de nutrição realizadas em farmácias sob a supervisão de nutricionista é visível uma evolução positiva de 2013 a 2019, tendo ocorrido uma quebra acentuada em 2020 causada pela pandemia Covid-19 e posteriormente um reconquistar do volume de consultas em 2021 (cf. Quadro 2.4).

A leitura destes dados mostra como o campo da nutrição se tem vindo a afirmar ao avançar para os espaços das farmácias. De facto, cada vez mais há uma maior pericialidade das dietas por via da nutrição. A nutrição já não está representada apenas em consultórios, mas também está representada em farmácias. As farmácias também passaram a ser uma arena para a expansão da nutrição onde pode ser realizada a avaliação da composição corporal, construir um plano alimentar personalizado e adaptá-lo ao longo do tempo.

Quadro 2.4 — Consultas de nutrição em farmácias, a nível nacional, 2013 – 2021

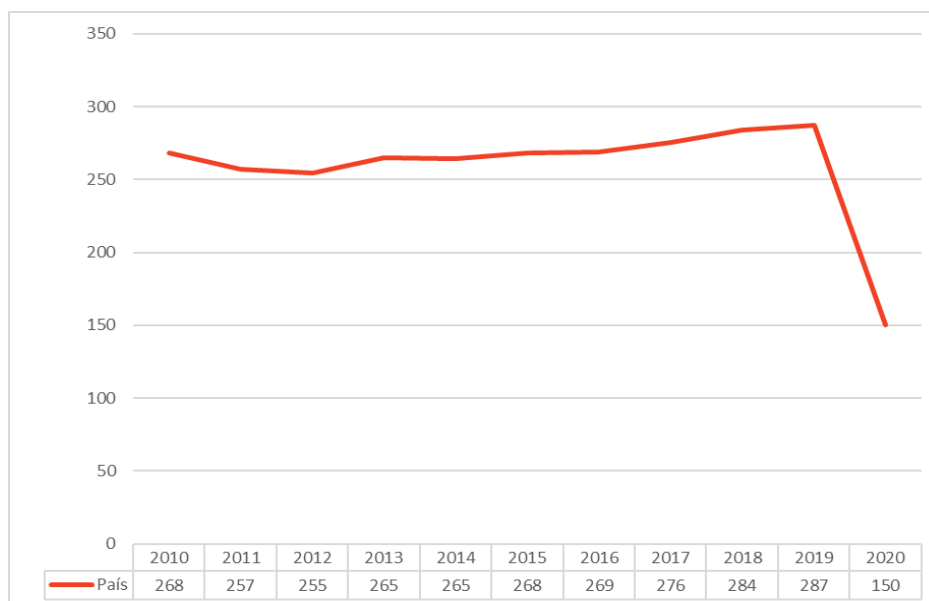


Fonte: Sistema de Informação hmR / Análise CEFAR (INFOSAÚDE).

No que toca às cirurgias realizadas para tratamento da obesidade realizadas em Portugal Continental, de acordo com os indicadores fornecidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), constata-se que o número de cirurgias realizadas pelo SNS e em parceria com as clínicas privadas e hospitais privados ao abrigo do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), no período de 2010 a 2020, teve uma evolução positiva, ainda que ténue, com oscilações de recuperação e recuo, situando-se o pico das cirurgias em 2019. Posteriormente, acompanhado por uma drástica quebra de cirurgias em 2020, motivada pela pandemia Covid-19 (cf. Quadro 2.5).

O aumento do número de procedimentos cirúrgicos deve-se provavelmente à confiança por parte da população obesa face aos resultados positivos obtidos com outros paciente, bem como o desenvolvimento do programa PTCO, que veio abrir uma janela ao proporcionar um aumento da atividade cirúrgica nos hospitais, dado que permitiu abranger um número maior de cirurgias com técnicas mais avançadas e desta maneira satisfazer um número maior de indivíduos com obesidade severa, sendo desta maneira a solução encontrada para controlar e dirimir os casos mais graves.

Quadro 2.5 — Cirurgias realizadas no âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO) em Portugal, 2010 - 2020.



Fonte: Serviço Nacional de Saúde, 2021

De salientar ainda que houve um decréscimo de cirurgias em todo o país entre 2010 e 2012. Assim, de acordo com o relatório da conta satélite em saúde do INE (2014), entre 2011 e 2012, a despesa corrente em saúde decresceu de 5,2% e 6,6%. Portanto é necessário ter em conta o contexto económico de austeridade que Portugal vivenciou durante esse período e os ciclos políticos que vigoraram e que foram fundamentais, pois trouxeram uma viragem atroz em termos de política de austeridade entre 2010 e 2013 na saúde (INE, 2014). Por outro lado, também se pode constatar que em 2020 houve uma redução drástica de cirurgias causada pelo efeito da pandemia do Covid-19.

Relativamente, à taxa de variação os dados do Quadro 2.6 confirmam o mesmo tipo de curva, mostrando oscilações ao longo de todo o período com pequenos recuos e posterior recuperação. Ou seja, existe uma quebra de cirurgias entre 2010 e 2012, tendo sido posteriormente recuperada a partir de 2013 a 2019. Em 2020 verifica-se uma quebra abrupta de 47,7%.

Quadro 2.6 — Taxa de variação do total de cirurgias realizadas no âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), 2010 - 2020.

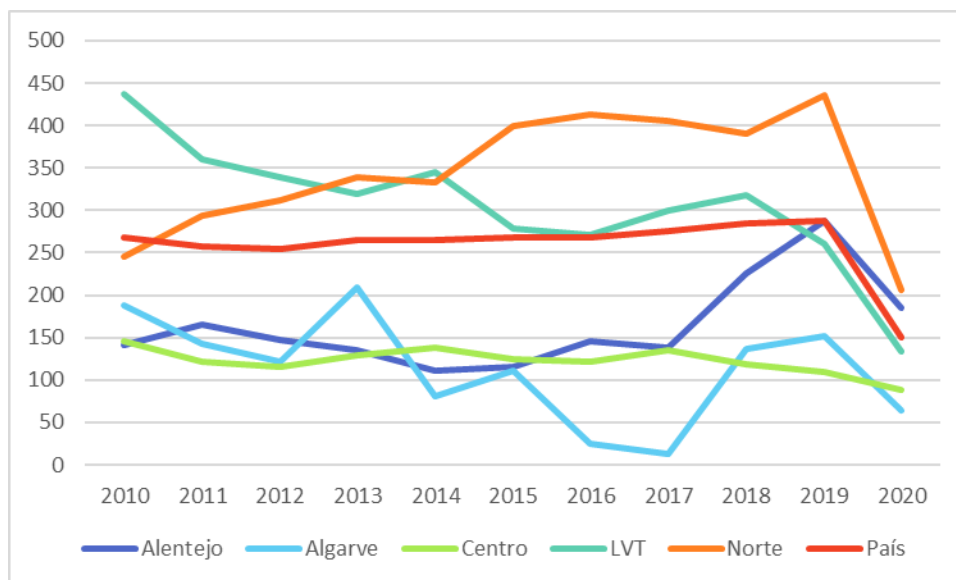
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nº Cirurgias	2 646	2 537	2 512	2 613	2 609	2 642	2 648	2 717	2 801	2 831	1 481
TX Variação	0,0	-4,1	-1,0	4,0	-0,2	1,3	0,2	2,6	3,1	1,1	-47,7

Fonte: Cálculos a partir de dados cedidos pelo Serviço Nacional de Saúde, 2021

O quadro que se segue (cf. Quadro 2.7) mostra o número de cirurgias por milhão de habitantes a partir dos valores disponibilizados pelo SNS e de acordo com as estimativas anuais da população residente (N.º) por local de residência, obtidos nos dados provisórios do Censos 2021. A nível nacional verifica-se que houve uma evolução positiva na trajetória das cirurgias por 1.000.000 habitantes, no decorrer da década (2010 – 2020), tendo ocorrido uma quebra acentuada em 2020, por causa da pandemia Covid. Avaliando por anos e por região, verificou-se que a região do Norte é a que apresenta a liderança em termos de cirurgia sempre com um sinal positivo ao longo de todo o período. O oposto verifica-se em Lisboa e Vale do Tejo que teve em igual período quebra de cirurgias, sendo a mais acentuada em 2020 por causa do Covid-19, porém verificou-se uma recuperação em 2014 com 345 cirurgias por milhão de habitantes e, ainda, em 2018 com 317 cirurgias por milhão de habitantes.

Em relação ao Algarve é notória a existência de uma desaceleração de cirurgias em igual período de 2010 a 2020, não obstante observa-se que houve uma recuperação em 2013, 2018 e 2019 de 210, 137 e 152 cirurgias por milhão de habitantes. No caso da região Centro e Alentejo sucede um percurso sem grandes oscilações. Contudo, o Alentejo apresenta uma evolução positiva bastante significativa entre 2017 e 2019 com respetivamente 138 e 288 cirurgias por milhão de habitantes.

Quadro 2.7 — Total de cirurgias realizadas por 1.000.000 habitantes por região e a nível nacional, no âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO), 2010 - 2020.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alentejo	140	166	148	135	111	115	146	138	226	288	184
Algarve	188	143	122	210	81	111	26	13	137	152	64
Centro	145	121	115	128	138	124	122	135	119	110	89
LVT	437	359	340	320	345	278	272	300	317	261	134
Norte	245	293	312	339	334	400	413	405	391	435	206
País	268	257	255	265	265	268	269	276	284	287	150

Fonte: Cálculos a partir de dados cedidos pelo Serviço Nacional de Saúde, 2021

Capítulo 3 – Metodologia

No presente capítulo são apresentados detalhadamente os princípios e procedimentos metodológicos que foram utilizados. Começamos por descrever os métodos e técnicas utilizados na investigação para seguidamente apresentar os critérios para a seleção dos casos, os procedimentos de recolha de dados, bem como as técnicas de análise dos dados recolhidos para este estudo.

3.1. Métodos e técnicas de pesquisa

Partindo da premissa de que a “teoria e observação constituem as ferramentas próprias da produção de conhecimentos sociológicos” (Costa, 1999: 8) procedeu-se à recolha de informação inscrita numa estratégia de investigação comparativo-tipológica. O método comparativo tem como desígnio verificar a similitude na comparação de grupos tendo como preocupação a análise do estudo baseado em classificações que permitem chegar a tipologias explicativas com a vantagem de poder ser utilizado nas várias etapas de um estudo (Markoni & Lacatos, 2007).

Por outro lado, o estudo tipológico vem complementar o estudo comparativo, dado que as características recolhidas nos transportam para tipologias consagradas em modelos de análise semelhantes que procuram definir o fenómeno social (Markoni & Lacatos, 2007). Assim, de acordo com os critérios apresentados e seguindo o modelo de Costa (1999), nesta investigação debruçamo-nos sobre um grupo pequeno, mas expressivo, como unidade de análise. O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista, permitindo uma recolha de informação mais flexível. Portanto, o objetivo é captar semelhanças e diferenças nos testemunhos, ao comparar os casos entre si, para que desta maneira se possa não só captar a diversidade de itinerários terapêuticos na gestão da obesidade na “maneira de agir, de pensar e de sentir” (Durkheim, 2004:38), mas também identificar semelhanças entre eles que permitam agrupá-los. Assim, face aos objetivos da pesquisa, a técnica adequada é a entrevista semiestruturada ou semi-directiva (conhecida também por semiaberta). A entrevista semi-directivas coloca questões abertas que permitem ao entrevistado pensar na resposta consoante as ideias vão surgindo e deste modo vai aprofundando as lógicas em função da experiência do entrevistado (Ruquoy, 1997). Estas entrevistas seguem um guião previamente elaborado e dão-nos um enfoque analítico centrado em narrativas leigas próximas das próprias experiências e vivências terapêuticas, permitindo um aprofundamento das lógicas e

racionalidades associadas aos diferentes recursos terapêuticos que os indivíduos vão mobilizando para a gestão da obesidade.

As entrevistas semi-diretivas ajudam a perceber quais as atitudes que objetivam determinadas ações que por sua vez vão culminar em determinados comportamentos. Será, pois, esta busca na evidência empírica que a pesquisa sociológica procura operacionalizar de como os indivíduos se movimentam face à vasta gama de recursos existentes no mercado de saúde. Assim, dentro desta lógica procurou-se obter através dos depoimentos recolhidos junto das fontes leigas uma melhor compreensão deste fenómeno social e por outro lado, procurou-se corroborar com o método científico para dar uma sustentação sociológica consistente destas trajetórias. Como diria Bourdieu et al. (2002) para que se consiga a separação entre “a opinião comum” (2002:32), eliminando os pressupostos da sociologia espontânea e construções ilusórias para adotar princípios que fazem a cobertura na “experiência científica” (2002:24)

A partir destas premissas, criou-se um guião flexível para orientar na condução das entrevistas. Pretendeu-se, deste modo, deixar o caminho aberto para que o entrevistador pudesse fazer as perguntas que estão no guião previamente elaborado e introduzir novas questões de acordo com as respostas que iam sendo dadas pelos entrevistados, indo sempre ao encontro dos objetivos e do foco da pesquisa. Nesta senda, o guião foi dividido em 3 partes: na primeira fase procurou-se fazer uma breve caracterização sociodemográfica; na segunda incluíram-se perguntas sobre o itinerário terapêutico, isto é, procurou-se conhecer as trajetórias terapêuticas dos indivíduos, recolhendo informação sobre os diversos tratamentos a que recorreram para controlar o excesso de peso, bem como as perceções sobre eficácia e risco desses tratamentos, por último procurou-se também saber como é vivida a obesidade na atualidade pelo indivíduo e quais as consequências emocionais e sociais que a obesidade acarreta para o indivíduo (ver guião em anexo – Anexo A).

3.2. Constituição da amostra

A nível geográfico, as entrevistas foram realizadas no território da Grande Lisboa. Foram estabelecidos como critérios para a seleção dos entrevistados indivíduos com excesso de peso ($IMC > 25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$), com obesidade ($IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$) ou ex-obesos ou ex-excesso de peso (que tivessem sido submetidos a cirurgia ou tivessem realizado programa de reeducação alimentar com nutricionistas), com idades compreendidas entre os 18 anos e os 65 anos,

homens e mulheres. Procurou-se ainda garantir a diversidade em termos de género, idade e nível de escolaridade.

Inicialmente perspetivou-se realizar entre 40 a 50 entrevistas, no entanto, o critério predominante para estabelecer a dimensão da amostra num estudo qualitativo é a saturação. A regra para a saturação é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, ou seja, a partir de certa altura, a informação empírica começa a não trazer nada de significativamente novo (Costa, 1999). Não há, pois, como prever com rigor o número de entrevistas e o tempo necessários para a saturação. O que se sabe é que quanto mais informação relevante a amostra tiver para o estudo real, menor será a quantidade de participantes necessária (Cherques, 2009; Mason, 2010; Malterud, Siersma & Guassora, 2016).

Para recrutamento de potenciais entrevistados, procurou-se estabelecer contacto com a Adexo – Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal, que foi criada para garantir os direitos dos seus associados em tratamentos seguros. Assim, foi realizada uma entrevista exploratória com o Presidente da Associação em meados de 2019.

A escolha desta instituição teve em consideração o facto de a associação ter facilidade de acesso aos seus associados e desta forma permitiria encontrar pessoas com alguma pluralidade de situações, quer em termos de situação atual – obesas e ex-obesas - quer em termos de trajetórias terapêuticas. Tal não iria acontecer caso a escolha recaísse numa clínica, pois os doentes seriam selecionados à priori contendo determinadas características e estando a frequentar o mesmo tipo de tratamento implementado naquela clínica específica, o que poderia levar ao enviesamento do estudo dadas as semelhanças de trajetória de tratamento.

No entanto, esta estratégia não permitiu alcançar os resultados esperados. Apesar de a associação se ter disponibilizado a ajudar e ter publicado na sua página oficial do Facebook o pedido de colaboração, verificou-se que foram muito poucas as pessoas que anuíram a participar no estudo, o que não deixou de ser uma surpresa, pois não esperávamos esta reação por parte dos associados, bem como das pessoas que consultam a página da associação para obter informações privilegiadas.

Seguiu-se a criação de dois eventos no Facebook na página pessoal da investigadora com o pedido de colaboração, o que se mostrou inoperante. Seguidamente, a informação foi disseminada na página de Facebook do NESISCTE - Núcleo de Estudantes de Sociologia do

Iscte – onde foi publicado um *Flyer* com pedido para participação no estudo, que se revelou também não ser bem-sucedido.

Seguiu-se o contacto com uma clínica de emagrecimento que por motivos relacionados com a política interna informou não poder ajudar. Seguiu-se o contato com o Grupo Farmácias *Holon* que efetivamente se disponibilizou a ajudar difundindo a informação à equipa de nutrição. No entanto, estas diligências coincidiram com o período em que foi decretado o estado de emergência motivado pela pandemia Covid-19 em que todos nós fomos obrigados ao confinamento como dever cívico, pelo que o pedido de ajuda acabou por sair gorado e cair por terra. Por último, foi explorada a rede de contactos pessoais da investigadora para encorajar outros indivíduos a passarem a mensagem às suas próprias redes de contactos, estratégia que se mostrou eficaz. Assim, o método de amostragem foi a bola de neve, ou seja, após a realização da entrevista, solicitou-se às pessoas que indicassem novos contatos com as características pretendidas, a partir da sua própria rede pessoal, sucessivamente até não haver novos nomes oferecidos ou a amostra estar saturada. A saturação é quando os dados obtidos passam a ter, tendo em conta os objetivos da investigação, certa redundância, não sendo por isso relevante persistir na recolha de informação junto dos entrevistados, dito de outro modo, as entrevistas não contribuem de modo relevante para o melhoramento do pensamento teórico.

Nesta sequência, verificou-se que durante as entrevistas que foram sendo realizadas a pessoas que tinham feito cirurgias, ao solicitar novos contactos, foi-nos apresentado uma panóplia de pessoas que também tinham sido submetidas a intervenção cirúrgica para a resolução dos seus problemas de obesidade. Assim, sentimos que de alguma forma ao dar continuidade às entrevistas estaríamos a limitar a evolução do estudo, pois, ao aceitar continuar a realizar as entrevistas a pessoas que efetuaram cirurgia estaríamos a produzir um forte enviesamento, dado que haveria uma sobre-representação de um dos tipos de tratamento da obesidade – a cirurgia. Na presente investigação pretendia-se “identificar as principais tendências em termos de padrões de utilização (tipo de terapias, finalidades, problemas de saúde, regularidade do recurso, etc.)” (Pegado, 2017), pelo que não seria desejável essa sobre-representação.

Foram realizadas 40 entrevistas a indivíduos de ambos os géneros, com diferentes idades e níveis de escolaridade (cf. Quadro 3.1), porém, verificou-se que as mulheres aderiram mais às entrevistas do que os homens (29 vs. 11). Em termos de idade a distribuição está relativamente bem repartida embora se verifique uma concentração maior nos 40 aos 60

anos, contudo, foram entrevistadas pessoas dos 18 aos 65 anos. Em relação à escolaridade verifica-se o predomínio de pessoas qualificadas, mas a amostra inclui também pessoas menos qualificadas: ensino secundário e até ao 9º ano. Em termos de situação face à obesidade a maioria encontrava-se numa situação de obesidade (21) à data da entrevista, seguindo-se pessoas com excesso de peso (14) e ainda um número mais reduzido de normoponderal (5), com situações anteriores de obesidade ou excesso de peso.

Quadro 3.1 — Sociografia da amostra

Género	Amostra (n=40)
Masculino	11
Feminino	29
Total	40
Categoria Etária	
18 – 30 anos	7
31 – 40 anos	6
41 – 50 anos	16
>= 51 anos	11
Total	40
Escolaridade	
Até ao 9º Ano	8
Ensino Secundário	14
Curso Superior	18
Total	40
Situação Face à Obesidade ¹⁸	
Normoponderal	5
Excesso de peso	14
Obesidade	21
Total	40

3.3. Realização das entrevistas

Depois de estabelecido o contacto com as pessoas solicitando a participação no estudo passou-se ao agendamento da entrevista. As 40 entrevistas realizadas corresponderam no total a 60h43m de gravação. As entrevistas foram programadas para durar cerca de 1 hora, porém

¹⁸ De acordo com a tabela da WHO (2000) é considerado Excesso de peso $IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$; Obesidade Grau I $IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$. Na categoria de normoponderal, 4 indivíduos tinham sido obesos, 1 tinha tido excesso de peso; na categoria de excesso de peso, 9 indivíduos tinham sido obesos; na categoria de obesidade, 3 indivíduos tinham sido obesos grau II e, após cirurgia, passaram para grau I.

pretendeu-se dar liberdade ao entrevistado de maneira a melhor expor as suas experiências. Pois, de acordo com Ruquoy (1997), ao dar flexibilidade ao entrevistado para se expressar livremente estamos a consentir que o “entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objeto perspetivado” (1997:87), o que de outra maneira não seria possível. Assim, houve entrevistas que na grande maioria duraram efetivamente 1 hora e houve outras entrevistas que tiveram a duração de 3 horas, o que originou uma média de 1h31min por cada entrevista. Foi solicitado através de um consentimento informado a todos os entrevistados autorização para usar a informação disponibilizada pelos mesmos e também pedido o consentimento para gravar as entrevistas. Nesta investigação, o trabalho de campo decorreu entre julho de 2019 e outubro de 2020. Devido à pandemia, a realização das entrevistas ficou comprometida de março a agosto de 2020.

As entrevistas foram todas realizadas pela autora desta tese. A escolha do local para a realização das entrevistas teve de recair num local que fosse vantajoso para os entrevistados em termos geográficos. Procurou-se sempre espaços calmos sem interrupções para a realização das entrevistas. Inicialmente foram reservadas salas no Iscte-Instituto Universitário de Lisboa, atribuindo-se, assim, um ambiente pessoal à pesquisa, permitindo que o entrevistador pudesse intuir informações adicionais de respostas não verbais e esclarecer o significado de uma pergunta se necessário. Porém no decorrer das entrevistas teve de se recorrer a outros espaços, nomeadamente ao domicílio dos entrevistados, entre outros.

No entanto, este contato direto também pode causar inquietações. Pois, quando o entrevistado está frente-a-frente com o entrevistador, este pode introduzir variáveis adicionais (p. e. características do entrevistado), diminuindo de alguma maneira o anonimato dos participantes, tornando-se problemático em questões mais sensíveis (McCrary, 2010). Assim, dado que em grande parte o trabalho de campo coincidiu com a pandemia do Covid-19, e devido às limitações impostas durante o confinamento, foi utilizada outra estratégia durante a realização das entrevistas. A proposta oferecida para ultrapassar este constrangimento foi a realização das entrevistas com recurso a videoconferência usando as plataformas digitais (zoom e teams). Contudo, e dada a sensibilidade da temática, houve entrevistados que não anuíram e só acederam por telefone. Em boa verdade sabemos que nas entrevistas por telefone perde-se a comunicação visual, os silêncios, as hesitações. No entanto, as pesquisas existentes sobre a temática sugerem que as informações recolhidas por telefone não sofrem diferenças significativas em relação às entrevistas realizadas presencialmente. Além disso, as entrevistas por telefone eliminam complicações geográficas, de transporte e horários e não necessitam de

equipamento informático nem ligação à internet. Portanto, os participantes que não se desejam encontrar presencialmente podem sempre concordar com uma entrevista por telefone (McCrary, 2010).

Assim, foram realizadas 23 entrevistas presenciais, 2 por vídeo conferência e 15 por telefone. De modo a assegurar a confidencialidade dos testemunhos dos entrevistados, a identificação dos entrevistados foi transformada num número, ou seja, o nome do sujeito foi convertido num número. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas com recurso às técnicas de análise de conteúdo.

Importa ainda aqui esclarecer que a análise de conteúdo é um combinar de operações que visam facilitar a interpretação das informações recolhidas. Através da análise de conteúdo é avaliado um conjunto de informações primárias (em bruto) para posteriormente se desdobrar e transformar num outro documento mais elaborado, ou seja, esta indexação vai permitir categorizar as notas obtidas e que servem como constituintes de informação para que se possa ventilar a informação recolhida produzindo categorias que permitam inferir sobre uma realidade ou fenómeno social que vai muito para além da mensagem obtida durante a investigação (Bardin, 1977).

Em regra geral, cada investigador tende preferencialmente a desenvolver o seu próprio procedimento em função do seu objetivo de investigação. A técnica de análise de conteúdo relaciona-se com a compreensão, no sentido de desvendar a ação, para posteriormente explicar as suas causas ou efeitos e gerar uma teoria fundamentada, desenvolvida a partir de outras, ao encetar os passos científicos no campo de investigação (Maroy, 2011).

Trata-se, portanto, de encontrar um fio condutor de toda a análise empírica conferindo à investigação os meios para moldar o material recolhido que poderá ser reduzido de forma pertinente. Posteriormente, do trabalho de comparação resultará um agrupar de categorias, que devem ser de simples interpretação, para se chegar à grelha de análise elegível recheada de hipóteses interpretativas que relacionarão as categorias entre si com os grupos de atores analisados. Em suma, com este procedimento pretende-se evitar o enviesamento das aceções, testar a validade e robustez das interpretações e, ao mesmo tempo, indagar a qualidade dos dados e afinar o procedimento se for caso disso (Maroy, 2011).

Além da análise de conteúdo, foram reconstruídos, de forma sintética, os itinerários terapêuticos dos entrevistados na gestão da obesidade, através da elaboração de linhas cronológicas para cada entrevistado, onde constam os momentos mais marcantes desses

itinerários. Essas cronologias podem ser consultadas em anexo, estando agrupadas por tipo de itinerário (cf. Anexo C).

Capítulo 4 - Percepções sobre a obesidade, imagem corporal e estigma social

É um facto que todas as nossas tarefas diárias são materializadas com o nosso corpo, adquirido pelo nosso património biológico. De manhã quando nos levantamos da cama, podemos olhar no espelho e consciencializarmo-nos sobre a nossa imagem corporal com todas as alterações que se vão palpabilizando na nossa aparência ao longo da vida e em diferentes momentos. Por exemplo, durante a adolescência sentimo-nos mais vulneráveis com a nossa aparência, levando por vezes a experienciar dietas excessivas que colocam muitas das vezes a saúde em risco. É certo que a imagem que projetamos para os outros pode estimular ações seguidas de incidentes de desaprovação social e influenciar negativamente no convívio entre pares.

Também ao longo da vida vão surgindo várias mudanças físicas associadas ao processo de envelhecimento. A pele perde elasticidade e surgem as rugas, em muitos casos o peso aumenta e no caso dos homens pode acontecer a alopecia. Este conjunto de fatores podem impactar e agravar a insatisfação corporal e por vezes influenciar a saúde mental do indivíduo, pois a autoestima de um indivíduo é construída com as experiências adquiridas através das mensagens que os outros vão remetendo sobre o que pensam dele. Na maior parte dos casos o indivíduo é penalizado, pois, existe a ideia generalizada de que sendo o corpo propriedade de cada indivíduo este é responsável por controlar e monitorizar o seu desempenho. Nestas circunstâncias, existe uma ideia difundida de que a saúde surge assim associada à aparência.

Além disso, na sociedade ocidental contemporânea, cada vez mais a saúde é alvo de mercantilização, pois o discurso de promoção da saúde também opera como modelo de gestão na prevenção de doenças que vai sendo introduzido discretamente pelos órgãos da saúde pública. Também o marketing farmacêutico, com as suas estratégias de fidelização do cliente, aliada às alterações nos hábitos e comportamentos dos consumidores procura desenvolver o seu negócio com sucessivas recomendações, que começa num investimento farmacológico para prevenir ou procurar favorecer a sua autoimagem.

Neste capítulo, a partir dos resultados das entrevistas, exploram-se as percepções dos entrevistados relativamente à sua condição de obesidade. Especificamente procura-se captar essas percepções no que toca ao início do excesso de peso, bem como às causas que atribuem à obesidade. Procura-se ainda analisar as percepções sobre a imagem corporal e as experiências sobre o estigma da obesidade nas várias dimensões da vida.

4.1. O início da obesidade: temporalidades e causas

A globalização trouxe maior disponibilidade alimentar e, naturalmente, trouxe alterações aos modelos alimentares. A facilidade de acesso a alimentos calóricos e alimentos processados tem contribuído para o aumento do excesso de peso e da obesidade. É fácil encontrar motivos para celebração e continuar a consumir mais do que o necessário “transformando a refeição em uma cerimônia social” (Bourdieu, 2007:197).

Embora a medicina tenha identificado inúmeras causas funcionais para o acúmulo de gordura (genéticas, psicológicas, hormonais), as pessoas com excesso de peso geralmente são avaliadas como sendo pessoas que comem em demasia (Gracia-Arnaiz, 2013). A literatura (Fox, 2003) diz-nos que quanto mais cedo um indivíduo se tornar obeso e permanecer nessa condição durante a infância, maior é a probabilidade de se tornar num adulto gordo. Blake-Lamb et al. (2016) aprofundaram a temática e concluíram que os primeiros 1.000 dias após a fecundação para gerar um ser no útero e até atingir a idade de 24 meses, são fundamentais para o desenvolvimento ou prevenção da obesidade infantil. Percebeu-se também que o excesso de peso na mulher durante o pré gestacional ou no período gestacional está associado à macrosomia fetal, termo comumente utilizado para expressar um feto grande, dito de outra maneira, o recém-nascido vai apresentar um peso igual ou superior a 4 kg à nascença (WHO, 2016).

De acordo com a análise das entrevistas, o quadro síntese que se apresenta permite-nos identificar quatro etapas da vida que os indivíduos referem como sendo o princípio do excesso de peso, sendo a infância e a adolescência os períodos onde existe maior incidência. Estas quatro etapas correspondem a quatro categorias de idades (cf. Quadro 4.1).

Na infância é a altura em que a criança começa a ter as primeiras interações sociais. Pois é nesta idade que a criança inicia a socialização. A socialização funciona como estratégia, onde se agrega o conceito do *habitus* e a partir do qual a criança percebe as relações sociais, estrutura e formaliza os seus pensamentos, o resultado desse processo permite à criança desenvolver e evoluir as suas aptidões e competências.

Já na adolescência é onde ocorre uma série de alterações físicas e psicológicas. Nas raparigas, o corpo sofre várias mudanças e surge a menarca. Nos rapazes, os pelos começam a crescer e a voz fica mais robusta. É uma fase de grande transformação física e social para

ambos os géneros. Por esta altura dá-se a construção da identidade e a inclusão em sociedade. Na cultura ocidental é o momento em que geralmente se iniciam as primeiras experiências amorosas. Portanto, o sucesso deste estágio vai capacitar o adolescente para viver de acordo com as normas da sociedade. Possibilitando-lhes adquirir autonomia e autocontrolo, e passar a assumir decisões e tarefas que anteriormente pertenciam aos pais.

Quadro 4.1— Etapas do início de excesso de peso

	Infância 0 - 11	Adolescência 12 - 17	Juventude 18 - 29	Idade Adulta 30 ≥	Total
Mulheres	8	8	11	2	29
Homens	5	1	5	0	11
Total	13	9	16	2	40

Fonte: Dados das entrevistas; n=40

A análise dos dados revela que uma grande parcela dos inquiridos adquiriu excesso de peso na fase da infância (13), para outros o excesso de peso desenvolveu-se na adolescência (9) e na juventude (16) e para um número muito menor na fase adulta (2). É verdade que muitos dos entrevistados não têm presente o momento exato em que adquiriram excesso de peso, porém, recorrem a fotografias e datas de eventos marcantes nas suas vidas, tais como o casamento, o nascimento de um filho ou uma fatalidade na vida como uma doença ou acidente, para recordar a data em que desenvolveram o excesso peso. De referir ainda que muitos dos obesos que entrevistámos, embora continuem obesos, deixaram de pertencer ao grupo dos obesos tipo grau II ou grau III para passar para obesidade grau I ou excesso de peso. Em alguns casos, mas em menor número, passaram a ter um peso normal. Noutros casos eram obesos, após dietas passaram a excesso de peso, mas após algum tempo recuperaram o peso.

A sequência de excertos que se seguem permite-nos reconstituir a temporalidade das trajetórias dos indivíduos sobre o momento em que reconhecem como o marco para o surgimento do excesso de peso e que para muitos dos entrevistados começa na infância.

Acho que desde sempre. Era rechonchudinha, das fotografias que tenho de bebé era cheinha e depois nos meus 4, 5 anos continuei e fui sempre gordinha, desde bebé.

(E6, mulher, 56 anos, 12º Ano, Obesidade)

Desde que nasci. Não me lembro. Mas vejo as fotografias, eu nasci acho que com 4 ou 5 quilos e seiscentos e cinquenta. Mas foi ou 4 ou 5 quilos. Sei que eu nasci assim uma bolinha. Foi de cesariana. Sei que me tentaram tirar, eu dei a volta.

(E20, homem, 49 anos, Licenciatura, Obesidade)

Desde sempre, bebé mesmo. Na altura ainda não estaria na obesidade, sempre estive no percentil acima, sempre fui gordinha. Sempre tive excesso de peso, mas obesidade só na adolescência.

(E30, mulher, 37 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Por volta dos 9, 10 anos tinha excesso de peso, da alimentação. Depois comecei a fazer desporto e foi-se o excesso de peso. Comecei cedo a tomar medicamentos psiquiátricos e muitos também ajudam ao ganho de peso.

(E9, homem, 28 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Noutros casos o excesso de peso surge na adolescência com a puberdade. De facto, as grandes mudanças físicas trazem maiores gastos energéticos e por isso aumenta a sensação de fome. Se as dietas forem desequilibradas sem um aporte nutricional adaptado existe, assim, uma maior probabilidade de investir em alimentos hipercalóricas com ingestão continuada de nutrimentos do tipo *fast food* e lanches rápidos ricos em açúcar refinados e gordura saturada, que contribuem para o aumento de peso.

Por volta dos 12 anos. Sempre fui cheiinha, desde miúda. E quando psicologicamente me sentia afetada só comia porcarias.

(E12, mulher, 43 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Eu diria com 13, sempre fui assim forte, a gente quando é mais novo não liga muito, não é, sempre fui gordinho, sempre tive este excesso de peso, eu diria para aí com os meus 12, 13 anos. Eu lembro-me das fotos na praia e já estava ali gordinho.

(E26, homem, 37 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Mais na adolescência, mais ou menos quando comecei a tornar-me mulher. Eu sempre fui bem desenvolvida. Não é que eu não olhasse para o espelho e não gostasse do que eu visse, não. Era mais desenvolvida do que as outras raparigas. Perna larga, maminhas, mas nunca levei isso para a obesidade.

(E15, mulher, 26 anos, 12º Ano, Obesidade)

Para alguns dos entrevistados, o início do aumento de peso acontece após o casamento ou durante a gravidez. O estilo de vida mais rotinizado comporta alterações socio-comportamentais. A falta de tempo para o autocuidado que conduz a diminuição da prática de atividade física. Por outro lado, a modernidade trouxe a necessidade de realizar refeições num curto espaço de tempo, aumentando uma maior procura por alimentos da cadeia de *fast-food* que diligenciam o aumento de ingestão calórica e trazem alterações dos hábitos de consumo e sociais. Ou ainda, numa idade mais avançada, com a chegada da menopausa pode contribuir para agravar o aumento de peso.

Uma das coisas que contribuiu para engordar bastante era, eu quando solteira, como vivia sozinha num quarto (...) eu tinha uma vida muito agitada, desde estudar, trabalhar, muito ativa (...) Eu tomava álcool quando ia para os copos com os amigos e quando fui viver com o meu marido, o álcool começou a ser assim uma coisa habitual à refeição e isso contribuiu bastante e o fato de eu ficar muito mais ociosa (...) comecei a ter uma vida mais sedentária.

(E3, mulher, 57 anos, Licenciatura, Obesidade)

Foi após a minha primeira gravidez, portanto a minha filha nasceu tinha eu 25 anos (...) engravidei e deixei-me ir (...) e eu não tinha qualquer problema com a imagem na altura e vivi a gravidez em pleno, ou seja, se me apetecia comer, comia, comia e aplicava esse apetite e essa fome tudo à gravidez. Portanto eu engordei da minha filha 40 quilos na gravidez (...)

(E5, mulher, 46 anos, Mestrado, Obesidade)

Sinceramente não sei. Eu sempre fui magrinha, fui mãe aos 27 e 32. Na segunda vez nunca voltei ao peso que tinha, antes de engravidar, depois acho que o metabolismo, não faço ideia, com os anos fui ganhando um bocadinho de peso.

(E39, mulher, 48 anos, Bacharelato, Normoponderal/ Ex-excesso de peso)

Com a pré-menopausa. Mas eu engordei basicamente foi com a menopausa.

(E7, mulher, 65 anos, 9º Ano, Obesidade)

Os entrevistados atribuem a obesidade a causas diversas, podendo ser sistematizadas em quatro tipos de fatores: maus hábitos alimentares e sedentarismo; fatores hormonais; fatores genéticos e fatores psicológicos.

No quadro que se segue procurou-se sistematizar as informações obtidas sobre as causas para a sua obesidade (cf. Quadro 4.2). O consumo exagerado de alimentos, a procura pela comida rápida que muito influencia o nosso paladar e a pouca disponibilidade para a prática de exercício físico são os fatores referidos pelos entrevistados como sendo a principal causa para o aumento de peso. Também verificamos que a maior parte dos entrevistados não atribui só uma única causa à obesidade, mas muitos atribuem causas múltiplas. Por esse motivo, foi selecionada a causa com maior relevância no discurso de cada entrevistado, o que não significa que não tenham referido outros fatores.

Quadro 4.2 — Percepções sobre as causas da obesidade

	Hábitos alimentares e sedentarismo	Fatores hormonais	Fatores genéticos	Fatores psicológicos	Total
Mulheres	15	9	1	4	29
Homens	9	0	1	1	11
Total	24	9	2	5	40

Fonte: Dados das entrevistas; n=40

Portanto, o quadro síntese mostra-nos que os entrevistados atribuem como causa primordial para o aumento de peso os hábitos alimentares e sedentarismo (24); seguem-se os fatores hormonais (9), onde se inclui a mudança de pilula e chegada da menarca que pode trazer alguma instabilidade emocional; seguem-se os genéticos (2); e por último os psicológicos (5).

Fizemos também a distribuição pelas causas selecionadas, segundo as quatro etapas do início do excesso de peso. Verificou-se que a preponderância dos hábitos alimentares e sedentarismo atravessa todas as idades, mas tem maior incidência na fase da infância e da adolescência. Ou seja, a demonstração de resultados é consistente com os sucessivos alertas da WHO (1999) (cf. Quadro 4.3).

Quadro 4.3 — Causas atribuídas à obesidade, segundo a idade de início de excesso de peso

	Infância 0 - 11	Adolescência 12 - 17	Juventude 18 - 29	Idade Adulta 30 ≥	Total
Hábitos alimentares e sedentarismo	9	6	8	1	24
Fatores Hormonais	2	3	3	1	9
Fatores genéticos			2		2
Fatores Psicológicos	2		3		5
Total	13	9	16	2	40

Fonte: Dados das entrevistas; n=40

Hábitos alimentares e sedentarismo

A WHO (1999) considera a obesidade como uma epidemia mundial, sendo a sua prevalência justificada pelas más escolhas alimentares e a falta de atividade física como razões principais para o aumento de peso. No nosso caso, verificamos efetivamente que as tendências se confirmam. Dos 40 entrevistados, 24 consideram como sendo efetivamente os maus hábitos alimentares e o sedentarismo (também causado por falta de exercício físico) as principais causas para o aumento de peso.

A sequência de excertos que se seguem vai de encontro à reflexão que acabamos de tecer e vem reforçar os resultados apresentados. Os maus hábitos alimentares, bem como o consumo exagerado de comida traz aumento de peso. No decorrer dos excertos torna-se revelador de como o ato de comer é prazeroso e, ao mesmo tempo reparador porque “estamos em crescente” além de que se torna um motivo de “orgulho” para “a mãe” que interpreta como, o “dá prazer”, então “está perfeito”, por outro lado, o facto de voltar a repetir o mesmo prato durante a refeição ou no dia seguinte surge, assim, como um reforço de que a comida estava, mais apurada e, por isso, mais apetitosa. Pois a boa comida é reconhecida pelas emoções de orgulho, conforto, amor, sensações de aconchego, contentamento e segurança (Lupton, 1996).

Para outros, a situação agrava-se, com a entrada na faculdade. A riqueza dos testemunhos mostra-nos que a ansiedade também está presente no percurso académico e pode ser maior ou menor, consoante a exigência das tarefas, durante a jornada universitária, gerando por vezes transtornos alimentares que trazem à luz a insatisfação corporal.

Eu engordei porque comia muito mesmo, muito, muito. Nunca vi ninguém comer mais do que eu, nunca me sentia saciado, comia sempre mais qualquer coisa (...) Tinha sempre fome e tentava não comer hidratos, mas se uma pessoa não comer hidratos e comer 5 bifes vai engordar na mesma (...) por exemplo a partir das 16, 17 horas, não consumia hidratos, ia para o ginásio treinar, fazer tudo certinho, só que não conseguia. Eu conseguia durante uma semana, mas depois já comia outra vez. Não conseguia, não conseguia. Apostei em saladas, apostei em batidos (...) tentei de tudo, não consegui (...) sentia muita dificuldade em preencher o estômago.

(E32, homem, 35 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

A causa era comer, comer em excesso. Alguma caseira outra fora, de restaurante. Não tenho o hábito de ir a *fast-food*.

(E24, homem, 41 anos, Mestrado, Obesidade)

Tenho um exemplo concreto de quando a minha mãe fazia feijoada, dobrada, ela fazia sempre grandes quantidades, porque sabia que no dia comia duas pratadas, mas que no dia a seguir, comia três. Porque aquilo estava mais apurado e já não comia duas pratadas, comia três.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

(...) quando nós estamos em crescente, acho que nós não temos consciência, as coisas vão acontecendo (...) nem olhava para a balança sequer e sentia-me bem porque fazia aquilo que gostava, que era comer muito, comia tudo (...) Eu cheguei a uma altura, nos vintes, eu chegava a comer dois pratos (...) lembro-me de gostar muito na época de bitoques, aqueles pratos do dia, por exemplo bacalhau à Brás, qualquer prato do dia e (...) então comia o prato do dia e a seguir o bitoque. Isso era um orgulho muito grande para a minha mãe. Era a informação que eles tinham na época. Tinha sobremesa ou doce se eu conseguisse, tinha sempre refrigerantes, coca-cola, era outro erro da época, mas não havia consciência. Havia aquele desenvolvimento se dá prazer, está perfeito.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Eu diria aquilo que é a alimentação, a genética também, como referi há pouco a minha mãe e o meu pai também têm excesso de peso. O meu avô também tinha, da parte da minha mãe. Acho que é a alimentação, basicamente é a alimentação. Para certas pessoas da família era sempre aquele desgosto: ai filho, tu devias fazer uma dieta. Devias ter cuidado com aquilo que comes (...) chega uma altura que a gente pensa, quero lá saber.

(E26, homem, 37 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Eu acho que é assim, eu venho de uma família onde o meu avô tinha excesso de peso, a minha mãe tinha excesso de peso. O meu irmão ainda é obeso. Portanto, eu acho que infelizmente é um bocado cultural (...) Não havia por parte, e não é uma crítica, mas não havia aquela coisa da minha mãe, como eu tenho com os meus filhos, não comas tantos doces, come mais fruta ou come mais legumes. Na altura há trinta e tal anos, não havia esta preocupação com o peso,

portanto, não me lembro nunca da minha mãe me cortar qualquer tipo de doces, acho que foi um bocado por aí. Eu falo pelo meu filho mais velho que tem 7 anos, já me pede lanches saudáveis para levar para a escola.

(E27 mulher, 36 anos, Licenciatura, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Foi quando entrei na faculdade. Parei o exercício físico (...) com a questão dos exames na faculdade e estágios (...) Fui ganhando (...)

(E21, mulher, 41 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Efetivamente, com o ato de comer também opera um ato social, mediado por um ambiente familiar, onde acontecem as interações sociais e se partilham paladares. O ato social funciona ainda como o momento específico em que os mais velhos cedo “induzem modelos de comportamento nas crianças” (Elias, 1994:263). Portanto, as refeições servem para fornecer diferentes identidades com a sua panóplia de disposições de gostos, de condutas e normativos prováveis ao transmitir diferentes hábitos (Lahire, 2002) e que vão sendo introduzidos na criança através da socialização para moldar o indivíduo vinculado na sua estrutura social.

Portanto, ao tentar compreender os comportamentos alimentares não podemos esquecer a influência social na escolha da ingestão alimentar e dos seus paladares. Ou seja, os pais operam como modelos para os seus filhos, estes por sua vez, quando entram na fase adulta procuram reproduzir a informação apreendida e que lhes traz reminiscências do passado. O consumo de alimentos surge, assim, associado à cultura da região consubstanciado na tradição familiar. O resultado das entrevistas mostra que na opinião desta pessoa, sinais como uma mesa farta representam abundância, um bebé gordo significa ser saudável. O sentar à mesa, também não é apenas uma tradição antiga, mas sinónimo de sociabilidade familiar, que represente um momento prazeroso para degustar qualquer coisa.

Eu lembro-me da minha mãe dizer que eu gostava muito de comer. Ainda hoje gosto, mas pronto.

(E30 mulher, 37 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Gosto de comer, ainda hoje gosto de comer. O momento em que nós nos sentamos, estamos à mesa, é prazeroso. Antigamente havia a ideia de que os bebés gordos é que eram os mais bonitos (...) Naquela altura para as mães, gordura era formosura (...)

