



## DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE EQUIPES DE CIRURGIA BARIÁTRICA SOBRE OBESIDADE

*DISCOURSE OF THE COLLECTIVE SUBJECT OF BARIATRIC SURGERY TEAMS ON OBESITY*

Ana Beatriz Rossato Siqueira<sup>1</sup>  
Carolina Leonidas<sup>2</sup>  
Rafael De Tilio<sup>3</sup>

### Resumo

As representações dos profissionais da saúde acerca da obesidade podem se manifestar no tratamento das pessoas com obesidade e afetar a relação terapêutica e a adesão ao tratamento. O objetivo foi investigar as representações sociais sobre obesidade no contexto de trabalho dos profissionais de equipes de cirurgia bariátrica. Sete profissionais foram entrevistados e os resultados foram organizados a partir do método do Discurso do Sujeito Coletivo e analisados segundo a Teoria das Representações Sociais. Os principais discursos do sujeito coletivo destacam que profissionais apresentam: algumas crenças e atitudes que podem ser estigmatizantes em relação a pessoa com obesidade; sentimentos negativos dos profissionais que podem prejudicar o vínculo terapêutico; ênfase na importância do trabalho em equipe; e a necessidade de suporte psicológico aos profissionais que trabalham com obesidade. Foi possível identificar potencialidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais e salientar a importância de intervenções direcionadas ao acolhimento e novas produções de sentidos.

**Palavras-chave:** Obesidade; profissionais da saúde; discurso do sujeito coletivo; representações sociais

### Abstract

The representations of health professionals about obesity can be manifested in the treatment of people with obesity and affect the therapeutic relationship and adherence to treatment. The aim was to investigate the social representations of obesity in the work context of bariatric surgery team professionals. Seven professionals were interviewed, and the results were organized using the Discourse of the Collective Subject method and analyzed according to the Theory of Social Representations. The main discourses of the collective subject highlight that professionals have some stigmatizing beliefs and attitudes towards people with obesity; the identification of negative feelings of professionals that can harm the therapeutic bond; the emphasis on the importance of teamwork; the lack of psychological support to professionals who work with obesity. It was possible to identify potentials and difficulties faced by professionals and emphasize the importance of interventions directed at reception and new production of meanings.

**Keywords:** Obesity; health professionals; discourse of the collective subject; social representations

<sup>1</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. Mestre em Psicologia. <https://orcid.org/0000-0002-7196-4355>.  
anarossato01@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. Doutora em Psicologia. <https://orcid.org/0000-0002-6558-3943>.  
carol.leonidas@gmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. Doutor em Psicologia. <https://orcid.org/0000-0002-4240-9707>.  
rafael.tilio@uftm.edu.br

A obesidade é um tema relevante na atualidade por ser um quadro clínico que pode reduzir a qualidade de vida das pessoas especialmente quando associada às comorbidades. Trata-se de uma condição crônica e inflamatória ocasionada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que pode ser limitante ou fatal e prejudicar a saúde da pessoa com obesidade. Atualmente, quase 650 milhões de pessoas no mundo são acometidas pela obesidade (World Health Organization [WHO], 2021); no Brasil, 41 milhões de adultos convivem com obesidade e se somada à população com diagnóstico de sobrepeso esse número aumenta para aproximadamente 96 milhões de pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019).

A etiologia da obesidade é multifatorial, envolvendo aspectos genéticos, fisiológicos, psicossociais, hábitos alimentares e sedentarismo. A prevalência da obesidade é relevante na população, acelerado crescimento e alta taxa de ganho de peso, caracterizando-o como uma condição que implica cuidado e investimento em saúde física e emocional das pessoas com obesidade (Dias, Henriques, Anjos, & Burlandy, 2017; Scotton, Afonso, Pessa, Conceição, & Neufeld, 2019).

Os tratamentos clínicos possíveis para a obesidade incluem acompanhamento nutricional, prática de atividades físicas e administração de medicamentos