(E17, homem, 54 anos, 12º Ano, Obesidade)

Penso que haja alguma influência cultural por parte da minha mãe, circunstâncias de vida naquela altura e eu sempre gostei de comer. Que me recorde sempre gostei de comer. Culturalmente tem a ver com o facto de a minha mãe ser do norte de Portugal e, é hábito, a minha mãe era uma mulher filha de lavradores, habituados aquela coisa de muita comida porque o trabalho era duro e penso eu que essa perspectiva cultural, mas é assim a família toda (...) e depois eu também gosto de comer, eu como sem ter fome. Gosto dos sabores, dos paladares, há as duas variáveis. Há também esse lado emocional e esse aí tenho-o e bem, nervos, dá-me para comer.

(E20, homem, 49 anos, Licenciatura, Obesidade)

A modernidade também trouxe alterações na maneira como nos alimentamos. Diariamente, observa-se mudanças nas práticas alimentares, que podem contribuir para uma má ingestão alimentar e verifica-se uma diminuição da socialização em família (Fischler, 1979). Para muitos, o ato de comer passou a ser feito à pressa, fora de casa e com pouca interação social durante as refeições. Aumentou a procura por produtos industrializados, bem como aumentou o consumo de alimentos de *fast-food*. Pois as agitadas rotinas que se pratica atualmente fazem com que se substitua o tradicional pelo moderno e o resultado é procura do *fast-food*, porque está sempre disponível e mais barato e sabe bem, na atual sociedade sem tempo. Porém, outro aspeto referido e sempre presente é que o alimento para além do seu lado cultural também é evidenciado com sendo um aconchego emocional, com os seus aromas e sabores familiares que trazem de volta as diferentes fases da vida e os familiares envolvidos.

Eu vou ao *Mcdonald's* que até acaba por ser mais barato e não tenho esse constrangimento, aquilo está sempre aberto e fui e soube-me muito bem. Não é só por ir cheio de fome, mas aquilo tem alguma coisa que sabe bem. Pode fazer muito mal, mas sabe bem. O episódio curioso que eu senti e ficou marcado é que no dia seguinte, o organismo estava-me a pedir

Mcdonald's outra vez. Eu digo assim: what? mas o que se passa com isto, o que é que eles puseram na comida para o meu organismo estar a pedir outra vez, não sou eu, é o meu organismo.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

É um facto, que o *fast-food* oferece uma grande disponibilidade em termos de refeições rápidas, porém o seu consumo também traz conotação negativa. Além disso, outro aspecto a considerar diz respeito à disponibilidade alimentar, apontada como facilitadora para o consumo excessivo, que por sua vez dificultam as escolhas perante a diversidade de opções existentes. As políticas de saúde pública procuram prestar apoio com campanhas ancoradas em discursos científicos a fim de sensibilizar a população para a mudança alimentar. Presentemente os indivíduos passaram a estar mais conscientes com a composição nutricional daquilo que ingerem. No passado o corpo era visto como uma máquina. Mas, nas teorias contemporâneas ocidentais, o homem para além do conceito de máquina incorpora o comportamento como reação orgânica, abrindo espaço para as emoções. De modo que o bem-estar físico e mental permaneçam associados.

A discussão sobre o corpo e as práticas alimentares constitui uma temática relevante e objeto de estudo a partir de meados do Século XX. Mais recentemente aumentam as conversas sobre o culto do corpo que nos dão conta de que a dieta se apresenta como um aspeto relevante para a manutenção do corpo. Não só porque a comida participa da construção do corpo, mas também por fatores culturais e simbólicos. Porém, os fenómenos modernos do culto ao corpo transportam-nos para outros padrões culturais que remetem para um corpo magro. O mundo moderno transporta-nos para o hedonismo, o individualismo, o estilo de vida com novas formas de lidar com o corpo cada vez mais reflexiva. Desta forma, o conceito de saúde vai-se reatualizando com a magnificência científica que promove o prolongar a vida e a juventude. A gordura deixou de ser sinónimo de formosura, nem como reserva de segurança no caso de escassez alimentar (Santos, 2008).

Por outro lado, a industrialização também interfere ao produzir e transformar a culinária cada vez mais desenraizada dos seus espaços geográficos e climáticos, a que se soma a perda das características organolépticas e o saber transmitido por gerações. As mudanças tecnológicas também vieram afetar os hábitos alimentares. Um exemplo, são as diversas aplicações nos telemóveis de serviços de entrega de restaurantes, ou seja, “chegamos no ponto

em que o consumo se apodera de toda a vida” (Baudrillard, 1998:29). O problema passou a residir no consumo, que é mais do que necessário para a subsistência. Na adolescência marca o período referência para a intervenção de hábitos de saúde saudáveis, pois, é nesta fase, que se adquirem comportamentos que, em princípio, vão transitar ao longo da vida.

Eu sou do tempo em que não havia esta informação toda, não havia este conceito de saúde em que eu cresci, à base de come muito porque estás a crescer, não havia aquela coisa...o importante era comer muito. Era sinal de saudável e de crescimento sustentável. Eu fui incentivado pelos meus pais, com o melhor intuito.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade)

Se calhar por culpa dos pais, não cortarem a ração e darem-me sempre comida até eu não comer mais, talvez. Se calhar era falta de informação na altura, se calhar hoje não me davam tanta comida.

(E40, homem, 23 anos, 12º Ano, Excesso de peso)

É assim, não sei, claro que quando era pequenino comia muitas porcarias na escola, lembro-me quando fui para a escola, que fiz o 9º ano (...) E a gente tinha o cartão não é, carregávamos para comprar as refeições na cantina e *buffet* era *donuts*[®], *bollycao*[®], merendas, então o que um miúdo de 10 anos vai comer, né, vai comer aquilo. Pronto, alimentava-me mal nesse aspeto.

(E14, homem, 24 anos, 12º Ano, Obesidade)

No que toca às relações familiares, os testemunhos mostram que o divórcio dos pais marca alterações no quotidiano familiar, causa sofrimento nos filhos e traz impacto com as mudanças familiares provocando transformações na criança principalmente ao nível relacional. Desenvolvendo, por vezes, sintomatologias que variam ao longo das diversas idades e onde também se vai perdendo a afinidade com o progenitor deixando, por isso, marcas no percurso psicológico do indivíduo, conforme ilustra o excerto.

O meu pai do que me lembro dele, porque já não me dou com ele a alguns anos (...) o percurso psicológico tem afetado bastante, o agravamento, sim, porque quando me sinto mais triste é quando eu penso que a comida é um conforto e pelo menos quando estou a comer sinto-me mais feliz.

(E8, mulher, 27 anos, 12º Ano, Obesidade)

Neste sentido, a família é a primeira instância a preocupar-se com a alimentação da criança e com os seus comportamentos alimentares. Durante a infância são os pais os responsáveis pelas escolhas alimentares dos filhos. Porque muitas vezes os filhos não estão conscientes dos perigos que as suas escolhas acarretam na sua saúde. Uma das razões apontadas para a causa dos seus comportamentos de recusa alimentar tem a ver com a dificuldade em controlar as “birras”.

Eu fazia grandes birras quando ela (mãe) não comprava batatas fritas, ou não comprava o chocolate para meter no leite, discutíamos bastante sobre isso e depois recusava-se a fazer comida.

(E8, mulher, 27 anos, 12º Ano, Obesidade)

Fatores hormonais

A causa da obesidade raramente são doenças endócrinas, por exemplo, hipotireoidismo ou síndrome de Cushing (Poddar, Chetty & Chetty, 2017). Ou seja, “menos de 5% das pessoas tem problemas hormonais (glandulares), como o hipotireoidismo. A grande maioria dos casos de excesso de peso ou obesidade é decorrente de maus hábitos alimentares e inatividade física” (Nahas, 2017:115). O apetite e a saciedade são regulados por múltiplos processos neuro-hormonais envolvendo tecido adiposo, órgãos endócrinos, peptídeos gastroentéricos (grelina, PYY3-36 e colecistocinina) e sistema nervoso central. A obesidade está associada a mudanças adaptativas e responsivas dos circuitos de *feedback* fortemente regulados por estes sistemas, causando várias alterações bioquímicas e alterações clínicas na função endócrina. Aqui o cérebro desempenha o papel de regulador homeostático. O hipotálamo tem a importante tarefa de regular agindo através de diversos sistemas que envolvem a interação entre a dieta e o sistema hormonal. São estes sistemas que se pensa

serem os responsáveis pelas alterações no comportamento alimentar no homem e na mulher nas diversas fases etárias (Leibowitz, 1992).

Quando existe desregulação na gestão alimentar, causada na maioria das vezes por dietas restritivas, em conjunto com o stress, bebidas alcoólicas ou o uso de pílula anticoncepcional, podem ser despoletados desequilíbrios hormonais. Neste último caso, o estrogénio é a hormona responsável pela distribuição da gordura pelo corpo dando a forma feminina às mulheres, quando esta hormona está em desarmonia com a progesterona pode ocorrer resistência na perda de peso (Ignacio, 2009). Por outro lado, o stress também faz aumentar o cortisol, que é uma hormona produzida nas suprarrenais, e que circula no organismo. Quando está desregulado afeta o sistema imunitário e pode provocar aumento da tensão arterial e aumento da glicose no sangue. Assim, a vida sedentária e os sucessivos erros alimentares são os primeiros passos para o desenvolvimento do aumento de peso. Conforme ilustram os seguintes excertos.

Comecei com problemas hormonais, nunca associei o aumento de peso ao tratamento, comecei a ouvir mais relatos de situações a associar à obesidade, nunca percebi muito bem, porque fui aumentando de peso. Na família também têm problemas hormonais e por ter começado a tomar a pilula, mas era um aumento gradual, eu cheguei a aumentar 2 ou 3 quilos por ano todos os anos. Quando fui operada pesava 97 quilos.

(E4, mulher, 55 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Mudança de pílula, aliás foi uma sequência. Foi uma mudança de pílula, a seguir casei e logo a seguir tive o meu primeiro filho. Portanto foi aqui uma sequência assim um bocado, umas atrás das outras digamos assim, que me levaram a ter excesso de peso, mas a causa principal foi a mudança de pílula. Com a mudança de pílula engordei cerca de 30 quilos na altura, em cerca de 4 meses.

(E29, mulher, 47 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Noutros casos, a justificação para o aumento de peso encontra-se nas estratégias terapêuticas utilizadas, quer seja para a asma, quer para o hipotireoidismo ou ainda no caso de uma comunicação interauricular (CIA), que é uma abertura anormal de comunicação

localizada no septo interauricular (a parede que divide a aurícula direita da aurícula esquerda) e que permite a passagem do sangue rico em oxigênio do lado esquerdo para o lado direito do coração. A sua terapêutica leva a um tratamento prolongado de cortisona. É um facto que a cortisona pelas suas propriedades anti-inflamatórias reduz a inflamação, contudo, a profilaxia de longa duração pode causar efeitos colaterais, nomeadamente o aumento de peso. Porém, uma alimentação adequada e a prática regular de desporto está indicada para travar o aumento de peso.

Eu fazia corticoides devido à asma desde os três anos. Era mais larga de cara e não tanto de corpo. Comer mal e exercitar pouco. Não gosto de dar assim grandes desculpas para a minha obesidade, acho que sou responsável por ela. Claro que tenho algumas patologias que poderão não ajudar, mas não lhes atribuo a culpa. Tenho hipotiroidismo, Tiroidite de Hashimoto, não é bem hipotiroidismo, mas também pode condicionar um bocadinho. Depois tenho uma resistência à insulina grande.

(E22, mulher, 42 anos, Mestrado, Obesidade)

Fiz uma comunicação interauricular por volta dos 18 anos e tomei cortisona.

(E15, mulher, 26 anos, 12º Ano, Obesidade)

Com 21 anos foi o diagnóstico de doença bipolar e o internamento no hospital psiquiátrico (...) os medicamentos trazem na sua própria bula, pode provocar o aumento de peso.

(E19, homem, 42 anos, 12º Ano, Obesidade)

Fatores genéticos

Como já referido, durante as últimas décadas, diversos autores defenderam que os filhos de pais obesos têm maior risco de ser obesos em relação a filhos com pais magros. Contudo, esta afirmação tem gerado algumas discussões, não estando demonstrado claramente que a obesidade seja causada pelo gene da obesidade dos pais, isto porque os métodos de recolha dos estudos são variados não sendo idênticos entre estudos e por outro lado ambas as

gerações, de pais e de filhos, compartilham genes, mas também fatores domésticos e ambientais.

O que se sabe sobre este assunto é que os fatores genéticos podem originar discrepâncias energéticas, e por esse motivo aumentar a probabilidade de as crianças se tornarem adultos obesos, portanto prevê-se que ter um pai obeso significa ter maior probabilidade de se tornar obeso em adulto. As estimativas sobre a herança genética variam de 30% a 100%, portanto não é claro que vivendo juntos na mesma casa isso venha a interferir ou influenciar a semelhança na hereditariedade sobre a gordura corporal. As interpretações levam-nos a concluir que a fundamentação baseada na genética como pano de fundo para o aumento de peso deve ser encarada com cautela (Bouchard, 1991). De acordo com os excertos que se seguem alguns dos entrevistados atribuem à genética o fator responsável pelo aumento de peso, com base na herança genética da família.

Uma das causas era familiar, já era de situações de família.

(E31, homem, 52 anos, 9º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

A minha família toda, tanto da minha mãe como do meu pai é tudo gente gordinha. Tudo com pesinho.

(E35, mulher, 56 anos, 7º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

É assim, muito genética, má alimentação naturalmente. A genética está cá, tenho a noção perfeita disso. Tinha, porque os meus pais sempre trabalharam muito e então não tínhamos as horas corretas, por exemplo, às oito da noite, nove da noite, dez da noite chegavam a casa e nós comíamos um pãozinho com queijo, à espera de que a minha mãe conseguisse fazer o jantar, está errado.

(E28, mulher, 42 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Eu acho que saí um bocado ao lado dele (pai). Entretanto tive um acidente de automóvel e tive dois anos em convalescença a andar de muletas e por aí fora e acho que a partir daí também ajudou um pouco a engordar e depois foi o desleixo do dia a dia. A vida era mais sedentária, já não fazia desporto nenhum.

(E31, homem, 52 anos, 9º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Venho de uma família em que a parte do meu pai toda a gente é obesa, exceto uma tia que passou fome, não havia forma de escapar à obesidade, é muita coisa emocional para aquele lado. A minha mãe era super magra e tornou-se obesa, portanto, eu e a minha irmã somos obesas.

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

Fatores psicológicos

Outra razão apontada pelos entrevistados para o aumento de peso baseia-se em fatores psicológicos e emocionais, designadamente o stress. Neste contexto, os aspetos comportamentais que envolvem a obesidade são complexos e variam de acordo com a presença de agentes agressores. A própria obesidade pode desencadear situações stressantes, pois a pessoa obesa também carrega o fardo do estigma social, como desenvolveremos mais à frente. Portanto, não é novidade que um indivíduo em stress tem tendência a praticar mudanças comportamentais na sua ingestão alimentar consumindo de modo mais emocional. Como referem Bombak & Monaghan (2017) a maioria das pessoas espera perder o peso indesejado de acordo com as narrativas convencionais de incorporação saudável, mas as breves incursões caracterizadas por comportamentos saudáveis foram contrariadas por períodos de grande consumo alimentar estimulados pelo stress.

Assim, os excertos que se seguem evidenciam o aumento de peso associado a falta de horários definidos para as refeições. No caso dos estudantes, a carga horária e a exigência dos trabalhos é apontada como não deixando margem aos alunos para se alimentarem convenientemente e muitas das vezes leva-os a optar por alimentos com maiores padrões energéticos, ricos em gorduras saturadas, açúcares de absorção rápida, aliados ao sedentarismo, sendo o resultado final o aumento de peso.

Eu acho que o stress. Eu acho que deve ter sido a trabalhar. A trabalhar, isto é, os estágios. A dúvida se estava no curso certo. Se era isto que eu queria fazer ou não, se não estava a perder o meu tempo, a gastar o dinheiro dos meus pais. Às tantas comecei a aumentar de peso e percebi que os hábitos estavam a mudar. Lá está, à partida nem sequer me apercebi. Depois comecei a perceber que as escolhas não eram as melhores, o facto de já não estar tanto tempo em casa e mais na rua, mais vezes fora de casa.

(E23, mulher, 41 anos, Licenciatura, Obesidade)

Dos nervos, o trabalho também, a nível familiar às vezes as coisas não vêm logo, as coisas vêm mais tarde, pronto, perdi a minha mãe, perdi o meu pai, foi tudo de seguida. Acho que talvez me tenha ressentido, sentido no meu corpo, depois uma pessoa está nervosa, e quando estou nervosa, como (...), mas pronto, saí rodas baixas ao lado da minha mãe, sou bolinha.

(E36 mulher, 50 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Outro fator psicológico desencadeador de stress, mas de natureza diferente, diz respeito às experiências traumáticas, como a morte. A morte pode trazer novas situações problemáticas, como a mudança para a casa de familiares, como relatado por uma entrevistada.

(...) a minha mãe morreu (...) eu fui morar com a minha madrinha, que é irmã da minha mãe. Só que a minha madrinha para me compensar o carinho, não sei se é o carinho dava-me bolos, dava-me comida, era o mimo e então comecei a engordar muito (...) comecei a trabalhar na fábrica tinha 16, eu comecei logo a engordar porque era *bollycao*[®], *donuts*[®], coisinhas boas e doces. Íamos buscar pão quente, sabe como é que é, pão quentinho com manteiga.

(E33, mulher, 46 anos, 6º Ano, Obesidade)

Também a violência familiar e os maus-tratos ligados ao abuso no consumo de álcool são fatores apontados como geradores de stress. Em que a procura pela comida surge como fonte de compensação para esconder a dor emocional. Aqui, a comida funciona como um comportamento compensatório verificando-se dificuldades em parar de comer, dada a

sensação constante de fome (Lazarevich et al., 2013). A este propósito seguem os excertos ilustrativos.

Pois...comida. Talvez fosse a questão psicológica, o pai dos meus filhos era uma pessoa alcoólica e as coisas não andavam muito bem, penso que fosse um bocado a partir daí. Depois comecei a engordar e chega uma altura que a gente deixa de ter controle. Eu engordei para aí 30 quilos em 10 anos, por aí.

(E35, mulher, 56 anos, 7º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

É a boca, é a gula, é o stress, e eu sou daquelas pessoas que quando fico nervosa não deixo de comer, até posso não comer bem a uma refeição, no dia seguinte eu recupero três ou quatro e depois eu gosto de tudo, doces e salgados, eu estava a comer mal e a mais (...) Pouco a pouco vai aumentando (...) É frustrante, é não me sentir eu, é ter algumas pessoas amigas que dizem tens de cuidar de ti, tens de te focar em ti e depois chegar ao fim do dia, não ter tido tempo para mim e olhar para o espelho e não gostar (...)

(E39, mulher, 48 anos, Bacharelato, Normoponderal/ Ex-excesso de peso)

Outro tipo de conteúdo encontrado nas entrevistas corresponde ao que se convencionou chamar de *bullying*. No que concerne a este tipo de fenómeno, este é muitas vezes exercido em contexto familiar. O *bullying* nem sempre é evidente, boa parte destes atos ocorrem longe da presença de adultos e as vítimas geralmente não relatam o ocorrido por medo de represálias dos seus agressores. As agressões podem ser físicas ou verbais, por exemplo, gozar, chamar nomes ou fazer comentários inapropriados, ameaças ou espalhar mentiras e boatos.

Na adolescência, as relações com os pais e pares são essenciais para o bom desenvolvimento dos jovens. O apoio dos outros causa no indivíduo o sentimento e auxilia a integração no grupo onde está inserido, permitindo-lhe perceber o quanto é apreciado pelos outros.

Dito isto, em ambientes cujos cuidadores têm práticas parentais mais autoritárias verifica-se estar associada a maiores graus de *bullying*. Além disso, alguns fatores ambientais também podem potenciar situações de *bullying*, como a falta de envolvimento ou carinho por parte do cuidador gerando menor tolerância perante os acontecimentos e suscitando

comportamentos mais ríspidos e abusivos a que se associam a punição física e a chantagem emocional (Knafo & Schwartz, 2003).

Havia uma tia (...) Essa tia fez-nos muito *bullying* e, portanto, às vezes estávamos sem comer até às duas da tarde. Portanto, porque ela dizia que já tomámos o pequeno-almoço, nós: - não, não; (Tia) - vocês querem é comer mais. Havia sempre um *bullying* aliado à comida, ao ponto de o meu pai ficar com os ouvidos tão cheios que nos tirava a comida das mãos e mandava pela janela.

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

Bullying, se calhar é um bocado forte, mas é *bullying* mesmo, porque lá está, eu era a mais gorda da família, ainda por cima fui magra até aos 32 anos, 33. Sempre fui uma mulher que se arranjou bem, etc, e depois claro, quando comecei a engordar, perdi aqui um bocadinho aquele gosto por me arranjar e abandalhei um bocadinho. Portanto sempre fui um bocadinho alvo de crítica, por todos os sentidos, porque está gorda, por se arranjar, etc. Era mesmo aquela velha frase de “estás tão gorda”, as pessoas ainda por cima quando se é da família, mais facilmente se diz estas coisas, lá está, não custa dizer e nunca há aquele cuidado, está a magoar as pessoas ou não está a magoar (...)

(E29 mulher, 47 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Encontramos ainda uma situação de uma mulher entrevistada que nos conta que a irmã e a mãe foram assediadas por uma pessoa. Para não ser ela própria também motivo de assédio por parte deste homem procedeu a mudanças na sua imagem. Para isso, adotou estratégias conscientes de *coping* (ou enfrentamento), que é descrito como o conjunto das estratégias emocionais utilizadas pelos indivíduos na tentativa de melhor lidar com situações stressantes permitindo-lhe desta maneira adaptarem-se às circunstâncias adversas e, assim, sair do centro das atenções. Nestas situações, as mulheres vítimas de perseguição muitas vezes recorrem ao uso de sapatos confortáveis, roupas largas, optam por não fazer depilação ou não utilizam cosméticos. Estas práticas procuram operar como reforço para resistir às intenções sexuais dos seus predadores e, assim, aumentar o bem-estar psicológico destas mulheres (Sobal, 2001; Barbosa, 2017).

Os dois excertos seguintes são da mesma entrevistada e vêm ilustrar o que acabamos de tecer sobre a matéria e quais as pretextos utilizados para esconder o corpo para não se tornar atraente e apetecível aos olhos dos seus pares.

(...) quando a minha mãe era pequena, a minha mãe era a mais nova de sete irmãos, ela era assediada por essa pessoa, essa pessoa andou a assediar a minha irmã também e então eu faço uma coisa: tu tens de te proteger e ficar o mais gorda possível para não seres atraente. Para não seres apetecível ao masculino, para não estares em perigo e eu noto muito isso, também nas minhas interações com o sexo oposto e tudo, eu noto que às vezes eu própria me retraio, ou sinto que a outra pessoa não me vê por causa da questão do peso (...)

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

A questão do peso era para me esconder para não ser apetecível sexualmente para os homens. Quando estás neste papel de vítima há sempre os agressores que aparecem ou mesmo ao contrário quando estás no papel de abusadora há sempre uma vítima que aparece, é energia, a energia são os polos. Foi por aí que eu percebi que tinha de atrair outro tipo de relacionamento.

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

4.2. Imagem corporal e estigmatização social

De uma maneira geral, o estigma é universal (Grinker, 2019). O estigma é um conceito desenvolvido por Goffman (1988), definido como sendo uma marca ou sinal que rotula o seu portador desvalorizando-o, dessa diferenciação podem surgir atitudes estigmatizantes. As pessoas tornam-se socialmente desacreditadas por possuírem uma característica que é classificada como indesejável. Muitas vezes o indivíduo experimenta estereótipos que se baseiam no preconceito – através de reações emocionais negativas - ou discriminação que provoca distanciamento social dos outros. Outra característica importante a considerar no estigma é a interseccionalidade, dito de outra maneira, significa que uma pessoa enfrentará um estigma muito maior quando vê desvalorizados vários dos seus atributos, por exemplo, no caso da obesidade, os relatos sobre o estigma estão associado à perda do controle alimentar, visto não se conseguir resistir aos alimentos que engordam, comer quando se está mais

stressado ou amuado ou ainda, exercitar-se pouco fisicamente, e, portanto, não têm controlo sobre o seu peso (Low, 2006, Hollett & Carter, 2021).

Como já desenvolvido no capítulo 1, a obesidade ganhou destaque a partir de sensivelmente 1970, passando a ser considerada desde então como uma pandemia mundial. A saúde passou a ser vista como o dever de ter saúde. Aos poucos e poucos vai sendo imputado ao indivíduo a responsabilização pela preservação do seu corpo e a manutenção constante para atingir um corpo aprazível e magro. A indústria farmacêutica passou a dominar, ao vender a imagem de que mediante o consumo regular de determinados medicamentos poder-se-ia prevenir e controlar as doenças. Por outro lado, a indústria alimentar coloca ao dispor dos indivíduos uma série de produtos ditos saudáveis para a perda de peso. Estar fora do padrão pode trazer exclusão social e esta “será tanto mais elevada quanto maior for a desproporção entre o corpo ideal e o corpo real, entre o corpo sonhado e o *looking-glass self*” (Bourdieu, 2007:195).

A construção da identidade vai sendo desenvolvida à medida que o indivíduo recebe estímulos do exterior sobre a imagem que passa aos outros e de como os outros o contemplam, internalizam e manifestam o estímulo e que espelham através das suas reações. Quer isto dizer que a perceção da obesidade nas relações de sociabilidade muitas vezes tem início na esfera familiar gerando sofrimento ao indivíduo. Uma parte dos entrevistados refere ter-se sentido discriminado pelo peso no seio familiar, conforme nos mostram os excertos que se seguem.

Seis, sete anos atrás a minha mãe chamava-me lontra. Sou a única assim da família inteira. A minha mãe deixou de o fazer quando no hospital ela fez um comentário e o médico ouviu e ralhou com ela (...) A minha irmã a que eu sou mais ligada, até há 10 anos atrás, a minha irmã tinha nojo de mim. Não podia ser vista na rua comigo.

(E13, mulher, 27 anos, 9º Ano, Obesidade)

Podias olhar mais por ti, podias tentar fechar a boca, a gente só diz isto para teu bem. (Eu) não dizia nada, sentia-me um bocadinho em baixo e depois vingava-me sozinha em chocolates.

(E33, mulher, 46 anos, 6º Ano, Obesidade)

Os comentários podem ser diretos ou indiretos. As provocações podem-se referir à obesidade propriamente dita, através das críticas que desencadeiam sentimentos de inferioridade e fraqueza criando, por isso, prejuízos na saúde física, mental e social. Neste sentido, também a escola tem um papel decisor ao longo da vida de um indivíduo. Sendo a infância e a adolescência os períodos mais marcantes, pois a vítima fica exposta aos comentários dos colegas que se encarregam de rotular “pela percepção e pela enunciação coletivas - que se pense nos apelidos e alcunhas – e atraçoada por um corpo submetido à representação dos outros” (Bourdieu, 2007:196). Aproveitando as deficiências físicas para advogar comentários, causando desconforto para quem vivencia este papel social. Ainda de acordo com o mesmo autor, o que distingue as pessoas umas das outras são os seus gostos individuais que servem para identificar o valor, o símbolo de cada um. Portanto, a crítica surge aqui como um julgamento social que, ao mesmo tempo, se aproveita para se fazer uma separação de classes, para se constituir uma desigualdade com a aparência física, a que se juntam as maneiras e a conduta. Sendo as representações simbólicas do estigma processadas por meio de sinais de depreciação, humilhação e preconceito. Neste sentido, muitos dos entrevistados comentaram ter sofrido agressões verbais por parte dos colegas durante as aulas.

Até aos 8, 10 anos não sofri muito na pele, não senti o chamado *bullying* como agora. A partir dos 11 anos é que realmente comecei a sofrer. Sofri *bullying* na escola e aí comecei a perceber que não era só a família que dizia que eu estava a ficar um bocadinho mais cheinha do que era suposto para a idade e comecei a perceber, mas ainda fazia pior, que era ainda comer mais, passava muito tempo sozinha, porque a minha mãe trabalhava aos sábados e então eu tinha disponibilidade de ter comida pouco saudável em casa, portanto passava as tardes a comer, a ver televisão, não saía muito, não tinha muitos amigos.

(E2 mulher, 37 anos, 12º Ano, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Nos tempos de escola, foram péssimas, porque lá está, sempre fui muito maltratada. Devido ao meu peso. No 7º, 8º ano, isto com 13, 14 anos, à volta dessas idades tinha ido ao oceanário e de nos dizerem qual era o tamanho de uma baleia e gritarem logo que era exatamente do meu tamanho (...) daí o meu apelido ser baleia azul. Também posso contar outro caso, não sei se quer, lembro-me também perfeitamente por volta dessas alturas, talvez já no 9º ano, porque foi antes de eu sair daquela escola, nós termos visto aquele filme, dança com lobos e de aparecerem lá muitos bisontes americanos e também nessa altura a minha alcunha ser o

bisonte americano. E histórias de que me lembro de corrermos na educação física e dizerem que estava a haver tremores de terra por minha culpa, uns 13, 14, 15 anos.

(E8 mulher, 27 anos, 12º Ano, Obesidade)

Num outro patamar estão os profissionais de saúde, muitas vezes apontados como sendo instigadores de comentários inusitados em relação ao peso dos indivíduos, impondo aqui uma tentativa de controlo social na disciplina do corpo (Foucault, 1977). Isto porque, no entendimento de Foucault, o médico detém um certo poder nas decisões dos indivíduos pois “o saber acarreta efeitos de poder” (1979: 142), assim, o facto de rotular uma pessoa vai operar como um corretivo dado que permite lembrar “às pessoas não o que elas foram, mas o que é preciso que elas se lembrem que foram” (Foucault, 2001: 332). Neste contexto, existe a tendência de mostrar como os episódios da vida quotidiana tendem a “inferir uma série de imperfeições” (Goffman, 1988:15), onde o volume funciona como uma deficiência física, que serve para manipular psicológica e socialmente ao projetar no indivíduo a diferença estabelecida pelo grupo. A partir daí desenvolve-se a aposta numa retórica de responsabilização individual pelo atingimento do seu peso. Havendo um desencorajamento por parte dos profissionais de saúde caso o indivíduo insista em seguir comportamentos pouco saudáveis. Mas por vezes estas tentativas não têm o efeito esperado, verificando o efeito oposto, pois o indivíduo quando é estigmatizado interioriza uma autoimagem negativa sobre si próprio, desenvolve baixa autoestima, com propensões para a depressão e ansiedade ganho com o preconceito. Muitas das vezes evitam procurar as entidades prestadoras de serviços de saúde para os cuidados primários, visto que se sentem incompreendidos, com a estigmatização sentida por parte destes profissionais, acumulando ainda mais a exposição aos riscos.

(...) fui para o nutricionista, fui muito contrariado, ao Egas e ganhei logo má imagem dos nutricionistas, porque quando eu entro na sala, a senhora, a nutricionista era muito obesa, mas muito obesa, mas bastante, bastante, e eu com 12 anos digo: meu, o que é que eu estou aqui a fazer, diz o roto ao nu e então não levei aquilo a sério. Estava ali a ouvir que tinha de fazer o pequeno-almoço desta maneira, tinha de praticar desporto, mas aquilo estava a entrar-me por um ouvido e estava-me a sair por outro, então, é claro que aquelas recomendações, eu não cumpri nada. Fui sempre fazendo as refeições que era a minha mãe que as fazia, isso eu tinha de respeitar, mas lá está, fora de casa, na escola, eu queria lá saber (...) lembro-me desta

primeira vez, esta senhora, não tinha gostado mesmo da senhora, até porque era bastante arrogante: tu és muito gordo. Era uma má profissional, tanto que a minha mãe até fez queixa ao hospital, aquilo não é um trabalho de médica, não é, não estamos ali para dizer tu és gordo, ela disse que se continuasse assim ia morrer primeiro do que a minha mãe, coisas assim do género, então aquilo foi muito mau. Retiraram-me esta nutricionista e tive acesso a outra profissional, que foi bastante melhor (...)

(E14, homem, 24 anos, 12º Ano, Obesidade)

Senti. Aos 13, 14 anos (...) fui a uma consulta com o médico de família (...) Era por motivos da obesidade, coluna, tinha muitas nevralgias, torcia muito os pés, era mais por aí, na escola era mais torcer os pés na educação física (...) O médico de família quando me viu com 13, 14 anos já estava com 70, 80 kg mais ou menos, ele disse-me: a menina tem de emagrecer, se não quando chegar aos 30 anos vai parecer aquelas mulheres de África com as mamas todas para baixo, pronto, e eu saí de lá a chorar, traumatizadíssima; eu sabia não é como estava a ficar, o que se espera de um médico é um apoio, uma referência, é ir aqui é ir ali.

(E2, mulher, 37 anos, 12º Ano, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Senti, um episódio muito curioso, nessa altura, obviamente com excesso de peso temos riscos inerentes, princípio de diabetes, hipertensão. Não sei precisar, mas pelos 30, 40 eu tive um problema de vesícula e estava a ser seguido no Hospital de Santa Maria para fazer a operação (...) fui à consulta (...) apanhei um médico que me tratou muito mal. Ele foi muito agressivo para mim. Chamou-me nomes mesmo, tipo: você é burro, é estúpido como é que pode deixar chegar a este ponto e não sei quê. Eu fiquei um bocado chocado. É um risco pode-se ter vários tipos de reação, para mim foi totalmente inesperado (...) Provavelmente estaria a fazer aquilo para me chocar, pronto com alguma razão até, mas foi uma abordagem completamente atípica. É um risco, porque há pessoas que podem reagir mal.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Isso já senti. Dentro do consultório médico, lembro-me disso, portanto, quando não me lembro é porque não me marcou, mas este lembro-me perfeitamente foi, estava a preparar a minha segunda gravidez (...) fui a uma médica ginecologista e obstetra (...) sou pesada, sou grande, mas não tenho aquele aspeto de que a pessoa vai explodir a qualquer momento. Como há pessoas assim, eu sei, é mesmo assim, portanto eu sou muito bem distribuída, portanto, aquilo

caiu-me um bocado mal. Ela disse-me assim: Com essa barriga, o melhor é marcar mesmo a ecografia. Porque eu não consigo ver nada. Assim! eu fiquei assim a olhar para ela; ah, ok, a dra. é que sabe, se acha que o exame é melhor de outra maneira, com certeza, faremos. Foi muito desagradável. Mas eu lembro-me. Olha-me esta parva. Podia ter dito: olhe, é melhor fazer o exame de outra maneira, porque o seu corpo não permite, tinha outro tipo de atitude, mesmo parvinha, coitadinha!

(E25, mulher, 42 anos, Licenciatura, Obesidade)

(...) eu tinha muitos desmaios, sem se perceber bem o que é que era. Agora sei que era epilepsia, já estou medicada, mas tinha muitos desmaios e tinha muitas paragens, sentia o meu cérebro quase um vazio, e os médicos diziam: ai, isso é do que ela comeu, uma delas, uma médica em que eu nunca mais me hei-de esquecer da cara dela. Ela disse assim para mim: vê-lhe a glicémia que ela deve estar mas é com excesso de açúcar. Eu por acaso na altura até nem tinha comido, porque já estava naquela fase em que não me sentia bem, então deixei de querer comer. Ou seja, era exatamente o efeito contrário, ela mandou-me picar 3 vezes, para ver se o enfermeiro estava a ver bem a glicémia. Ou seja, aquele estigma que é gordo deve ter açúcar até aos olhos, basicamente é isso, mas pronto.

(E30, mulher, 37 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Noutra perspetiva, a obesidade além de constituir um problema médico também abarca a dimensão estética. Nas entrevistas realizadas verificou-se que alguns indivíduos estavam tão focados neles próprios que deixaram de ter a perceção das suas proporções reais, só quando são confrontados com os comentários dos seus pares, através da linguagem não verbal mediante o uso de olhares, piadas, gestos é que tomam consciência das mensagens silenciosas. O corpo passa a estar sujeito a um pré-julgamento social que carrega aspetos negativos que podem ser expressos por gestos, humilhações, desenvolvendo sentimento de vergonha no que concerne à exposição de certas partes do corpo, conforme ilustram os excertos que se seguem.

Nunca vou à praia. Este ano não pus os pés na praia uma única vez (...), mas quando vou à praia a minha vontade é permanecer vestida e desde sempre foi assim, desde que me lembre de ir à praia com amigos, sempre vestida. Mais nova, nunca me despia. Tinha aquelas saias de

cruzar e levava assim um topezinho de alças e ficava assim. Comentavam, diziam: mas tira a roupa estás com vergonha, estás com problemas, despe-te, mas eu não me sentia confortável; as únicas vezes que eu fui à praia e me despi foi umas vezes que fui de férias com uma amiga da minha mãe que era muito mais velha que eu. Íamos de férias e íamos para uma praia que não tinha ninguém e ela também era bastante gordinha, e como ela também tinha excesso de peso, mas não era nada complexada, aquilo também me ajudava a eu ir de fato de banho. Mas com muita gente e praias muito cheias estou sempre a pensar que está toda a gente a olhar para mim, que estão a reparar.

(E8, mulher, 27 anos, 12º Ano, Obesidade)

Para ser franco agora falando nisso, acho que sim, e vou-lhe dizer onde, na praia, eu nunca liguei muito a isso, lembro-me de estar sentado na praia e irem umas pessoas a passar e acho que foi umas senhoras, que olharam para mim e fizeram um ar assim de espanto. Porque eu estava sentado e a barriga era grande, tipo grávida, aquelas grávidas de gémeos e então sentado ainda pior (...) eu percebi e aquilo mexeu um pouco comigo na altura. Uns trintas, quarentas, não era novo, foi assim o ponto mais épico (...) depois não ficava muito confortável em ir para a praia (...) Não é preciso dizer a ninguém, tu estás gordo, porque a pessoa sabe. A pessoa vê-se todos os dias e sabe.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

(...) eu na minha cabeça, sabia que tinha aquele peso, pesava-me uma vez ao ano, também era uma coisa muito rara. Mas ao espelho, não me via gordo, ok? Eu via-me, claro, com excesso de peso, mas não dizia: não, eu estou mesmo obeso, estou aqui mesmo mal, não me via assim. Agora há cerca de um ano é que eu comecei a ver as fotografias, quando tirava fotografias num grupo de amigos à noite, etc. Eu olhava para as fotografias e puxa: mas eu estou muito gordo na fotografia, mas no espelho, eu não me via assim, via-me mais magro e comecei a dizer, mas não pode ser eu. Não posso estar com este aspeto. Em vídeos também que me gravavam. Que eu aparecia lá atrás, eu dizia: puxa eu estou muito, muito gordo. E depois comecei a notar mais isso, quando ia comprar roupa, por exemplo o XXL não me dava. Então onde é que eu vou comprar roupa, não é. Tinha de ir à secção que dizia *large*, comprar 3XL, coisas assim. Depois tinha de comprar roupas que havia e não podia escolher o que eu queria, então meti na cabeça, epá não. Tenho que mudar isto. Tenho 23 anos, fiz agora 24 em outubro, e disse, bem tenho 23 anos não quero chegar aos 30 anos e não conseguir subir umas escadas.

(E14, homem, 24 anos, 12º Ano, Obesidade)

(...) óbvio que havia comentários: como é que tu te deixaste engordar, o que é que te aconteceu. Lembro-me que uma vez encontrei um amigo, até estava no *McDonalds* (risos), eu até nem sou muito de ir ao *McDonalds*, mas por acaso naquele dia fui. Eu lembro-me que encontrei lá um amigo de escola e ele olhou para mim dos pés à cabeça e não parava de olhar dos pés à cabeça e ao mesmo tempo que ele olhava, comentava comigo mesmo: ei, o que é que te aconteceu, como é que tu estás assim tão gordo? tu não eras assim e não parava com aquilo e eu ficava ali super incomodado. Só me apetecia dar-lhe um soco, para ele se calar. Não se calava com aquilo e estava-me a incomodar imenso e foi complicado, sim. Lembro-me que quando saí, ainda por cima, no meu *Facebook*, nas redes sociais eu tinha as fotografias de antigamente, não era capaz de por uma fotografia minha com excesso de peso, lembro-me que a primeira coisa que fiz, foi bloquear esse meu amigo, entre aspas, colega de escola.

(E32, homem, 35 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Neste domínio, o conceito de imagem corporal está associado à figura de um corpo que pode refletir uma imagem corporal que pode ser positiva ou negativa. Em geral, quando a autoestima é elevada sugere uma imagem positiva. A imagem que o indivíduo vai construindo ao longo da sua formação vai-lhe permitir que se veja em relação ao mundo. Esta orientação serve como uma direção para se autoavaliar e pode estar alinhada com os sentimentos e pensamentos que o indivíduo interioriza, armazenando no seu reportório ao longo do seu trajeto de vida, adquirido pelo meio em que vive ou pelas situações que experiencia.

Por meio das entrevistas, as pessoas revelaram os seus sentimentos de mágoa nos processos de seleção e recrutamento no local de trabalho. Estes indivíduos contam o modo como as pessoas obesas são ignoradas e como vivenciam processos de discriminação e rejeição. Considerando que o trabalho é fonte de realização humana, os sinais deixam marcas porque funcionam como atributos que frustram as expectativas de normalidade e “deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (Goffman, 1988:12).

Eu fui a algumas entrevistas e disseram-me logo, você é muito gorda, não dá. Por exemplo, eu fui a uma entrevista para um café, ali em Sintra. Mesmo na vila de Sintra e disseram: você vai ter de subir e descer escadas, será que consegue? Isso quis-me dizer tudo.

(E33, mulher, 46 anos, 6º Ano, Obesidade)

Tive dificuldade em arranjar emprego (...) Sim, eu tive entrevistas em que me questionaram se eu era preguiçoso. Quando tive o acidente e deixei de jogar futebol, eu entrei na área do telemarketing (...) Posso-lhe dizer que a imagem vende metade do produto (...) óbvio que eu fazia o mesmo (...) certamente não fazia comentários a perguntar se a pessoa é preguiçosa, mas também não ia contratar uma pessoa que não tinha imagem para vender um produto. É importante, infelizmente é assim que a sociedade está formatada. A aparência conta muito (...) Quando comecei a ganhar peso, eu parei durante um tempo e quando parei durante esse tempo, eu queria parar para me focar no treino e emagrecer (...) mas não consegui emagrecer, depois cada vez que eu procurava ir a uma entrevista, como já estava com algum peso já era complicado ser contratado. Tive que reinventar-me e trabalhar por conta própria noutras coisas.

(E32, homem, 35 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Na função pública, todos nós, quando entramos, entramos a ganhar o mesmo (...) Não, a nível de discriminação salarial, nunca sofri. Só a nível da promoção (...) sempre fui barrada para seguir na minha carreira por ser obesa. Diziam declaradamente que eu era muito simpática, tinha capacidades e ainda não tinha tantas formações que comecei a fazer, mas que não seguia por causa do meu físico e isso dava cabo de mim, mesmo, muito complicado.

(E2, mulher, 37 anos, 12º Ano, Normoponderal/ Ex-obesidade)

O estigma é dado a conhecer através de várias categorias que criam barreiras no acesso das pessoas aos recursos de que precisam. Esta rejeição social também traz a sensação de ser tratado injustamente, e pode, por isso, desencadear episódios psicossocialmente stressantes junto das pessoas que vivenciam estes acontecimentos ao desenvolver ou agravar condições de saúde causadas pelo stress. Na generalidade, os rótulos adquiridos socialmente são promotores de stress e podem despertar quadros de ansiedade, especialmente se as pessoas interiorizarem que são fracassos por não acolherem às normas de conduta estabelecidas pela sociedade, relacionadas ao bem-estar (Brewis & Wutich, 2018).

De acordo com a teoria do *labeling approach*, há um sistema repressor, que é o rótulo. Ao criar rótulos os grupos sociais estão indiretamente a desenvolver desvios. Porque o estigma funciona como um desvio ou uma infração cometida e cada pessoa vai interiorizar individualmente como saindo fora da norma social, que deste modo vai ser rotulado como *outsider*. Segundo Link et al. (1989) trata-se aqui de uma visão preconceituosa dado que o

rótulo vai gerar reação de ansiedade (Becker, 2008). Assim, a teoria do *labeling approach* não procura identificar quais são os fatores que causaram o desvio, mas encontrar quem são os indivíduos rotulados, como e quais são as condições que determinaram estas ações desviantes (Brewis & Wutich, 2018). Becker (2008) sugere que desvio se baseia às reações às respostas dos outros, rotulando um indivíduo como tal.

No caso das pessoas obesas, as imagens corporais vão sendo construídas ao longo da vida, e de acordo com os critérios atribuídos pelas “deformidades físicas” (Goffman, 1988:14), que trazem “culpas de carácter individual, percebidas como vontade fraca” (Goffman, 1988:14) e que acabam por devastar a autoestima dos indivíduos. Estes por sua vez acabam por acionar mecanismos de defesa para lidar com as situações e que podem ser de negação ou aligeiramento na tentativa de justificar a sua identidade perante uma sociedade que “estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (Goffman, 1988:12). Nos excertos que se seguem os entrevistados vão tecendo comentários sobre estereótipos com conotação negativa, ou justificando a importância de perder peso para agradar nas relações afetivas do indivíduo com os seus pares, ou ainda as reflexões internas ao compararem os laços com a figura materna, como modelo de identificação, onde os sinais corporais estão presentes e trazem conotação negativa, por causa do estereótipo criado pelo próprio, e causa distanciamento social pela vergonha externa.

Como é que eu lidei? (...) Na primária chamaram-me ao quadro e disseram: este é um exemplo de uma criança gorda, este é o exemplo de uma criança magra.

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

Ao início eu tentei perder peso porque percebia que as pessoas me maltratavam e depois mais tarde aos 20 eram as minhas relações, eu tinha de perder peso para ser aceite nas relações, é uma estupidez obviamente, porque as pessoas não me queriam assumir (...) O que faz com que as pessoas tenham vergonha de andar comigo na rua. Até um dia que eu me relacionei com um homem que era vice-campeão de culturismo. O homem que é tipo espadaúdo e não sei quê. Foi aí que eu percebi que não era a questão do corpo e comecei a atrair outro tipo de pessoas quando comecei a gostar um bocadinho mais de mim.

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

Quando tive o meu filho, eu fui trabalhar ao fim de 20 dias, uma cliente perguntou-me quando é que o bebé nascia. Eu por norma não sou indelicada com ninguém, porque não sou, mas respondi muito torto. Tive vontade de bater na cliente: não vê que eu já tive a criança? Coitada, ela ficou tão mal. Depois fartou-se de me pedir desculpas. Um tempo depois, naquela altura quis lá saber, mas um tempo depois, percebi que não era ela que estava mal, era eu (...) um mês depois fui comprar uma saia à Naia lá no Chiado, agora já não existe, e quando vi que era o mesmo número que a minha mãe vestia, a minha mãe é magra, mas é muito barriguda, tem muito estômago. Eu comprei a saia e eu nunca a vesti.

(E16, mulher, 56 anos, 4º Ano, Obesidade)

Quando o estigma assenta em pressupostos físicos o indivíduo deixa de estar enquadrado nos parâmetros considerados normais tornando-se, deste modo, desviante. Ao alimentar o preconceito vai gerar comportamento discriminatórios e crenças negativas (Coccia, 2011). Portanto, o que seria considerado um comportamento dito de “expectativas normativas” (Goffman, 1988:12) é transformado numa atitude etnocentrista, pois passa a julgar de acordo com os seus próprios padrões. Neste sentido, o discurso da entrevistada mostra o ressentimento ao se sentir discriminada, sente que lhe estão a impor um lugar inferior, que passa pela recusa no acesso ao bem, e ao mesmo tempo sente que está a ser avaliada como uma intrusa por não pertencer aos ideais de beleza estipulados pela atual sociedade (Fox, Ward & O’Rourke, 2005).

Uma coisa que me aconteceu na Sicília, nunca me tinha acontecido. Foi entrar em lojas e assim: eu queria experimentar aquele vestido (...) e o homem não me quis tirar o vestido, porque disse que não me servia (...). Eu sabia que me servia, mas ele não me tirou o vestido para eu experimentar e nunca me tinha acontecido. Eu já fui a várias cidades italianas e ninguém me pôs questões com o peso, nunca, nem olhares, é que nem sequer em Portugal isso aconteceu.

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

Portanto, o corpo na modernidade ganhou valor, é preciso moldá-lo para construir a sua identidade. O corpo passou a transportar uma imagem que funciona como um elo de ligação entre o indivíduo e os outros, nas suas práticas sociais. O padrão de beleza é uma forma de exercer poder e controle social (Bordo, 1993). Pois é a imagem percebida que projeta a identidade, com características hedonistas ou narcisistas, onde se busca o prazer como finalidade para a vida humana. Tomemos como exemplos a anorexia nervosa e a bulimia, associadas, a pressões culturais sobre as mulheres para adquirir uma forma corporal ideal numa sociedade que valoriza a atividade corporal (Shilling, 1993). Pois é esta identidade pessoal que o caracteriza e destaca dos outros. Contudo, no decorrer do percurso abre-se uma fresta ao se criar um estigma, uma frieza nas relações sociais, que à luz das informações recebidas vai alterando as práticas sociais com os outros e estabelece-se uma relação impessoal. Com o estigma a identidade é alterada.

Em alguns casos, o alimento vem substituir as carências emocionais. Quando existe uma perturbação mental, os antipsicóticos são geralmente usados para repor o equilíbrio, por vezes, o tratamento passa por conjugar diversos outros medicamentos, o que, pode produzir efeitos colaterais, como retenção de líquidos, hiperglicemia ou aumento de peso (Mendes, 2015). Dada a necessidade de prolongar o tratamento, na maior parte dos casos a massa gorda não desaparece, antes pelo contrário. Nestes casos, a via comum é controlar o peso com uma dieta mais rígida e, fundamental, conjugar com a prática de exercício físico.

Mas por vezes isso não acontece, o indivíduo resigna-se, e culpa a doença que lhe trouxe angústia, com o aumento de peso, e o torna vulnerável, pois não consegue gerir o peso. Neste caso, "a criatura estigmatizada usará, provavelmente, o seu estigma para ganhos secundários, como desculpa pelo fracasso a que chegou por outras razões" (Goffman, 1988:20). Ao não atingir as expectativas, vai aumentar a frustração ou aborrecimento com a sensação de impotência e de desânimo com o estado de saúde, causar ansiedade ou revolta e até certa raiva nas reflexões sobre a sua vida. No excerto que se segue evidencia-se o panorama que acabamos de descrever em que a saúde surge como justificativo para colmatar a conotação depreciativa na gestão da sua obesidade. De acordo com o trabalho de Gracia-Arnaiz (2013), a autonegligência motivada por problemas pessoais é justificada como explicação para o aumento de peso.

O facto de ter engordado...ou o facto de ter adoecido, não é? eu não engordei porque quis, nem engordei por preguiça...sempre me apoiaram. A doença é uma doença real, é uma doença mental, é doença real e não é questão de uma pessoa...ah, ele não trabalha porque é preguiçoso. Ah, ele não trabalha porque é calão, não é isso, uma pessoa quando tem um problema desta natureza, precisa de ajuda, precisa de auxílio (...)

(E19, homem, 42 anos, 12ºAno, Obesidade)

O estigma é produzido nas interações sociais, quando um indivíduo se apresenta face a face diante do outro com a sua máscara, certamente irá tentar ser o mais apazível que lhe for possível. Através das suas representações teatrais projeta uma imagem padronizada que procura impressionar e retirar do outro impressões que estejam em conformidade com o seu papel social. Por isso, o indivíduo faz um controlo cerrado na gestão da sua autoimagem. Que reforça com dois estímulos, a “aparência” e o “desempenho”, que se vão subdividir entre a fachada e os bastidores (Goffman, 1993:34).

A fachada envolve um cenário que por sua vez envolve um palco. O cenário é aquilo que tende a ser fixo na representação, é o local onde se desenrola a ação no dia a dia. Diferente dos bastidores, pois, não há o mesmo controlo. As pessoas podem fazer coisas nos bastidores diferentes das atuações da fachada. A ação pode ser alterada de acordo com os critérios de cada pessoa. Reprimindo emoções, escondendo atributos, onde a sinceridade, por vezes, não está presente. Muitas vezes os papéis sociais nem sempre são escolhidos pelos atores, mas impostos pela plateia.

No caso da obesidade, os indivíduos não conseguem esconder o atributo estigmatizante, torná-lo invisível. Enquanto em outras situações, por exemplo numa tatuagem, o atributo pode ser escondido e cabe à pessoa a opção de divulgar ou não, no caso da obesidade, o atributo não pode ser escondido, ele está lá, visível para qualquer um, não pode ser ocultado. Na maioria das vezes o atributo, causa estímulos exteriores que produzem desconforto ao acrescentar uma depreciação. Ancorado na conceção estabelecida por Goffman (1993) o estigma de um atributo observável existe enquanto facto, pois é considerada como um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem.

De ser gorda, alguns até diziam que até tinha uma cara bonita, mas o meu corpo estragava tudo, até que chega ao ponto, que foi o meu caso, comecei a desligar o botão e evitar as pessoas. As pessoas são parvas e não têm espelhos em casa e a falta de formação das pessoas nota-se por isso também.

(E38, mulher, 39 anos, Mestrado, Obesidade)

É claro que afeta a nossa imagem e autoestima e lá está, chegou a uma fase que eu desisto, desisto de mim próprio. Ficar em casa no sofá, comprar garrafas de coca cola, pipocas, chocolates a ver televisão, ver filmes, não sair de casa praticamente (...) Não, nunca chegaram ao ponto de se meterem comigo para...também tenho um físico imponente. Já cheguei ao ponto de ver o menino a dizer para a mãe: - mamã olha o gordinho (...) olha mamã aquele é o pai Natal. Eu já trabalhei como pai natal (...); sim, às vezes sofro, eu como não sou um indivíduo violento, não gosto de arranjar confusões.

(E19, homem, 42 anos, 12ºAno, Obesidade)

Antigamente o foco era o que é que os outros vão pensar de mim. E nessa altura, desculpe a palavra, lixei-me para os outros e comecei a fazer as coisas porque eu queria. Comecei a fazer exercício, caminhadas, comecei a pesquisar, comecei a querer perceber um bocadinho mais da área, posso dizer-lhe que no prazo de um ano (...) perdi 40 quilos (...)

(E30, mulher, 37 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Como refere Featherstone (1987) a gestão do corpo tem-se tornado cada vez mais central na exibição da autoimagem. Assim, a maior parte das pessoas deseja ter um padrão corporal magro. Mas, conseguir manter um corpo magro implica estar conscientes das estratégias que facilitam a obtenção do sucesso e garantem o cuidado próprio e um peso saudável. Aqui, também a comunicação social tem um papel importante, dado que passa a mensagem falsa de que todos irão conseguir atingir esse objetivo. Os cânones publicitários procuram convencer os indivíduos de que é possível alcançar o modelo idealizado de beleza corporal. É sabido que essa pressão é muito mais forte para as mulheres do que para os homens.

À medida que nos consciencializamos sobre os nossos corpos e de acordo com o desempenho que vamos adquirindo vão-se desenrolando vários cenários para uma plateia cujas preferências sobre a imagem vão variando indelevelmente ao longo do tempo. A adolescência é um momento no qual ocorrem as mudanças biológicas maiores nos nossos corpos e nos torna mais sensíveis. Tais mudanças podem impactar as relações sociais e afetar a nossa capacidade de nos relacionarmos uns com os outros (Mellor et al., 2010).

Neste quadro, destacamos os dois excertos que se seguem vindos da mesma pessoa, mas em momentos diferentes, que ilustram claramente o impacto do estigma sofrido, quer na juventude com os seus efeitos práticos, quer na fase adulta, em que o papel do estigma é aflorado por outra razão que vai para além do estigma da obesidade. Principalmente, quando confrontado com alguém que se encontra em situação de desvantagem física, e o nosso interlocutor estigmatizado percebe que a obesidade deve passar para segundo plano.

Na juventude é pior, porque na juventude nós vemos os outros e olhamos para nós próprios e percebermos que é como aquela que continua a achar que a fruta que nasce de maneira quase selvagem é a mais bonita e a mais saborosa, apesar de ter um olhar tosco ou uma visão tosca e que aquela maçã toda bonita, reluzente, não é assim tão saborosa, na juventude, nós não pensamos assim; aí, foi mais duro, em criança não foi, em criança não se tem a perceção; chamavam baleia (...) na adolescência temos a parte do sonho, a parte da aspiração da juventude, mas nada que não seja ultrapassado e ultrapassei (...) só que na juventude isso provoca mozza, por causa dos estereótipos de beleza, e essas coisas todas de insegurança. Eu era muito inseguro, nessa perspetiva era, no resto nunca fui. Ainda mantenho alguma, deixa mozza (...) deixa-nos marcas, ela sara, mas deixa cicatriz, a cicatriz está lá.

(E20, homem, 49 anos, Licenciatura, Obesidade)

Eu queria dizer que sim, mas não. Eu já fui discriminado por várias coisas, mas não pela obesidade, curiosamente. Ainda estou a raciocinar na hora, porque nunca tinha pensado nestas perguntas. (...) são capazes de me dizer, tens de emagrecer um bocadinho, não é pela questão de estigma, mas de preocupação, no sentido de eu ser diabético (...) e eu próprio falo da minha gordura sem problemas nenhuns e não o fazia naquela altura. Rirmo-nos de nós próprios é essencial, para se enfrentar a vida. Isto começa tudo com uma situação, estava muito preocupado com a minha imagem, até que há um dia, que se chega ao pé de mim um jovem e que me pergunta se eu sabia a que horas passava o 42 e, eu a partir desse dia decidi, eu não

vou ser mais preocupado excessivamente, tudo bem uma preocupação com a vaidade não faz mal a ninguém, mas cair no campo do exagero, é ridículo, o jovem tinha a cara toda desfigurada (...) eu gostava de ser magro, gostava, por uma questão estética também gostava, mas também sem cair no campo do exagero, o tal nem oito nem oitenta, o bom senso, apesar de às vezes não ser fácil de praticar como se vê.

(E20, homem, 49 anos, Licenciatura, Obesidade)

Capítulo 5 - Recursos terapêuticos e formas de gestão não terapeuticalizada - Percepções, eficácia e risco

Várias têm sido as terapêuticas adotadas pelos indivíduos na perda de peso. Neste capítulo começamos por perceber com que idade os entrevistados iniciam as suas tentativas para perder peso, seguido dos fatores motivacionais que influenciam essas tentativas. Procurou-se também identificar os recursos requisitados na gestão da obesidade, bem como perceber os fundamentos na tomada de decisões e como são geridos os resultados obtidos. Por fim, procurou-se captar as percepções dos entrevistados no que toca ao risco e à eficácia das terapêuticas.

5.1. Tentativas de perda de peso: idade e motivos

As tentativas para perder peso são inúmeras e cada entrevistado recorre a mais do que um recurso. No nosso estudo (cf. Quadro 5.1) foi possível identificar quatro momentos em que ocorrem as primeiras tentativas. Dividem-se em: infância (2); adolescência (12); juventude (18); e idade adulta (7). Registamos ainda um indivíduo que nunca fez qualquer tentativa para perder peso.

Quadro 5.1 — Idade das primeiras tentativas para perder peso

	Infância	Adolescência	Juventude	Idade Adulta	Total
	0 - 11	12 - 17	18 - 29	30 ≥	
Mulheres	1	6	17	5	29
Homens*	1	6	1	2	10
total	2	12	18	7	39

Fonte: Dados das entrevistas; n= 40; *não foi considerado um homem, nunca fez tentativas para perder peso.

O padrão encontrado leva-nos a concluir que os momentos mais marcantes para a tomada de decisão no processo de emagrecimento situam-se na fase da adolescência e da juventude. Ou seja, situam-se na faixa etária dos 12 aos 17 anos e na faixa etária dos 18 aos 29 anos. Na fase da infância observa-se uma procura menos expressiva, mas que permite perceber a existência de alguma preocupação por parte dos pais com o aumento de peso dos seus filhos. Embora os pais se preocupem com os seus filhos na infância é notório existir um

maior investimento nas duas faixas etárias seguintes. A justificação para o fenómeno prende-se com a insatisfação corporal e autonomia crescente. A imagem corporal funciona como mediador na avaliação que o indivíduo faz entre a imagem real e a imagem ideal e que vai sendo construída de acordo com o grau de aceitação junto dos seus pares. Ora vejamos.

A primeira foi para aí aos 10 anos. Foi no Curry Cabral, estava a ser seguido pela endocrinologia. A minha mãe achava que eu estava a engordar muito e que não era normal para uma criança e decidiu falar com a médica de família. Eu tenho uma vaga ideia, muito pouca, de lembrança dessa idade, sei que fomos para o Curry Cabral, eu ia lá, o homem via-me todos os dias como é que eu estava, como é que não estava. Apalpava-me a barriga, via também a parte genital. Tinha de fazer uma dieta, sim. Na altura eu fiz uma dietazinha e pronto.

(E31, homem, 52 anos, 9º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Eu acho que foi para aí aos meus 16 anos. Sempre foram tentativas muito frustradas, eu passava muita fome, eu não posso passar fome, tanto que eu hoje quando me falam em dieta o meu neurónio da dieta da fome, *atencion, atencion*, não pode ser.

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

A primeira tentativa foi, lá está, eu devia ter 20, 21 anos, fui ao médico de família que acho que se assustou com a gordura (...) encaminhou-me para um endocrinologista no Hospital (...) pensavam que era o bócio porque eu tinha aqui uma grande papada. Não tinha nada, ele mandou-me fazer uma dieta muito restritiva, eu cumpri.

(E2, mulher, 37 anos, 12º Ano, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Na modernidade uma imagem corporal aprazível é sobrevalorizada e facilita a entrada no mundo laboral. Assim, a autonomia financeira vem proporcionar acesso a investimentos no melhoramento corporal, capaz de influenciar no bem-estar. Essa autonomia cria mais oportunidades para começar a investir num outro tipo de tratamentos com acompanhamento personalizado ou pericial e muitas vezes acontece um desvincular de dietas autodidatas realizadas na adolescência, orientadas na maioria das situações pelos próprios.

Foi a partir dos 18. Foi quando comecei a ser maior e a ter a minha independência financeira, independência salvo seja, não era independente, dividia com a minha mãe, mas já trabalhava. Comecei a estudar à noite e ia trabalhar durante o dia. Aí, já era mais fácil comprar as coisas para tentar emagrecer, comprava aquelas coisas normais, comprava muitos medicamentos para tirar o apetite, comprava coisas para ir à casa de banho (...) A maior parte das vezes eu tomava medicamentos, tomava muitos medicamentos.

(E30, mulher, 37 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Depois aos 21 é que vem aquela fase da vaidade parva da juventude, é que disse, desta é que vais emagrecer, não é que eu consegui mesmo. Emagreci 30 quilos. Ele (médico) passou a receita, eu segui (...), a minha mãe coitadinha: ai que ele está a ficar tão magro; a minha tia, que é a minha madrinha e o meu padrinho: tu não emagreças demais.

(E20, homem, 49 anos, Licenciatura, Obesidade)

A primeira vez que eu me recordei foi por volta dos 24, foi quando terminei a licenciatura e iniciei a vida empresarial, profissional e queria parecer bem, queria ter uma boa imagem (...) comecei por fazer aquelas dietas dos batidos e depois mais tarde fiz a *Herbalife*[®], mas era idêntico era uns batidos de baunilha, chocolate que substituíam as refeições.

(E4, mulher, 55 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

É de notar que os testemunhos referem que o casamento trouxe sedentarismo, a gravidez, a autculpabilização que conduziu ao aumento do peso. Consequentemente, a dificuldade em controlar o peso origina o investimento em diversos tipos de práticas como tentativa para conseguir reverter o aumento de peso. Contudo, alguns entrevistados referem a existência de barreiras que podem dificultar o processo de emagrecimento, tais como ânsias e falta de controlo emocional, associado a perceção de impotência, a falta de conhecimento sobre as estratégias para comer de forma saudável ou a dificuldade em manter uma conduta alimentar saudável.

Trinta anos quando tive o segundo filho (...) comecei pela seiva, consegui uma semana, emagreci para aí 5 quilos, os primeiros dias ainda comi sopa, sei que consegui estar 4 dias só

com aquilo. Mau humor terrível, eu lembro-me de ir para a cama com uma fome descomunal (...); apareceu aí uma dieta muito famosa em todas as ervanárias em que durante uma semana nos só podíamos comer alface, na segunda semana juntavam mais um ingrediente, na terceira semana juntavam outro ingrediente. Aquilo tem um nome, a lógica era esta. Durante uma semana, lembro-me perfeitamente que só podíamos comer, alface, espinafres, fiambre. (...) agregado a isso, nos saíamos de lá com um saco de suplementos vitamínicos (...), de cento e tal euros na altura, isto para mim era uma fortuna e depois era de 15 em 15 dias. Era ampolas para isto, era vitaminas para aquilo, mais a restrição alimentar.

(E5, mulher, 46 anos, Mestrado, Obesidade)

Por último deparamo-nos com um *outsider* que nunca fez nenhuma dieta, apontando como motivo o ser preguiçoso. Este indivíduo busca com a doença uma lógica da desculpabilização como fundamento para o atributo inestético do seu corpo. Durante a entrevista percebe-se que o indivíduo guarda mágoa, sabe que a gordura é causada por inadequação de práticas alimentares, porém, atribui as causas aos medicamentos que provocam retenção de líquidos, pois sabe que pode originar aumento de peso e ser esse o motivo da sua obesidade mórbida. Portanto, a doença gera um sentimento conformista, como se pode observar pelo excerto que se segue.

Dieta? As tentativas para perder peso nunca foram muitas. Saladas, frutas, sopas, eu não gosto de comer isso. Gosto de comer porcarias. É assim, uma pessoa nunca sabe quando é o limite. No centro de saúde a médica de família passou a dieta, encaminharam-me para o Egas, não cumpri nada. Porque sou calão (...) A doença que eu tenho chama-se obesidade mórbida, a doença número um, a seguir é que está a bipolar (...) Porque os medicamentos trazem na sua própria bula, pode provocar o aumento de peso. Pode criar retenção de líquidos.

(E19, homem, 42 anos, 12º Ano, Obesidade)

Num outro patamar, procurou-se compreender o motivo para as tentativas de perda de peso. Assim, investigou-se para entender até que ponto a procura de ajuda para emagrecer estaria relacionada com a saúde ou com os padrões estéticos atuais. Sendo que o discurso oficial da saúde pública sobre a manutenção da saúde impõe responsabilidade individual, perante estes discursos importa, pois, perceber quais os efeitos sobre o indivíduo na

construção da sua subjetividade e qual a influência ao ponto de alterar as suas práticas diárias na vida quotidiana. Efetivamente, a imagem de um corpo dentro dos padrões estéticos está ligada à tendência específica da pós-modernidade, onde a prevalência da informação em saúde, a tecnologia médica, a auto triagem conduzem ao consumismo em saúde. A modernidade tardia dá origem a insegurança ontológica cada vez mais individualizada, caracterizada pela sua autoidentidade ao consentir se libertar das tradicionais amarras da religião e da comunidade, permitindo aos indivíduos desenvolver um sentido crítico mais estável e realista de si mesmo baseado em género, em grupo social ou em idade (Giddens, 2002). Deste modo, o corpo que durante a era do Cristianismo era classificado como impuro e profano sofre uma transvaloração histórica, o corpo torna-se num ícone sagrado de auto adoração que para atingir os objetivos recorre a técnicas de autovigilância e disciplina. Havendo desta forma uma mercantilização individual do corpo que se vai encaixar na perfeição na doutrina proferida pelos discursos em Saúde Pública (Lupton, 1995), e que conduz à medicalização dos corpos.

Neste contexto, foi elaborado um quadro resumo (cf. Quadro 5.2) que permite ter uma visão sistematizada do motivo do tratamento. Aqui, percebemos o impacto dos media, como ator social, com os diversos discursos para captar a atenção dos indivíduos ao propagandear os inúmeros casos e riscos associados à obesidade, desenvolvendo discursos de que a obesidade é sinónimo de doença e a magreza símbolo de boa saúde. Como se pode verificar, predominam os motivos associados a questões estéticas; a saúde, sendo importante, não é vista como o fator principal. Quando conjugamos a saúde e a estética o resultado mostra que o equilíbrio está em função da prioridade que cada indivíduo atribui a um dos motivos. Se a tendência joga a favor da saúde a mesma traz benefícios e melhora a imagem pessoal aumentando a autoestima. Se a preocupação tender para o lado da imagem pessoal, a beleza é sinónimo de saúde e reflete no bem-estar.

Quadro 5.2 — Motivos das tentativas de perda de peso - Saúde vs. Estética

	Saúde	Estética	Saúde e Estética	Total
Mulheres	7	21	1	29
Homens	1	7	3	11
Total	8	28	4	40

Fonte: Dados das entrevistas, n=40

Estando o corpo obeso fora dos padrões estéticos de beleza de acordo com os estabelecidos socialmente, torna-se importante a procura pelo corpo magro. Presentemente, a gordura representa padrões estéticos indesejáveis e descuido em relação à manutenção do corpo. Assim, a mudança da imagem torna-se impreterível, dado que está presente em toda a vida do indivíduo, influenciando os aspetos da sua vida pessoal, laboral, social e relacional. Os discursos da saúde pública na promoção da saúde trouxeram ao indivíduo responsabilidade individual em matéria de saúde. Pois espera-se que os indivíduos adquiram autonomia e procurem avidamente informações sobre a temática e as cumpram.

Os meios de comunicação colaboram e convidam o indivíduo a pesquisar em assuntos associados à saúde ao oferecer uma panóplia de conselhos nas questões de bem-estar. Além disso, as conversas sobre saúde tornaram-se comuns, principalmente nas redes sociais. Na vida moderna e contemporânea em que vivemos valoriza-se a saúde e a estética, assim, as pessoas partilham as suas experiências de como conseguem ou falham na adoção de práticas saudáveis. Dessa interação e mediante o caráter ou personalidade de cada um, acredita-se que venham a adotar comportamentos saudáveis (Crawford, 2006). Neste sentido, a procura pela saúde e estética tornou-se uma atividade altamente valorizada, gera uma vasta profissionalização e comercialização de serviços. Os diversos excertos que se seguem dão-nos conta das lógicas dos indivíduos no que se refere às razões da procura de recursos ou estratégias para a perda de peso.

Por estética. Eu sentia-me mal, queria ir à praia e tinha os pneuzinhos. Naquela idade, com 18 anos, não se sente bem.

(E6, mulher, 56 anos, 12º ano, Obesidade)

Por estética decididamente. Estamos a falar de 22 anos, não sei precisar, mas muito jovem, mas por estética. Olhava pra mim, olhava para o espelho e não gostava de ter excesso de peso. Comecei a ter mesmo excesso de peso, quando comecei a ter namoradas e a fazer desporto, ao mesmo tempo comecei a engordar, não treinava tantas vezes e depois comecei a desleixar em relação ao basquete.

(E9, homem, 28 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Talvez mais por estética, foi difícil arranjar roupa, tive uma felicidade enorme quando tinha o peso normal e cheguei aos 70 quilos, conseguia ir às lojas e arranjava tudo, experimentava, tirava o tamanho, servia, vinha logo embora, não tinha que andar lá a passear para ver o que ficava melhor ou não ficava. Era complicado encontrar a roupa, nunca tive grandes problemas, nunca tive diabetes, nunca tive a tensão alta. Só tinha mesmo peso, excesso de peso.

(E40, homem, 23 anos, 12º Ano, Excesso de peso)

Por estética. Havia aquela pressão social, as colegas eram todas muito magrinhas. Eu não me sentia bem, assim por minha iniciativa comecei a fazer dieta (...)

(E12, mulher, 43 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Por estética. Saúde não tinha nenhuma doença associada à obesidade. Simplesmente não me identificava com o meu corpo, não era eu. Óbvio que a saúde também faz parte, porque uma pessoa obesa não tem tanta saúde. Principalmente por estética, porque eu não me reconhecia, não era eu, é muito complicado nós irmos a uma loja e não podermos escolher roupa, a roupa é que nos escolhe a nós.

(E32, homem, 35 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Por outro lado, os discursos médicos, como modelo de regulação social, vão influenciar a maneira como os indivíduos se veem a si próprios e como lidam com o seu corpo.

Saúde, autoestima, confiança e bem-estar. Razões que estão interligadas. No meu caso foi saúde porque eu estava numa fase que não ligava nada à autoestima.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Primeiro por questões de saúde. Não quero chegar aos 30 anos e ser pai (...) não quero que o meu filho diga: pai vamos lá fora jogar à bola e eu não consigo ir ou não consigo brincar com ele.

(E14, homem, 24 anos, 12º Ano, Obesidade)

As duas razões. Estética e saúde, quando fui ver o resultado das análises fiquei assustada, parece que estava com 260 ou 280 de colesterol, eu nunca tive tal coisa e assustei-me um bocadinho.

(E39, mulher, 48 anos, Bacharelato, Normoponderal/ Ex-excesso de peso)

5.2. Tipo de recursos para a gestão da obesidade: mapeamento

A partir dos discursos dos entrevistados podemos perceber quais os recursos mobilizados para a perda de peso. O Quadro que se segue (cf. Quadro 5.3) faz um mapeamento desses recursos. A lógica analítica adotada possibilita traçar a diversidade dos meios utilizados na gestão da obesidade. Ou seja, ao fazer o mapeamento dos recursos procurou-se observar, através da perspectiva destas pessoas, quais as tendências dos tratamentos na gestão da obesidade. De referir ainda que as percentagens foram calculadas com base no número de entrevistados (40), e, por essa razão a soma das percentagens ultrapassa os 100% visto que cada entrevistado efetuou mais do que um tratamento.

Quadro 5. 3 — Mapeamento dos recursos para a perda de peso

Tratamentos	Total	%
Clínicas de Emagrecimento/ Clínicas de Estética	26	65,0
Desporto/ Ginásio	21	52,5
Medicamentos	19	47,5
Dietas - Autodidatas	19	47,5
Nutricionista/ Farmácias	17	42,5
Produtos Naturais (chás e ervanárias)	15	37,5
Cirurgia	15	37,5
Anticelulíticos/ Suplementos	13	32,5
Dietas Controlo Pericial - Médico	12	30,0
<i>Herbalife</i> [®]	10	25,0
Psiquiátrico/ Psicológico	9	22,5
Acupuntura	3	7,5
Total	179	-

Fonte: Dados das entrevistas; n=40

Podemos afirmar que existe uma grande procura, por parte dos indivíduos de clínicas de emagrecimento/ clínicas de estética (65%). Assim, existe uma perceção da importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento da obesidade que se reflete na procura de

acompanhamento especializado. Geralmente os programas de emagrecimento nas clínicas tendem a envolver uma abordagem nutricional, onde ocorre o processo de reaprendizagem do ato de comer para corrigir e evitar os erros alimentares, acompanhado pela prática de atividade física. Como podemos confirmar pelos resultados obtidos, os centros especializados para o emagrecimento, bem como o desporto, que pode ser executado em ginásio, ambos reúnem mais de metade dos entrevistados (52,5%). Porém, o que se verifica durante as entrevistas é que umas minorias destes indivíduos compram pacotes com um determinado número de sessões, realizam o tratamento, e no fim do plano terapêutico estabelecido voltam aos velhos hábitos alimentares e com o tempo recuperam o peso anterior.

Depois, seguem-se as dietas autodidatas (47,5%), com a mesma expressão que a toma de medicamentos (47,5%). Em relação às dietas, quando as pessoas dizem que não obtêm resultados invocam razões que remetem para fatores externos alheios aos indivíduos, que não conseguem controlar. Quando os participantes do estudo não atingem os resultados pretendidos, em geral, passado pouco tempo trocam por outro tratamento. Por esse motivo, estão constantemente a experimentar dietas novas (Lottenberg, 2006). Assim, verifica-se que muitas das vezes estes indivíduos, em algum momento das suas vidas, recorreram ao apoio pericializado, quer por parte do nutricionista, quer por parte de outra fonte de especialização. Em relação à toma de medicamentos verifica-se a procura por suporte pericial com o intuito de adquirir a receita médica para comprar o medicamento para emagrecer.

Aqui, o que se apura é que nuns casos o indivíduo interioriza os conselhos periciais, noutros casos procura obter mais informação adicional através de leitura de livros técnicos, que complementa com a toma de medicamentos químicos, apoiado no pressuposto de aprimorar os resultados. Ou seja, os indivíduos depositam uma enorme confiança na toma do medicamento como sendo a solução terapêutica, muitas vezes interpretado como a cura “ele passou-me logo Xenical”, além de que pode ser adquirido rapidamente, sem esforço e sempre à mão, direcionando para o debate da frutífera discussão sobre o “charme dos medicamentos” conceito defendido por Van der Geest e Whyte (2011:458), e, que traz à luz a problemática da farmacologização, tema já desenvolvido no capítulo 2.

Com valores um pouco abaixo, segue-se o acompanhamento nutricional (42,5%). Este valor indica que existe um reconhecimento por parte dos indivíduos da importância do papel do nutricionista no processo de emagrecimentos. Aqui, percebemos que a nutrição tem vindo a ganhar expansão no processo de cuidar da alimentação das pessoas que estão sob sua

responsabilidade. A perda de peso sem acompanhamento especializado tem demonstrado não ser um bom preditor preventivo nos resultados das dietas e na melhoria da saúde, dadas as deficiências nutricionais que comporta (Lottenberg, 2006). Neste sentido, a intervenção nutricional tem como prioridade estabelecer responsabilidade para promover práticas alimentares saudáveis fundamentais na promoção da saúde e prevenção da doença.

Os dados do mapeamento mostram como o campo da nutrição tem vindo a ganhar terreno. A nutrição ocupa um espaço cada vez maior no tratamento da obesidade. Pois verifica-se uma procura cada vez maior por esta gestão especializada, podendo desta maneira “vigiar o comportamento cotidiano das pessoas” (Foucault, 2001:98) no aconselhamento e avaliação do estado nutricional.

Em relação ao recurso a produtos naturais (37,5%) verificamos que existe uma procura substancial por medicamentos à base de plantas. O culto do corpo e os problemas relacionados com o excesso de peso levam o indivíduo a investir cada vez mais no consumo de produtos naturais quer seja com a finalidade de emagrecer, quer seja no melhoramento físico. Com efeito, verifica-se um aumento considerável destes produtos em farmácias, parafarmácias, lojas dietéticas (Lopes & Rodrigues, 2015).

Ainda sobre o mercado de produtos naturais, podemos dizer que o consumo está a ganhar terreno. Aos poucos, o nicho de mercado está se a modificar e a tornar num importante negócio. O natural procura transmitir a ideia de mais amigo do meio ambiente e, portanto, mais saudável, transportando, assim, para um segmento terapêutico inócuo (Lopes & Rodrigues, 2015).

Em matéria do risco, verifica-se que o medicamento natural tende a ser objeto de uma avaliação positiva alicerçada na ideia de ausência de riscos ou de consequências negativas diminutas. No caso do risco em chás e remédios caseiros figuram como os recursos mais inócuos em termos de risco associado ou como tendo uma associação residual. Neste caso específico dos chás é feita uma avaliação positiva dos seus efeitos, sendo valorizada a ideia do natural em detrimento do químico. Neste sentido, acabam por ir conquistando um território propício e mais distanciados das tutelas periciais (Lopes et al., 2012).

Em relação aos alimentos terapêuticos, confirma-se que estes estão largamente associados à ideia de inocuidade, estes produtos incorporam manipulações técnicas baseadas em conhecimentos nutricionais, que defendem ter um carácter terapêutico, com o propósito de ajudarem em determinadas finalidades de saúde, como medida preventiva. Isto no sentido em

que a preferência pelo natural é fundamentalmente uma opção por soluções com menos riscos ou que oferecem a perspectiva de melhor controlar o risco (Lopes et al., 2012).

Inicialmente estes produtos encontravam-se em lojas especializadas, localizados em centros urbanos, mas o aumento exponencial que tem vindo a sofrer com a procura do natural, levou a uma expansão de mercado e presentemente podemos ver em grandes cadeias de supermercados, que procuram responder rapidamente a um consumidor cada vez mais exigente e esclarecido. Passando, assim, a ser visto como um importante segmento de retalho, com tendência para uma franca expansão no leque de ofertas e a preços competitivos. Neste sentido, com as últimas tendências de mercado busca-se instrumentalizar o natural para novas formas de negócio, seja no âmbito da saúde ou da performance corporal, que vão ao encontro do conceito de farmacologização. A farmacologização do corpo, com o uso de multivitamínicos, inibidores do apetite, medicamentos para emagrecer, conceito já trabalhado anteriormente.

Segue-se o consumo de anticelulíticos/suplementos e das cirurgias (os dois últimos com a mesma percentagem, 32,5%). No que toca à celulite, esta ataca mais as mulheres, sendo a causa motivada por fatores genéticos, aumento de peso e o estilo de vida. Os anticelulíticos dividem-se em orais e tópicos (aplicados diretamente na pele). Os anticelulíticos orais também se designam por suplementos alimentares e os anticelulíticos tópicos são identificados por dermocosméticos. Embora possam ser utilizados por autoiniciativa, não deixam de ser fármacos e podem causar interações com a presença de outro fármaco, alimento, bebida ou agente químico ambiental. Sendo por isso sugerido um aconselhamento pericial prévio antes da sua utilização (Sanz, 2002; Hexsel & Soirefmann, 2011).

Em relação às cirurgias podemos avançar que é o tratamento mais eficaz na perda de peso e controlo de comorbilidades em doentes com obesidade mórbida (Berg, 2020), neste sentido verifica-se um aumento na escolha por este procedimento, tema já desenvolvido no ponto 2.4, do capítulo 2.

Seguem-se as dietas com acompanhamento pericial, especificamente médico (30,0%). A obesidade, como doença crónica, revele ser um desafio para a saúde pública, ao ter de dar resposta às doenças crónicas impõe uma redefinição dos papéis entre o médico e os pacientes (Baszanger, 1986). Portanto, as respostas em termos de trabalho médicos são muitas vezes ineficientes, pois estas pessoas necessitam de ser vigiadas com frequência, tornando

necessário o envolvimento de mais atores periciais, obrigando a uma redefinição na distribuição de tarefas entre os profissionais de saúde e dos doentes. Ou seja, o sucesso do tratamento está diretamente associado em seguir orientações de diversos atores periciais, que vão desde o médico de família ou consulta de especialidade. No que toca aos cuidados de saúde, quer seja no uso de medicamentos ou de “mezinhas”, quer seja com recurso aos profissionais ou por iniciativa dos indivíduos, o que se verifica é que domina o pluralismo de itinerários em que as várias opções são frequentemente utilizadas e complementam-se entre si.

Também a *Herbalife*[®] surge como uma opção de tratamento, neste sentido optou-se por autonomizar o resultado (25%) dado que tem uma procura expressiva. Esta marca própria oferece suplementos e substitutos de refeições. Através de uma rede de distribuidores e compra *on-line* colocam ao dispor de qualquer indivíduo e em qualquer altura a compra destes produtos para acelerar a perda de peso, sem que haja vigilância médica.

Verifica-se que por vezes o processo de tratamento também se pode iniciar por numa consulta de psiquiatria/ psicologia (22,5%), ao funcionar como um gatilho para identificar e auxiliar na gestão do controlo das emoções e sentimentos.

Por último, a acupuntura (7,5%) usada há milhares de anos em diversos tratamentos, é utilizada alternadamente com a medicina convencional. É reconhecida pela WHO (2013) que identificou evidências na eficácia da acupuntura. Efetivamente, os estudos clínicos realizados por Peoplow (2016) mostraram que a acupuntura pode corrigir vários distúrbios metabólicos, incluindo obesidade, hipertensão, dislipidemia, resistência à insulina.

O quadro que se segue (cf. Quadro 5.4) permite dar continuidade à análise, focando agora o número de recursos que os indivíduos mobilizam para a gestão da obesidade. Para o efeito, elaborou-se um mapeamento com o número de recursos que cada indivíduo utilizou com vista à perda de peso. Verificamos que a maior parte dos entrevistados utilizou entre 3 e 4 recursos (45%), seguido de 5 a 6 recursos (22,5%), logo depois os que utilizaram 2 ou menos recursos (17,5%) e por último estão os indivíduos que utilizaram 7 ou mais recursos (15,0%). Verificou-se ainda que os recursos totalizaram 179 opções, ou seja, em média recorreram a 4 alternativas, o que vem demonstrar a diversidade de opções na gestão da obesidade que os entrevistados vão percorrendo ao longo das suas trajetórias.

Quadro 5.4 — Número de recursos para perda de peso utilizados pelos entrevistados

Recursos	Nº	%
≤ 2	7	17,5
3 - 4	18	45,0
5 - 6	9	22,5
7 ≥	6	15,0
		100,0

Fonte: Dados das entrevistas; n=40

Procurou-se também saber qual a tendência na procura dos tratamentos, em função do género e escolaridade (cf. Quadro 5.5). Neste caso, a análise revela que na categoria de género, das 29 mulheres entrevistadas, 16 mulheres investem em 3 – 4 tratamentos, 7 mulheres em 5 – 6 tratamentos, 3 mulheres ≤ 2 e 3 ≥ 7 tratamentos. Nos homens, dos 11 entrevistados, 4 homens investem ≤ 2 tratamentos, 3 homens ≥ 7 tratamentos, 2 homens em 3 – 4, 2 homens 5 – 6 homens. A observação das percentagens mostra que em geral as mulheres investem em mais recursos que os homens.

Quadro 5.5 — Número de recursos para perda de peso, segundo o género e a escolaridade

	Número de Recursos								Total	
	≤ 2	%	3 - 4	%	5 - 6	%	≥ 7	%		
Género										
Mulheres	3	10,3	16	55,2	7	24,1	3	10,3	29	73%
Homens	4	36,4	2	18,2	2	18,2	3	27,3	11	28%
Escolaridade										
Até ao 9º Ano	1	12,5	4	50,0	3	37,5	-	-	8	20%
Ensino Secundário	3	21,4	5	35,7	1	7,14	5	35,7	14	35%
Curso Superior	3	16,7	9	50,0	5	27,8	1	5,6	18	45%
Total	7	17,5	18	45,0	9	22,5	6	15,0	40	100%

Fonte: Dados das entrevistas; n=40

Em relação à escolaridade, dos 18 indivíduos que têm curso superior, realçamos que 9 entrevistados investem entre 3 – 4 tratamentos e 5 entrevistados investem entre 5 – 6 tratamentos. Nos indivíduos com ensino secundário, salientamos uma predominância maior em 3 - 4 tratamentos e ≥ 7 com respetivamente 5 entrevistados. Nos indivíduos até ao 9º ano, destacamos que 4 destes entrevistados realizaram em média 3 – 4 tratamentos. Em geral, não

se observam diferenças consideráveis no número de tratamentos em função do nível de escolaridade.

No que diz respeito especificamente às estratégias na gama medicamentosa e outros produtos terapêuticos para redução do peso corporal (cf. Quadro 5.6), verifica-se a existência de grande investimento em produtos naturais (37,5%), quer isto dizer, que “tanto as plantas medicinais quanto os produtos farmacêuticos ganharam novos significados” (Wayland, 2004:2414) confirmando-se, assim, que os padrões de consumo terapêutico nas sociedades modernas estão a adquirir novos contornos com o aumento da indústria do natural, com a preferência por produtos de origem natural (Lopes et al., 2012).

Quadro 5. 6 — Recurso a medicamentos e outros produtos terapêuticos

Medicamentos e outros produtos terapêuticos	Nº	%
Produtos naturais (chás e ervanárias)	15	37,5
Anticelulíticos/ Suplementos	13	32,5
<i>Herbalife</i> [®]	10	25,0
Orlistat (Xenical) [®]	7	17,5
Inibidor apetite	5	12,5
Sibutranina (Redutil) [®]	3	7,5
Outros Internet	2	5,0
Laxante	1	2,5
Slimex [®]	1	2,5
Total	57	

Fonte: Dados das entrevistas n=40

Também os anticelulíticos/ suplementos (32,5%) revelaram ser uma das opções procuradas pelos indivíduos. Os anticelulíticos podem ser comercializados em cápsulas, cremes ou géis. Em relação aos suplementos, estes podem ser comercializados sob diversas formas, tais como cápsulas, comprimidos, ampolas bebíveis, xaropes, gotas, batidos e barritas. Muitas pessoas procuram estes aditivos com o intuito de obter resultados a curto prazo. Falamos de produtos usados por vezes para aumento da massa muscular, perda de peso ou na prevenção de doenças (Molin et al., 2019). Efetivamente, a procura por este tipo de recurso tem levado a um aumento do consumo de suplementos.

Portanto, a popularidade dos suplementos alimentares é cada vez maior. Neste sentido, também a *Herbalife*[®] (25,0%) com o seu marketing arrojado cria a linha de substituto de refeições, com batidos de proteína e suplementos alimentares, que procura aliciar o

consumidor com a marca para melhorar o desempenho, perder peso e beneficiar de uma boa saúde. Parece, pois, ser uma opção de escolha que se está a tornar cada vez mais frequente.

No que toca a fármacos o *Orlistat (Xenical)*[®] foi o mais citado entre os medicamentos mais procurados (17,5%), sucede-se o inibidor de apetite (12,5%). Logo seguido da *Sibutramina (Redutil)*[®] (7,5%), depois outros de venda livre (5,0%) e que se compram na internet e de acordo com o discurso dos entrevistados, por vezes, trazidos por amigos que visitam outros países e, por último, o laxante e *Slimex*[®] (2,5%).

Em síntese, observa-se assim uma preferência por produtos naturais (15), seguido pelos anticelulíticos/ Suplementos (13), depois a marca *Herbalife*[®] (10) e *Orlistat* (7). Ao que se segue o inibidor de apetite (5) e a *Sibutramina* (3). As restantes categorias têm expressão diminuta (4).

Quanto às dietas (cf. Quadro 5.7), verifica-se que as mulheres (18) recorrem mais vezes as clínicas/ centros de estética. Seguidamente investem em dietas autodidatas (16) e por fim com a mesma classificação o investimento é realizado com controlo pericial executado diretamente com a intervenção do nutricionista/ farmácias ou médico de família ou clínico de especialidade, tipo endocrinologista (10). Em relação aos homens, 7 dão preferência a um acompanhamento pericial por parte do nutricionista/ farmácias. Na categoria escolaridade destaca-se que a procura por nutricionista/ farmácia é exercida por indivíduos com o ensino secundário (10), seguido por dietas autodidatas (6) e só depois há um investimento em clínicas de emagrecimento/ centros de estética (5). Na categoria curso superior verifica-se uma procura maior por clínicas de emagrecimento/ centros de estética (13), seguido de dietas autodidatas (9) e por último o recurso ao nutricionista/ farmácias (6). De referir ainda que na categoria até ao 9º Ano destaca-se a preferência pelas dietas autodidatas (4).

Quadro 5.7 — Tipos de Dietas

Tipo de Dietas	Nº	Género		Escolaridade		
		Mulheres	Homens	Até ao 9º Ano	Ensino Secundário	Curso Superior
Clínicas de Emagrecimento/ Centro de Estética	21	18	3	3	5	13
Dietas - Autodidatas	19	16	3	4	6	9
Nutricionista/ Farmácias	17	10	7	1	10	6
Dietas Controlo Pericial - Médico	12	10	2	-	4	8
Total	69	54	15	8	25	36

Fonte: Dados dos entrevistados n=40

5.3. Percepções de risco e de eficácia

No que toca à saúde as ideologias do risco propagam-se por todos os sectores da vida quotidiana. A forma como o indivíduo percebe o risco é complexa e abarca diferentes níveis. Aprofundando a análise, Beck (1992) refere que tudo está sujeito a risco na sociedade moderna. O risco envolve os desenvolvimentos, humano e industrial, que dão lugar a situações prejudiciais para a saúde humana. Existem os riscos naturais (ex. sismos) e os riscos tecnológicos que são um produto da atividade humana (ex. poluição). Com a evolução também se perde as tradições, em contrapartida adquire-se novos estilos de vida. Em que se observa falta de controle e maior autonomia nos nossos corpos e no nosso relacionamento com outros, no processo de gestão e de decisão, numa população que cada vez mais procura a informação (Lupton, 2003).

Do ponto de vista da saúde, que é o tema que nos interessa, o risco não é exceção. Porém, não é fator impeditivo para que os tratamentos não se materializem. Associado ao risco está a questão da eficácia, pois são os resultados obtidos nos tratamentos que legitimam a ponderação das escolhas, dado que implicam uma reflexão entre a escolha e a finalidade que justifica a sua utilidade. Pois as pessoas avaliam o risco consoante a eficácia e ponderam os riscos em função da eficácia das terapêuticas. Assim, ao longo das terapias que o indivíduo vai percorrendo, as expectativas vão sendo geradas consoante a eficácia obtida pelos tratamentos para justificar e certificar a escolha e continuidade dos recursos utilizados.

A saúde pública é responsável pela mensagem transmitida em saúde que transparece de modo simples, clara e legítima a fim de alcançar um número substancial de pessoas, com mensagens centrada na pessoa, alicerçada na responsabilização individual pela sua saúde. Deste modo, o risco tornou-se num conceito cultural e político no qual os indivíduos e os grupos sociais onde estão inseridos se organizam com monitorizações regulares de “vigilância que permite qualificar, classificar e punir” (Foucault, 2013:209) e, assim, proporcionar o autocontrolo sobre o indivíduo. Por outro lado, a gestão da sociedade do consumo tira partido dessas mensagens e constrói ilusões que levam o indivíduo a percorrer diversos trajetos para obter um corpo perfeito. Em síntese, no campo da saúde, espera-se que os indivíduos adotem comportamentos responsáveis, eliminando todos os riscos e assim, alcancem a saúde plena. Face ao exposto exploramos de seguida, mobilizando os conceitos de risco e eficácia, os três principais recursos encontrados na gestão da obesidade: as dietas, os medicamentos/suplementos e as cirurgias.

As sucessivas dietas sem êxito, as chamadas dietas com efeito ioiô, cansam o indivíduo, e muitas vezes, como não são orientadas por um nutricionista, o indivíduo passa fome e perde massa muscular. Os resultados a longo prazo são mínimos e, como consequência, a pessoa acaba por desistir da dieta. De facto, inicialmente perde-se algum peso rapidamente, mas passados alguns dias de carências o corpo reage e defende-se criando barreiras de resistência ao emagrecimento. Como existem carências nutricionais, devido às restrições energéticas, o indivíduo tem sempre a sensação de fome, aliado à incapacidade de perder peso, e acaba por abandonar a dieta e recupera todo o peso perdido.

Neste sentido, os relatos que se seguem revelam a dificuldade dos indivíduos no cumprimento das orientações para se adaptarem à dieta prescrita. Concluído o tratamento, o indivíduo obtém a satisfação com a dieta orientada que garante a perda ponderal. Porém, ao longo do tempo se não houver modificação de comportamentos dos hábitos alimentares, acontece que voltam a engordar, conforme os testemunhos que se seguem. Assim, o plano alimentar é concebido por atores periciais que exercem o seu papel profissional prescrevendo e avaliando a eventual evolução.

Quando nós precisamos de perder muito peso a dieta cansa, desanima-nos, além de que chegamos a uma certa altura que andamos ali. Ao princípio perde-se muito rapidamente, maravilha, estamos todos muito entusiasmados, quando chega a certa altura, nós...porque comer é bom. Comer é bom. E nós andamos ali a fazer sacrifícios, reprimidas e não começamos a ver, porque chega a uma certa altura o reflexo da balança é muito pequeno e desanimamos e voltamos a cair, tipo, não vale a pena.

(E3, mulher, 57 anos, Licenciatura, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Fiz uma dieta muito rigorosa, passei fome no princípio, por amor de Deus, tostinhas e não sei quê ao pequeno-almoço, uma peça de fruta, um kiwi e fazia o diário. Aquilo custou-me imenso o primeiro mês. Aquilo foi muito complicado, mas também tinha outra força e queria mesmo (...) Eu entrei lá para aí com 76, com 75, 76 e sai de lá com 58,5, quatro meses e meio, cinco (...) estava mesmo cadavérica não podia e lentamente voltei a um peso acessível, era dos 62 aos 65. Depois permaneci, para aí uns 10 anos com 65 quilos (...)

(E10, mulher, 54 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Em suma, enquanto a comida existir em abundância e permanecer de fácil acesso para a maioria das pessoas que vivem nas sociedades ocidentais, o alimento continuará a representar um grave problema para muitas pessoas, dado que constitui uma relevante fonte de prazer e autoindulgência nos indivíduos (Lupton, 1996).

O problema é que não há reeducação, há dieta e depois facilmente a pessoa volta a engordar. A pessoa pensa que é fácil e depois pensa que como está magra pode comer tudo e que isso não tem consequências. Não abandonei, foi delineado aquele plano para chegar aquele peso, atingi o objetivo, terminou, não abandonei.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

A propósito das dietas, de referir o caso de uma das entrevistadas que fala da dieta *Raw Food*, nome dado à prática alimentar que privilegia a ingestão de alimentos crus, também apelidada de comida viva. Dentro desta lógica, estes indivíduos acreditam que a ingestão de alimentos crus gera um impacto positivo no mundo e na sociedade e atenua as doenças relacionadas com o consumo de alimentos processados e ultraprocessados (Kwanbunjan et al., 2000).

Com o crudivorismo foram muito positivos (...) o crudivorismo ensinou-me muito a ouvir o meu corpo, ensinou-me a respeitar os meus limites, ensinou-me a perceber os meus gatilhos mentais (...) é tão giro porque tu acordas e tu comes a sentir isto logo na segunda semana, e sentes o teu corpo a pedir (...)

(E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade)

No que toca à perceção de risco das dietas, de acordo com os testemunhos dos entrevistados, constata-se a existência de consciência do risco, mas o que é interessante de observar é que o facto de não se atribuir o risco ao tratamento não significa que “a ausência de experiência não se traduz necessariamente no não reconhecimento do risco” (Raposo, 2010:174). Ou seja, não é pelo facto de se pensar que o tratamento é inócuo ao risco que se está liberto das consequências negativas para a saúde. Mas a tendência é de o indivíduo se deixar ir pelos conselhos dos amigos sobre as suas escolhas e práticas de consumo, aquilo que

se chama referências leigas, que levam a proferir elocuições “somos todos especialistas”, como sendo os critérios elegíveis para a gestão dos recursos terapêuticos.

Tenho medo das dietas porque se eu começar a passar fome sinto-me muito mal.

(E8, mulher, 27 anos, 12º Ano, Obesidade)

Porque agora tenho claramente a noção de saúde, que não tinha há uns anos obviamente.

(E9, homem, 28 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Não considero que tivesse riscos porque fazias as refeições, só eliminava os hidratos de carbono e as porcarias.

(E12, mulher, 43 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Não. O povo português tem aquela mania de passar a palavra, resulta para um e não quer dizer que resulta para outro e depois é terrível porque somos todos especialistas (...) Na questão do peso é igual, olha não comas isto, não comas aquilo, faz isto e não é assim (...) as pessoas tiram fotografias com facilidade e publicam e partilham e muitas vezes eu vejo as pessoas a fazerem dieta e estão a comer coisas erradas, mas elas acham que é aquilo porque foi alguém que disse, são todas especialistas.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

No exemplo subsequente, à questão de qual a opinião sobre o risco na dieta realizada, o entrevistado responde que só cortou nos “hidratos de carbono”, tudo o resto está bem feito, e a análise biológica comprova que não existe qualquer problema, ou seja, remete para as evidências existentes procurando por um equilíbrio, a reflexividade ajuda na decisão, ponderando entre os prós e os contras. Aqui, observa-se cada vez mais a importância do papel do nutricionista na aliança terapêutica, que se traduz no *follow-up* para otimizar a perda de peso, de modo que a ingestão de energia seja vigiada, na elaboração dos macronutrientes na dieta (cálculo da percentagem de energia de gordura e hidratos de carbono) para não afetar o peso sem ser necessário recorrer a restrições (Mann, Cummings & Englyst, 2007) e assegurar

que não causa monotonia alimentar, responsável na maior parte das vezes pelo progressivo abandono do projeto de emagrecimento.

Não. Eu só cortei um bocadinho a alimentação de resto fiz tudo normal, nunca tive problemas, nem de saúde. As análises também estavam sempre boas. Sempre tive tudo bem. Como foi um processo natural, nada arriscado, nada contra o normal funcionamento do corpo, não tive nunca nenhum stress (...) eu acho que as pessoas só não emagrecem porque não querem, não é porque elas não querem, a cabeça não deixar emagrecer de outra maneira. Porque quando me perguntam o que é que eu fiz para emagrecer, eu digo que fechei a boca. Porque a maior parte do peso que eu perdi, foi a controlar o peso do que comi, a fazer exercício físico, ginásio, etc. Até foi numa altura que fui operado a uma hérnia nas costas, só controlava a alimentação eu perdia peso todos os dias. As pessoas, só depois de analisarem bem os macronutrientes dos alimentos é que percebem a quantidade de calorias que a comida tem.

(E40, homem, 23 anos, 12º Ano, Excesso de peso)

Para os dois entrevistados que se seguem, quando questionados sobre a eficácia da dieta, respondem que não é só emagrecer, serve também para reaprender a comer e modificar os hábitos alimentares, que são os impulsionadores para solucionar a questão da prevenção das doenças e auxiliar o emagrecimento. Verifica-se que o desporto surge como uma ajuda para ganhar massa muscular, o importante é chegar à finalidade a que se propuseram, independentemente do fator tempo.

Positivos. Até agora perdi 18 kg, o meu objetivo não é olhar para o valor da balança em quilos, o meu objetivo é ganhar músculo. Ela não me passou um plano alimentar, ela ajudou-me e deu-me algumas dicas daquilo que eu posso consoante o que eu treino (...) já emagreci 18 quilos.

(E15, mulher, 26 anos, 12º Ano, Obesidade)

Positivos, negativos não tive nada. Nas dietas sim, tive negativos. A nível das dietas foram sempre negativas no sentido de que não as consegui cumprir e cada vez que emagrecia, recuperava o peso que tinha emagrecido e mais algum. Portanto não me ajudaram em nada as dietas. Porque eu não as consegui cumprir. O erro foi meu, não das dietas, mas meu. A falha sempre esteve em mim.

(E32, homem, 35 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Reportemo-nos agora para tomada de decisões nas questões do risco e da eficácia dos medicamentos e suplementos. Começemos por ver o próximo cenário, o dilema em continuar a frequentar ou não a clínica de emagrecimento. Ou seja, neste caso existe a tomada de consciência de que se consumia um medicamento manipulado (MM) para ajudar a emagrecer. O facto de comprar numa farmácia específica vem reforçar a dúvida sobre o composto daquele medicamento, levantando a questão se estará a tomar alguma coisa que coloque em risco a sua saúde. Ao procurarmos determinar a perceção que esta pessoa faz perante o risco percebemos que embora o medicamento tenha um peso significativo na sua avaliação, não é motivo de exclusão para parar o tratamento, mas as notícias geradas em torno do uso de medicamentos manipulado que alertam esta pessoa e suspende o tratamento. Neste caso verifica-se que esta pessoa percebe cabalmente o risco, contudo a finalidade a que se destina o tratamento é o mais importante.

Nos últimos anos, a prática de utilização de determinados medicamentos manipulados tem aumentado, sendo apresentadas várias razões. Desde a necessidade de juntar outras doses às administradas, ou eventuais alergias que possam surgir a determinados excipientes patentes no produto em comercialização, ou o facto de o médico pretender ensaiar medicamentos de modo inovador como estratégia no combate da dor e, assim, seja sua pretensão associar uma concentração mais elevada de fármacos. Outro motivo pode ser a criação de um nicho de farmácias com especialização em determinadas áreas, entre outras coisas semelhantes. Dado o aumento do consumo de produtos manipulados, muitas normas e orientações foram estabelecidas para assegurar a qualidade destes medicamentos (Allen Jr, 2013).

Foi o boom das notícias (...) Só tomei medicação do dr. Tallon. Eram manipuladas, nós tínhamos que comprar naquela farmácia que ele indicava. O que aquilo era não sei, nem quero saber. Neste momento não quero saber.

(E1, mulher, 60 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Na questão da avaliação da eficácia, os recursos terapêuticos vão gerar expectativas que confirmam a eficácia terapêutica (Raposo, 2010). Os discursos proferidos pelos entrevistados confirmam que vão sendo desenvolvidas expectativas destinadas a alcançar o objetivo de acordo com as opções tentadas pelos próprios “vi realmente resultados”. Ou ainda, os “conselhos sobre a dieta eram bons”, aqui, os meios compensam o fim. Porém, no que toca ao consumo de medicamentos, tido como potenciador para alcançar mais rapidamente a eficácia, deixa reservas dado existir consciência por parte do indivíduo que a sua utilização acarreta riscos. Os seguintes excertos confirmam que a eficácia é estimada através dos resultados obtidos, ou seja, vão-se desenvolvendo estratégias de gestão que vão sendo adaptadas no decurso dos seus itinerários.

Só foram positivos da última nutricionista, antes da gravidez, em que vi realmente resultados, porque de resto, não.

(E38, mulher, 39 anos, Mestrado, Obesidade)

Foram positivos. Porque era preciso, agora ganhei (peso) mais recentemente porque tenho abusado conscientemente. Mas também tenho a forma de os perder quando quiser.

(E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

A medicação eu não sei, mas os conselhos dele eram bons. Não posso dizer que é tudo negativo, os conselhos que ele nos dava em termos de comida eram bons.

(E1, mulher, 60 anos, 12º ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Relativamente aos suplementos alimentares (SA), estes são provenientes de plantas medicinais, conhecidos por fitoterápicos, e prometem eficácia para os desequilíbrios do organismo, contudo não deixam de ser medicamentos. A utilização de fitoterapia para curar

dores e doenças remonta à antiguidade (De Pasquale, 1984). É sabido que a fitoterapia é um mercado que está em franca expansão. Os consumidores utilizam-nos para complementar as suas dietas ou para conservar a saúde, sendo vendidos sem receita médica (Garcia-Alvarez et al., 2014). Outro indicador do aumento do consumo de fitoterápicos é o alargamento do mercado comercial que se encontra em expansão nos últimos 50 anos e em alguns países representa cerca de 30% da indústria farmacêutica (WHO, 2021).

Estas substâncias também têm vindo a ser utilizadas no desporto para a melhoria do desempenho físico e concomitantemente na performance estética, prometendo efeitos eficazes mediante a dose indicada por profissionais especializados, quer para o emagrecimento, quer para o aumento da massa muscular visando a melhoria da força ou resistência durante o exercício extenuante (Haller et al., 2008). São consumidas de diversas formas (por exemplo, chás, sumos, medicamentos e suplementos alimentares à base de plantas) (Garcia-Alvarez et al., 2014).

Contudo, a comercialização destes produtos como mercadorias indispensáveis coexiste com a preocupação crescentes entre a população leiga sobre o que é seguro a curto e a longo prazo. Neste sentido, os autores Vuckovic & Nichter (1997) referem que a procura pelos fitoterápicos pode constituir uma adaptação alternativa para a insatisfação com o corpo integrado num estilo de vida ocidentalizado. Sobre este tema, os estudos de Foucault (2013, 2009) referem que o corpo para ser dócil tem de ser disciplinado. Ao longo dos tempos as representações sociais do corpo têm sofrido alterações. Presentemente, há uma valorização cada vez maior da imagem corporal e para melhorar o desempenho corporal é-se cada vez mais permeável às campanhas de marketing. Exemplificando, a disciplina que outrora permitia ter um corpo são foi substituída pela ingestão de medicamentos, asseverando aperfeiçoar o desempenho corporal. A indústria farmacológica com a mira de aumentar o seu desempenho económico desenvolve medicamentos direcionados para o bem-estar, argumentando adequar-se aos novos estilos de vida modernos que se desenvolvem em torno do trabalho e do ambiente (Vuckovic & Nichter, 1997).

O saber médico ganhou poder e o discurso científico converteu o corpo numa vertente mais mecanicista, por isso, torna-se necessário vigiar o corpo físico, moral e mental das populações através de um controlo baseado em exercícios de micropoderes. A disciplina opera como um conjunto de técnicas para compor o corpo de determinada forma,

normalizando-o. Quem não se cuida fica sujeito aos olhares sendo o corpo sujeito ao julgamento de acordo com quem olha e de como olha (Foucault, 2001; 2013).

No excerto que se segue, verificamos a existência por parte do vendedor do uso da bata branca na comunicação, o que lhe atribui o poder invisível no direito de controlar a relação com o cidadão leigo. No decorrer do processo de troca, o vendedor profere informações com o objetivo de vender o seu produto, pois com o seu conjunto de técnicas espera apelar à participação do consumidor para a compra do bem oferecido, neste caso os suplementos.

Eu não vi a credencial da senhora. A senhora estava de bata branca a atender lá no...não era no Celeiro, mas era um irmão do Celeiro. Agregado a isso, nós saímos de lá com um saco de suplementos vitamínicos, sempre de cento e tal euros na altura, isto para mim era uma fortuna. E depois era de 15 em 15 dias. Era ampolas para isto, era vitaminas para aquilo, mais a restrição alimentar.

(E5, mulher, 46 anos, Mestrado, Obesidade)

Ainda cheguei a tomar *konjak mannan*[®] umas cápsulas de *glucomanan* (...) é um pó que cheira mal como tudo (...) o que é que isto faz? Isto é um pozinho que se mete na água (...) aquilo expande (...) ao tomar aquilo expande no estômago e cria aquela sensação de saciedade (...) é aquelas questões da internet, a internet tem uma data de tretas (...) olhe, houve uma pessoa que perdeu 20 quilos, porque tomava disto todos os dias antes das refeições. Porque a ideia era uma hora antes da refeição tomar aquilo, depois aquilo dá aquela sensação de, olha estou cheio. Quando a pessoa vai comer já não come tanto, porque aquilo supostamente expandiria no estômago.

(E26, homem, 37 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Neste sentido, quando entramos no domínio da eficácia da terapêutica verificamos que é marcada consoante os resultados que se assomam ao longo dos tratamentos. Ou seja, os resultados obtidos são o fruto das escolhas que cada indivíduo faz e que variam de acordo com as suas finalidades. Os riscos “são modelados pela sua ancoragem na experiência e na familiaridade do consumo” (Raposo, 2016:194). Quer isto dizer que o conceito de risco na perspectiva do indivíduo diminui à medida que se ganha confiança e experiência com a familiaridade do consumo, revelando-se fundamental para modelar o risco que passa a ser

considerado como improvável de acontecer, resultando, por isso, em benefício e solução eficaz para resolver o problema de saúde (Raposo, 2010).

Nos dois próximos excertos encontramos o testemunho de duas mulheres que admitem não existir qualquer tipo de risco na preferência pela terapêutica escolhida, os seus distanciamentos em relação ao risco mantêm-nas abstraídas e reforça a mensagem discursiva de que o importante é o objetivo. A primeira fortalece a credibilidade do produto e justifica o seu uso referindo ser um artigo utilizado pelos astronautas em missão. Para a entrevistada seguinte o risco não é importante, o foco é emagrecer, a causa que se propõe para atingir o objetivo pretendido.

Não tem riscos nenhuns. É fantasia, se é doente tem sempre que ter cuidado (...) *Herbalife*[®] não tem efeitos secundários nenhuns. Quem conhecer o rótulo da *Herbalife*[®] percebe de facto que está ali a quantidade de hidratos de carbono, de lípidos e tudo é algo à base de soja, tem vitaminas, agora é comida liofilizada, ou seja, é comida seca, é a comida que os astronautas comem lá em cima.

(E10, mulher, 54 anos, Licenciatura, Excesso de peso)

Não, nunca (riscos). Não, nada (efeitos secundários) eu queria era que dissesse lá, perca 5 quilos num mês. As vezes nem no primeiro mês funcionava (...) medicamentos de ervanária tomava aos trambolhões. Na altura havia uma marca que se vendia muito, que acabou por ser transformada na tal *Depuralina*. Mas não era a *Depuralina*, era o antes dessa. Eu tomava aquilo como água (...) era tudo à base de produtos naturais. Nunca tomei nada assim químico para perder peso. Ia para as dietéticas porque era o que me chamava mais atenção. Porque as dietéticas tinham aquela fotografia que eu queria ser. O fator visual para mim, eu queria chegar aquele objetivo. Eu nunca procurei ajuda numa farmácia.

(E30, mulher, 37 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

No caso das cirurgias, os dados permitiram constatar que a obesidade restringe de tal forma a vida afetiva e social e em alguns casos compromete a saúde, que a cirurgia surge como último recurso para chegar aos patamares de exigência impostos pela sociedade.

Totalmente positivos, é uma segunda vida. A dieta acaba por ser o sacrifício, não traz nada de bom. Mesmo psicologicamente acaba por ser violento. A cirurgia bariátrica é o sucesso visível, num curto espaço de tempo, para mim, foi o renascer, foi uma segunda vida (...) eu agora faço *bullying* comigo mesma, no que diz respeito a mais um quilo, eu passo a semana toda a comer salada, não há dúvida nenhuma. Quando digo comer salada, restrinjo determinadas coisas, neste momento, faço uma vida perfeitamente normal. Eu como de tudo o que as outras pessoas comem.

(E29 mulher, 47 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

As opções cirúrgicas para o tratamento da obesidade estão disponíveis há mais de 50 anos. Mas a introdução da banda gástrica ajustável laparoscópica na cirurgia da obesidade foi o mote para o desenvolvimento das cirurgias bariátricas nos últimos 10 anos. Os procedimentos originam em média uma perda de peso superior a 50% e por vezes podem apresentar risco ou complicações originando posteriormente outro tipo de procedimentos (O'Brien & Dixon, 2009). Portanto, quando questionados sobre o risco, os entrevistados referem que procuram que seja o médico a decidir a melhor estratégia, pois detém o conhecimento do caso. Destacando-se o modelo biomédico centrado na doença em que se estabelece o vínculo terapêutico na relação assimétrica entre o médico e doente defendida por Parsons (1951). A perceção do risco por parte do indivíduo vai gerar um fator preditor, na tomada da decisão, em que se avalia os benefícios perante uma potencial ameaça. No caso de optar pela cirurgia, o indivíduo ao ser confrontado com o risco, procura ajuda pericial para auxiliar no controlo do risco.

Eu perguntei ao médico se havia historial de...e ele disse-me como em qualquer cirurgia, tem sempre riscos. Ele disse que no Hospital X que não havia, não tinha conhecimento de caso nenhum que tivesse problemas.

(E4, mulher, 55 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Eu fui sempre informada, sei que havia riscos. Havia risco de embolia pulmonar, fistulas, reganho de peso e entre outra coisas, dumping, portanto eu fui sempre muito informada do que é que poderia acontecer ou não.

(E2, mulher, 37 anos, 12º Ano, Normoponderal/ Ex-obesidade)

Tinha a noção que poderia haver, não pensei neles, tanto nas dietas como nas cirurgias. Estava focada no final, não estava focada no que poderia acontecer, não pensei neles, não aprofundei nada disso. Por exemplo, tive mais receio quando fiz a cirurgia ao peito (...)

(E28, mulher, 42 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade)

Mas quando as cirurgias não têm o efeito desejado, a opinião muda quanto à perspectiva de risco e eficácia. Conforme se verifica no próximo discurso.

Não. Como ninguém tem. Acho que devíamos ser mais esclarecidos, neste momento tenho um problema de saúde derivado disso tudo, que é as glicémias. Estou com um problema grave devido a ter feito o bypass. Por isso lhe digo que tenho uma vontade louca de explicar às pessoas. Porque eu fiz o meu bypass em 2013, estamos em 2019, cinco anos, e eu comecei a ter problemas. Olhe, anemia, a não absorção dos nutrientes com o bypass. Com a banda tive os problemas de não ter qualidade de vida para comer. Com o bypass é problemas a nível hormonal. Não me deram vitaminas nenhuma, quando eu fui operada o dr. X só me mandou tomar umas caixas de vitamina B12 durante 3 meses (...) Até que cheguei a uma anemia muito grande e estou a fazer, já vou para a quarta unidade de ferro, porque tinha a ferritina a 4.

(E1, mulher, 60 anos, 12º Ano, Excesso de peso)

No presente estudo também encontramos uma mulher que foi submetida à cirurgia e que ficou insatisfeita. Com o processo de emagrecimento, após a cirurgia, esperava-se que esta mulher tivesse uma acentuada melhoria da sua condição física e emocional, o que de alguma forma iria influir e melhorar o seu autoconceito. É um facto que o emagrecimento pode influenciar o desempenho estético em certos casos ou também trazer negatividade associada à cirurgia. No caso desta mulher, após a cirurgia, desenvolveram-se muitas transformações negativas na sua vida pessoal, que a entrevistada atribui à cirurgia e, neste caso, lhe causaram transtornos psíquicos, exigindo o acompanhamento e o apoio psicológico. Ou seja, como refere Berg (2020) a histórias de quem convive com um corpo bariátrico pode ser descrita como narrativa de doença. As narrativas podem ser positivas ou negativas. Neste caso, quando questionamos a entrevistada se está satisfeita com os resultados dá-nos uma percepção de desapontamento. Se para uns a cirurgia traz alteração morfológica ao corpo transformando a sua representação corporal, evidenciando o início de uma nova vida, para

outros representa um desenrolar de acontecimento traumático. Neste caso, esta pessoa não faz uma avaliação direta entre a eficácia e o risco, mas em função da história construída por sucessivos episódios disruptivos ocorridas após a cirurgia, conforme a descrição no excerto que se segue.

As cirurgias bariátricas não compensam. Compensa no imediato, mas depois não, é porque olhe, é assim, é o enfraquecimento dos cabelos que eu vejo, é o enfraquecimento das unhas, é o enfraquecimento da pele. Porquê? porque nós não temos a absorção dos nutrientes, porque isto não é o boom da moleza (...) depois como comecei com muitas dores de estômago, muitas cólicas, o médico mandou-me fazer uma endoscopia. Acusou-me um pólipó a nível do estômago. Fui à consulta (...) Porque eu estava desesperada, não conseguia estar direita, tudo o que eu comia tinha que me deitar imediatamente, entrava em suores era uma coisa brutal.

(E1, mulher, 60 anos, 12º Ano, Excesso de peso)

Ainda sobre as cirurgias encontramos um outro caso. O entrevistado, quando questionado sobre o que pensa em relação ao risco na realização de uma cirurgia bariátrica, centra-se no objetivo que justifica o fim, remete para um sentimento de compaixão por si próprio. Pois o que importa para ele é focar-se no objetivo, portanto, vai ter de renunciar a algo para atingir o fim. Reconhece ser imperfeito, quando profere, “deixa ser mariquinhas (...) é para teu bem”, em contrapartida tende a ser gentil com ele próprio perante as adversidades, pois “nada é pior do que uma mãe dar à luz um filho”, optando por uma escolha que lhe proporciona uma forte probabilidade para atingir aquilo que quer, emagrecer.

Sim. Sempre soube que tinha riscos. Só que eu faço sempre assim, a minha maneira de pensar é assim: deixa de ser mariquinhas, é para teu bem, tens de fazer isto e curas-te a ti mesmo. Portanto, faço a minha meditação, nada é pior do que uma mãe dar luz um filho.

(E17, homem, 54 anos, 12º Ano, Obesidade)

Capítulo 6 – Itinerários terapêuticos na gestão da obesidade: uma tipologia

Neste capítulo procura-se agrupar as regularidades encontradas durante o percurso dos indivíduos entrevistados na gestão da sua obesidade, a partir daquilo que são as semelhanças e diferenças entre as trajetórias dos indivíduos, através da construção de uma tipologia.

De acordo com Alves a procura de "tratamento é interpretada como resultado de condutas orientadas por princípios de custo-benefício" (2015:31). Ou seja, nesta lógica, as decisões são orientadas de forma racional pelo indivíduo que se foca nos cuidados de saúde e ao mesmo tempo coloca em perspetiva o aspeto económico. Também o estudo de Carapinheiro (2001) revela os caminhos no sistema de saúde que os doentes percorrem para atingirem os seus objetivos e como "a análise das histórias de vida revelou a existência de regularidades sociológicas que emergiram à volta das trajetórias definidas pelos indivíduos" (2001:336). As trajetórias definidas pelos doentes demonstram as enormes dificuldades sentidas na procura dos profissionais capazes de resolverem efetivamente os problemas de saúde. Presentemente, verifica-se que os indivíduos estão muito mais atentos à diversidade de opções terapêuticas no tratamento da obesidade, bem como também estão muito mais sensíveis às diferentes conceções no modo de tratar a doença.

Assim, o que se procurou fazer foi encontrar padrões que marquem as trajetórias terapêuticas. Qual é o critério fundamental que leva ao estabelecimento desta tipologia? Qual é o eixo fundamental que divide os entrevistados? Há várias opções para definir os critérios da tipologia e, face aos objetivos do trabalho, a partir do conteúdo das entrevistas e como forma de comparar os diversos discursos, optou-se por privilegiar a relação com a pericialidade na gestão da obesidade.

Neste sentido, a tipologia é constituída por três tipos de itinerários terapêuticos: Gestão autónoma não pericializada; Gestão com recurso à pericialidade; e por último, a Cirurgia. No primeiro tipo de itinerário verifica-se uma maior autonomia por parte dos entrevistados, mantendo uma relação mais distante, menos continuada com a pericialidade. No segundo tipo de itinerário observou-se uma relação mais próxima e mais dependente, mais alicerçada, com a pericialidade. O que marca a diferença entre estes dois tipos de itinerários é porque a gestão com recurso à pericialidade é mais evidente e consistente em termos de recurso a um perito ou especialista em comparação com a gestão autónoma. No terceiro tipo de itinerário, embora se mantenha e até se acentue a relação próxima com a pericialidade, optou-se por autonomizar precisamente porque é uma opção mais extremada.

Dentro destes três tipos de tipologia é claro que há diversidade, os itinerários não são todos iguais. Por exemplo, dentro da gestão autónoma não pericializada vamos encontrar aqueles que usam uma gestão mais higienista, assente em estilos de vida e outros que procuram uma gestão mais medicamentosa recorrendo pontualmente a consultas de especialidade. É uma gestão onde as pessoas vão oscilando entre um tratamento e outro, a partir da informação obtida através de outras pessoas amigas que fizeram e que se vão aconselhando e experimentando novos tratamentos.

Na gestão com recurso à pericialidade, esta é percorrida por indivíduos que já passaram por situações de gestão autónoma e procuram um tratamento mais consistente, com trajetórias mais marcadas por um acompanhamento com um especialista. Muitas vezes acabam por investir numa clínica de emagrecimento com prescrição de fármacos manipulados, obtidos numa farmácia específica ou vendidos na própria clínica, concebidos de acordo com uma fórmula magistral¹⁹, que os auxilia na perda de peso. Ou ainda, através do consumo de medicamentos *off-label*²⁰, desenvolvidos para uma determinada patologia e, também, utilizados em outras doenças diferente do propósito para que foi concebido, como acontece com os medicamentos prescritos para a ansiedade e diabetes que coadjuvam também na perda de peso. Ou seja, neste tipo de itinerário é ainda mais marcante a relação entre a medicalização e a farmacologização (Conrad, 2007) da obesidade, com a variedade de fármacos disponíveis para o respetivo tratamento.

A procura pelo serviço pericial proporciona aos indivíduos atendimento diferenciado, conferindo-lhes maior segurança ao harmonizar o controle de peso e a saúde das pessoas, relacionada ou não a doenças, para chegarem aos resultados ambicionados. Usualmente são indivíduos que procuram perder peso adquirindo novos hábitos alimentares e que já passaram por uma gestão autónoma e não obtiveram os resultados pretendidos. É uma gestão motivada a partir das experiências obtidas por outras pessoas amigas e conhecidos que fizeram e que resultou, ou através de pesquisas na internet em que encontram a divulgação dos serviços.

Dentro da gestão com recurso à cirurgia, encontramos pessoas que já recorreram às opções dos dois últimos tipos de itinerários descritos e não alcançaram os objetivos, recorrendo assim à cirurgia como último recurso. Este itinerário é marcado por várias tentativas de emagrecimento antes da tomada de decisão pela cirurgia, tais como, a

¹⁹ Decreto-Lei n.º 95/2004, artigo 1.º, alínea a) e b)

²⁰ <https://toolbox.eupati.eu/resources/utilizacao-para-uma-indicacao-nao-aprovada-off-label/?lang=pt-pt> [Consultado em outubro de 2022].

nutricional, uso de medicamentos e a prática de exercício físico, mas que por qualquer motivo não resultou e como não conseguem obter resultados procuram uma intervenção mais eficaz. Devido à grande taxa de sucesso, este tipo de procedimento tem vindo a ser cada vez mais divulgado e a ganhar adeptos entre a população com obesidade.

É um percurso em que as pessoas estão muito mais dependentes de uma equipa multidisciplinar, dadas as reduzidas ingestões nutricionais ou eventuais riscos acidentais após a cirurgia. Embora presentemente as técnicas cirúrgicas utilizadas neste tipo de procedimento sejam realizadas por laparoscopia, que representa uma abordagem com menor risco, menos indolor no pós-operatório e com maior rapidez na recuperação, não deixa de ser um recurso muito mais radical do que qualquer outro recurso e por isso requer uma maior vigilância. Aqui, o objetivo sobrepõe-se ao risco, resultando numa situação que já é extrema do ponto de vista da saúde e da estética.

Importa referir que a inclusão de cada entrevistado num tipo teve como critério a consideração das características mais marcantes do seu percurso. Portanto, não quer dizer que as pessoas que fazem uma gestão sobretudo autónoma nunca tenham recorrido pontualmente a estratégias periciais, por exemplo, ao nutricionista, porém em termos de percurso como um todo, aquele momento específico não é determinante para marcar a sua trajetória. Ou no caso de ter uma gestão mais pericializada, não quer dizer que não tenha momentos de uma gestão mais autónoma. O mesmo para o caso dos indivíduos que optam por uma cirurgia, que é uma situação muito mais invasiva, como opção que se procura em situações mais extremadas. Não quer dizer que estes indivíduos não tenham momentos de gestão autónoma ou que não tenham feito dietas autodidatas ou utilizado outro tipo de recursos.

Assim, o objetivo deste capítulo é explorar as lógicas em matéria de opções que sustentam esta diversidade de itinerários. Para o efeito, primeiro caracterizou-se o perfil sociodemográfico dos entrevistados em cada um dos tipos e posteriormente optou-se por seleccionar um caso para cada um dos tipos de itinerário para melhor poder exemplificar o nosso discurso.

No Quadro 6.1 podemos observar a distribuição dos entrevistados de acordo com os seus itinerários. O quadro mostra-nos que temos uma amostra equilibrada em termos de tipos de itinerários. Podemos destacar que em relação às mulheres o percurso mais seguido é a gestão autónoma não pericializada e a cirurgia, com igual número de entrevistadas, 11 (37,9%), seguido da gestão com recurso à pericialidade, 7 (24,1%). No caso dos homens

verifica-se que predominam a gestão com recurso à pericialidade e a cirurgia, com o mesmo número de entrevistados, 4 (36,4%), seguido da gestão autónoma não pericializada com 3 (27,3%). Na categoria escolaridade, as pessoas com curso superior enquadram-se maioritariamente na gestão autónoma não pericializada e na gestão com recurso à pericialidade, com o mesmo número de entrevistados 7 (38,9%). As pessoas com ensino secundário preferem a cirurgia, 7 (50%), seguindo-se a gestão autónoma não pericializada, 5 (35,7%), por fim até ao 9º ano a opção maior cabe à cirurgia, 4 (50%), seguindo-se a gestão autónoma não pericializada e a gestão com recurso à pericialidade, com o mesmo número de pessoas 2 (25%).

Quadro 6.1 — Sociografia dos três tipos de itinerários terapêuticos

	Gestão autónoma não pericializada		Gestão com recurso à pericialidade		Cirurgia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Género								
Mulheres	11	37,9	7	24,1	11	37,9	29	72,5
Homens	3	27,3	4	36,4	4	36,4	11	27,5
Escolaridade								
Até ao 9º Ano	2	25,0	2	25,0	4	50,0	8	20,0
Ensino Secundário	5	35,7	2	14,3	7	50,0	14	35,0
Curso Superior	7	38,9	7	38,9	4	22,2	18	45,0
Total	14	35,0	11	27,5	15	37,5	40	100,0

Fonte: Dados das entrevistas, n=40

6.1. Gestão autónoma não pericializada

Neste tipo de itinerário encontramos 14 pessoas. Este percurso é caracterizado por indivíduos que optam por recursos mais marcados por um investimento autónomo, com carácter higienista, assente em estilos de vida saudáveis, com alimentação regrada e exercício físico, noutros casos preferem investir em tratamentos com características baseadas na estratégia mercantil, que variam entre a dietas da sopa, do queijo ou dieta bio três, tipo de dieta caracterizada por ser baixa em hidratos de carbono e rica em proteínas. Outras vezes recorrem ao apoio de suplementos ou medicamentos para emagrecer que tanto podem ser de ervanária ou de farmácia ou, ainda, investem em substitutos alimentares como os batidos da *Herbalife*[®], para auxiliar nos resultados.

Também o surgimento de numerosas farmácias na internet que vendem medicamentos para a perda de peso, contribuiu para um aumento do consumo de medicamentos diretamente ao público. Algumas farmácias mais convencionais, exigem uma receita legítima antes que os medicamentos sejam dispensados. Outros estabelecimentos fornecem medicamentos prescritos com base em um questionário de consulta *on-line* que o consumidor deve preencher antes que o medicamento lhe seja entregue. Com base nisso, os medicamentos podem ser comprados *on-line* com cartão de crédito e enviados para clientes em todo o mundo, como por exemplo, o *Xenical*[®] (orlistat). Este serviço está disponível mundialmente através de farmácias da internet nos EUA. O método de aquisição tem sido acompanhado por um crescente movimento de consumidores *on-line* que explora questões relativas à perda de peso, através de fórum de discussão, onde procuram informações sobre a forma adequada de tomar *Xenical*[®], assim como trocam opiniões sobre obesidade e imagem corporal (Fox, Ward & O'Rourke, 2005).

Neste itinerário registou-se que os entrevistados começam por experimentar várias dietas recomendadas por familiares ou amigos, ou baseadas em pesquisas na internet ou em livros e revistas de aconselhamento. Incluem nas suas dietas os suplementos, cremes anticelulíticos, chás, seiva, etc. Trata-se de pessoas que compartilham informações para se tornarem especialistas na gestão da sua condição. Fox, Ward & O'Rourke (2005) sugerem que os pacientes informados ou especialistas, são aqueles que têm a capacidade de gerir as suas próprias doenças e condições, desenvolvendo conhecimentos relevantes para manter a sua saúde e combater eventuais doenças. Consideram que o crescimento da disponibilidade de informações sobre saúde transformou o paciente em um consumidor reflexivo, tomando decisões ativas sobre quais os procedimentos de tratamento, mas que tende simultaneamente a promover um modelo medicalizado para perder peso e a aumentar o consumo de medicamentos farmacêuticos. Estas abordagens são encetadas pelos órgãos comerciais das empresas de perda de peso, que para o efeito disponibilizam sites de apoio ao consumidor sobre os respetivos produtos farmacêuticos para a perda de peso, bem como por fóruns que promovem discussões sobre a perda de peso através do consumo de medicamentos e suplementos (Fox, Ward & O'Rourke, 2005).

É um facto que a internet oferece oportunidades tanto para publicar informações sobre doenças quanto para permitir que os pacientes discutam com outras pessoas as suas condições de forma colaborativa. Este meio permite que os utilizadores se juntem regularmente aos

fóruns de discussão para fazer simples perguntas sobre inquietações que possam surgir pelo uso de determinadas categorias de medicamentos (Fox, Ward & O'Rourke, 2005).

Do ponto de vista sociológico, a evolução das tecnologias permite facilitar a abordagem consumista na saúde, na doença e no tratamento. Por isso, suscita algumas questões e sugere que sejam realizadas mais pesquisas para compreender o impacto que estas inovações tecnológicas aditam aos conceitos já existentes sobre a normalidade e a patologia perante a condição de paciente. Pois estas mudanças também sugerem transformações na relação médico-paciente, em que se modifica a sua interação profissional e passa a dominar uma parceria médico-paciente *on-line*, aumentando a comunicação e fortalecendo o relacionamento com o seu médico, representando uma perda de poder do médico dentro da consulta. Da parte dos médicos, a expectativa é a de que este modelo de paciente especialista inspirasse estes indivíduos a gerir a sua saúde e a doença, mas a partir das diretrizes pré-definidas pelo modelo médico especializado (Fox, Ward & O'Rourke, 2005).

Na maior parte dos casos estes entrevistados recorrem pontualmente à consulta de especialidade, nomeadamente ajuda nutricional ou médico de família, para monitorização do seu estado de saúde e procuram recomendações para ajudar no processo de emagrecimento. Porém, após atingido o objetivo ou se, entretanto, não houve abandono do tratamento por dificuldade de obtenção de resultados, o que se verifica é que na maioria destes casos voltam a recuperar o peso num curto espaço de tempo. Assim, o passo seguinte é iniciado em modalidade autónoma, recorrendo aos procedimentos interiorizados com os conselhos periciais obtidos em tratamentos anteriores, em que se alcançou resultados e se reproduzem, reiniciando-se o ciclo, ao procurar impor algum controle sobre o próprio padrão alimentar e seleção de alimento. Outras vezes, a opção passa por colocar em prática os conhecimentos obtidos durante a leitura de um ou mais livros da especialidade sobre a temática e mediante os conhecimentos interiorizados fazem pesquisa na internet para aprimorar os conhecimentos, para o caso de persistirem dúvidas, ou procuram evidências para clarificar e chegar aos objetivos.

A sociografia da amostra revela que temos 11 mulheres e 3 homens neste tipo de itinerário. Em termos de categorias etárias, incluem-se 6 pessoas na faixa etária 18-30 anos, 4 pessoas na faixa etária dos 41-50 anos, 3 pessoas \geq 51 anos e 1 pessoa na faixa etária 31-40 anos. No que toca à escolaridade, integra 7 pessoas com curso superior, 5 pessoas com ensino secundário, por último 2 pessoas até ao 9º ano (cf. Quadro 6.1).

Consideremos agora, o exemplo de uma mulher que cursou este tipo de itinerário. Trata-se de uma mulher de 59 anos, com o 12º Ano e com obesidade (cf. Figura 6.2²¹).

Figura 6.1 — Linha cronológica da entrevista nº 6: gestão autónoma não pericializada



Não se recorda a partir de quando ficou obesa, mas sabe pelas fotografias da infância que sempre teve excesso de peso. Considera que o fator emocional tem bastante peso no seu comportamento alimentar, aliás é uma das causas apontadas para o aumento de peso. Ainda que se considere um “bom garfo”, as duas gravidezes, em especial a última não abonaram a seu favor e fizeram-lhe aumentar entre 18 e 20 quilos. Ao mergulhar no seu discurso sobre as várias formas de intervenção, a informação biográfica é sustentada num percurso que se iniciou com as primeiras dietas aos 18 anos. Tem dificuldade em estabelecer um meio termo entre o comer como alimento e o meio ambiente em que está inserida, a reflexividade sobre o seu peso leva-a a ter consciência dos desafios que se colocam em termos de saúde. Seguindo a cronologia desta mulher atentemos então no seu percurso.

No caso desta entrevistada os problemas de peso começaram na juventude, altura em que iniciou as primeiras tentativas para perder peso, com as dietas da moda para procurar chegar à imagem corporal desejada. A procura por este recurso terapêutico geralmente opera em função de informações difusas, obtidas em revistas existentes na época ou através de orientações familiares, cujos conselhos procurou pôr em prática para atingir o seu objetivo.

²¹ Todas as linhas cronológicas elaboradas para as 40 entrevistas encontram-se em anexo (cf. Anexo C), agrupadas por tipo de itinerário terapêutico.

(...) por volta dos 18 anos uma tia na altura deu-me uma dieta e na altura eu perdi quase 20 quilos. Segundo as minhas tias-primas disseram, era uma dieta que as hospedeiras faziam. Era uma dieta de 14 dias e nessa altura perdi cerca de 20 quilos. Depois voltei a engordar, não sei quanto.

Segue-se o primeiro contacto pericial que ocorre aos 23 anos, quando começa a trabalhar. É nesta altura que se sente à vontade para procurar ajuda especializada. A consciencialização do problema leva esta mulher a procurar ajuda e a disponibilidade financeira ajuda a concretizar o objetivo.

Depois disso, foi em Lisboa, não me lembro da empresa, mas era um tratamento com um gel. Pronto, tinha que ter cuidado com a alimentação. Fazia o tipo de uma dieta e era com um gel e que depois era enrolada com umas ligaduras, portanto não me lembro do nome era...qualquer coisa. Era um anti celulítico para contrair aqui as banhinhas [risos]. Ligadura tipo gaze, foi a segunda maior tentativa, tinha 23 anos. Nessa altura não me lembro quanto é que perdi. Porque foi o que vi, o que havia na altura nas revistas que se comprava. Era umas tantas sessões semanais, não sei se era uma ou duas vezes que vinha, emagreci, mas não lhe sei dizer quanto.

As estratégias do comportamento alimentar para mudar os hábitos alimentares ligados ao estilo de vidas foram assimiladas durante a passagem pela clínica e posteriormente reproduzidas no dia-a-dia, porém as adesões às mudanças nos hábitos alimentares em geral estagnam e o resultado é uma não-adesão em que existe uma quebra de regras. Provavelmente, o facto de esta pessoa estar consciente de que está muito longe de conquistar o peso idealizado é o motivo para que desista lentamente e se desvie do plano alimentar. Refugiando-se na retórica da proximidade social da família e dos amigos que colocam dificuldades e barreiras à adoção de mudanças, ao se permitirem gostar de outro tipo de alimento mais industrializado, renegando o tratamento do corpo para segundo plano, desafiando as normas sobre as orientações corporais contemporâneas. Neste caso, os discursos da Saúde Pública não são suficientes para corrigir os comportamentos alimentares com os contínuos conflitos criados pela dicotomia entre o hedonismo (prazer) e a necessidade de comer e que caminham em sentido oposto aos ideais de beleza impostos pela sociedade ou

ainda, o facto de as sucessivas depressões adquiridas ao longo da vida quotidiana contribuírem para o agravamento dos distúrbios alimentares.

Pelo meio ia sempre fazendo, à minha maneira, umas dietas, mais legumes e isso, mas pronto, como sou um bom garfo e em família toda a gente a comer e depois era mais um bolinho, ainda me provocavam com isso: ai, come mais um bocadinho. Tinha uns amigos que iam lá a casa e era morango com chantilly e era bolinhos que a amiga levava e não sei quê, e uma pessoa não é de ferro, comia um bocado e depois descambava (...) O marido, por exemplo, quando eu estou a fazer dietas é quando ele gosta de trazer os bolinhos, os pastelinhos de nata e depois não se contenta só com uma caixa de 4, traz 8, ou traz donuts, já começou a trazer bolo-rei, é assim. Com tanta amostra não é fácil, por muito que eu queira controlar não é...

(...)

fazer o melhor possível, dar sopa de legumes, não ponho batata, se ponho abóbora não ponho cenoura, às vezes ponho brócolos, courgette, cebola, pronto faço assim, essas sopas e depois é sempre salada ou legumes cozidos, mas também faço um arroz ou uma massa, para acompanhar. Pelo meio há aqueles petiscos para acompanhar que descambam, é frutos secos ou é uma bolacha ou vai qualquer coisa. Ultimamente tenho evitado. Depois há a parte emocional que...

Segue-se um segundo momento em que há um novo investimento pericial. A descoberta de uma clínica que realizava tratamentos semelhantes aos anteriormente frequentados traz à tona uma nova esperança na perda de peso que estimula à peregrinação semanal. A disciplina alimentar acompanhada por rituais de exercícios físicos realizados por máquinas vibratórias que permite tonificar o corpo sem esforço, trazem novos comportamentos e pensamentos para a fixação alimentar que responsabiliza o indivíduo com o sedentarismo e o consumo excessivo de calorias. Além disso, associada às boas práticas de alimentação e atividade física também aqui se inclui o uso da fitoterapia como coadjuvante na terapêutica, podendo proporcionar funções laxantes, diurética, termogénica e de regulador de apetite.

Depois descobri também o *Star Studios* que era aqui em Lisboa, eu trabalhava aqui em Lisboa, ali ao pé do Marquês de Pombal. Também tinha dieta e era com as máquinas, também tinha um gel. Nessa altura também perdi bastante. Não me lembro qual foi o valor, mas perdi bastante. Pelo meio eram chás e alguns comprimidos que alguma colega dizia (...) eram de ervas que diziam que emagrecia, chás que emagrecia (...) Tomei comprimidos, não foi de celeiro, deve ter sido de farmácia (...) fui andando com uns chás, comprimidos, umas coisas assim, uma pessoa vai sempre tentando.

Prosseguindo a jornada da nossa entrevistada, esta esclarece que o passo seguinte foi um investimento num ginásio. É um facto que os programas de emagrecimento auxiliam no combate ao excesso de peso com a moderação no consumo calórico e investimento da prática em atividade física. Porém, a dificuldade em cumprir o plano conduz-nos à retórica defensiva e a reflexividade sobre os hábitos alimentares compartilhados dentro da família, trazendo-lhe conflitos internos sobre o consumo alimentar conjugado com a falta de cooperação familiar na adesão à dieta, o que lhe corta o estímulo para continuar.

Depois aos 45 anos fui para o ginásio, foi a primeira vez que fiz, tirando a escola, foi a primeira vez que fiz ginástica, mas era com máquinas também, foi no Lisboa Ginásio Clube, ali nos Anjos, e nessa altura também tinha cuidado com a alimentação e também perdi (...) depois começa a família a meter-se e depois um dia vai outro dia não vai ou porque está o marido de folga em casa, porque ele tem as folgas rotativas, faço, mas acabo sempre por desistir, a minha vida tem sido assim um ioiô (...) entretanto, eu fiz um acordo com a empresa e fiquei em casa, portanto o rendimento já baixou um bocado, não é que fosse muito caro, com os dois filhos em casa, não dava para tudo.

O contexto familiar surge, assim, como um fator de grande influência para se alcançar com sucesso uma dieta. Aqui, o processo alimentar parece estar associado à lealdade familiar, com forte ligação afetiva ao alimento. Assim, a entrevistada procura o apoio da família ao procurar dirimir a resistência dos familiares às mudanças no padrão nutricional, persuadindo-os à compra de um livro com indicações nutricionais, e colocando em prática os seus ensinamentos. Procura, desta maneira, alterar a dinâmica familiar em termos alimentares, ao intentar que o tratamento nutricional prospere e se conserve a longo prazo na família.

Depois fiz a dieta dos 31 dias [Livro Ágata Roquette] meti a família toda a fazer, nessa altura também emagreci, isso há dois-três anos.

Contudo, a experiência dura pouco tempo. Embora os conhecimentos adquiridos durante a leitura do livro pareçam ter sido interiorizados e reproduzidos no dia-a-dia, a entrevistada reconhece que a ausência de acompanhamento pericial e a falta de envolvimento familiar dificultam o processo de emagrecimento.

Tenho 86 quilos estou quase como quando tinha 18 anos. Só que agora perde-se com menos facilidade. É um bocado difícil sozinha. Eu por mim podia comer só o frango, o peru e o peixe, mas depois tenho o marido e os filhos que querem outras coisas. Ele quer batata frita. Depois aparecem as coisinhas e eu não resisto a isso. Hoje ao almoço foi carne grelhada, salada e sopa. De manhã tomo o pequeno-almoço, aí ao meio-dia como uma peça de fruta, as vezes como com cenoura, verduras, como uma folha de alface com uma fatia de queijo que aprendi das dietas.

A entrevistada recorreu também à acupuntura. As pesquisas indicam que a acupuntura tem demonstrado efeitos benéficos no tratamento da obesidade. No entanto, o uso isolado da acupuntura sem um acompanhamento nutricional torna-se ineficiente na perda de peso. Pois é a combinação de dieta, exercício físico e terapêutica em acupuntura que demonstram serem eficazes no tratamento da obesidade (Abdi et al., 2020). A saúde holística interessa-se pelo indivíduo como um todo e promove a sua autorresponsabilização ao encorajar os clientes a participarem nos seus processos de cura (Crawford, 1980). Porém, o facto de não haver participação por parte do SNS no tratamento acaba também por ser um fator limitante e impeditivo para continuar o tratamento. Efetivamente, a visão da entrevistada assim o confirma.

As 52 [anos] fiz acupuntura, na altura também emagreci bastante, uns 8 quilos, também tinha cuidado com a alimentação. Se não for assim e ele aconselhou-me a fazer caminhadas, cerca de 10 km. Saia de casa de manhã, ia até Santa Apolónia descia por ali abaixo até ao Cais de

Sodré e depois voltava para casa, também fiz durante um tempo e depois voltei a ganhar peso. Para além de ser um bom garfo tem muito a ver com a parte emocional e pronto voltei a engordar. Até há relativamente pouco tempo, subi para os 90 kg [emociona-se].

Finalmente, quando questionada se atualmente está a fazer algum tratamento ou alguma estratégia para a gestão do peso, a resposta é:

Ginástica, caminhar e alimentação. Tenho de fazer essa combinação de exercício e comida se não, não resolve nada.

6.2. Gestão com recurso à pericialidade

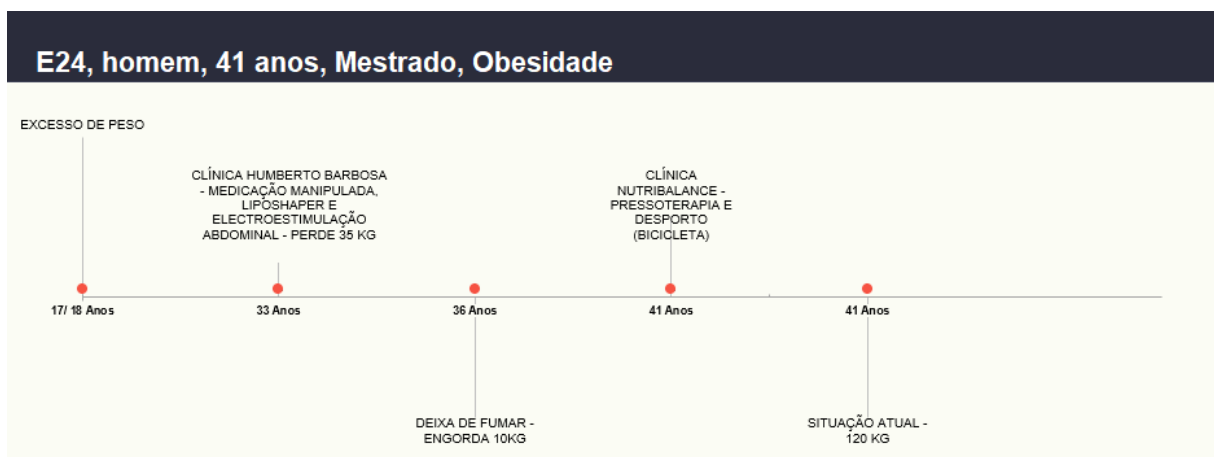
Nesta categoria encontramos 11 pessoas. Este percurso é pautado por indivíduos que já passaram por recursos caracterizados por uma gestão autónoma, mas que posteriormente preferem investir num tratamento mais consistente optando por uma trajetória mais marcada por consulta com um especialista, nomeadamente procuram peritos em nutrição, para os acompanhar de modo periódico com as observações periciais. Têm noção de por vezes este tratamento poder recorrer à prescrição de medicamentos manipulados, que são receitados de acordo com as características individuais de cada doente e destinam-se à maximização do tratamento. Mas se para uns o que conta é o objetivo a que se propuseram, para outros, a racionalidade afigura-se como um instrumento que os leva a equacionar sobre as práticas terapêuticas e suas consequências, nomeadamente no que concerne às conceções e perceções do risco (Raposo, 2008) e por esse motivo, por vezes, abandonam o tratamento. O que distingue este itinerário do anterior - Gestão autónoma não pericializada -, é que neste a procura é maioritariamente vincada pela intervenção pericial. Estes indivíduos geralmente fazem tratamentos em diversas clínicas ou procuram ter acompanhamento com um especialista, além de que investem em outros serviços disponibilizados pela clínica. Como refere Freidson (1970), a decisão que antes pertencia aos leigos passou para a jurisdição do especialista, sendo os especialistas que detêm a formação confiável para tomar decisões corretas no interesse leigo, o que lhes confere autonomia tanto no controle da definição do problema, quanto na maneira como executam o seu trabalho

Também a diversidade alimentar afeta as escolhas alimentícias e exige uma maior reflexividade por parte destas pessoas em termos de escolhas de forma a lidar com o risco da obesidade. Para ajudar a seleccionar as escolhas alimentares mais saudáveis os indivíduos consideram útil a opinião do agente pericial, pois “o conhecimento dos peritos influencia muitos aspetos do que fazemos de uma maneira contínua” (Giddens, 1992:122). É, através destas “lógicas de envolvimento de validação” (Clamote, 2010:121) que os indivíduos procuram legitimar a informação que lhes foi veiculada pelas várias fontes de informação, entre elas a pericial. Neste sentido, o acompanhamento nutricional pretende elucidar o indivíduo sobre as suas necessidades alimentares, permitindo-lhes adquirir ferramentas necessárias para fazer escolhas conscientes.

A sociografia da amostra mostra-nos que temos 7 mulheres e 4 homens neste itinerário. Em termos de categorias etárias, neste itinerário incluem-se 6 pessoas na faixa etária dos 41-50 anos, 3 pessoas na faixa etária 31-40 anos e 2 pessoas ≥ 51 anos. No que toca à escolaridade, integra 7 pessoas com curso superior, 2 pessoas com ensino secundário, por último 2 pessoas até ao 9º ano (cf. Quadro 6.1).

Para exemplificar este trajeto seleccionamos um homem cujo itinerário se enquadra neste tipo. Trata-se de um homem de 41 anos, com mestrado e com obesidade. As lembranças indicam que a obesidade terá chegado por volta dos 17-18 anos. Atribui como causa para o aumento de peso o facto de comer em excesso. A primeira incursão para emagrecer acontece aos 33 anos, altura em que atinge os 125 quilos e procura ajuda numa clínica para ajudar no processo de emagrecimento. Examinemos de seguida o seu itinerário (cf. Figura 6.2)

Figura 6.2 — Linha cronológica da entrevista nº 24: gestão com recurso à pericialidade



Os itinerários definem-se a partir da iniciativa pessoal de cada indivíduo, podendo esta iniciativa ser reforçada por “recomendações especiais de algumas pessoas amigas ou familiares” (Carapinheiro, 2001:338). Tal como acontece com este entrevistado, em que a escolha da clínica é fruto da reflexão feita a partir dos resultados obtidos por pessoas conhecidas, neste caso a escolha recaiu na clínica do dr. Humberto Barbosa, pois já existiam referências de casos de sucesso conhecidos e a tendência é de as pessoas serem influenciadas pelos resultados da sua rede de sociabilidade dado que se revelaram eficazes. Outro aspeto a referir, é o facto de o capital económico também ter peso nas escolhas. O recurso a clínicas de emagrecimento também requer algum capital económico que é diferenciado para os entrevistados. Por exemplo, este entrevistado, que aparentemente tem recurso económicos, refere precisamente que foi um grande investimento.

O Humberto Barbosa foi através de pessoas que eu conhecia e fizeram tratamento e mostrou-se eficaz (...) Foi o tratamento do Humberto Barbosa. Uma dieta à base de proteínas e legumes, alguns lacticínios magros e fruta, sem hidratos. Os hidratos era quase uma situação muito pontual. Cerca de dois anos, dieta rigorosa (...) No primeiro ano perdi uns vinte e poucos (...)

É um facto que os avanços tecnológicos na saúde, com pesquisas científicas, tornam os procedimentos cada vez mais eficientes, seguros e menos invasivos. Os resultados obtidos na investigação permitem oferecer confiança ao consumidor pois sabe que trará resultados. No nosso caso o entrevistado além da alimentação recorreu a sessões de *liposhaper*, de acordo com o site da clínica, define-se por um tipo de lipoaspiração não-invasiva que combina a utilização de duas tecnologias diferentes: ultrassons e um laser de baixa densidade²².

Era o *liposhaper*, era um pack de uma sessão da lipoaspiração não invasiva, como eles dizem, através de laser e depois o acompanhamento e lá os programas de estimulação que eles tinham, que era um pack principal que era a alimentação (...) Acho que eram 20 sessões mais ou menos. Para além do *liposhaper*, havia também os...agora não me lembro do nome, que eram os tratamentos que eram de electroestimulação abdominal. Eles depois aconselharam e

²² <https://clinicadotempo.com/liposhaper-lipoaspiracao-nao-invasiva/> [consultado em setembro de 2022].

fiz um segundo *liposhaper* só mais na zona abdominal frontal. Mas sim, foi uma data de tempo, foi um grande investimento na altura.

É um facto que a obesidade está se a tornar cada vez mais prevalente e os mecanismos desenvolvidos são para a medir e para controlar. Fazer dieta simboliza controle e moralidade (Gracia-Arnaiz, 2013). Com a medicalização da obesidade a pertença passou, agora, para o foro médico. O que nos transporta para outra problematização. Parsons (1951) diz-nos que o papel de doente é um estado temporário de desvio social que habitualmente isenta os pacientes de responsabilidade pela sua condição de doente. Portanto, estes indivíduos estão agora protegidos e isentos de qualquer responsabilidade. Em troca, para regressar à normalidade, estes indivíduos são obrigados a fazer esforços para sair do papel de doente, desta forma, cooperam com o aconselhamento médico para demonstrar querer melhorar. Nestes casos, para sair do papel de doente iniciam uma dieta que indica um esforço e a perda de peso indica o progresso. O objetivo é de cooperar com os conselhos médicos, que justificam a sua permanência e continuidade no tratamento. Pois se os indivíduos não cumprirem o seu papel, também podem ser vistos como não cumpridores das responsabilidades da sua condição de doente obeso sujeitando-se às implicações morais da estigmatização (Webb, 2009). No entanto, a medicalização da obesidade está longe de eliminar a estigmatização da obesidade com a sua redefinição em termos morais. Neste caso, o conceito de doença para a obesidade não opera necessariamente assim. A obesidade é considerada de doença crónica e está em expansão mundialmente, além, de que a obesidade já não é considerada apenas como fator de risco para outras doenças, também ela própria, com a medicalização passa a ter estatuto de doença crónica (Gracia-Arnaiz, 2013).

Portanto, a doença crónica é, por definição, caracterizada por uma dependência a longo prazo ou provavelmente durante boa parte da vida de uma pessoa, que requer acompanhamento com profissionais qualificados. O diagnóstico pode confirmar o fato de que o indivíduo está a passar por uma condição incapacitante da qual não consegue escapar. O início da doença crónica revela ser um desafio ao transformar o eu físico da pessoa, conferindo alteração na identidade da pessoa e colocando desafios à sua autoestima, trazendo à luz a perda de confiança no seu corpo e conseqüentemente a perda de capacidade perante a sociedade (Gabe et al., 2004).

A modificação do estilo de vida é uma componente importante no tratamento da obesidade para reverter a patologia. A utilização de medicação para controlo do apetite também tem sido apontada como tendo efeitos benéfico na obesidade (Hendricks, 2017). No caso da entrevista em análise, a prescrição desse tipo de medicamento é da responsabilidade de um especialista.

Mas quando foi do Humberto Barbosa tomava lá os comprimidos dele. Não faço a mínima ideia do que é que era e muita água. Fazia parte do tratamento.

Qualquer regime alimentar funciona como um sistema de regras que ditam quais os alimentos que devem ser ou não consumidos. O ato de comer é entendido como uma experiência materializada que requer o exercício contínuo de autocontrole para atingir o conceito de corpo civilizado e saudável. A dieta, que envolve a diminuição de ingestão, é vista como necessária para a perda de peso ou mesmo para a melhoria da saúde (Lupton, 1996). Neste caso, o entrevistado revela que foi observado perda ponderal com as intervenções dietoterápicas, entretanto, quando parou a intervenção foi acompanhado por uma recuperação de peso a seguir ao tratamento, que conseguiu estabilizar durante alguns anos. Porém, no decorrer do processo, a responsabilidade de se tornar pai e o deixar de fumar fizeram com que voltasse a engordar, conforme ilustra o excerto.

Depois comecei a comer não tão restritivo, engordei ali uns sete, oito quilos e mantive durante alguns anos esse peso, depois fiz duas gravidezes com a minha mulher. Foi mais ou menos 10 [quilos] em cada uma. A juntar a isso, durante este período também deixei de fumar (...) Num espaço de 8 anos. 5 anos deixei de fumar, 4 e meio completos.

Na modernidade o corpo assume um papel importante nas relações sociais, pois está vinculado à aceitação dos indivíduos por parte dos seus pares. Nas últimas décadas tem-se verificado uma grande pressão associada à idealização por um determinado padrão de imagem. No caso das mulheres espera-se que tenham um corpo magro, enquanto para os homens o padrão está relacionado com uma definição corporal mais de cariz muscular. Mas, o aumento da prevalência do excesso de peso e obesidade faz aumentar a insatisfação corporal

nos indivíduos que se veem obrigados a praticarem dietas restritivas, por vezes acompanhado uso de medicamentos diuréticos, laxantes, reguladores de apetite ou hormonas para ganhar massa muscular ou eventualmente cirurgias para correções corporais. A tecnologia móvel e as redes sociais permitem que o indivíduo tenha acesso a cada vez mais informação. O corpo tornou-se num objeto de investimento, que precisa continuamente ser aperfeiçoado. Devido à necessidade que os indivíduos têm de constantemente melhorar a sua imagem visual, a saúde e a medicina estética combinam-se. A saúde é vista como a prevenção da doença e por outro lado a medicina estética como a estratégia para melhorar e corrigir as imperfeições. Assim, perguntou-se ao entrevistado qual a finalidade da sua dieta, se é baseada na estética ou na saúde, ao que nos responde:

Foi mais saúde, porque sinceramente estética, sim, logicamente quando uma pessoa se sente mais magra a autoestima é diferente. O facto de vestir o último tipo de roupa não é que me afete, mas há sempre ali uma coisinha que posso vestir e se calhar noutras situações eu não vestia determinadas roupas. Por mais que a gente diga que não afeta, afeta sempre, isso não vale a pena negar (...)

Portanto, o entrevistado reconhece a importância de adotar respostas para a melhoria da sua saúde. A manutenção do peso atingido no tratamento anterior parece ter sido difícil de assegurar. Como tal, investe numa outra clínica que além do controlo pericial com um plano de ação personalizado relativo aos consumos alimentares também tem sessões de *pressoterapia*, também conhecida por drenagem linfática mecânica. A valorização no aconselhamento e intensidade da intervenção funciona como o gatilho para a mudança comportamental necessária para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida que se reflete no impacto dos resultados ao nível da redução ponderal.

Estou na *Nutribalance*, estou a fazer os tratamentos e estou a fazer a dieta deles. É massagem, é *pressoterapia* com equipamentos próprios, além da alimentação, que eles controlam e aconselham e fazem uma avaliação dos alimentos que devo ou não devo tomar e ingerir neste caso. Pronto e depois é feito ali um plano alimentar, acompanhado por um nutricionista que dá ali umas ideias. Eu com ele, fiz mais ou menos um mapa das coisas que devo comer ou que não devo comer e depois vou lá para fazer as sessões de *pressoterapia*, que é com as calças

deles que são colocadas, são insufladas em diferentes partes do corpo, neste momento estou ainda a fazer só pernas, a seguir a outra, quando for a outra fase, é em termos de massagens com uma máquina, pronto, mas é muito centrada principalmente na alimentação.

As mudanças dos estilos de vida, nomeadamente do padrão alimentar e a promoção da atividade física, são também componentes na terapêutica do excesso de peso, constituindo para o entrevistado uma ajuda preciosa para esbater a ingestão de alimentos com maior densidade energética.

Agora sim. Duas a três vezes por semana, bicicleta. Uma hora, uma hora e dez. Tento sempre fazer mais quilómetros do que na vez anterior. O tempo é o mesmo, ou seja, eu saio de casa e tenho o telefone a despertar.

Também os constrangimentos individuais face aos resultados anteriores transportam para uma reflexão sobre os métodos de emagrecimento entre as duas clínicas. Por um lado, a restrição alimentar, com os consumos restritivos que não são sustentáveis nutricionalmente, por outro lado o mecanismo de autorregulação na escolha dos paladares, mas o segredo está nas quantidades, conforme refere.

O que eu noto é que, enquanto no Humberto Barbosa era um bocadinho fundamentalista em termos do que é que a gente havíamos de comer. Aqui dão a oportunidade de sim, podes comer isto, mas em vez de comeres...por exemplo, o nutricionista diz, queres comer um bife, em vez de 200 come de 150 naquele dia mesmo que te apeteça, ou seja, não deixo de comer, que é o que ele diz: comigo não pode ser assim, ou seja, deixar de comer, eu a seguir vou comer a dobrar, mas é comer as coisas e gradualmente ir reduzindo. É o que ele diz, o teu problema...tu consegues emagrecer e tanto é que num mês consegui emagrecer (...)

Assim, a preferência recai na clínica *Nutribalance*[®] porque lhe oferece uma perspetiva mais higienista, de conotação mais saudável, em que o consumo é realizado de forma disciplinada e apropriada às suas necessidades energéticas, aproximado à dieta mediterrânea. Com o atendimento personalizado propõe-se a concretizar os seus objetivos, pois a clínica

adota uma metodologia que lhe agrada, porque lhe permite tirar todas as dúvidas em relação à alimentação. Como diria Bombak & Monaghan (2017) as narrativas esperançosas transmitem confiança e o desejo ao entrevistado para alcançar um corpo mais magro. Com a vigilância alimentar reguladora procura controlar o peso.

Nutribalance[®] foi mesmo em termos de publicidade, investiguei um bocadinho e achei que aquilo seria o ideal para mim. Era um tratamento ao longo do tempo, ou seja, não era um tratamento imediato ou intensivo. Mas sim um tratamento em que eu tenho o acompanhamento através, ora são quase 40 semanas de tratamento. Ou seja, é uma coisa muito gradual, regularmente somos pesados, tiram-nos medidas, uma vez por mês tenho consulta nutricional, em que tenho uma conversa de meia hora pelo menos com o nutricionista para esclarecer dúvidas.

Os momentos de sociabilidade também interferem nas práticas alimentares. As refeições partilhadas entre a família e os amigos propiciam um vínculo para os momentos ligados à identidade cultural toldada por hábitos e regras. Os rituais da alimentação favorecem o exagero no consumo alimentar, transportando para uma maior concentração energética. Também o consumo de álcool durante a convivialidade dificulta a dieta e, portanto, a consciencialização de que deve ser consumido com moderação ajuda na relação com a saúde e flexibiliza a tomada de decisão no regime alimentar, conforme relatado pelo entrevistado.

No sábado tive uns amigos a almoçar, à hora do almoço bebi duas minis e à tarde eles estavam a beber cerveja e eu disse, vou beber água, mas pronto, se calhar se fosse noutras alturas estava ali a tarde toda com eles a beber cerveja. Agora não, ao almoço bebi para fazer companhia, mas a seguir vinguei-me na água para limpar aquilo tudo. Tem de ser assim um bocadinho esta filosofia, se não, eu depois entro naquela espiral epá quero que se lixe, não posso chegar a esse ponto do que se lixe. Tem de haver aqui um equilíbrio.

Outra questão a ter em conta diz respeito à comida de *fast-food* cada vez mais incorporada no nosso quotidiano. A escolha individual por estas preferências alimentares recai no facto de os indivíduos procurarem esta classe de alimentos por serem refeições

saborosas, de quantidade satisfatória e rápidas. Porém, é uma comida de paladar agradável, mas pobre nutricionalmente.

Sobre este assunto, Fischler (1990) fala-nos sobre o paradoxo do omnívoro e a necessidade da variedade e inovação alimentar, pelas sensações causadas que norteiam as preferências, articuladas com a relação com o corpo. Quando o paladar não denota o afeto sentido pelo sabor da comida, as escolhas alimentares serão designadas de acordo com o prazer ou o desprazer que lhe estão associados.

No que diz respeito à alimentação fora de casa, esta obedece a padrões sociais de comportamento, que se tornou objeto de manipulação para promover interesses associados ao lucro. Dito de outra maneira, o comer fora, seja num *fast-food* ou em outro restaurante é uma forma de sociabilidade, definida em função das relações sociais modernas, que moldam a cultura de consumo ao definir o que podemos comprar e mostrar aos outros que compramos. Mas o desejo de comer fora não pode apenas ser explicado em consonância com as exigências da sociedade contemporânea, mas pela tensão diária que muitos casais vivem com as fatigantes carreiras que depois de dias de trabalho exigentes voltam para casa e deparam-se com a tarefa de preparar as refeições. Neste sentido, os restaurantes ou estabelecimento onde são servidas as refeições são vistos como paraísos para um mundo contemporâneo cada vez mais exigente. No entanto, este serviço deve ser entendido como fazendo parte de uma indústria de diversão que oferece um serviço com o objetivo de intentar uma pertença na sociedade consumista (Finkelstei, 1989).

No caso das crianças, a maior parte das vezes são atraídas pelo merchandising. Neste caso, o entrevistado manifesta, por um lado a culpabilidade perante o risco na forma como elabora a escolha nutricional, pois a seleção imprudente tende a fazer resvalar a dieta, por outro lado a ambiguidade com a racionalidade do discurso da desculpabilização por causa dos filhos, pelos filhos fazemos tudo, e ao mesmo tempo apela à sensibilização, pois até o colégio que tem acompanhamento nutricional também proporciona de vez em quando outro tipo de alimentação diferente da dieta tradicional.

Mas como é lógico para os miúdos de vez em quando há sempre uns fritos, umas coisas não tão saudáveis e aí sim, pronto, procuramos fazer para nós alimentação diferente. É, depois é assim, há sempre aquela vontade que eles têm, dos *fast-foods*. A comida dos colégios pelo menos os mais novos [filhos] é equilibrada, fazem de vez em quando umas coisinhas que eles

dizem é o dia do *Mac* e de vez em quando lá põem uma pizza, um hambúrguer à base de...também têm o acompanhamento nutricional na seleção da alimentação, mas lá está, não é tudo 100% saudável. De vez em quando lá descaem, para os miúdos também entrarem naquela, tem de haver um bocadinho de tudo na minha opinião. Por norma tentamos que a alimentação seja saudável e equilibrada para os miúdos.

Assim, para não consumir refeições de *fast-food* quando frequentam estes restaurantes, esta família opta por escolher alternativas mais saudáveis para os adultos. O padrão neste tipo de estabelecimento cruza a oferta com saladas como alternativa para quem procura algo mais saudável. Porém, as opções disponíveis restringem as escolhas alimentares a este entrevistado que não gosta do sabor das saladas, conforme ilustra o excerto seguinte ao retratar o ato de comer.

Eu também tenho um problema, não gosto muito de saladas, não é, ou seja, não gosto mesmo do sabor, tenho de seguir sempre uma linha mais de produtos, legumes cozidos, por exemplo, e muitas vezes não é fácil ou quando existem já estão cheios de azeite, e óleos e coisas assim do género, mas pronto.

Por último, quando questionado se atualmente está a fazer algum tratamento ou alguma estratégia para a gestão do peso, responde-nos:

Sim. Os cuidados especiais é na seleção da proteína ingerida, tenho tentado sempre optar por carnes brancas e depois o peixe. O peixe é qualquer um desde que seja um peixe branco, desde que não seja salmão e essas coisas assim do género. O salmão só cru e eles querem as coisas cozinhadas, é o que ele diz [nutricionista], você vai ao *Sushi*...quando vou ao *Sushi* é praticamente *Sashimi* para compensar, os senhores do restaurante é que não ficam muito contentes é mais à base do peixe.

6.3. Cirurgia

Como já referido, os atuais programas de perda de peso envolvem a combinação de mudança de hábitos alimentares, prática regular de atividades físicas e em alguns casos acompanhado pelo consumo de medicação. Mas muitas das vezes as pessoas submetidas a programas de cariz convencional não obtêm sucesso, por esse motivo muitos destes indivíduos optam por tratamentos de índole mais radical, como é o caso da cirurgia bariátrica. A opção por este método geralmente advém do insucesso no tratamento dietético e medicamentoso ou quando o quadro de saúde da pessoa apresenta riscos, isto, se o risco da cirurgia não for superior aos riscos de saúde da pessoa. Ou seja, a cirurgia surge quase sempre como último recurso, após longas trajetórias de utilização de outras opções terapêuticas ou de carácter higienista, sem se obterem de forma continuada resultados satisfatórios.

A cirurgia bariátrica está associada a perda de peso significativa, com impactos positivos em doenças relacionadas com a obesidade que acrescentam um melhoramento na qualidade de vida. Assim, a cirurgia bariátrica é cada vez mais recomendada como alternativa aos indivíduos que lutam contra a obesidade. Os cuidados posteriores após a cirurgia bariátrica são planificados através de *check-up* com intervalos de alguns meses. A cirurgia bariátrica apresenta grandes e rápidas perdas de peso, mas também pode resultar em complicações ou efeitos colaterais. No nosso estudo, a maioria dos entrevistados recorreu ao *bypass* gástrico, também reconhecido como o Padrão Ouro da Cirurgia Bariátrica.

A cirurgia bariátrica não objetiva curar a obesidade, mas auxilia na modificação dos hábitos alimentares e otimização do corpo. A maioria dos indivíduos entrevistados considera o seu corpo mais saudável após a cirurgia. Apesar de terem de ser suplementados com vitaminas para controlar problemas de má absorção resultantes da reconfiguração do seu aparelho digestivo a que estão sujeitos ou, ainda, sintomas físicos que possam eventualmente ter adquirido por outro motivo. Os mais comuns são dores de estômago, diarreia, obstipação, náuseas e vômitos, sensibilidade alimentar e síndrome de dumping. O dumping ocorre quando os pacientes bariátricos consomem açúcar para além do normal ou gordura, resultando em náuseas, vômitos, diarreia, sudorese e tontura, outros revelam perda de cabelo, fragilidade nas unhas e cálculos biliares.

Neste itinerário a dependência face à pericialidade é ainda maior do que no anterior, neste itinerário, após a cirurgia são necessários investimentos de saúde de tipo higienista

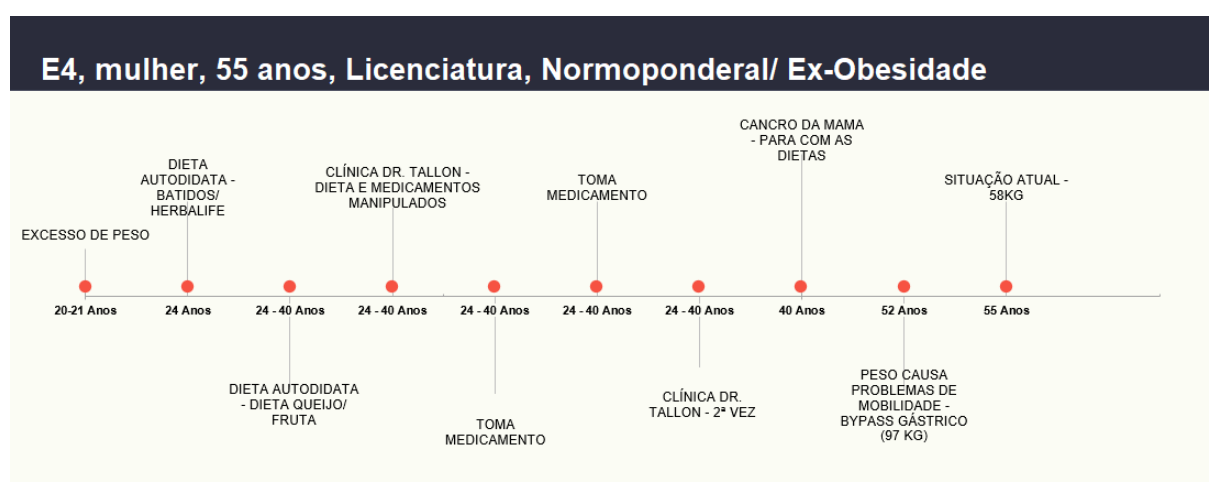
(modificação estrutural dos hábitos alimentares), que não deixam se de estar fortemente sujeitos às orientações periciais (pela exigência de rigor) onde se mantém o acompanhamento pericial.

Neste tipo de itinerário encontramos 15 pessoas, que optaram por fazer a transição para esta escolha. Neste grupo de pessoas 13 realizaram o procedimento cirúrgico pelo SNS (doze em regime normal e uma pessoa através de vale-cirurgia do SNS, não exige elevado capital económico aos utentes) e dois no privado (através de seguradora e ADSE). Os motivos centram-se no facto de não estarem satisfeitos com os resultados obtidos em tentativas anteriores e resolveram recorrer a este tratamento como último recurso.

A sociografia da amostra apresenta 11 mulheres e 4 homens que se enquadram neste itinerário. Em termos de categorias etárias, neste itinerário incluem-se 6 pessoas ≥ 51 anos, 5 pessoas na faixa etária dos 41-50 anos e 4 pessoas na faixa etária 31-40 anos. No que toca à escolaridade, integra 7 pessoas com curso superior, 4 pessoas com ensino secundário, por último 4 pessoas até ao 9º ano (cf. Quadro 6.1).

À semelhança dos outros dois itinerários, Gestão autónoma não pericializada e Gestão com recurso à pericialidade, escolhemos a história de uma entrevistada que fez a cirurgia para melhor ilustrar este itinerário (cf. Figura 6.3).

Figura 6.3 — Linha cronológica da entrevista nº 4: cirurgia



Trata-se de uma mulher de 55 anos, licenciada e normoponderal. As memórias apontam que a obesidade terá chegado por volta dos 20 anos quando ainda era estudante de

faculdade. Refere que o fator para despoletar a obesidade está relacionado com problemas hormonais. Fez as primeiras dietas por volta dos 20 anos quando frequentava a licenciatura e, mais tarde, quando iniciou a vida profissional, pois queria exibir uma boa imagem perante o patronato. Tinha medo de que o estigma da obesidade viesse a despoletar algum tipo de comportamento discriminatório. Pois o estigma na aceção de Goffman (1988) é visto como uma marca ou atributo capaz de discriminar um indivíduo. O atributo é o primeiro aspeto a fixar, tem conotação negativa pois representa uma ameaça à identidade social ao surgir como uma autoavaliação ou um pré-julgamento formado sobre o indivíduo obeso.

Ao longo do tempo, fez várias tentativas, quer autónomas, quer com orientação pericial, para emagrecer sem sucesso. O facto de ter obesidade fez com que desenvolvesse uma calcificação óssea que lhe causava problemas na mobilidade. Foi depois aconselhada pelo médico a fazer a cirurgia, dado que tinha de perder peso, pois com o passar do tempo ficaria sem conseguir andar. Relativamente ao caso, também Throsby (2012) refere no seu artigo que os problemas relacionados com a mobilidade são uma das principais razões para um paciente requerer a cirurgia, sendo a problematização do excesso de peso desvalorizado como risco para a saúde. Analisemos a história desta entrevistada.

(...) comecei por fazer aquelas dietas dos batidos e depois mais tarde fiz a *Herbalife*[®], mas era idêntico, era uns batidos de baunilha, chocolate que substituía as refeições. Portanto, foi por aí que eu comecei à volta dos 24. Para aí 1 mês, dois meses, não mais do que isso. Mas depois enjoei. Não me recordo, mas lembro-me que na altura achei que aquilo funcionava. Lembro-me de recomendar a algumas amigas, aí estes batidos fazem sentido, faz sentido. Basicamente sentia no volume. Sentia que tinha menos volume na barriga e que as calças não ficavam tão apertadas (...) devia ter vinte, nessa altura lembro-me também perdi, não me lembro quanto, mas fiquei satisfeita, mas ao fim de um ano tinha recuperado o que tinha perdido e já tinha ganho mais uns tantos.

As tentativas malsucedidas para emagrecer podem desencadear distúrbio alimentar com o padrão alimentar anormal. Neste caso, a entrevistada opta por restringir uma ou duas refeições diárias, pois pensa que esse comportamento conduz ao emagrecimento. A seletividade na escolha de alimentos, com a porção generosa de queijo faz despoletar um

desequilíbrio nutricional com a limitação alimentar acabando por não emagrecer. Pois o jejum estimula a uma apetência maior para o consumo de alimentos ricos em gorduras ou doces.

O facto de esta mulher viver sozinha e revelar ter preguiça para habilidades culinárias tornam as suas alternativas gastronómicas mais limitadas. Ou seja, para além de não haver o convívio social permanente, substitui a alimentação realizada em casa por pequenos *snacks* para evitar cozinhar. Refere não ser gulosa e não ingerir grandes quantidades de alimento, não possuindo, portanto, o apetite voraz e constante de gula que caracteriza a representação discriminatória para um obeso. No entanto, o seu percurso alimentar conduz a uma ambiguidade entre o desejo e a realidade. Pois ao perseguir a restrição, com uma ou duas refeições diárias, distancia-se dos estilos de vida saudáveis, o que lhe traz carências alimentares, mas por outro lado, realiza o desejo, de só comer o que gosta.

Eu não consigo associar o meu aumento de peso à alimentação, eu comia muito pouquinho. Eu nunca comi grandes quantidades, nunca fui de doces. Não associo muito a comida. Da alimentação que tenho perfeita consciência que fazia, era só comer uma, duas vezes por dia. Comia as vezes às nove da noite, 10 da noite, mas sempre foi uma obrigação e então comia o almoço e o jantar. Eu associava as pessoas que tinham distúrbios alimentares, e que levavam a noite sempre a comer, a comer, tudo e mais alguma coisa, comiam grandes quantidades e eu era exatamente o contrário, eu passava muitas horas sem comer. Eu comia mal, apesar de ser em quantidades pequenas, mas comia mal. Era capaz de estar um dia inteiro sem comer e era capaz de chegar a casa e comer ali umas 4 ou 5 fatias de queijo da serra, umas fatias grossas e era o meu jantar. Não comia mais nada. Só aquilo. Gosto imenso de queijo, então para mim isso era suficiente.

(...)

O fato de também viver sozinha (...) desde os meus 24 anos que vivo só, a preguiça de cozinhar e então as minhas comidas era tudo coisas assim imediatas, agarrar-me a um chouriço, cortava ali meio chouriço às fatiazinhas e pronto, isso para mim, era um jantar. Estava ali num computador, a jogar, a ver uma coisa qualquer e a comer rodelas de chouriço e pronto, o jantar já está feito. Tanto o meu jantar era muito assim, a petiscos, eu achava que a quantidade não era significativa, mas de fato uma alimentação só à base destas coisas, enchidos e de queijo, eu associava que o que engordava era as quantidades, mas não é as quantidades, é também os produtos que se ingere, não é? Eu de fato sempre gostei de produtos muito calóricos. Não sou nada de doces, chocolates e não sei quê. Mas dos enchidinhos e dos queijinhos isso era a minha perdição.

Assim, a estratégia desta entrevistada para perder peso, para além das tentativas autónomas norteada pelas amigas, foi um investimento em aconselhamento pericial, que incluiu o consumo de medicamentos manipulados. Pois “os programas de tratamento podem, portanto, ser entendidos como uma nova oportunidade” (Knutsen, Terragni & Foss, 2012).

As notícias sobre a utilização de medicamentos manipulados suscitaram algumas questões científicas à luz da ética, trazendo também algum receio a lume, mas as “narrativas esperançosas” (Bombak & Monaghan, 2017) sobre o sucesso na perda de peso abrem uma janela na crença para obter um corpo magro e confiança em perspetivas futuras de uma vida melhor sem estigma acabam por falar mais alto. Por meio do depoimento percebe-se na sua entoação alegre de como atingiu o peso pretendido. O excerto que se segue mostra os termos de como perdia o peso, evidenciando a sensação de sucesso ao contrário dos episódios vivenciados anteriormente.

Porque, entretanto, tinha chegado a um peso, que para mim já era o peso que queria. Na altura quando eu fui ao Tallon devia ter quê? uns 10 quilos a mais, perdi os 10 quilos e senti-me bem e senti-me satisfeita e parei. Tomava medicação, aquilo estava associado a um plano alimentar, possivelmente estava. Estava na moda na altura. Toda a gente falava no Tallon, ouvia-se falar também muito mal, e na altura em que eu fui já se falava, ninguém sabia o que era aquilo, havia algum risco. Na altura tive medo, pois quando eu fui, já ele estava a trabalhar no mercado aí há uns 5 anos. Diziam que aquilo era perigoso, mas não havia relatos de pessoas que realmente tinham tido problemas e eu resolvi arriscar, deixa-me lá experimentar (...) Os medicamentos era ele que passava na farmácia dele, havia uma farmácia específica com as combinações, davam-me as embalagens, lembro-me que eram três embalagens. Depois tinha-se que fazer combinações da farmácia específica que ele indicava.

Também a prática regular de atividade física como medida na adoção do estilo de vida saudável auxilia a regular o peso e procura fortalecer o modelo de equilíbrio energético. Portanto, os indivíduos cujos corpos são identificados com obesidade são incentivados a mudar o seu estilo de vida a fim de perder peso. Este processo envolve a negociação para constituição de um corpo mais saudável, objetivando a aprovação social com a vigilância ao

corpo individual. No entanto, a entrevistada tinha pouca motivação para a prática desportiva, em especial, o ginásio, gerando um certo círculo vicioso que conduziu a sucessivas justificações para não realizar exercício físico. Porém, as mensagens da saúde pública instigam à promoção da saúde e à valorização de um indivíduo que seja autossuficiente e racional nas suas escolhas e que, no que toca à sua saúde, adote o dever normativo de controlar ativamente o seu estilo de vida. Pois de outra maneira pode transparecer que aqueles que não se preocupam em cuidar da sua saúde estão a ter comportamentos culposos (Galvin, 2002). Assim, o comportamento seguinte da entrevistada é substituir com outra atividade física mais aprazível, a hidroginástica.

Pontualmente ao longo da vida fiz, andei no ginásio, umas duas ou três vezes, tentativa de complementar com a dieta, era os médicos quando estava em processos de dieta, diziam que tinha de acompanhar com exercício físico, eu me inscrevi no ginásio, mas para mim sempre foi, para ir ao ginásio não é coisa que eu goste, e passava a vida a arranjar desculpas, para não ir, portanto não sou uma amiga do ginásio. Nos últimos anos, ainda antes da cirurgia, em vez do ginásio, tive dois anos que fazia hidroginástica.

Constata-se que os indivíduos que perdem peso propositadamente na maioria dos casos recuperam cerca de um terço do peso durante o ano seguinte (Gaesser, 1999). Portanto, se não forem adotadas medidas preventivas após o emagrecimento, ou seja, alterações ao estilo de vida com a reeducação alimentar e atividade física, a probabilidade de voltar ao peso anterior é grande. Portanto, com os procedimentos da intervenção da consulta clínica espera-se que os indivíduos aprendem, por meio do aconselhamento, as novas competências alimentares. A nível normativo o trabalho do nutricionista ressoa de acordo com a forma com que cada paciente interioriza e pratica a alimentação. Neste caso, a entrevistada apresenta-se dependente do cuidado médico, onde deposita expectativas e passa a responsabilizar a medicina pela ineficiência do seu sucesso.

Além disso, durante este período esta pessoa sente-se mais vulnerável perante a falta de resultados, que a fazem se sentir impotente. Assim, a dependência em relação à medicina cresce, pois, a insatisfação com o seu corpo faz aumentar a ansiedade perante a ausência de resultados, o que leva a entrevistada a atribuir esta incapacidade à medicina por não lhe encontrar a cura para a sua doença. Ora o enfoque das estratégias de promoção da saúde

instrui as pessoas a serem individualmente responsáveis, com regras verbalizadas por meio de conselhos de especialistas do programa (Knutsen, Terragni & Foss, 2012) esperam sensibilizar as pessoas a adotarem estilos de vida saudáveis. É certo que se vive rodeado com a polarização de ofertas e, atualmente, não há como viver sem estar continuamente a fazer escolhas. Neste sentido, a Saúde Pública procura instituir modelos de comportamentos hegemónicos onde impera a prevenção como medida zelosa para combater a doença, responsabilizando mais os indivíduos pela sua própria saúde, em vez de se apresentarem dependentes dos serviços médicos (Crawford, 1977), como refere a entrevistada.

Eu tenho ideia de que ainda voltei uma segunda vez, não tenho a certeza, mas tenho ideia de que ainda voltei uma segunda vez (...) Achei que a culpa era dos outros, dos médicos, que não me estavam a acompanhar devidamente, que não me estavam a dar as dietas certas, que não estavam a conseguir avaliar qual é que era de facto o meu problema. Sentia sempre que os médicos achavam que eu comia demais e eu sentia que não comia de mais, as quantidades não eram um problema, sentia os médicos a focarem muito nas quantidades, sentia que não havia uma grande compreensão. Não atribuía o problema a mim, sentia que não estavam a adequar à minha realidade.

Também a obesidade como doença crónica se apresenta como uma barreira para a saúde, esta condição está associada ao fracasso moral, aprimorando a responsabilização do indivíduo pela sua saúde (Galvin, 2002). O comportamento de risco na obesidade é visto como um problema que se constitui numa ameaça, pois acarreta elevados custos médicos, juntamente com as pressões políticas com propostas de planos de ação para instituir mudanças de comportamento na obesidade (Crawford, 1977). Neste caso, era impreterível emagrecer dado que a obesidade estava a limitar a mobilidade.

Portanto aquelas calcificações estavam-me a criar imensos problemas e o médico que me andava a tratar soube desse problema e ele só me dizia que o peso não me ajudava: Tem que perder peso, tem que perder peso, não está a conseguir andar e o peso também não ajuda (...) Tem que resolver rapidamente o problema da obesidade.

Há pessoas que recorrem aos serviços de saúde privados para resolver os seus problemas porque pensam ser mais eficaz e mais rápido (Carapinheiro, 2001). Neste caso verifica-se que a entrevistada possui um seguro que lhe facilita a marcação de consultas. Tenta assim nova alternativa, onde lhe é atribuído um plano com orientações e correções das alternativas terapêuticas. O especialista corrige a tendência desta pessoa que faz dietas sistemáticas mesmo demonstrando ser ineficazes, que constantemente substituiu por outras dietas, norteadas pelo modelo biomédico que procura oferecer uma dieta mais equilibrada e mais adequada à sua condição (Gracia-Arnaiz, 2013). Porém, o facto de estar longe e o contacto ser por *e-mail*, com o passar do tempo, mesmo tendo obtido resultados positivos, o entusiasmo vai-se esbatendo, acabando por desistir.

Foi quando eu fiz então uma nova dieta. Essa nutricionista, no fundo é muito parecida com a dieta que acabei de fazer agora no seguimento da cirurgia bariátrica, penso que seria a mais adequada delas todas, (...) eu tratei em Espanha, porque eu tenho um seguro (...) nós temos um acordo com uma clínica de Navarra (...) resolvi seguir lá o tratamento, mas o facto de estar a seguir um tratamento à distância em que eu ia lá uma vez por ano, entretanto como nós fazíamos, era, já não me lembro como fazíamos, mas eu ia me pesando mandando os pesos, ia mandando por *e-mail* o que é que comia e ela ia-me corrigindo e nos primeiros meses estava entusiasmada, aquilo corria bem, mas depois deixei de lhe mandar os pesos, deixei de lhe mandar o que comia, naturalmente fui-me desligando daquela dieta. Mas eu lembro-me que estava satisfeita com aquilo, porque era a dieta correta, porque no fundo era fazer várias refeições ao longo do dia e as refeições terem a componente de proteína, hidratos, legumes e fazer por equilibrar essas componentes.

Porém, as sucessivas dietas realizadas ao longo da vida que exalavam esperança de um promissor futuro levam a sentimentos de desilusão. A entrevistada sentiu que o seu presente estava atolado em estagnação e a sua qualidade de vida futura comprometida com a sua estrutura (Bombak & Monaghan, 2017). Com a passagem do tempo, evidencia sentimento de frustração ao perceber que não consegue alcançar os resultados pretendidos. Entretanto, atravessa um processo de disrupção biográfica, conceito introduzido por Bury (1982) que descreve a doença como um imprevisto que causa uma rutura na vida da pessoa. Neste caso em particular, surge uma doença oncológica, que a faz desistir e aceitar o insucesso das dietas,

exacerbando sentimentos de insatisfação com as tentativas frustradas para fazer frente à obesidade, sendo visível a sua resignação no excerto que se segue.

Quando tive o cancro da mama há 15 anos era importante resolver o problema do peso e até essa altura fiz várias dietas, estas que temos estado a falar, do Tallon, dos batidos *Herbalife*® logo a seguir, fiz a do queijo, da fruta, até ter o problema do cancro, estava com 43 de idade. Nessa altura eu foquei-me no meu problema oncológico, e nessa altura eu tomei a decisão de que me ia aceitar como era e que a obesidade deixava de ser uma prioridade e desisti das dietas. Há 15 anos, até há 3 anos atrás foi quando eu comecei com este problema dos pés, por isso passaram 12 anos, que eu não fiz tentativa nenhuma para perder peso, o facto de ter tido um cancro da mama fez-me decidir que já tinha feito imensas tentativas para perder peso, sem sucesso e desisti, não vale a pena. Vou desistir, porque eu vou perder depois vou ganhar mais do que o que perdi, eu vou-me aceitar como sou e vou desistir de tentar perder peso.

As várias experiências malsucedidas com dietas que culminaram num aumento de peso, acrescido de problemas de saúde relacionados com o tamanho do corpo, potenciam a propensão para lesões por esforço dificultando a movimentação. Dessa forma, a entrevistada constrói um círculo vicioso que não consegue quebrar, o que justifica a sua necessidade de ajuda (Knutsen, Terragni & Foss, 2012). Estabilizada a doença oncológica, a cirurgia surge como esperança suprema para a mudança e uma oportunidade de viver outra vida. Como refere Carapinheiro (2001) por vezes o itinerário desencadeia o aparecimento de sintomas preocupantes, em que a solução passa pelo reencaminhamento para a consulta hospitalar a que se segue a orientação para resolver o problema estado de saúde.

Só há três anos atrás por causa de já não conseguir andar é que os médicos disseram, tem mesmo de perder peso, portanto o perder peso voltou a ser uma prioridade (...) E eu cheguei ao meu médico dos pés, ortopedista (...) mas o dr. não consigo, não consigo, já passei a vida a fazer dietas, não consigo, não consigo e ele disse: então vou mandá-la para a clínica da obesidade do Hospital da Luz (...) e foi quando o médico me disse: eu tenho uma solução, para si que é o bypass gástrico (...)

O procedimento de bypass gástrico obriga os indivíduos a mudar os comportamentos alimentares, as refeições passam a ser mais frequentes e em menor quantidade. Reduzindo a absorção nutricional do alimento consumido, esses efeitos restritivos e a má absorção causam perda de peso instantânea, mas os efeitos diminuem após o primeiro ano (Martins et al., 2011). Este procedimento faz reduzir o peso corporal e conduz a uma significativa melhoria na saúde. Do ponto de vista biológico, após a operação e durante o processo de emagrecimento, as limitações com o tamanho do estômago forçam o indivíduo a descobrir como o seu estômago tolera a comida e a ajustar as refeições para evitar desconforto (Knutsen, Terragni & Foss, 2012). Também a inegável insatisfação com o corpo que lhe causa complicações físicas faz esta mulher refletir em relação ao grau da sua obesidade, pois para ela a cirurgia seria para pessoas muito obesas.

A bariátrica foi muito engraçada. Eu associava que as bariátricas eram para pessoas extremamente obesas. Era o que eu imaginava. E então eu nunca tinha pensado sequer que isso seria uma solução para mim. E eu entretanto tive um problema, a nível dos calcanhares, eu criei, na zona dos calcanhares, umas calcificações ósseas, que comecei a ficar com imensa dificuldade de andar, praticamente estava a deixar de andar, eu ainda neste momento tenho ali, na banheira, uma pega para poder sair da banheira, porque isto foi há seis anos. Eu era nova, tinha 52 anos. Eu já não conseguia sair da banheira.

Embora tenha a preocupação sobre o seu peso, as suas expectativas orientavam-se para soluções não tão extremadas. Portanto substituir as dietas e exercício físico pela cirurgia bariátrica foi algo que lhe suscitou alguma relutância. Na cirurgia bariátrica os doentes têm um sentimento subjacente de responsabilidade, emaranhado numa culpa pela necessidade de se submeter à cirurgia. A entrevistada sentiu que estaria a jogar com a sua saúde futura se não agisse naquele momento, pelo que a cirurgia surge como uma forma de prevenção para acautelar possíveis problemas de saúde que advenham no futuro.

Aquilo para mim foi um choque, porque nunca na vida eu tinha pensado que aquilo poderia ser uma solução, alias quando o médico me diz isso a minha reação foi, mas isso não é para gordos e desatei a rir, não é que eu não me ache gorda, mas de facto eu imagino isso para

pessoas com 200 kg. Eu não tenho 200 kg. E, ele: não, não, é perfeitamente adaptável ao seu caso.

Ainda que a cirurgia bariátrica tenha resultados positivos também existem complicações no pós-operatório que podem suscitar algumas dúvidas nos indivíduos quando a opção é a cirurgia. Nesse sentido, a entrevistada procurou grupos de apoio na internet relacionados com a cirurgia bariátrica. Os grupos de apoio procuram coadjuvar as pessoas que vivenciam stress relacionado a situações com problemas semelhantes. Estas pessoas estão dispostas a compartilhar as suas experiências pessoais de modo a proporcionar aos outros informações que lhes permitam adquirir uma maior tranquilidade para encarar a cirurgia com menos receio e maior segurança, face às hesitações que se colocam perante a decisão de a ela recorrer. Esta procura transporta-nos para o artigo de Fox, Ward & O'Rourke (2005), com a conceção do paciente especialista, onde a pessoa procura utilizar os meios de apoio, trocando informações com grupos de auxílio na Web, para debaterem problemas similares à sua condição antes de eleger a cirurgia como opção. Observa-se que estes utilizadores compartilham informações em fóruns de discussão pela internet para se tornarem especialistas na sua condição e na gestão dessa condição.

Presentemente, a disponibilidade de informações em saúde transformou o paciente num consumidor mais reflexivo, com tomada de decisões mais conscientes e esclarecidas sobre os procedimentos em tratamentos. Conforme sugere Lupton (1997) o eu reflexivo age de maneira calculada e procura melhorar o seu autoconhecimento, é cético em relação ao conhecimento especializado e, se necessário, está pronto para o contrariar.

Eu vim para casa a pensar naquilo, mas eu vou fazer uma cirurgia destas e fiquei com medo, na altura não disse nada ao médico e foi quando eu fui à internet pesquisar e encontrei este grupo (...) inscrevi-me neste grupo exatamente para recolher primeiros depoimentos. E fui perguntar, mas acham mesmo? Isto dá resultado, só tenho 97 quilos, mas faz sentido eu fazer uma cirurgia dessas? Faz, faz, e comecei a ver centena de pessoas que tinham o mesmo peso que eu e que tinham feito a cirurgia. Então comecei a perceber que afinal isto se calhar é para mim e comecei a ver resultados, as pessoas todos os dias põem fotografias do antes e do depois e comecei a sentir-me atraída para aquilo (...) em termos quer de amigos, quer de familiares toda a gente achou que era uma decisão muito drástica. Toda a gente me incentivou a não seguir em frente, porque tinham também a mesma ideia do que eu (...) Mas eu preciso

de uma coisa imediata, preciso de uma coisa mais rápida. Porque eu não consigo andar, tenho dificuldades (...) Portanto, uma vez decidida já não volto atrás e fui para a frente.

Como acabamos de ver, o caminho encontrado para melhorar a condição de saúde desta entrevistada foi o recurso à cirurgia. Após a cirurgia a qualidade de vida em relação à sua saúde, com a perda ponderal esperada, melhorou as comorbidades associadas à obesidade. A cirurgia trouxe-lhe a satisfação ao adquirir a redução da silhueta, aproximando-a do peso idealizado. A aceitação e satisfação foi extensível ao círculo social, que inicialmente demonstraram algum receio e tentaram desmobilizá-la, mas perante as evidências após a cirurgia aprovaram o resultado. Como alude Berg (2020), em pouco tempo a cirurgia ajuda a perder peso e atingir o peso normal, transformando o aspeto físico do corpo.

No processo, o primeiro ano é onde perdemos de facto imenso peso. As pessoas foram todas dizendo, aí fizeste muito bem, ainda bem que fizeste isso, fizeste mesmo bem, não tem nada a ver.

A cirurgia bariátrica também pode despertar um conflito interno com a criação de uma nova identidade sobre si mesmo, por vezes a generosa perda de peso não é bem tolerada pela pessoa intervencionada, que rejeita a nova imagem. No caso da entrevistada, a cirurgia foi positiva e permitiu regular a patologia associada ao excesso de peso, e esta aceitou bem a nova imagem. Conforme corrobora o contributo de Berg (2020), em que a cirurgia permite vivenciar o corpo com um peso normal, e ao mesmo tempo eliminar os problemas relacionados com a obesidade.

Eu fiz a tal consulta de avaliação multidisciplinar. Fui ao cirurgião, ele encaminhou para nutricionista e psicólogo, com base no parecer dessas três consultas veio o parecer positivo (...) Cirurgião, nutricionista e psicólogo. O psicólogo foi só uma consulta nunca mais lá voltei, foi só uma conversa, foi uma conversa muito agradável, parecemos amigos de café, gostei muito da conversa, isto foi antes da cirurgia para ser aprovada (...) Nas conversas que tivemos ele referia que havia pessoas com obesidade que faziam a cirurgia e que depois não se reviam na pessoa em que se tornavam, isto nomeadamente em pessoas que tinham sido obesas a vida inteira, que depois, não se reconheciam como magras, era um choque. Eu lembro-me de

dizer ao médico, ó dr. eu penso que não terei esse problema, lembro tão bem do meu eu magro, e eu tenho imensas saudades dela, do meu eu magro. Vou fazer uma festa enorme quando voltar a encontrar essa pessoa (...)

Ao eliminar problemas relacionados com a obesidade, a vida desta entrevistada melhorou significativamente após a cirurgia. A possibilidade de adquirir um corpo menor, permitiu-lhe alterar mentalmente a visão do seu eu em termos de quilos e também nas atividades diárias. Pois os problemas e limitações anteriores desapareceram ao deixar para trás o seu corpo obeso e ganhando uma melhor capacidade física (Berg, 2020).

Não era uma pessoa alegre. Eu tinha dificuldade em cortar as unhas dos pés, não chegava aos meus pés para cortar as unhas, logo aí notei uma diferença muito grande. Outra coisa era andar, eu gosto muito de andar e andava muito pouco, tinha uma vida muito mais sedentária, eu agora vou a todo o lado.

Após a realização da cirurgia, os especialistas advertem que o peso corporal pode aumentar gradualmente com o passar do tempo da cirurgia bariátrica (Sjöström et al., 2004). Tal pode gerar um sentimento negativo acompanhado por uma onda de ansiedade, que está associado ao fato de um possível reganho de peso. Ou seja, as transformações cirúrgicas no tamanho do estômago, juntamente com as mudanças na absorção de alimentos, levam a alterações nas práticas alimentares. A pessoa é aconselhada a comer pequenas refeições até seis vezes ao dia e a mastigar bem os alimentos. Acontece que após a cirurgia, a pessoa é obrigada a ter consciência do que come. A alimentação adquire um novo papel. Numa perspectiva a longo prazo, os resultados bem-sucedidos da cirurgia bariátrica dependem da capacidade do indivíduo em manter as mudanças no estilo de vida (Hillersdal, Christensen & Holm, 2016).

No trecho narrativo que se segue percebemos que a entrevistada construiu uma nova identidade sobre o seu corpo outrora obeso, promovendo uma constante vigilância no controlo do peso com o medo de voltar a engordar. É uma situação de risco, na medida em que a entrevistada não pode ter certezas sobre as formas de controlar a situação, e apenas a passagem do tempo pode fornecer diretrizes sobre a natureza dos riscos envolvidos ao

conviver com uma determinada condição, onde sempre permanecerá um certo grau de imprevisibilidade (Gabe et al., 2004).

Depois da cirurgia, fiz seguimento na nutricionista, isto ao fim de três meses, depois foi seis meses. Durante os primeiros dois anos fui seguida de seis em seis meses, quando fiz dois anos, passou a anual, vou agora para o mês que vem, tenho a consulta anual (...) A minha nutricionista e o cirurgião sempre me avisaram que era normal que ao fim de três anos se ganha 10% daquilo que se perdeu. Portanto eu perdi 37 quilos, diz que é normal eu ganhar os três quilos, eu estou com medo disso. Até agora nada.

Por último, quando questionada se está a fazer algum tratamento ou tem alguma estratégia para a gestão do peso, responde:

O fato de o estômago agora ficar reduzido, ficou só com 10% do tamanho que tinha. Desde essa altura como muito pouquinho mesmo, continuo a ser preguiçosa para cozinhar (...) Outra coisa que eu faço todos os dias, não saio de casa sem esta lancheirinha [mostra], também vai todos os dias na mala, falta aqui duas bolachas Maria, tem um queijinho *babybel light* e tem uns frutos secos. Exatamente aquilo que eu não fazia que era comer várias vezes ao dia (...) Pronto, vou sempre comendo, não é quando eu sinto fome (...) Portanto, eu tive de aprender que não tenho de comer quando tenho fome, eu tenho de comer de x em x tempo, mesmo não tendo fome tenho de comer qualquer coisa e habituei-me a isso (...)

Conclusão

Este estudo teve como propósito desenvolver a análise sociológica da problemática do excesso de peso e dos itinerários terapêuticos na gestão da obesidade por parte dos indivíduos com esta condição. Existem diversas alternativas para o tratamento da obesidade, tais como: farmacológica, dietética, terapia cognitivo-comportamental, cirúrgica ou tratamentos não convencionais. Neste sentido, o projeto debruçou-se sobre a análise da pluralidade de itinerários terapêuticos na gestão da obesidade em Portugal, com o intuito de captar empiricamente as trajetórias terapêuticas dos indivíduos com excesso de peso ou obesidade, assim como perceber quais os contextos e as lógicas em que se desenvolvem.

Começou-se por fazer uma caracterização da obesidade e excesso de peso a partir dos recentes trabalhos existentes quer a nível mundial quer especificamente em Portugal. Esta caracterização procurou dar conta daquilo que é a dimensão em termos quantitativos da obesidade a nível nacional e de como Portugal se posiciona face ao panorama internacional, mostrando como a obesidade e excesso de peso está a ser considerada um problema de saúde pública. De facto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que a prevalência da obesidade quase triplicou desde 1975 em todo o mundo. O excesso de peso é agora a principal causa de morte (NCD-RisC, 2017). O Regional Office for Europe (WHO, 1999) aconselha a implementação de políticas abrangentes para promover dietas saudáveis e prevenir a obesidade na região europeia desde 2000. O sistema de saúde desempenha um papel importante na promoção de dietas saudáveis (WHO, 2018). Daí haver interesse em uma intervenção precoce na infância visto ser uma das estratégias adotadas para prevenir a obesidade na população adulta (Gable & Lutz, 2000). Pois, em 2016, verificou-se que mais de 1,9 bilião de adultos, acima dos 18 anos, apresentava excesso de peso (WHO, 2016). Em Portugal, dados que constam na Pordata (2021) demonstram que em 2014 Portugal se encontrava em 18º lugar com 53,6% no indicador excesso de peso - Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 25 - num total de 32 países em análise.

Uma das causas apontadas para a obesidade centra-se na alimentação e na falta de atividade física, pelo que neste trabalho debruçamo-nos também sobre a questão das escolhas alimentares e como se organizam e se estruturam diariamente as práticas alimentares. Presentemente verifica-se que as escolhas dos indivíduos não se baseiam apenas na sobrevivência, mas antes procuram encontrar valores simbólicos para justificar o ato de comer.

Neste sentido, as funções da comida, que na antiguidade teria como função a comemoração com técnicas de preparação lendária a fim de perpetuar as tradições familiares, foram reconfiguradas na modernidade, em que os indivíduos estão vez mais desvinculados das estruturas familiares tradicionais. Também as mudanças que ocorreram no mundo laboral que catapultaram as mulheres para o mercado de trabalho, trouxeram grandes mudanças na maneira como as pessoas se alimentam, nas relações familiares durante a refeição e na divisão das tarefas domésticas. A inserção massiva da mulher no mundo do trabalho trouxe uma reconfiguração desse mercado em termos de género e teve implicações na vida familiar. Como reflexo direto verificou-se a diminuição do tempo para preparar as refeições, originando uma redefinição das tarefas domésticas pelos outros membros da família. Beneficiando-se deste facto, a indústria alimentar inventa e reinventa a cultura alimentar com confeções prontas e pré-prontas ou substitui as refeições por lanches, snacks ou opções de *fast-food*. Isto porque as famílias passaram a consumir cada vez mais alimentos fora de casa (Cutler, Glaeser & Shapiro, 2003).

A modernidade também trouxe um perfil de consumidores mais preocupados com a sua imagem corporal. De modo a captar a atenção de novos consumidores, multiplicam-se as mensagens para adotar melhores hábitos alimentares, optando por uma alimentação mais saudável e rápida para a sua família (Foster, 1995). Orientada para a promoção de novos hábitos alimentares, mais equilibrados, com menos gorduras saturadas, incentivando o aumento do consumo de alimentos ricos em fibras, bem como um maior consumo de frutas e vegetais com o propósito de evitar eventuais problemas associados a uma má nutrição, prevenindo e prolongando a vida de modo mais saudável. É um facto que os consumidores estão cada vez mais informados e exigentes, e conscientes de que devem conjugar a saúde com o prazer quando toca à ingestão dos alimentos (Waterlander, 2018). Deste modo, os meios de comunicação convidam os indivíduos a pesquisar sobre assuntos relacionados com a saúde ao oferecer uma panóplia de conselhos sobre as questões de bem-estar. Também a internet oferece oportunidades na publicação de informações sobre doenças, que permite que os indivíduos possam discutir sobre a sua condição de forma colaborativa, nos grupos de discussão *on-line* (Fox, Ward & O'Rourke, 2005).

Outros conceitos que foram explorados nesta tese foram o conceito de medicalização e o de farmacologização. Porque a partir de 1970 a obesidade ganhou destaque e passou a ser interpretada como uma doença epidémica e vista como um problema de saúde, tornando-se, assim, objeto de intervenção para os profissionais de saúde. A obesidade foi, pois, objeto de

um processo de medicalização, com um acentuar sobre a vigilância médica e com o multiplicar de exames médicos e consultas periódicas, passando, deste modo, a ser objeto de controlo social por parte do Estado que pretende estabelecer a ordem social (Ballard & Elston, 2005). Verifica-se uma medicalização que ganha cada vez mais expressão com as diversificadas ofertas de serviços de bem-estar e de saúde ou com pequenas hospitalizações, tais como intervenções para cirurgias bariátricas. Tal como refere Foucault (1977), o poder médico está a ganhar cada mais relevância ao decidir o que é saudável ou patológico.

Para além de uma condição que passa a ter o estatuto de um problema médico, a obesidade também comporta um problema estético. Na atual sociedade contemporânea a dimensão estética do corpo tem um grande peso do ponto de vista social, portanto, isso pode causar autoimagens negativas aos indivíduos obesos, e, pode ser objeto de estigma social. Ao ponto de identificarem, em alguns casos, abusos verbais: *bullying* na escola, discriminação no local de trabalho e discriminação nas instituições de saúde por parte dos profissionais de saúde (Barlösius & Philipps, 2015). O que vai ao encontro do contributo de Goffman (1988), que argumenta que o estigma nasce a partir de estereótipos que a sociedade cria, fundamentado em padrões, e quem sai fora destes padrões é desaprovado.

Na contemporaneidade, a obesidade é vista como uma doença pandémica. O preconceito em relação à obesidade é recorrente e engloba sentimentos negativos, promovendo desconforto e insatisfação corporal. O fitness passou a vigorar na vida quotidiana para melhorar a saúde do sujeito. Em associação com a atividade física estão as dietas para controlo de ingestão de energia, a farmacoterapia e em último recurso a cirurgia. A modificação do estilo de vida continua a ser a intervenção proeminentemente aconselhada para a população obesa. Abordagens preventivas eficazes incluem mudanças no estilo de vida, baseadas numa abordagem dietética que prevê uma combinação de exercícios físicos frequentes, com limitação no tamanho das porções de comida para a prevenção de perda de peso (Pietiläinen, 2012). Outro aspeto importante associado à obesidade é o aumento do consumo de fármacos, promovendo a farmacologização, em especial pela procura por suplementos e nutracêuticos. Também a procura pelo natural vai ganhando terreno, associados à noção de inocuidade, distanciando-se dos medicamentos químicos, que são percecionados como causadores de mais efeitos secundários.

Com efeito, no que toca à saúde, exige-se aos indivíduos da sociedade do conhecimento que estejam bem informados. No entanto, fatores económicos, tecnológicos,

ambientais, culturais, políticos e ideológicos limitam o acesso ao universo do conhecimento. Por isso, a sociologia procura evidenciar essa diversidade, nem todos procuram estar informados, nem todos têm igual destreza qualificacional que lhes permite estar em condições de assimilar a informação. Na sociedade do conhecimento cada vez mais há maior acesso à informação e, portanto, uma boa franja da população usa esses meios para obter informações. A disponibilidade de informações sobre a saúde vem transformar o indivíduo num consumidor mais reflexivo que se mostra capaz de avaliar a eficácia do tratamento farmacológico perante os modelos periciais. A crescente atenção dada à obesidade e à perda de peso tem se refletido num proliferar de sites, blogs e fóruns na internet onde os indivíduos são convidados a participar e abordar uma variedade de tópicos sobre a eficácia do fármaco, os efeitos colaterais, os resultados de emagrecimento, etc. O surgimento do paciente informado ou especialista desafia o poder profissional enraizado, controlando as informações para teorizar a sua condição. Os pacientes passam a poder tomar decisões ativas sobre os procedimentos de tratamento. Outro aspeto que potencia esta mudança é o surgimento de numerosos estabelecimentos *on-line* que fornecem medicamentos farmacêuticos diretamente ao público (Fox, Ward & O'Rourke, 2005), sem que seja necessária a mediação pericial.

Os tratamentos médicos convencionais para a obesidade têm eficácia limitada e as evidências sugerem que os pacientes com obesidade procuram outras alternativas de cuidados de saúde para perder peso. Também existem evidências concretas de técnicas para a perda de peso através das Medicinas Complementares e Alternativas, em conjunto com seguimento nutricional e atividade física (Esteghamati et al., 2015). Pesquisas recentes também sugerem que algumas terapias de MCA podem ser eficazes no controle de condições relacionadas com a obesidade (Abdi et al, 2020).

Também a cirurgia bariátrica é apontada como solução médica adotada para o tratamento da obesidade mórbida, apresentando-se como o único tratamento comprovado a longo prazo no tratamento para a perda de peso na obesidade severa (Frame-Peterson et al., 2017). Esta cirurgia tem crescido exponencialmente em todo o mundo visto apresentar melhores resultados do que o consumo de produtos farmacêuticos em doentes com esta patologia. No que toca às cirurgias para tratamento da obesidade realizadas em Portugal Continental, de acordo com os indicadores fornecidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), houve uma evolução positiva, com oscilações de crescimento e recuo, situando-se o pico das cirurgias em 2019. Em 2020, houve uma quebra drástica de cirurgias, devido à pandemia Covid-19.

Relativamente ao consumo de medicamentos para a obesidade, os dados disponibilizados pela Associação Nacional de Farmácia (ANF) revelam que há uma evolução positiva consistente na venda de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) em relação aos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Quanto às consultas de nutrição realizadas em farmácias sob a supervisão de nutricionista, é também visível uma evolução positiva de 2013 a 2019, tendo ocorrido uma quebra acentuada em 2020 causada pela pandemia Covid-19 com recuperação do volume de consultas em 2021, o que mostra como a nutrição tem vindo a ganhar um espaço pericial cada vez maior no combate à obesidade.

Reportando-nos às entrevistas, o discurso dos entrevistados permitiu identificar e categorizar as causas que atribuem à obesidade. A literatura refere que quanto mais cedo um indivíduo se tornar obeso maior é a probabilidade de se tornar um adulto obeso. A análise dos resultados comprova que uma boa parte dos entrevistados desenvolveu excesso de peso na fase da infância e juventude com a pubescência. O resultado da análise de conteúdo das entrevistas levou-nos a identificar quatro tipos de fatores: maus hábitos alimentares e sedentarismo; fatores hormonais; fatores genéticos e fatores psicológicos. Contudo, o destaque primordial vai para os hábitos alimentares e sedentarismo.

As trajetórias terapêuticas dos indivíduos foram captadas pelos discursos proferidos durante as 40 entrevistas que foram sendo feitas aos indivíduos, de acordo com as suas vivências. Suportadas em apreciações sobre as doenças sobre os modelos de tratamento aplicados durante o processo clínico, com especial enfoque sobre as causas da doença, tais como o seu início e duração, sinais e sintomas, gravidade e as formas de tratamento (Helman, 2006).

Durante as entrevistas, uma das dimensões analíticas que explorámos foi a do estigma social associado à obesidade, já que a obesidade também remete para uma componente estética. Na obesidade os indivíduos não conseguem esconder o atributo depreciativo, ou seja, torná-lo invisível. De acordo com Goffman (1988), o atributo estaria classificado em três tipos de estigmas. A abominação do corpo com a deformidade física, a culpa de carácter individual e a linhagem por herança. No caso da obesidade o atributo aparece associado a dois destes tipos de estigma. Dito de outra maneira, existe a abominação do corpo, porque o corpo não corresponde aos ideais de beleza da modernidade, mas também remete para a culpa de carácter individual por causa da responsabilização do indivíduo como fator determinante para a culpabilização da sua condição. Na maioria das vezes o atributo causa incómodo aos

indivíduos obesos, com os comentários vindos do exterior que aditam desconforto com as declarações moralistas (Goffman, 1993). Por meio dos discursos dos entrevistados pudemos identificar processos estigmatizantes da obesidade nas relações de sociabilidade, que muitas vezes começam na família. Com comentários diretos ou indiretos sobre a obesidade, os indivíduos obesos são rotulados e vão desenvolvendo sentimentos de inferioridade. A visão preconceituosa também acontece com os profissionais de saúde através de comentários menos próprios, bem como no processo de seleção e recrutamento no local de trabalho, experiências também relatadas pelos entrevistados.

As tentativas para perder peso são inúmeras e as entrevistas mostram que cada entrevistado recorre a mais do que um recurso. No nosso estudo foi possível identificar quatro momentos em que ocorrem as primeiras tentativas. Dividem-se, então, em infância, adolescência, juventude e idade adulta. O padrão encontrado também nos leva a concluir que os momentos mais marcantes para a tomada de decisão no processo de emagrecimento, situam-se na fase da adolescência e da juventude. A justificação para o fenômeno prende-se com a insatisfação corporal. A imagem corporal funciona como mediador na avaliação que o indivíduo faz entre a imagem real e a imagem ideal e que vai sendo construída de acordo com o grau de aceitação junto dos seus pares. Procurou-se entender até que ponto a procura de ajuda para emagrecer estaria relacionada com a saúde ou com os padrões estéticos atuais. Quando conjugamos a saúde e a estética o resultado mostra que o equilíbrio está em função da prioridade que cada indivíduo atribui. Se a tendência joga a favor da saúde a mesma traz benefícios e melhora a imagem pessoal aumentando a autoestima. Se a preocupação tender para o lado da imagem pessoal, a beleza é sinónimo de saúde. Ou seja, a relação entre o corpo esteticamente aprazível e a saúde reflete-se num corpo hedonista ou narcisista usado como instrumento para atingir o bem-estar de modo a proporcionar a satisfação na vida humana. Que nos remete para o conceito desenvolvido por Featherstone (2010), ao aferir que na cultura de consumo há uma obsessão pelo aprimoramento do corpo, e que o corpo pode ser aperfeiçoado, por meio da tecnologia.

A percepção dos recursos mobilizados pelos indivíduos na perda de peso permitiu identificar um padrão sobre as opções terapêuticas. Através desta compreensão pôde-se interpretar como a influência das diferentes fontes de informação produz efeitos nestes indivíduos. De facto, estes indivíduos vão construindo a sua validação nas fontes periciais, mas também procuram escarpelizar com outros meios para além da fonte pericial, muitas vezes com pesquisas de estratégia própria. Pois “encontramos cada vez mais livros de

orientação e manuais práticos relativos à saúde, dieta, aparência, exercícios” (Giddens, 2002:201). O facto de vivermos numa modernidade reflexiva torna-se o substrato no processo de individualização que se alicerça como elemento capaz de projetar a autoidentidade. Certamente que “a escolha de estilo de vida é cada vez mais importante na constituição da autoidentidade e da atividade diária” (Giddens, 2002:13) que se reflete na monitorização contínua do corpo.

Outra das dimensões focadas durante o trabalho é a questão do risco e da eficácia. Isto porque o risco está associado à obesidade, na medida em que a obesidade está associada ao risco de outras doenças. Para além disso, existe também o risco dos tratamentos. O indivíduo moderno é mais consciente na avaliação do risco. A população em geral está consciente dos riscos, ainda que de maneira vaga. Interessa, pois, perceber como é que os indivíduos vão tomando opções em função das avaliações do risco e da eficácia dos vários tratamentos que vão fazendo.

No caso dos entrevistados, verifica-se que a maior parte não consideram que houvesse riscos associados às mudanças nos regimes alimentares. Embora houvesse consciência de carências nutricionais, o facto de nunca se sentirem mal e as análises biológicas apresentarem resultados negativos retiravam as possíveis dúvidas que pudesse subsistir. Nos casos em que se recorre à utilização de medicamentos químicos, verificam-se diferentes perceções e formas de lidar com o risco. Enquanto uns referem não pensar nos riscos, pois os meios justificam os fins, outros, em particular os que consumiram medicamentos manipulados referem ter essa consciência, mas o facto do profissional ter credibilidade no ramo e apresentar evidências favoráveis na intervenção com outras pessoas é visto como um sinal positivo e, portanto, o resultado é uma conceção otimista que resvala para uma visão esperançosa de que não vai acontecer nada de mal. No caso de a opção ser a cirurgia, o que se verificou é que as pessoas acabam por assumir o risco do procedimento cirúrgico face aos resultados que esperam atingir, quer para minimizar os riscos que a obesidade acarretar para a sua saúde.

A partir das diferentes trajetórias expressas nos discursos dos entrevistados, procurou-se identificar semelhanças e diferenças de forma a dar visibilidade aos diferentes tipos de itinerários terapêuticos. Considerou-se como principal elemento estruturante dos itinerários na gestão da obesidade a relação com a pericialidade e a partir daí foi construída uma tipologia com três tipos de itinerários terapêuticos: Gestão autónoma não pericializada; Gestão com recurso à pericialidade; e por último, a Cirurgia.

Em termos gerais podemos dizer que o primeiro itinerário é composto por um conjunto de entrevistados que tende a experimentar de forma autónoma várias dietas, que podem ser recomendadas por familiares, amigos ou baseadas em pesquisas na internet ou procuram inspiração em livros e revista de aconselhamento. Geralmente, o percurso é mais do tipo higienista, dito de outra maneira, procuram ajustar com dietas que ofereçam a combinação de nutrientes, acompanhando com a prática de exercício físico, com eventual apoio pericializado para situações pontuais. Noutros casos mais radicais, procuram fazer períodos de jejum, porque acreditam que promove a desintoxicação do corpo. Na gestão com recurso à pericialidade, os indivíduos procuram o acompanhamento pericializado, por exemplo de um nutricionista, endocrinologista ou optam por uma clínica, tipo dr. *Tallon* ou dr. *Póvoas* ou outras para fazer as dietas. Estes indivíduos geralmente percorrem diversas clínicas, e procuram ter sempre um especialista para fazer o acompanhamento no tratamento. Em algumas destas clínicas são convidados a tomar medicamentos para emagrecer ou suplementos que combinam com a dieta prescrita. Para muitas destas pessoas a procura por este tipo de serviços personalizado transmite-lhes maior segurança em termos de tratamento e de resultados. No caso da cirurgia, engloba os indivíduos que recorrem à cirurgia, tratando-se assim de situações mais extremadas. Muitos destes entrevistados já percorreram recursos que caracterizam os outros dois itinerários e não conseguiram obter resultados.

As vivências sociais experienciadas pelos entrevistados mostram que a visão de um corpo grande impõe restrições distintas na vida social destas pessoas. Para uns o peso traz um comprometimento em termos de saúde. Para outros a perda de peso torna-se uma luta constante e interpretada como uma meta difícil de alcançar (Bomback & Monaghan, 2017). A moldura estética cria um ambiente desfavorável às pessoas com obesidade, elegendo-a como um problema social, que cria preconceitos na construção social e torna o indivíduo censurado e “desacreditado” (Goffman, 1988:15) perante os outros pelo atributo que não pode esconder. Os entrevistados ressaltaram que esperavam perder peso e adquirir um desempenho mais saudável. Mas, o que se verifica ao longo do tempo é que as diferentes trajetórias no controlo do peso foram-se materializando na ausência de mudança para atingir os objetivos e talvez um certo ceticismo realista em relação à probabilidade de alcançar este objetivo com a angústia alimentar desordenada e a estagnação de peso (Bomback & Monaghan, 2017).

Em síntese, para além daquilo que temos vindo a mencionar, em termos sociológicos destacamos ainda que este trabalho mostra que existe diversidade de itinerários terapêuticos. As pessoas escolhem recursos diferentes de acordo com o que são os seus objetivos e em

função dos riscos e eficácia dos tratamentos. Também se procurou aferir as questões do estigma na obesidade e que transportam para alguns casos de discriminação.

Durante o presente estudo foram identificadas algumas limitações. A primeira respeita à natureza dos dados. Quer a temática do estudo, quer o facto de o trabalho de campo ter decorrido maioritariamente durante a pandemia Covid-19, trouxeram algumas dificuldades à concretização das entrevistas. A dificuldade em recrutar pessoas com obesidade ou com excesso de peso para entrevistar, o facto de a entrevista ser frente a frente, a escolha do local para a realização da entrevista e a duração da mesma criaram algumas dificuldades que, em alguns casos, levaram à opção de se fazer algumas entrevistas por telefone e pelas plataformas *Zoom* e *Teams*. Embora tenha sido possível reunir os dados para a elaboração do presente estudo, sentimos que de alguma maneira seria importante ter conseguido, em alguns casos, entrevistas mais longas que pudessem permitir uma análise mais aprofundada. Efetivamente, verificou-se algum desconforto por parte dos entrevistados em falarem abertamente sobre a sua imagem corporal quando a abordagem é realizada frente a frente.

Acrescenta-se a demora na disponibilização dos dados pelo Serviço Nacional Saúde e pela Associação Nacional de Farmácias, bem como o limite de dados fornecidos, como por exemplo, a indisponibilidade por parte da Dietimport (Celeiro[®]) em facultar dados sobre a venda de medicamentos para a obesidade, o que invalidou a comparação das vendas entre as farmácias e as ervanárias.

Além de procurar responder aos objetivos iniciais, esta pesquisa suscita outras questões dignas de interesse sociológico que poderão ser aprofundadas através de outras pesquisas no futuro. Entre as várias possibilidades destacaríamos as seguintes: a primeira é orientada para as políticas públicas no combate à obesidade, ou seja, interessa perceber que medidas têm sido implementadas e quais os seus impactos na saúde pública; a segunda diz respeito às práticas alimentares, já que, sendo reconhecida como a principal causa para a obesidade, importa explorar, de forma aprofundada, as escolhas alimentares, mas também os fatores que condicionam essas escolhas.

Fontes

Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto publicado em Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30, páginas 6297 – 6383.

Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro publicado em Diário da República n.º 295/1999, Série I-A de 1999-12-21, páginas 9083 – 9100.

Lei n.º 126/2015, de 3 de setembro publicado em Diário da República n.º 130/2015, Série I de 2015-07-07, páginas 4676 – 4678.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto publicado em Diário da República n.º 195/1990, Série I de – 1990-08-24.

Lei n.º 51/2010, 14 de dezembro publicado em Diário da República n.º 240/2010, Série I de 2010-12-14, páginas 5652 – 5664.

Lei n.º 6/2008 de 13 de fevereiro publicado em Diário da República n.º 31/2008, Série I de 2008-02-13.

Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro publicado em Diário da República n.º 168/2013, Série I de 2013-09-02.

Petição n.º 38/XI/1, de 20 de março publicado em Diário da República n.º 037/2010, Série I de 2010-03-20.

Portaria n.º 1454/2009, de 29 de dezembro publicado em Diário da República n.º 250/2009, Série I de 2009-12-29.

Portaria n.º 207-A/2014, de 8 de outubro publicado em Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.

Portaria n.º 207-C/2014, de 8 de outubro publicado em Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.

Portaria n.º 207-D/2014, de 8 de outubro publicado em Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, páginas 6 – 8.

Portaria n.º 207-E/2014, de 8 de outubro publicado em Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08.

Portaria n.º 207-F/2014, de 8 de outubro publicado em Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-10-08, páginas 9 – 11.

Projeto de Lei 161/XI, de 09 de março publicado em Diário da República n.º 12 da 2.ª SL da XI Legislatura, Série I de 2010-03-09, páginas 35-35.

Projeto de Lei 172/XI, de 08 de novembro publicado em Diário da República n.º 31 da 2.ª SL da XI Legislatura, Série II-A de 2010.11.08, páginas 2-25.

Regulamento (EU) n° 1169/2011 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2011, relativo à prestação de informação aos consumidores sobre os géneros alimentícios.

Referências Bibliográficas

- Abdi, H. et al. (2020). Effect of body and ear acupuncture on obesity. *Obesity Medicine*, 19, 100257. doi:10.1016/j.obmed.2020.100257.
- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44 (4), pp. 603–622. doi:10.1177/0038038510369368.
- Agnihotri, A. K, et al. (2016). Public health issues: promise and peril. *Arch Med Biomed Res.*, 3 (1), pp. 1-8. DOI: 10.4314/ambr.v3il.1.
- Alegria Drury, D. A., Louis, M. (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14 (12), pp. 554-561.
- Allen, Jr., et al. (2013). *Formas farmacêuticas e sistemas de liberação de fármacos*. 9ª edição. Porto alegre: Artmed.
- Alves, P. C. (2010). A teoria sociológica contemporânea: da superdeterminação pela teoria à historicidade. *Sociedade e estado* [online], Brasília, 25, n. 1, pp. 15-31.
- Alves, P. C. (2015). Itinerários terapêuticos e os nexos de significados da doença. *Rev. Ciências Sociais Política Trabalho*, 42, pp. 29-43.
- Angell, M. (1988). *The truth about the drug companies*. London: Random House.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17 (3), pp. 393-404.
- Augé, M. (1984). Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement. In: Augé, Marc; Herzlich, Claudine (Dir.). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Editions des archives contemporaines. pp.35-91.
- Augusto, A. (2016). Infertilidade e reprodução medicamente assistida: Definição de contextos e produção de significados. In Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página.
- Ballard, K., Elston, M. A. (2005). Medicalisation: A multi-dimensional concept. *Social Theory & Health*, 3, pp. 228–241.
- Barbosa, L. S. (2017). *Conceitos e práticas em imagem pessoal*. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A.

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa edições, 70.
- Barlösius, E., Philipps, A. (2015). Felt stigma and obesity: Introducing the generalized other. *Social Science & Medicine*, 130, pp. 9-15.
- Barsky, A. J., Borus, J. F. (1995). Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*, 274 (24), pp 1931-4. Doi:10.1001/jama.1995.0353024004103.
- Bartges, J. et al. (2017). One health solutions to obesity in people and their pets. *Journal of Comparative Pathology*, 156 (4), pp. 326-333.
- Bartky, S. L. (1988). Foucault, Femininity, and the Modernization of Patriarchal Power. In I. Diamond and L. Quinby (eds.) *Feminism and Foucault: Reflections of Resistance*. Boston: Northeastern University Press.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Francaise de Sociologie*, xxvii, pp. 3-27.
- Baudrillard, J. (1998). *A sociedade de consumo*. Portugal: Edições 70.
- Baum, C. L., Ruhm, C. J. (2009). Age, socioeconomic status and obesity growth. *Journal of Health Economics*. Elsevier, 28 (3), pp. 635-648.
- Beardsworth, A., Keil, T. (2002). *Sociology on the menu: An invitation to the study of food and society*. 2nd edition. Abingdon: Routledge. pp. 288.
- Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage Publications.
- Becker, H. S. (2008). *Outsider: estudos de sociologia do desvio*. 1^a edição. Rio de Janeiro, Zahar, pp. 21-22.
- Bell, S., Figert, A. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75, pp. 775-783.
- Berg, A. (2020). Untold stories of living with a bariatric body: long-term experiences of weight-loss surgery. *Sociology of Health & Illness*, 42, pp. 217–231. Doi: 10.1111/1467-9566.12999.
- Bertisch, S. M., Wee, C. C., McCarthy, E. (2008). Use of complementary and alternative therapies by overweight and obese adults. *Obesity*, 16, pp. 1610–1615. Doi:10.1038/oby.2008.239.

- Bildtgård T. (2010). What it means to “Eat Well” in France and Sweden. *Food and Foodways*, 18 (4), pp. 209-232. DOI: 10.1080/07409710.2010.529017.
- Birt, C., et al. (2017). Healthy and sustainable diets for European countries. *European Public Health Association* (EUPHA).
- Blaine, B. (2008). Does depression cause obesity? *Journal of Health Psychology*, 13 (8), pp. 1190–1197. Doi:10.1177/1359105308095977.
- Blake-Lamb T.L., (2016). Interventions for Childhood Obesity in the First 1,000 Days A Systematic Review. *Am J Prev Med*, 50 (6), pp. 780-789. Doi: 10.1016/j.amepre.2015.11.010.
- Bombak, A.E., Monaghan, L.F. (2017). Obesity, bodily change and health identities: A qualitative study of Canadian women. *Sociology of Health and Illness*, 39 (6), pp. 923–940.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: feminism, western culture and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Bouchard, C. (1991). Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic. *Am J Clin Nutr*, 53, pp. 1561S-5S.
- Bourdieu, P. (2007). *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C, Passeron, J. C. (2002). *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas*. 3ª edição. Petrópolis: Vozes.
- Brewis, A., Wutich, A. (2018). *Stigma*. *The International Encyclopedia of Anthropology*, pp. 1–7. Doi:10.1002/9781118924396.wbiea21.
- Brewis. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, 118, pp. 152-158.
- Broom, D.H., Woodward, R. V. (1996). Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health & Illness*, 18 (3), pp. 357-378.
- Brown, T. J. et al. (2016). Community pharmacy-delivered interventions for public health priorities: a systematic review of interventions for alcohol reduction, smoking cessation

- and weight management, including meta-analysis for smoking cessation. *BMJ Open*, 6 (2), e009828. Doi:10.1136/bmjopen-2015-009828.
- Burmeister, J. M. et al. (2017). Reducing obesity stigma via a brief documentary film: A randomized trial. *Stigma and Health*, 2 (1), pp. 43-52. Dx.doi.org/10.1037/sah 0000040.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4 (2), pp. 167–182. Doi:10.1111/1467-9566.ep11339939.
- Bury, M. R. (1986). Social Constructionism and the Development of Medical Sociology. *Sociology of Health and Illness*, 8, pp. 137-169. Dx.doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340129.
- Cahnman, W. J. (1968). The stigma of obesity. *The Sociological Quarterly*, 9 (3), pp. 283–299. Doi:10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x.
- Camargo Jr., K. R. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (5), pp. 844-846.
- Carapinheiro, G. (2001). Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*, V (2), pp. 335-358.
- Carapinheiro, G. (2010). Equidade, Cidadania e Saúde: Apontamentos para uma Reflexão Sociológica. *Alicerces: Revista de Investigação, Ciência e Tecnologia e Artes*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa, Ano III (3), pp. 57-64.
- Carapinheiro, G. (2014). Os desafios dos saberes na investigação em saúde. *Forum Sociológico*, 24. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/985>. DOI: 10.4000/sociologico.985 [consultado em janeiro de 2021].
- Carapinheiro, G., Correia, T. (Org) (2015). *Novos Temas da Saúde, Novas Questões Sociais*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Cherques, H. R. T. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *PMKT: Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, 3, pp. 20-27.
- Chou, S.Y., Grossman, M., Saffer, H. (2004). An economic analysis of adult obesity: results from the behavioral risk factor surveillance system. *J. Health Economics*, 23 (3), pp. 565-587.

- Civitello, L. (2007). *Cuisine and Culture: A History of Food and People*. 2nd edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Clamote, T. (2010). Consumos terapêuticos e investimentos de saúde. In Noémia Lopes (org.). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*. Porto: Afrontamento, pp. 87-157.
- Clarke, A. E. et al. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68, pp. 161–194.
- Clarke, J. N. (1984). Medicalization and secularization in selected English Canadian fiction. *Social Science & Medicine*, 18 (3), pp. 205–210. Doi:10.1016/0277-9536(84)90081-9.
- Coccia, F. (2011). Understanding and Measuring Stigma. In Corrigan, P. W. (org). *Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*, pp. 23-54. Wiley-Blackwell.
- Cohen D. et al. (2001). Medications as social phenomena. *Health*, 5 (4), pp. 441-469. Doi:10.1177/136345930100500403.
- Cole, T. et al. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, pp. 1-6.
- Conrad P., Schneider J. W. (1980). *Deviance and Medicalization; from badness to sickness*. St. Louis: Mosby.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 209–32. Doi:10.1146/annurev.so.18.080192.00123.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Conrad, P., Leiter V. (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behaviour*, 45 (Extra Issue), pp. 158-76.
- Conrad, P., Mackie, T., Mehrotra, A. (2010). Estimating the costs of medicalization. *Social Science & Medicine*, 70 (12), pp. 1943–1947. Doi:10.1016/j.socscimed.2010.02.019.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner's.
- Cordeiro. T., Bento. A. (2011). Incorporação dos nutricionistas nos centros de saúde. *Revista Nutricias*, 11, pp. 20-23.

- Costa, A. F. (1999). *Sociedade de bairro*. Oeiras: Celta Editora.
- Covello V. T., Merkhofer M. W. (1993). *Risk assessment methods: approaches for assessing health and environmental risks*. Plenum Press.
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. *International Journal of Health Services*, 7 (4), pp. 663-680. Doi:10.2190/YU77-T7B1-EN9X-G0PN.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10 (3), pp. 365–388. Doi:10.2190/3h2h-3xjn-3kay-g9ny.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10 (4), pp. 401–420. Doi:10.1177/1363459306067310.
- Crossley, N. (2006). *Reflexive embodiment in contemporary society*. Buckingham: Open University Press.
- Cutler, D. M., Glaeser, E. L., Shapiro, J. M. (2003). Why Have Americans Become More Obese? *Journal of Economic Perspectives*, 17 (3), pp. 93–118. DOI: 10.1257/089533003769204371
- Czernichow, S., Ciangura, C., Oppert, J.M. (2006). Obésité de l’enfant et de l’adulte, 1^{re} partie — Obésité de l’adulte. *La Revue du Praticien*, 56 (31).
- De Pasquale, A. (1984). Pharmacognosy: The oldest modern science. *Journal of Ethnopharmacology*, 11 (1), pp.1–16. Doi:10.1016/0378-8741(84)90092-8.
- Dean, M. (1999). *Governmentality, power and rule in modern society*. London: Sage Publications.
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2004). A obesidade como doença crónica. *Circular normativa n° 09/ DGCG* de 25 de março. Lisboa: Portugal, DGS.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa.
- Douglas, M. (1976). *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva.

- Drewnowski, A., Yee, D. K. (1987). Men and body image: are males satisfied with their body weight? *Psychosomatic Medicine*, 49 (6), pp. 626–634. Doi:10.1097/00006842-198711000-00008.
- Dubois, L. (1996). L'aliment, un futur miracle de la biotechnologie? *Sociologie et sociétés*, vol. 28 (2), pp. 45-57.
- Durkheim, É. (1999). *Da Divisão do Trabalho Social*. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Durkheim, É. (2004). *Regras de Método Sociológico*. 9ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Ekman, I. (2016). Beyond medicalization: self-injuring acts revised. *Health*, 20 (4), pp. 346-362. DOI: 10.1177/1363459316633280.
- Elias, N. (1994). *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Elmore, J. G. et al. (1998). Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *New England journal of medicine*, 338, pp. 1089-96.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2019). *Cuidados de saúde prestados no SNS na área da obesidade*. Porto: Portugal.
- Esteghamati, A. et al. (2015). Complementary and alternative medicine for the treatment of Obesity: A Critical Review. *Int J Endocrinol Metab*, 13 (2): e19678. DOI: 10.5812/ijem.19678.
- Fainzang, S. (2013). The Other Side of medicalization: Self-medicalization and Self-medication. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37 (3), pp. 488–504. Doi:10.1007/s11013-013-9330-2.
- Fastenau J. et al. (2019). A call to action to inform patient-centred approaches to obesity management: Development of a disease-illness model. *Clin Obes*, 9 (3): e12309. Doi: 10.1111/cob.12309.
- Featherstone, M. (1987). Lifestyle and consumer culture. *Theory, Culture & Society*, 4 (1), pp. 55–70. doi:10.1177/026327687004001003
- Featherstone, M. (2007). *Consumer culture and postmodernism*. 2nd edition. London: SAGE Publications.

- Featherstone, M. (2010). Body, image and affect in consumer culture. *Body & Society*, 16 (1), pp. 193-221.
- Featherstone, M., Venn, C. (2006). Problematizing global knowledge and the new encyclopedia project: An introduction. *Theory, Culture & Society*, 23 (2–3), pp. 1–20. <https://doi.org/10.1177/0263276406065779>pp.
- Finkelstei, J. (1989). *Dining out: A sociology of modern manners*. Cambridge: Polity Press.
- Fischler, C. (1979). Gastro-nomie et gastro-anomie: sagesse du corps et crise bioculturelle del'ali-mentation modeme. *Communications*, 31, pp. 189-210.
- Fischler, C. (1990). *El homnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Flandrin, J.L., Montanari, M. (Orgs.) (2008). *História da alimentação*. Tradução de Maria Graça Pinhão. Terramar.
- Foster, P. (1995). *Women and the health care industry: Na unhealthy relationship?* Buckingham: Open University Press.
- Foucault, M. (1977). História de la medicalización. *Educación médica y salud*, vol. 11 (1), pp. 3-25.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8 (4), pp. 777-795.
- Foucault, M. (2001). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2009). *Estética: Literatura e pintura, música e cinema*. Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. Tradução de Inês Autran Dourado. 2ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, Vol. III.
- Foucault, M. (2013). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Introdução. António Fernando Cascais; tradução de Pedro Elói Duarte. Lisboa: Edições 70.

- Fox, K. (2003). Underactivity or overnutrition? In Linda Voss (org), *Adult obesity: a pediatric challenge*. London: Taylor & Francis.
- Fox, N. J., Ward, K. J., O'Rourke, A. J. (2005). The expert patient: empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the internet. *Social Science & Medicine*, 60, pp. 1299–1309.
- Fox, N., Ward, K. (2008). Pharma in the bedroom...and the kitchen...The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, vol. 30 (6). pp. 856–868. Doi: 10.1111/j.1467-9566.2008.01114.x.
- Fox, R. (1977). The medicalization and desmedicalization of American society. *Daedalus*, 106 (1), pp. 9–22.
- Frame-Peterson, L.A. et al. (2017). Nutrient deficiencies are common prior to bariatric surgery. *Nutrition in Clinical Practice*, 32, pp. 463-469. <https://doi.org/10.1177/0884533617712701>.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*. Nova Iorque: Dodd & Mead.
- Furedi, F. (2006). The end of professional dominance. *Society*, 43 (6), pp. 14–18. Doi:10.1007/bf02698479.
- Gabe, J. et al. (2004). *Key Concepts in medical sociology*. London: Sage Publication, pp. 77-82.
- Gable, S., Lutz, S. (2000). Household, parent, and child contributions to childhood obesity. *Family relations*, vol. 49 (3), pp. 293-300.
- Gaesser, G. A. (1999). Thinness and weight loss: beneficial or detrimental to longevity? *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31, pp. 1118-1128.
- Galvin, R. (2002). Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: Towards a genealogy of morals. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6 (2), pp. 107-137. Doi:10.1177/136345930200600201.
- Garcia-Alvarez A, et al. (2014). Usage of plant food supplements across six European countries: findings from the PlantLIBRA consumer survey. *PLoS One*. 9 (3), e92265.
- Germov, J., Willams, L. (1996). The epidemic of dieting women: The need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, 27, pp. 97–108.

- Giddens, A. (1992). *As Consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2002). *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Giordano, J. (2003). Complementary and alternative medicine in mainstream public health: A role for research in fostering integration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9 (3), pp. 441–445. doi:10.1089/107555303765551660.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Márcia Nunes. 4ª edição. São Paulo: LTC.
- Goffman, E. (1993). *Representação do Eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Goran, M. (1998). Measurement issues related to studies of childhood obesity: Assessment of body composition, body fat distribution, physical activity and food intake. *Pediatrics*, 101, pp. 505-18.
- Gracia-Arnaiz M. (2013). Thou shalt not get fat: Medical representations and self-images of obesity in a Mediterranean society. *Health*, 5 (7), pp. 1180-1189.
- Grandone, A. et al. (2018). New treatment modalities for obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 32, pp.535-549.
- Grinker, R. R. (2019). Autism, Stigma, Disability. *Current Anthropology*, 61, sup. N° 21. Doi:10.1086/705748.
- Grogan, S. (2016). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction*. In *Men, Women and Children*. 3rd edition. London: Routledge.
- Grunert, K. G. (2002). Current issues in the understanding of consumer food choice. *Trends in Food Science & Technology*, 13 (8), pp. 275–285. Doi:10.1016/s0924-2244(02)00137-1.
- Guo, S. S. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr*, 76, pp. 653–8.
- Guptill, A. E., Copelton, D. A., Lucal, B. (2017). *Food and society: principles and paradoxes*. Cambridge, England: Polity Press, 250 pp. ISBN: 978-1509501847.
- Haller, C. A., et al. (2008). Human pharmacology of a performance-enhancing dietary supplement under resting and exercise conditions. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 65 (6), pp. 833–840. Doi:10.1111/j.1365-2125.2008.03144.x.

- Hebl, M. R., Turchin, J. M. (2005). The stigma of obesity: What about men? *Basic and Applied Social Psychology*, 27 (3), pp. 267–275.
- Helman, C. (2006). Why medical anthropology matters. *Anthropology Today*, 22(1), 3–4. Doi:10.1111/j.1467-8322.2006.00409.x.
- Hendricks, Ed. J. (2017). Off-label drugs for weight management. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 10, pp. 223–234.
- Hexsel, D., Soirefmann, M. (2011). Cosmeceuticals for cellulite. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 30 (3), pp. 167–170. Doi:10.1016/j.sder.2011.06.005.
- Hill, J. O. (2006). Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocrine Reviews*, 27, pp. 750–761.
- Hillersdal, L., Christensen, B. J., & Holm, L. (2016). Changing tastes: learning hunger and fullness after gastric bypass surgery. *Sociology of Health & Illness*, 39 (3), pp. 474–487. Doi:10.1111/1467-9566.12504.
- Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., Quinn, D. M. (2018). Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychology*, v 37 (2), pp. 139–147.
- Hofmann, B. (2002). On the triad disease, illness and sickness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 27 (6), pp. 651–673. Doi:10.1076/jmep.27.6.651.13793.
- Hollett, K. B., Carter, J. C. (2021). Separating binge-eating disorder stigma and weight stigma: A vignette study. *International Journal of Eating Disorders*, 54 (5), pp. 755–763. <https://doi.org/10.1002/eat.23473>.
- Howson, A. (2013). *The body in society: An introduction*, 2nd edition. Cambridge: Polity.
- Hugenholtz, J., Smid, E. J. (2002). Nutraceutical production with food-grade microorganisms. *Current Opinion in Biotechnology*, 13, pp. 497-507. [https://doi.org/10.1016/S0958-1669\(02\)00367-1](https://doi.org/10.1016/S0958-1669(02)00367-1).
- Ignacio, D. L. et al. (2009). Regulação da massa corpórea pelo estrogénio e pela atividade física. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 53 (3), pp 310-317. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302009000300003>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. Lisboa: INE, I.P.

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: INSA IP.
- Jackson-Leach, R. et al. (2018). *Obesity Atlas for the European Union: 2018*. World Obesity Federation. London.
- Jutel, A. (2005). Weighing health: The moral burden of obesity. *Social Semiotics*, 15 (2), pp. 113-126.
- Kaba, R., Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International journal of surgery*, 5 (1), 57–65. Doi:10.1016/j.ijssu.2006.01.005.
- Kaur, J. (2014). A comprehensive review on metabolic syndrome. *Cardiology Research and Practice*, pp. 1–21. Doi:10.1155/2014/943162.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Knafo, A., Schwartz, S. H. (2003). Parenting and adolescents accuracy in perceiving parental values. *Child Development*, 74 (2), pp. 595–611. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.7402018>.
- Knutsen, I. R., Terragni, L., Foss, C. (2012). Empowerment and Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*, 23 (1), pp. 66–77. Doi:10.1177/1049732312465966.
- Kranjac AW, Wagmiller RL. (2016). Decomposing trends in adult body mass index, obesity, and morbid obesity, pp. 1971–2012. *Social Science & Medicine*; 167, pp. 37-44. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.08.026.
- Krebs-Smith, S. M., Kantor, L. S. (2001). Choose a Variety of Fruits and Vegetables Daily: Understanding the Complexities. *The Journal of Nutrition*, 131 (2), 487S–501S. Doi:10.1093/jn/131.2.487s
- Kuczmarski, R. J., Flegal, K. M. (2000). Criteria for definition of overweight in transition: Background and recommendations for the United States. *Am J Clin Nutr*, 72, pp. 1074–81.
- Kushner, R. F. (2018). Weight loss strategies for treatment of obesity: Lifestyle management and pharmacotherapy. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61, pp. 246–252.
- Kwanbunjan, K. et al. (2000). Lifestyle and health aspects of raw food eaters. *J. Trop Med. Parasitol*, 23, pp 12-20.

- Lahire, B. (2002). *Homem Plural. Os determinantes da ação*. Petrópolis: Vozes.
- Lazarevich, I. et al. (2013). Eating behaviour and mental health. *Nutr Hosp.* 28 (6), pp.1892-1899.
- Le Breton, D. (2012). *La sociologie du risque*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lee J, et al. (1999). A new antioxidant with alkyl hydroperoxide defense properties in yeast. *J Biol Chem.* 274 (8), pp. 4537-44.
- Leibowitz S. F. (1992). Neurochemical-neuroendocrine systems in the brain controlling macronutrient intake and metabolism. *Trends Neurosci*, 15 (12), pp. 491-7. Doi: 10.1016/0166-2236(92)90101-d.
- Lévi-Strauss, C. (1979). O triângulo culinário. In Simonis, Yvan. *Introdução ao estruturalismo: Claude Lévi-Strauss ou “a paixão do incesto”*. Lisboa: Moraes, pp. 169-176.
- Lindström, M. (2017) Commentary on Wang et al. (2017). Differing patterns of short-term transitions of nondaily smokers for different indicators of socioeconomic status (SES). *Addiction*, 112, pp. 873– 874. Doi: 10.1111/add.13758.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27 (1), pp. 363–385. Doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- Link, B. G. et al. (1989). A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, pp. 100-123.
- Lloyd, P. et al. (1993). Socio-demographic characteristics and reasons for choosing natural therapy: an exploratory study of patients resident in Sydney. *Australian Journal of Public Health*, 17(2), pp. 135-144.
- Lopes, N. (2001). Automedicação: algumas reflexões sociológicas. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 37, 2001, pp. 141-165.
- Lopes, N. (2003). Automedicação: práticas e racionalidades sociais. *Tese de Doutoramento em Sociologia*. Lisboa: Departamento de Sociologia, Iscte-iul.
- Lopes, N. (2004). Medicamentos e percepções sociais do risco. *Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação*. Atelier: Saúde.

- Lopes, N. (2010). Consumos terapêuticos e pluralismo terapêutico. In Noémia Lopes (org.). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico*. Porto: Afrontamento, pp. 19-85.
- Lopes, N. et al. (2012). O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa. *Saúde & Tecnologia*, 8, pp. 5-17.
- Lopes, N., Rodrigues, C. (2015). Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 78.
- Lottenberg, A. M. P. (2006). Tratamento dietético da obesidade. *Rev Einstein Supl.* 1, S23-S28.
- Low, K. (2006). Presenting the self, the social body, and the olfactory: managing smells in everyday life experiences. *Sociological perspectives*, 49 (4), pp. 608-631.
- Lowenberg, J. S., Davis, F. (1994). Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health & Illness*, vol. 16 (5).
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health, public health and the regulated body*. Londres: Sage Publications.
- Lupton, D. (1996). *Food, body and the self*. London: Sage Publications.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45 (3), p. 373-381.
- Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation. In Bunton, R., Petersen, A. *Foucault, health and medicine*, pp. 94-110. London: Routledge.
- Lupton, D. (2000). Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação & Realidade*, 25, pp. 15-48.
- Lupton, D. (2003). *Risk*. London: Routledge.
- Lupton, D. (2013). *Fat*. London: Routledge.
- Malterud, K., Siersma, V. D., Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies. *Qualitative Health Research (QHR)*, 26 (13), pp. 1753-1760.
- Mann, J., Cummings, J., Englyst, H. et al. (2007). FAO/WHO Scientific Update on carbohydrates in human nutrition: conclusions. *Eur J Clin Nutr*, 61 (Suppl 1), S132–S137. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602943>.

- Marcason, W. (2015). Dietitian, dietician, or nutritionist? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115 (3), pp. 484. Doi:10.1016/j.jand.2014.12.024
- Marconi, M. A., Lakatos, E. M., (2007). *Metodologia do trabalho científico procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 226 p.
- Maroy, C. (2011). A análise qualitativa de entrevistas. In Luc Albarello et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Martins, C. et al. (2011). Bariatric surgery versus lifestyle interventions for morbid obesity—changes in body weight, risk factors and comorbidities at 1 year. *Obesity Surgery*, 21, 7, pp. 841–9.
- Martins, S. F., Van Mil, J. W. F., da Costa, F. A. (2015). The organizational framework of community pharmacies in Europe. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37 (5), pp. 896–905. Doi:10.1007/s11096-015-0140-1.
- Martins, S., Costa, F., Caramona, M. (2013). Implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal, seis anos depois. *Rev Port Farmacoter*, 5, pp 255-263.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11 (3), 8. <https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>.
- Maturo, A. (2012). Medicalization: current concept and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monographs*, 10 (1), p. 122-133. Doi:10.4103/0973-1229.91587.
- McCrary, B.S., et al. (2010). Interview. In P.G. Miller, J. Strang & P.M. Miller (eds). *Addiction Research Methods*, pp. 109-125. <https://doi.org/10.1002/9781444318852>.
- McGinnis, J.M., Foege, W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270, pp. 2207-2212. Doi:10.1001/jama.1993.03510180077038
- Mellor, D. et al. (2010). Body Image and Self-Esteem Across Age and Gender: A Short-Term Longitudinal Study. *Sex Roles*, 63 (9-10), pp. 672–681. Doi:10.1007/s11199-010-9813-3.
- Mendes, J. (2015). *Sociologia do risco. Uma breve introdução e algumas lições*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Metzl, J. M., Herzig, R. M. (2007). Medicalisation in the 21st century: Introduction. *The Lancet*, 369 (9562), 697–698. Doi:10.1016/s0140-6736(07)60317-1.

- Michalsky M. et al (2012). ASMBS Pediatric committee best practice guidelines. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8 (1): pp. 1–7. Doi: 10.1016/j.soard.2011.09.009.
- Mokdad, A.H., et al. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA*, 289 (1), pp. 76-9. Doi: 10.1001/jama.289.1.76. PMID: 12503980.
- Molin, T. R. D., et al. (2019). Marco regulatório dos suplementos alimentares e o desafio à saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 53-90.
- Montanari, M. (2006). *Food is culture*. New York: Columbia University Press; 168p.
- Monteiro, S. (2016). Da liberdade de escolhas nos estabelecimentos públicos de saúde. *Dissertação de mestrado*. Lisboa: Universidade Católica.
- Moynihan, R., Cassels, A. (2005). *Selling sickness: How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books.
- Nahas, M. V. (2017). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 7ª edição. Londrina: Midograf.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*; 390 (10113), pp. 2627-2642. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3.
- Nicholls, S. G. (2013). Standards and classification: A perspective on the obesity epidemic. *Social Science & Medicine*, 87, pp. 9-15.
- O'Loughlin, et al. (1999). The role of community pharmacists in health education and disease prevention: A survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. *Preventive Medicine*, 28 (3), pp. 324–331. Doi:10.1006/pmed.1998.0436.
- O'Brien, P. E., Dixon, J. (2009). Management of obesity: surgery. In P. G. Kopelman, I. D. Caterson, & W. H. Dietz (Eds.). *Clinical Obesity in Adults and Children*. 3rd edition, pp. 339 - 350. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444307627.ch25>.
- Ordem dos Farmacêuticos (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária*. Conselho Nacional da Qualidade.
- Ordem dos Nutricionistas (2019). *Atuação do nutricionista na farmácia comunitária*. NOP 001/2019, Versão 01. Porto.

- Organização Mundial da Saúde. (OMS) (1980). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 9ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, vol.1.
- Organização Mundial Saúde (OMS) (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion* (A Carta de Ottawa para Promoção da Saúde). Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [consultado em maio de 2020].
- Ortiz, S. E., Kawachi, I., Boyce, A. M. (2017). The medicalization of obesity, bariatric surgery, and population health. *Health*, 21 (5), pp. 498–518. DOI: 10.1177/1363459316660858.
- Parsons, T. (1939). The professions and social structure. *Social Forces*, 17 (4), pp. 457–467. Doi:10.2307/2570695.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. Free Press, New York.
- Pegado, E. (2010). Consumos terapêuticos e investimentos de saúde. In Noémia Lopes (org.). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*. Porto: Afrontamento, pp. 223-266.
- Pegado, E. (2017). O Recurso às medicinas complementares e alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas. *Tese de Doutorado em Sociologia*. Lisboa: Departamento de Sociologia, Iscte-Iul.
- Peoplow, V.P. (2016). Topical Issue: Acu-obesity and Diabetes. *Journal Acupunct Meridian Studies*, 9 (3), pp. 107-108.
- Pereira, L. S. (1993). Medicinas paralelas e prática social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 14, pp. 159-175.
- Petersen, A., Lupton, D. (1996). *The new public health: health and self in the age of risk*. London: Sage Publications.
- Pietiläinen, K. H. et al. (2012). Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity*, 36 (3), pp. 456–464.

- Pietrobelli, A. et al. (1996). Dual-energy X-ray absorptiometry body composition model: review of physical concepts. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 271 (6). Doi:10.1152/ajpendo.1996.271.6.e941.
- Poddar, M., Chetty, Y. Chetty, V.T. (2017). How does obesity affect the endocrine system? A narrative review. *Clinical Obesity*, 7 (3), pp. 136-144. Doi: 10.1111/cob.12184.
- Popkin, B.M., Gordon-Larsen, P. (2004). The nutrition transition: worldwide obesity Dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity*, 28, S2–S9.
- Pordata (2021). *Taxa de obesidade*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/europa/taxa+de+obesidade-3542> [Consultado em fevereiro de 2022].
- Poulain J. P. (2004). *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: Editora da UFSC; 285 p.
- Pridmore, S., Garcia, J. (2014). Medicalisation by non-medical personnel in English literature. *Australasian Psychiatry*, 22 (5), pp. 454–457. DOI: 10.1177/1039856214545554.
- Puhl, R. M., Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100 (6), pp. 1019-1028.
- Puhl, R., Brownll, K. (2001). Viés, discriminação e obesidade. *Obesity Research*, 9 (12), pp. 788-805.
- Racette, S. B., Deusinger, S. S., Deusinger, R. H. (2003). Obesity: Overview of Prevalence, Etiology, and Treatment. *Physical Therapy*, Vol. 83 (3).
- Raposo, H. (2008). Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: reflexões metodológicas. In *Actas do VI Congresso Português de Sociologia Sociedade Portuguesa: Saúde, Corpo e Sexualidade*. FCSH-UNL: Lisboa.
- Raposo, H. (2010). Consumos terapêuticos, percepção e gestão do risco. In Noémia Lopes (org). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico*. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança, Porto: Afrontamento, pp. 159-222.
- Raposo, H. (2016). O risco e os consumos de performance na população jovem: entre as concepções e as práticas. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 34 (2), pp. 186–195.

- Real, H., Bento, A., Graça, P. (2011). Profissão de nutricionista em Portugal: Evolução e regulamentação profissional. *Revista Nutricias*, 11, pp. 12-18. APN.
- Real, H., Ávila, H. (2012). Trinta anos da associação portuguesa dos nutricionistas: um perfil histórico e de memórias. *Revista Nutricia*, 15, pp. 45-52. APN.
- Real, H., Craveiro, C. (2014). Passado, presente e perspectivas futuras da profissão de nutricionista em Portugal. *Revista Nutricia*, 21, pp. 20-23. APN.
- Ribeiro, G., Santos, O. (2013). Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 8 (2), pp. 82–88. Doi:10.1016/j.rpedm.2013.09.001.
- Roberts, R. E. (2003). Prospective association between obesity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27, pp. 514–521.
- Roca, A. J. (2003). História de los medicamentos. *Academia Nacional de Medicina*. Bogotá: Colômbia.
- Rodrigues, M. L. (2002). *Sociologia das Profissões*. 2ª edição. Oeiras: Celta Editora.
- Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369 (9562), pp. 700–702. Doi:10.1016/s0140-6736(07)60319-5.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In Luc Albarello et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Sackett, D. (2002). The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*, 20, 167 (4), pp. 363-4.
- Saks, M. (1994). The alternatives to medicine. In J. Gabe, D. Kelleher, G. Williams (eds). *Challenging Medicine*, pp. 84-103. London: Routledge.
- Salant, T., Santry, H. P. (2006). Internet marketing of bariatric surgery: contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social Science & Medicine*, 62 (10), pp. 2445–2457.
- Santos, L. A. S. (2008). *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/38m/pdf/santos-9788523211707.pdf> [consultado em junho de 2022].
- Sanz, S. S. (2002). Anticelulíticos: Acción sobre la piel de naranja. *Farmacia profesional*, 16 (4), pp. 76-82.

- Scheff, T. J. (2005). Looking-glass self: Goffman as symbolic interactionist. *Symbolic interaction*, 28 (2), pp. 147–66. Doi:10.1525/si.2005.28.2.147.
- Schwartz, M. B. et al. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11, pp. 1033–1039.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., Tate, P. (2006). *Anatomia & Fisiologia*. 6ª edição. Lusodidacta.
- Shilling, C. (1993). *The Body and social theory*. London: Sage Publications.
- Shilling, C. (2016). The rise of body studies and the embodiment of society: A review of the field. *Horizons in Humanities and Social Sciences: An International Refereed Journal*, 2 (1). pp. 1-14.
- Simmel, G. (2012). *Estética e sociologia: lo stile della vita moderna*. Roma: Armando.
- Sjöström, L. et al. (2004). Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine*, 351 (26), pp. 2683-2693. Doi:10.1056/NEJMoa035622.
- Slimani, N. et al. (2009). Contribution of highly industrially processed foods to the nutrient intakes and patterns of middle-aged populations in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, pp. S206–S225.
- Sobal, J. (2001). Social and Cultural Influences on Obesity. *International Textbook of Obesity*, pp. 305–322. Doi:10.1002/0470846739.ch21.
- Sobreira, L.B., Garavello, M.E., Nardoto, G.B. (2018). Anthropology of Food: An Essay on Food Transition and Transformations in Brazil. *J Food Nutr Popul Health*, vol.2 (1), pp. 9.
- Sousa, D. et al. (2021). Risco do uso indiscriminado de medicamentos para emagrecimento. *Brazilian Journal of Health Review*. Curitiba. Vol. 4 (6), pp. 28589-28602. Disponível em <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/41689> [consultado junho de 2022].
- South, M. L. (1993). Reflections of a diamond: 75 years for ADA. *J Am Diet Assoc*, pp. 892-896.

- Swinburn B. et al. (2013). Monitoring and benchmarking government policies and actions to improve the healthiness of food environments: a proposed government healthy food environment policy index. *Obes Ver*, 14 (1), pp. 24–37.
- Szasz, T. S., Hollender, M. H. (1956). The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, pp. 585-592. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.
- Tam, G., Yeung, M. P. S. (2018). A systematic review of the long-term effectiveness of work-based lifestyle interventions to tackle overweight and obesity. *Preventive Medicine*, 107, pp. 54–60. [Doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.11.011](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.11.011).
- Tavares, A. et al. (2011). Cirurgia bariátrica - do passado ao século XXI. *Acta Med Port*, 24 (1), pp. 111-116.
- Tavares, D. (2013). Reflexões em torno do ensino da sociologia em cursos de tecnologias da saúde. *Sociologia on-line*, 3, pp. 15-29.
- Throsby K. (2012). Obesity surgery and the management of excess: exploring the body multiple. *Sociol Health Illn*. 34 (1), pp. 1-15. [Doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01358.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01358.x).
- Throsby, K. (2008). Happy re-birthday: Weight loss surgery and the New Me. *Body & Society*, vol. 14 (1), pp. 117–133. [Doi: 10.1177/1357034X07087534](https://doi.org/10.1177/1357034X07087534).
- Torres, A. (coord.) (2018). *Igualdade de Género ao Longo da Vida*. Lisboa: FFMS.
- Torres, A. et al. (2000). Porque não se revoltam as mulheres? Resultados de uma pesquisa nacional sobre a divisão do trabalho entre os sexos. In, *Actas do IV Congresso Português de Sociologia Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos*. Coimbra.
- Turner, J. C. (1982). Towards a cognitive redefinition of the social group. In H. Tajfel (Ed.), *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Van der Geest, S., Whyte S. R. (2011). O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura*, v. 14, n. 2, pp. 457-472.
- Verweij, M. (1999). Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics*, 13 (2), pp. 89–113. [Doi:10.1111/1467-8519.00135](https://doi.org/10.1111/1467-8519.00135).

- Vuckovic, N., Nichter, M. (1997). Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States. *Social Science & Medicine*, 44 (9), pp. 1285–1302. Doi:10.1016/s0277-9536(96)00257-2
- Waggoner, M. R. (2016). Medicine and Medicalization. In Nancy Naples (Ed.). *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, pp. 1–5. Wiley-Blackwell. Doi:10.1002/9781118663219.wbegss503.
- Waleed, N. R. M., et al. (2017). Bariatric surgery to treat obesity among adults. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69 (5), pp. 2400-2404.
- Wannmacher, L. (2004). Obesidade: Evidências e fantasias. *Revista Uso Racional*. Brasília, 1 (3), pp. 01-06.
- Waterlander, W. E. et al. (2018). Food futures: Developing effective food systems interventions to improve public health nutrition. *Agricultural Systems*, 160, pp. 124–131.
- Wayland, C. (2004). The failure of pharmaceuticals and the power of plants: medicinal discourse as a critique of modernity in the Amazon. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 2409–2419.
- Webb, H. (2009). ‘I’ve put weight on cos I’ve bin inactive, cos I’ve ’ad me knee done’: moral work in the obesity clinic. *Sociology of Health & Illness*, 31 (6), pp. 854–871. Doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01188.x
- WHO (2021). *Key technical issues of herbal medicines with reference to interaction with other medicines*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019140> [consultado em setembro de 2022].
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *First action plan on food and nutrition policy 2000–2005*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Williams, L., Germov, J., Young, A. (2011). The effect of social class on mid-age women’s weight control practices and weight gain. *Appetite*, 56 (3), pp. 719–725. Doi: 10.1016/j.appet.2011.02.009.
- Williams, S. J., Calnan, M. (1996). The “limits” of medicalization? Modern medicine and the lay populace in “late” modernity. *Social Science & Medicine*, 42 (12), pp. 1609–1620. Doi:10.1016/0277-9536(95)00313-4.

- Williams, S. J., Martin, P., Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33 (5), pp. 710–725. Doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x.
- Wing, R. R., O Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annu. Rev. Nutr.*, 21, pp. 323–41.
- World Health Organization (2013). *Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020*. Vienna, Austria. WHO: Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health.
- World Health Organization (WHO) (1999). *First action plan on food and nutrition policy 2000–2005*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser.*, 894: i-xii, 1-253. PMID: 11234459.
- World Health Organization (WHO) (2012). Obesity and overweight. *Fact Sheet N° 311*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2013). *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2015). *European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2015). Healthy diet. *Fact sheet N° 394*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2016). *Obesity and overweight*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [consultado em junho de 2017]
- World Health Organization (WHO) (2017). *Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2017). *Portuguese consumers' attitudes towards food labelling*. Copenhagen. WHO: Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (2018). *Better food and nutrition in Europe: a progress report monitoring policy implementation in the WHO Europe Region*. Copenhagen: Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) (2021). *Key technical issues of herbal medicines with reference to interaction with other medicines*. Geneva: World Health Organization.

Younes, A., et al. (2017). International Working Group consensus response evaluation criteria in lymphoma (RECIL 2017). *Annals of Oncology*, 28 (7), pp. 1436–1447. Doi:10.1093/annonc/mdx097.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, pp. 487–504.

Anexos

Anexo A – Guião da entrevista

Guião da entrevista

Dados de caracterização sociodemográfica

1. Género: F M
2. Idade:
3. Nível de escolaridade:
4. Estado civil: Solteiro Casado
5. Qual a sua condição perante o trabalho?
 - a) Qual é a sua profissão?
6. Número de elementos em sua casa? (incluindo entrevistado):
7. Qual é a composição do seu agregado familiar?

Perceções sobre o itinerário terapêutico:

Vamos começar por falar um pouco acerca dos eventuais tratamentos que tem procurado fazer para controlar o excesso de peso.

8. Lembra-se com que idade é que começou a ter excesso de peso?
9. Quais as causas que levaram a ter excesso de peso?
10. Na infância ou juventude (ou na idade adulta, no caso de só ter excesso de peso a partir da idade adulta) como foi lidar com o excesso de peso?
 - a) Os seus pais tinham excesso de peso?
11. Como reagiu a família ao facto de ter excesso de peso?
12. Sentiu alguma discriminação por parte dos colegas? Familiares? Que tipo de discriminação?
13. Com que idade fez as primeiras tentativas para perder peso?
14. Porque tentou perder peso? Por estética, saúde? (Qual o problema de saúde)
15. Qual o tratamento que seguiu? Porque é que optou por esse (s) tratamento(s)?
 - a) Por que motivo abandonou o tratamento?
 - b) Qual o tratamento que escolheu a seguir?
16. Quem recomendou o tratamento? médico, nutricionista, familiar, amigo?
 - a) Considera que esse tratamento tem ou teve riscos? Tem noção dos riscos ou eventuais efeitos secundários? Qual a sua opinião sobre eventuais riscos ou efeitos secundários?

17. Como avalia os resultados? Foram positivos ou negativos?
- a) Quantos quilos perdeu?
 - b) Teve reganho de peso?
18. Sabe os riscos se optar por uma bariátrica (no caso de ser cirurgia bariátrica)?
- a) Quantos quilos perdeu?
 - b) Teve reganho de peso?
19. Tomou algum medicamento para combater o excesso de peso?
- a) De farmácia ou casa de dietética tipo celeiro? Recomendado por quem?
20. Pratica exercício físico? Quantas vezes e qual a duração? Por iniciativa ou recomendado por quem? Gostava? Não faz porquê?
21. Tentou ou pensou em alguma outra modalidade para perder peso? Por exemplo medicinas complementares e alternativas?

Situação Atual:

Gostava agora de falar um pouco sobre a situação atual.

22. Sente-se uma pessoa feliz?
23. Sente-se satisfeita com a sua forma corporal? Porquê?
24. Alguma vez sentiu vergonha do seu corpo? Porquê?
25. Sente-se envergonha do seu corpo quando está na companhia de outras pessoas? Porquê?
26. Atualmente está a fazer algum tratamento ou tem alguma estratégia para a gestão do peso? Qual ou quais?
27. Para perder peso ou para manter?
28. Faz ou fez algum acompanhamento psicológico? Ou psiquiátrico?
29. Faz alguma medicação? Qual?
30. Quantas refeições faz por dia?
- a) Tem algum cuidado particular relativamente à alimentação? Quais?
 - b) Quem faz as compras?

ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa
Investigação de Doutoramento

Pluralidade de itinerários terapêuticos na gestão da obesidade

Doutoranda: Helena Teixeira Pires

Orientadora: Dra. Elsa Pegado

Consentimento Informado

A entrevista integra o projeto de doutoramento sobre o tema “Pluralidade de itinerários terapêuticos na gestão da obesidade”. Este estudo tem como objetivo captar empiricamente as trajetórias terapêuticas dos indivíduos. O objetivo é recolher informação sobre os diversos instrumentos utilizados pelos indivíduos na gestão do seu peso, face à diversidade de recursos disponíveis para gerir o problema. Existem diversas alternativas para o tratamento da obesidade, tais como: farmacológica, dietética, terapia cognitivo-comportamental, cirúrgica ou tratamentos não convencionais. Neste sentido achamos que a sua cooperação é muito importante para o nosso estudo.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Esta participação é voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista em qualquer momento. Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar. Tudo o que disser será estritamente confidencial, os dados recolhidos serão apenas usados para o presente estudo.

Gostaríamos de saber se aceita participar nesta entrevista e se autoriza a gravação da mesma.

Data:/...../.....

Assinatura da Investigadora

Assinatura do/a participante

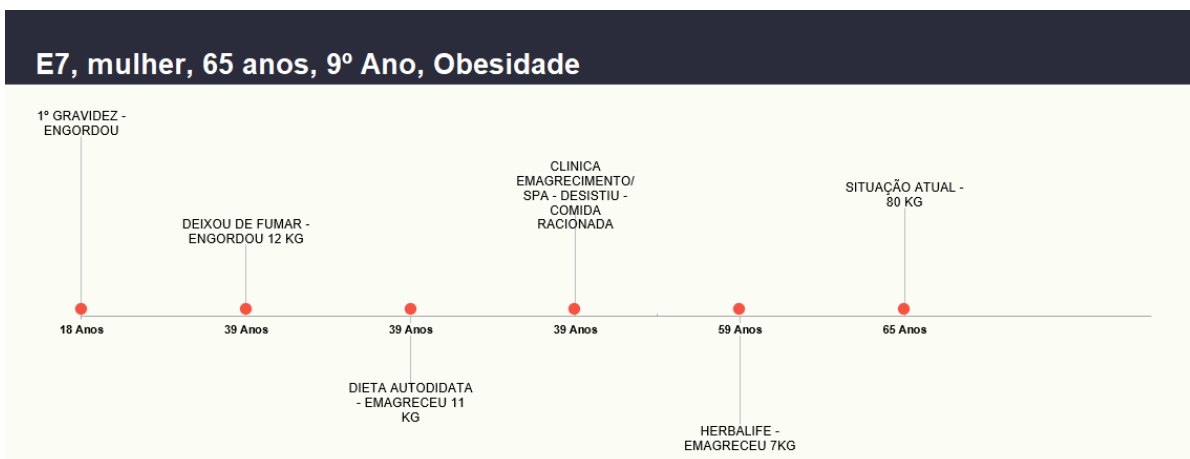
.....
.....

.....

Muito obrigada pela sua participação!

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 (DUAS) FOLHAS: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE A ENTREVISTA.

Anexo C-1 – Cronologia dos itinerários: gestão autónoma não pericializada



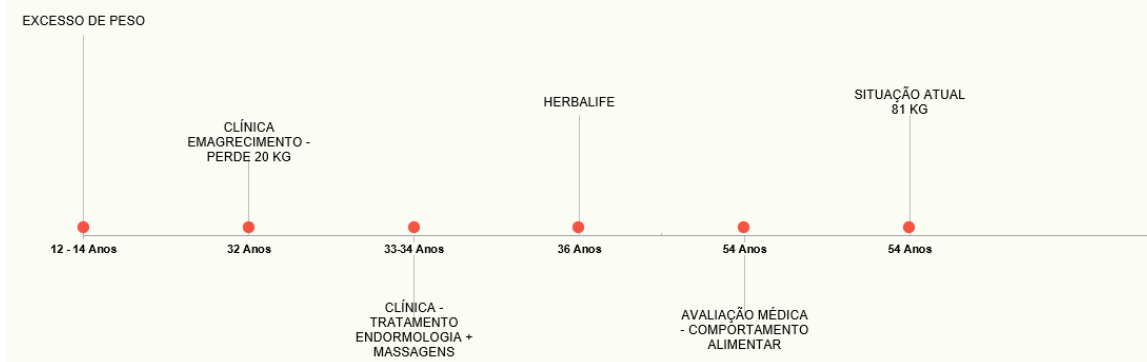
E8, mulher, 27 anos, 12º Ano, Obesidade



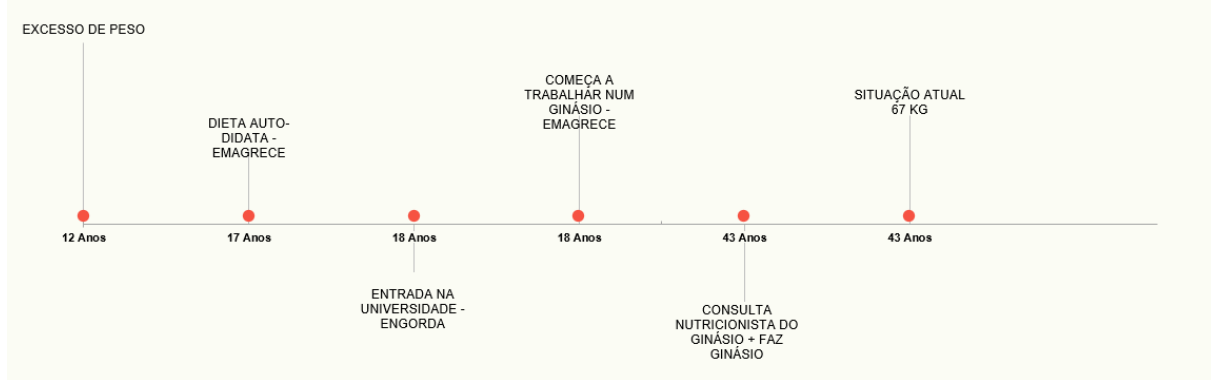
E9, homem, 28 anos, Licenciatura, Excesso de peso



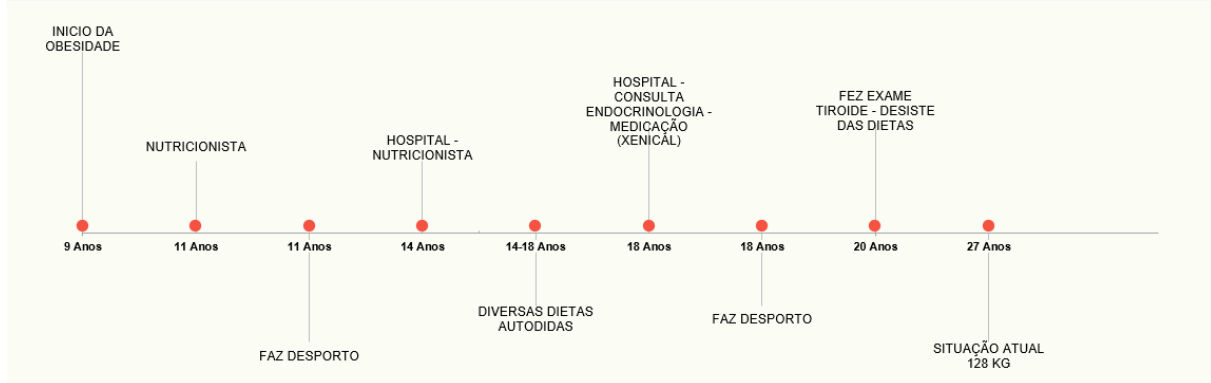
E10, mulher, 54 anos, Licenciatura, Excesso de peso



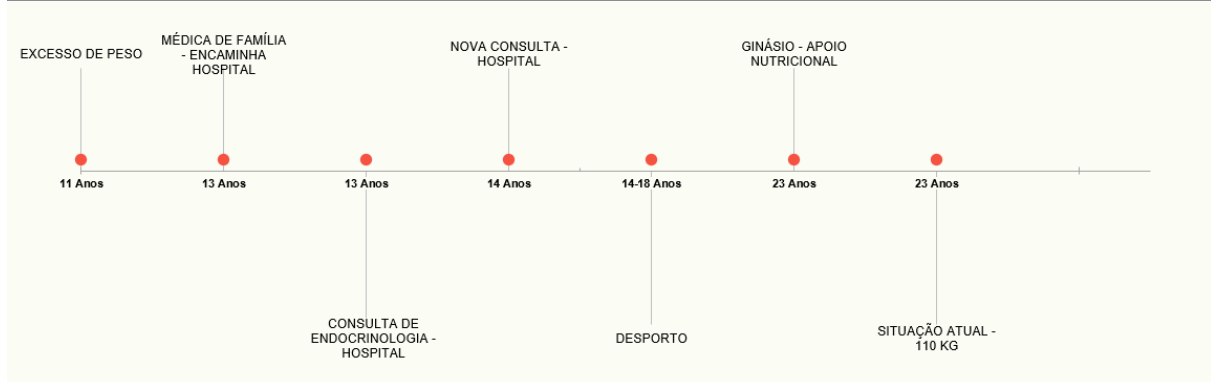
E12, mulher, 43 anos, Licenciatura, Excesso de peso



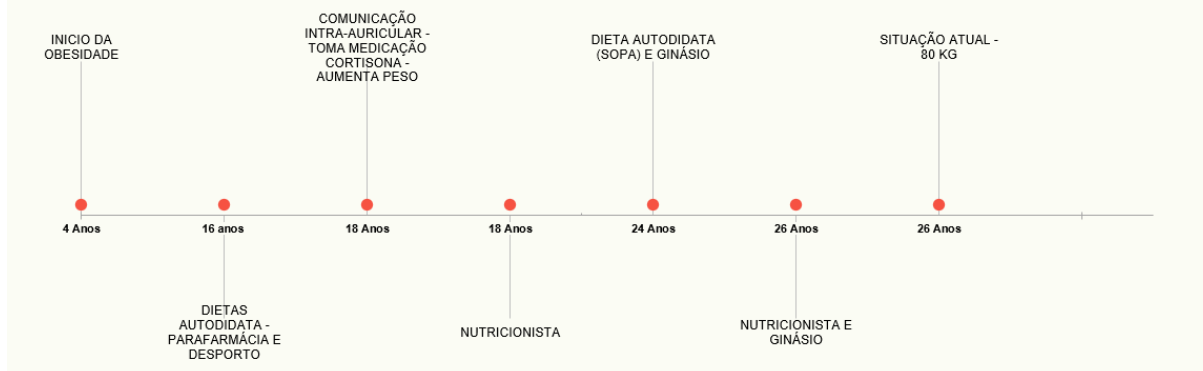
E13, mulher, 27 anos, 9º Ano, Obesidade



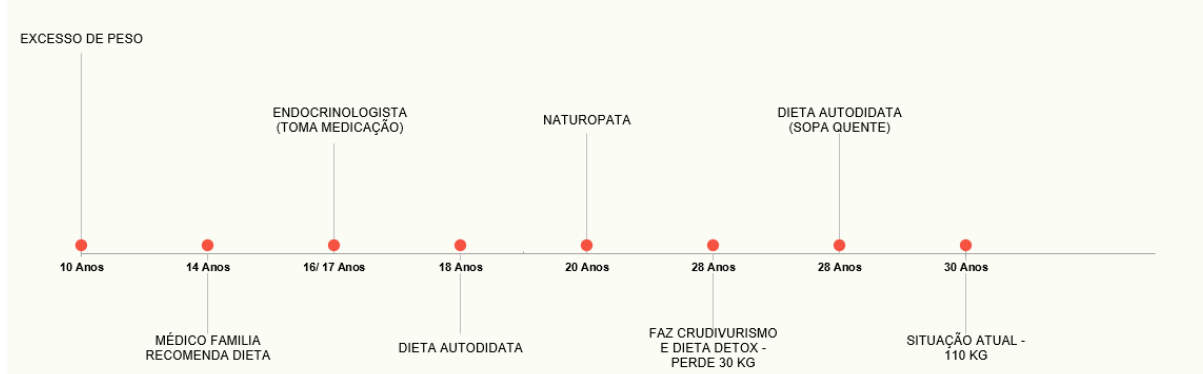
E14, homem, 24 anos, 12º Ano, Obesidade



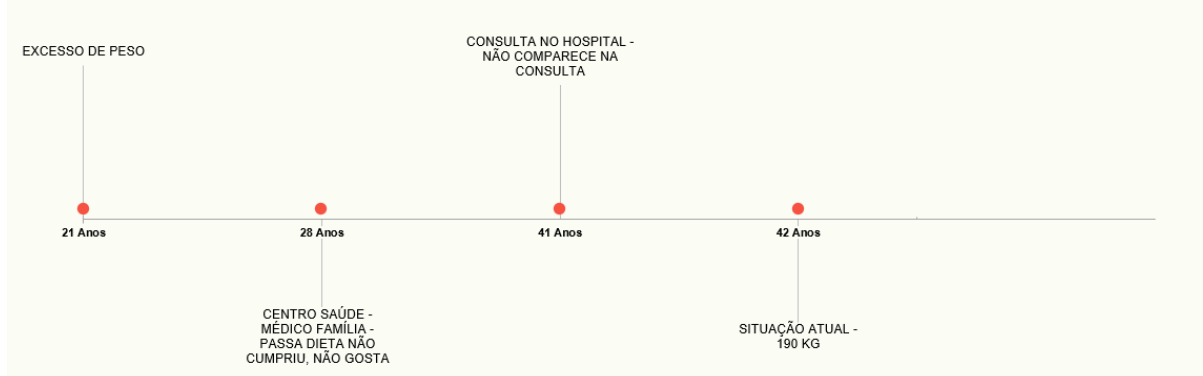
E15, mulher, 26 anos, 12º Ano, Obesidade



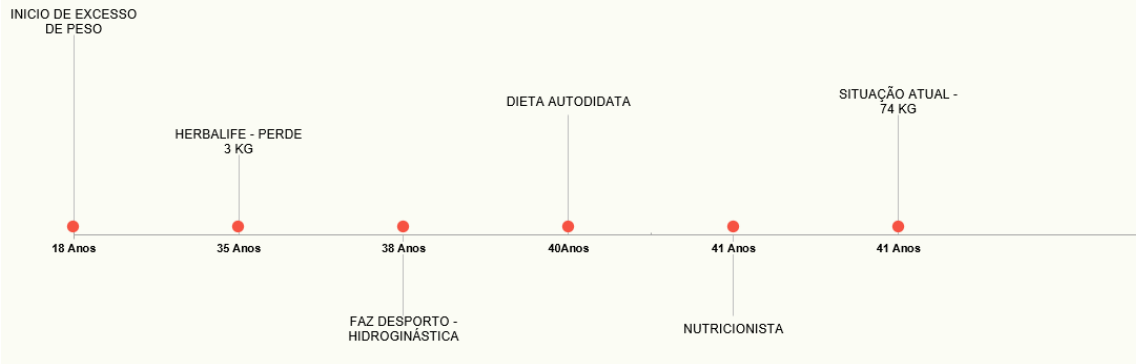
E18, mulher, 30 anos, Licenciatura, Obesidade



E19, homem, 42 anos, 12º Ano, Obesidade



E21, mulher, 41 anos, Licenciatura, Excesso de peso



E23, mulher, 41 anos, Licenciatura, Obesidade

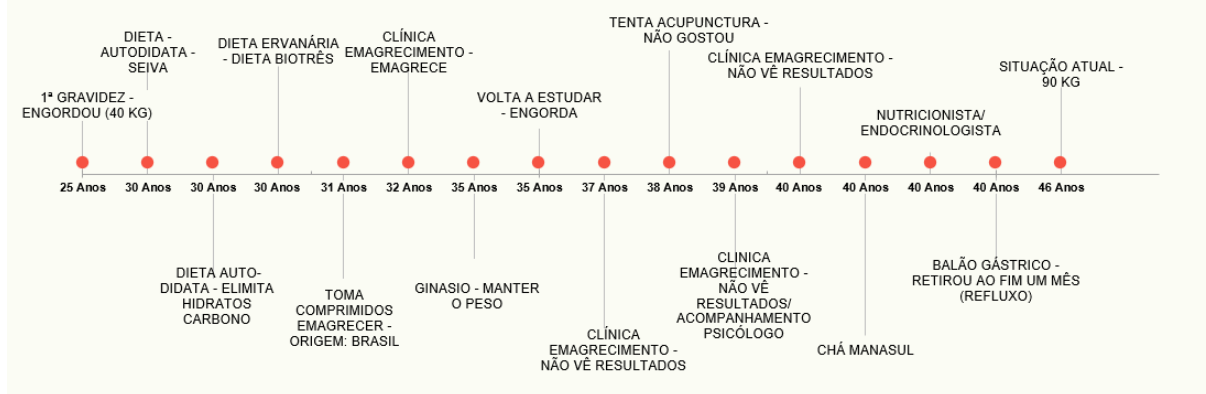


E39, mulher, 48 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-Excesso de peso

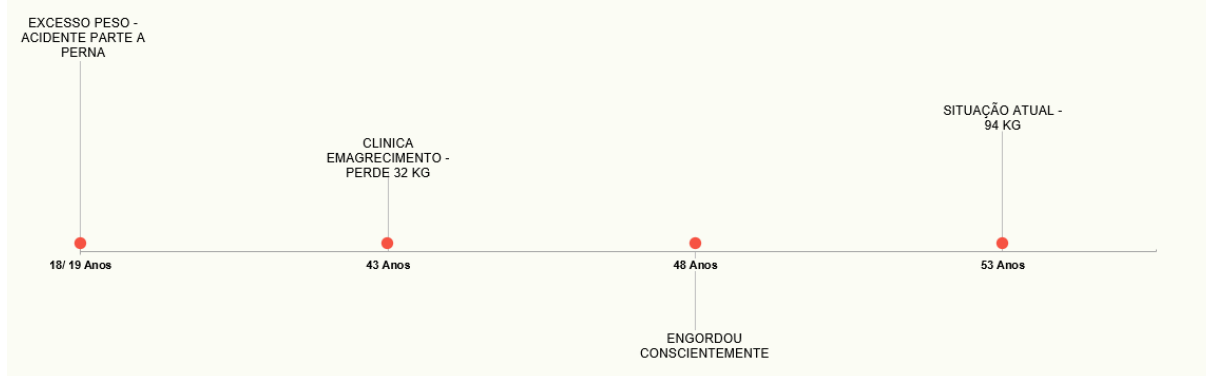


Anexo C-2 – Cronologia dos itinerários: gestão com recurso à pericialidade

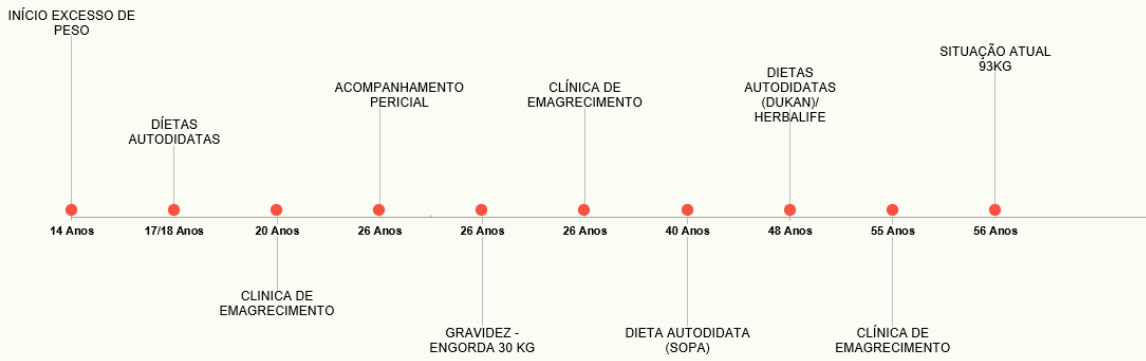
E5, mulher, 46 anos, Mestrado, Obesidade



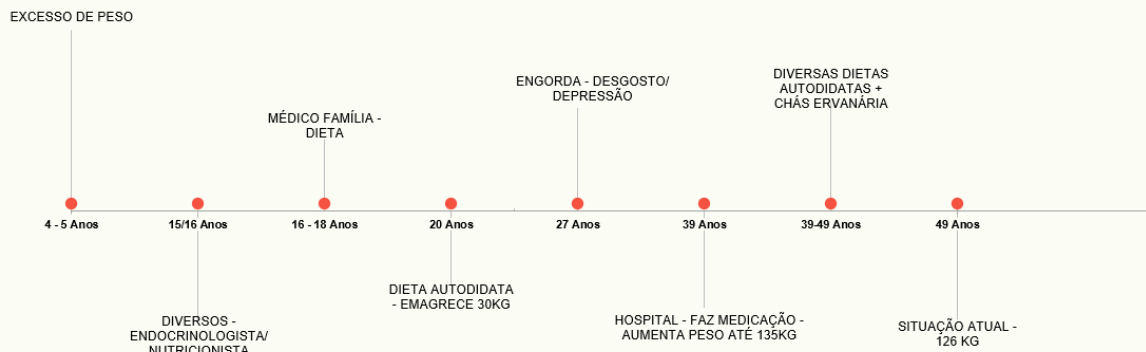
E11, homem, 53 anos, 12º Ano, Excesso de Peso/ Ex-Obesidade



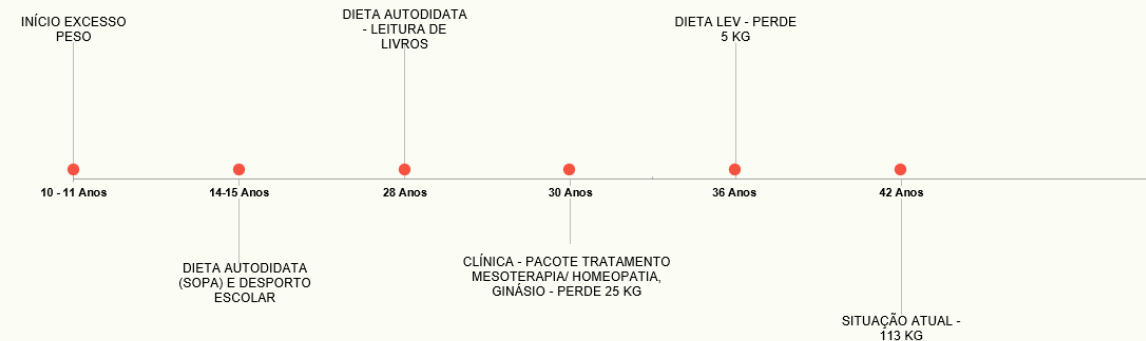
E16, mulher, 56 anos, 4º Ano, Obesidade



E20, homem, 49 anos, Licenciatura, Obesidade

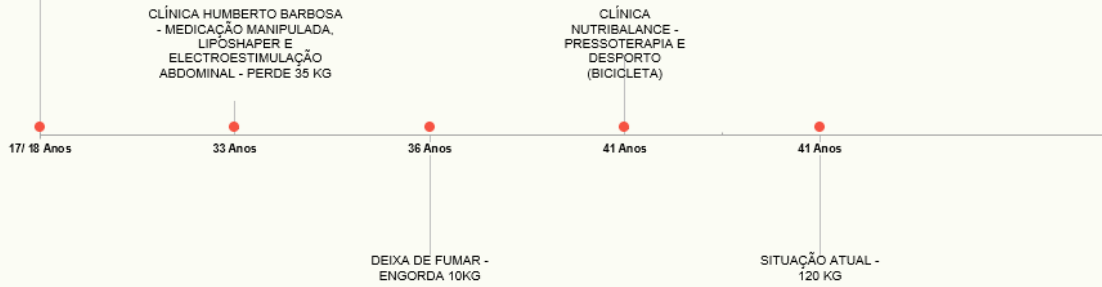


E22, mulher, 42 anos, Mestrado, Obesidade



E24, homem, 41 anos, Mestrado, Obesidade

EXCESSO DE PESO



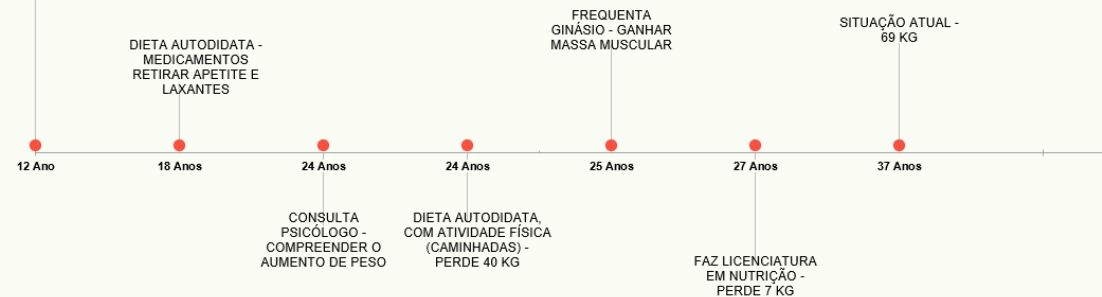
E25, mulher, 42 anos, Licenciatura, Obesidade

EXCESSO DE PESO

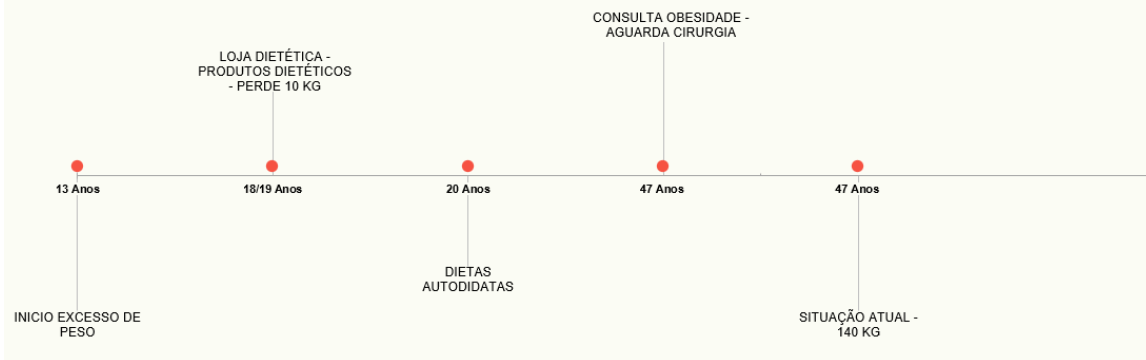


E30, mulher, 37 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-Obesidade

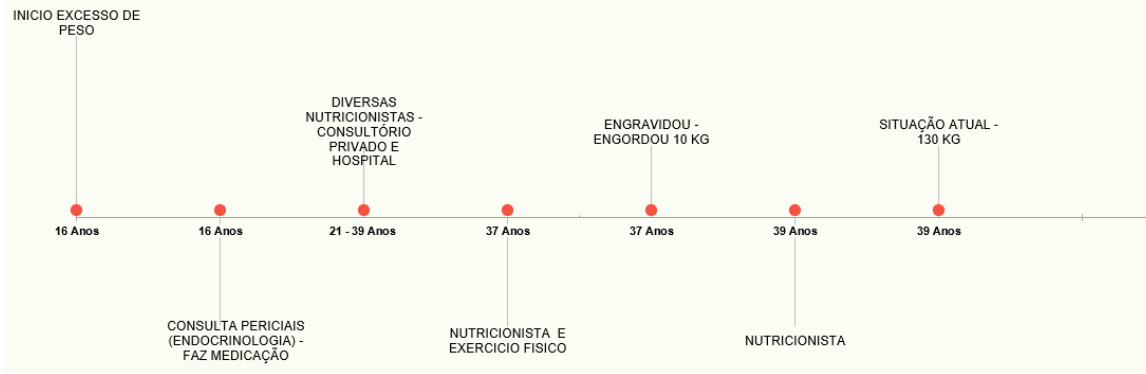
INÍCIO DO EXCESSO DE PESO



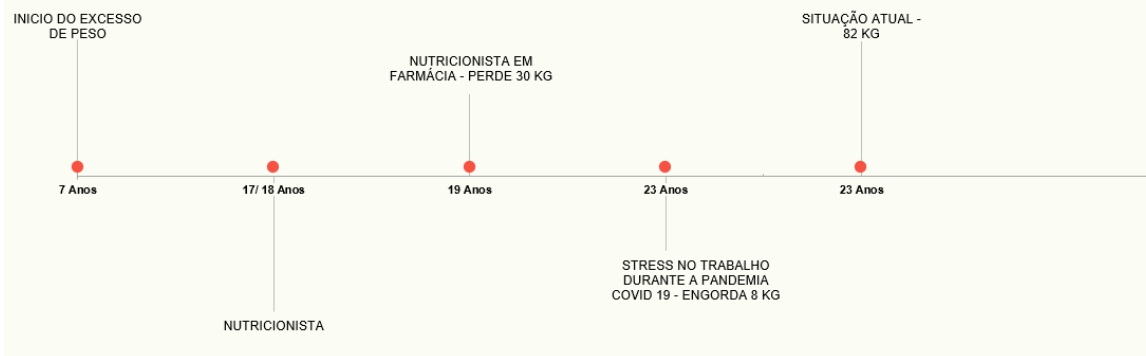
E33, mulher, 46 anos, 6º Ano, Obesidade



E38, mulher, 39 anos, Mestrado, Obesidade

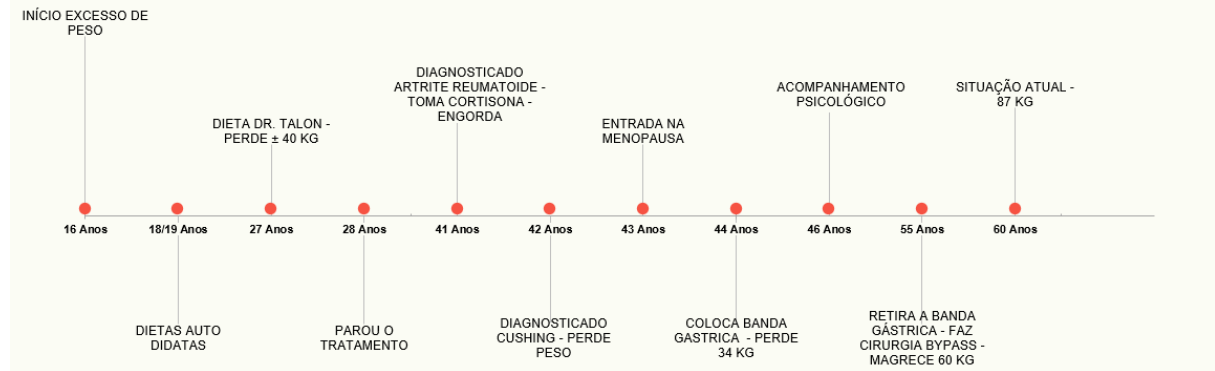


E40, homem, 23 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade

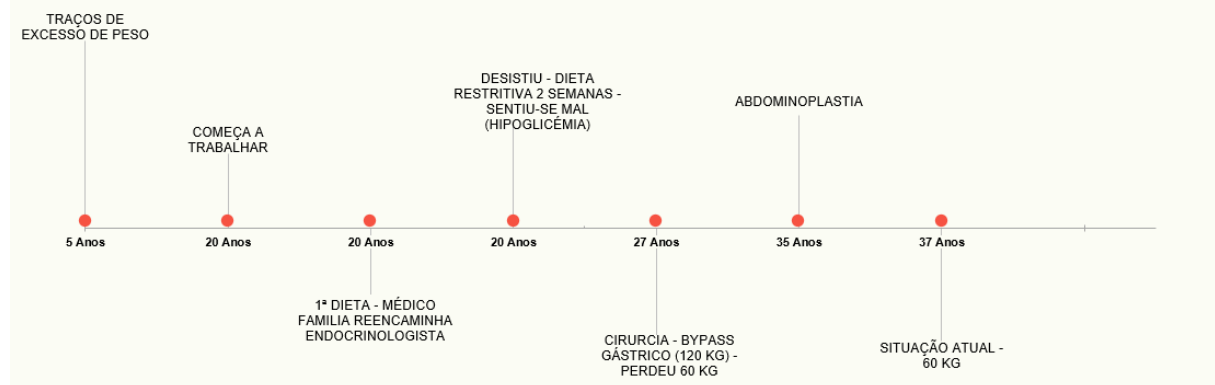


Anexo C-3 – Cronologia dos itinerários: cirurgia

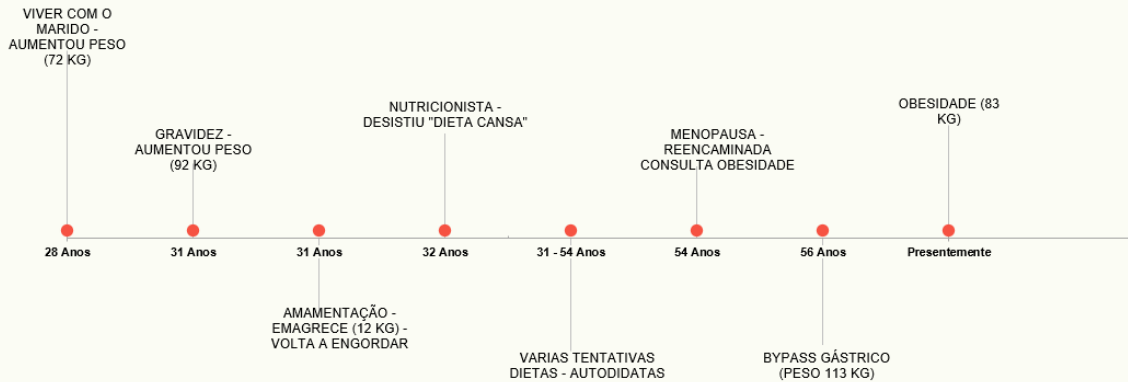
E1, mulher, 60 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade



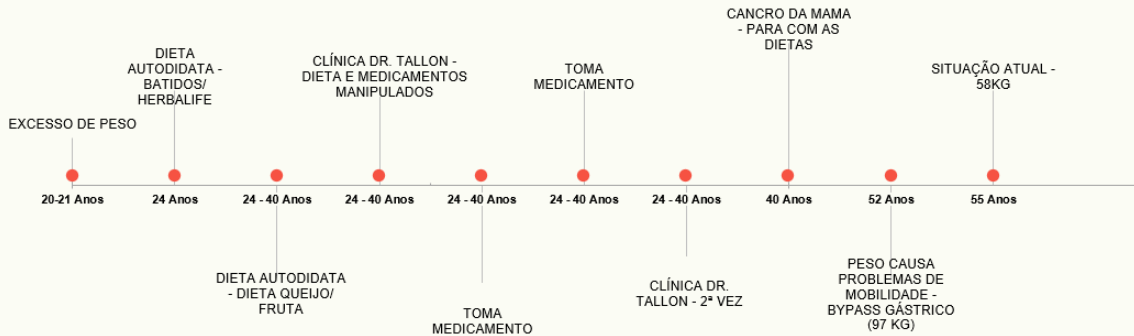
E2, mulher, 37 anos, 12º ano, Normoponderal/ Ex-Obesidade



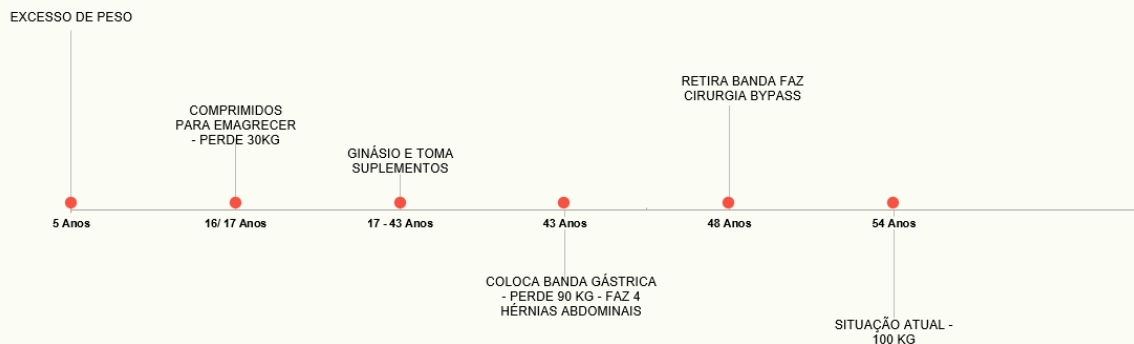
E3, mulher, 57 anos, Licenciada, Obesidade



E4, mulher, 55 anos, Licenciatura, Normoponderal/ Ex-Obesidade

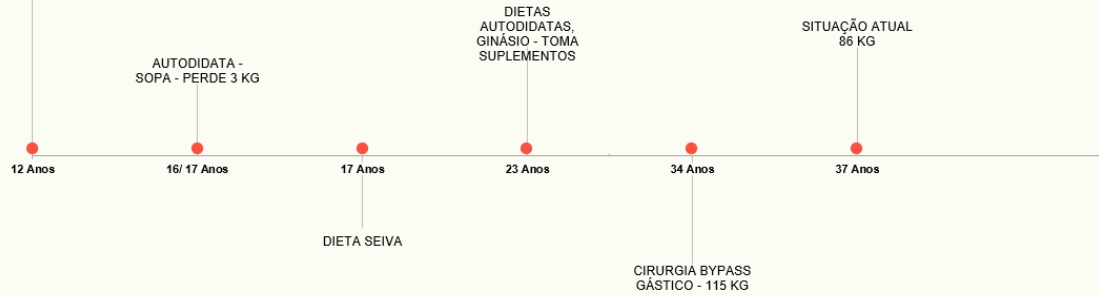


E17, homem, 54 anos, 12º Ano, Obesidade



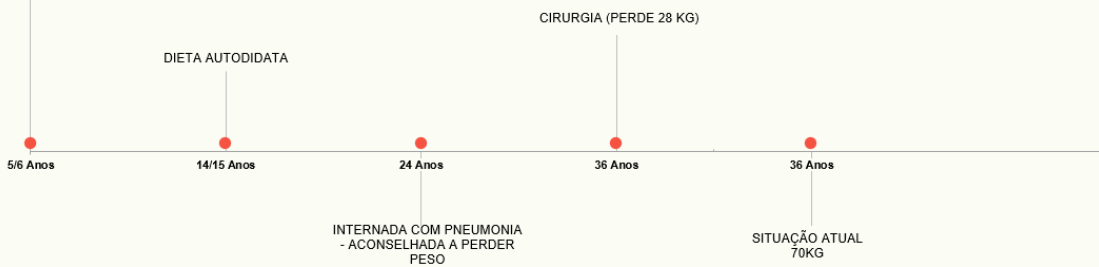
E26, homem, 37 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-obesidade

EXCESSO DE PESO



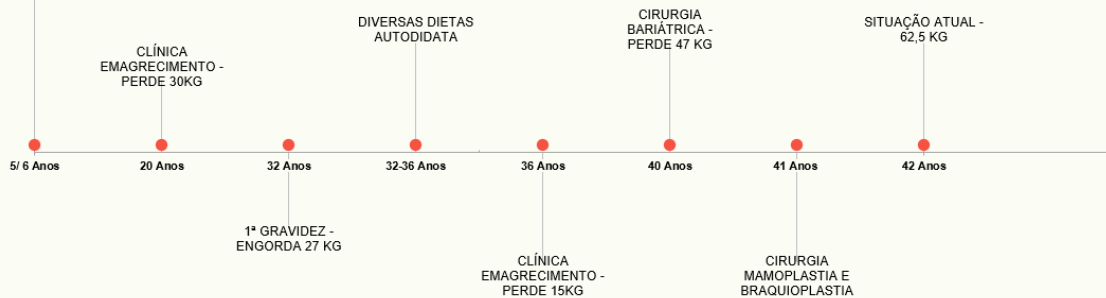
E27, mulher, 36 anos, Licenciatura, Excesso de peso/ Ex-Obesidade

INÍCIO DO EXCESSO PESO

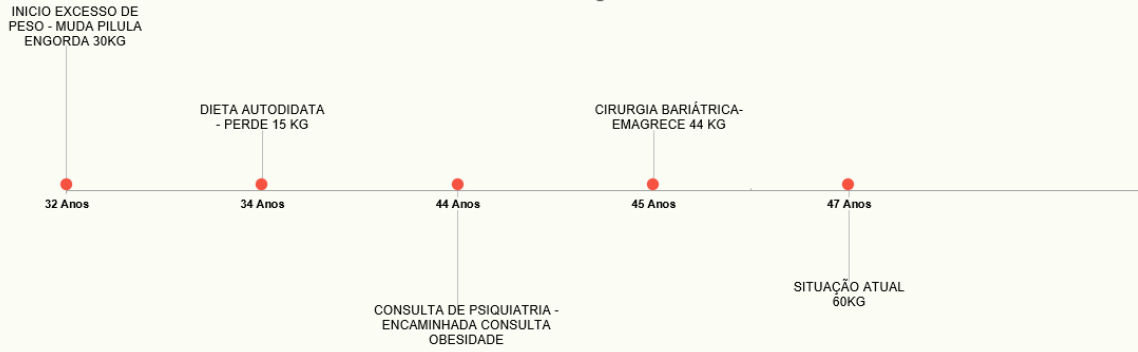


E28, mulher, 42 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade

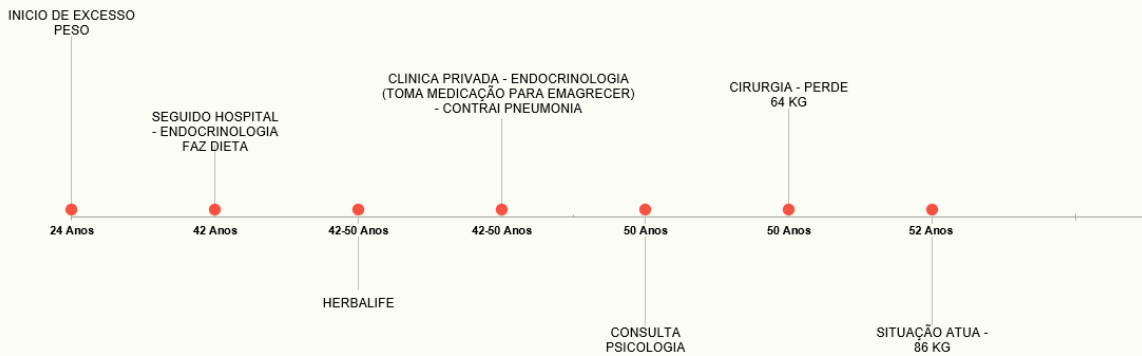
INÍCIO DO EXCESSO DE PESO



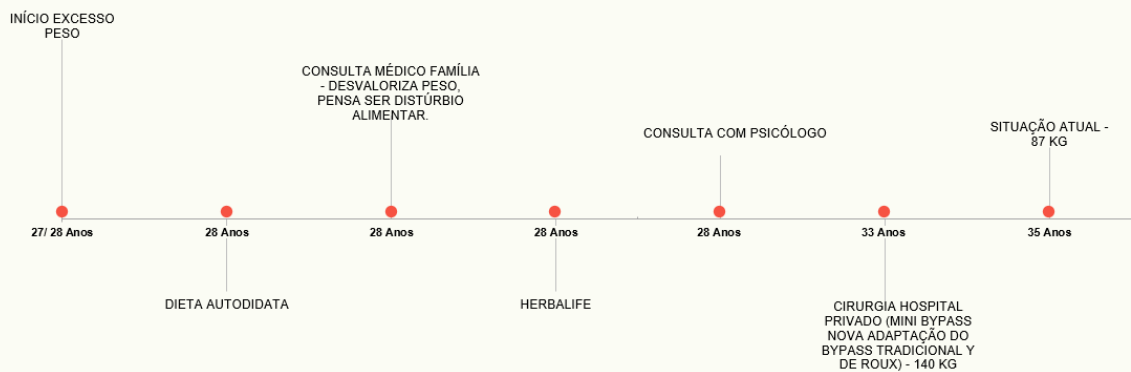
E29, mulher, 47 anos, Licencitura, Normoponderal/ Ex-Obesidade



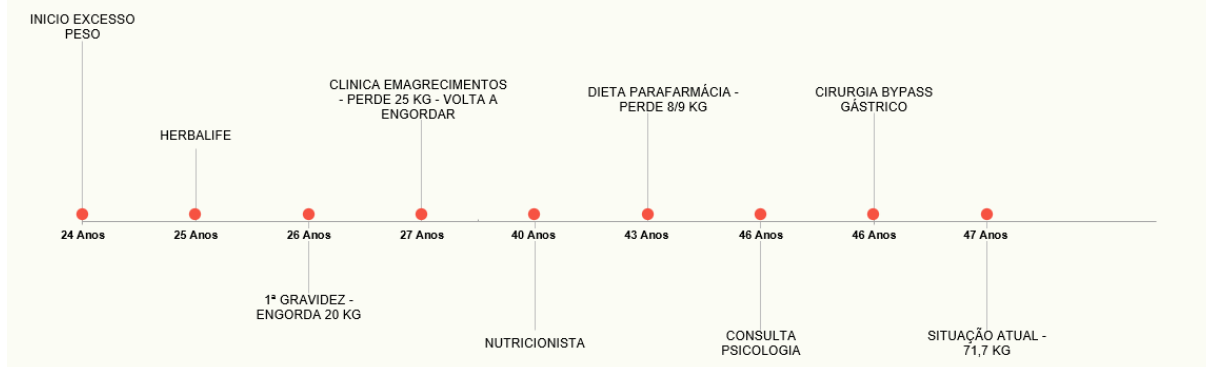
E31, homem, 52 anos, 9º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade



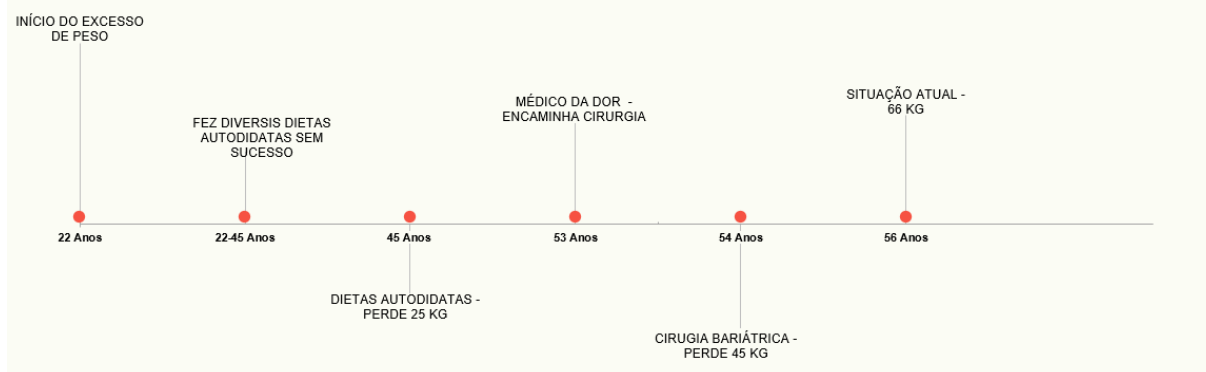
E32, homem, 35 anos, 12º ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade



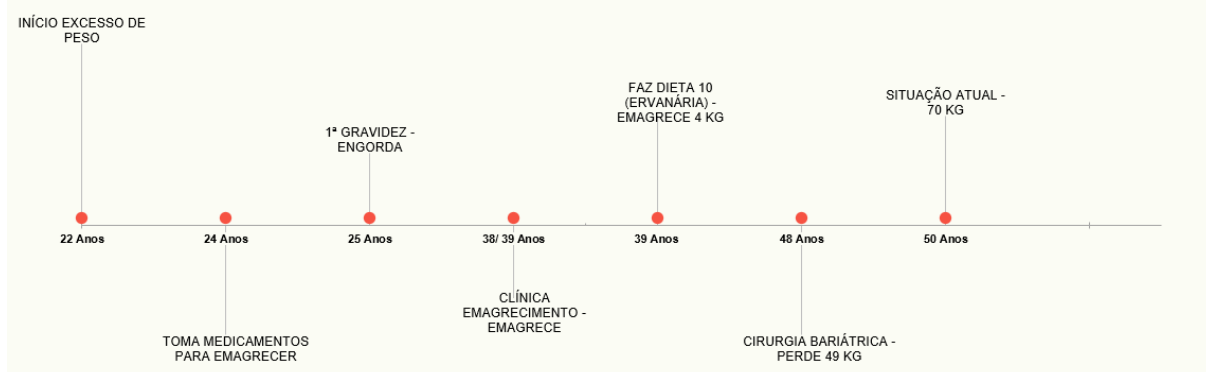
E34, mulher, 48 anos, 9º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade



E35, mulher, 56 anos, 7º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade



E36, mulher, 50 anos, 12º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade



E37, mulher, 46 anos, 9º Ano, Excesso de peso/ Ex-Obesidade

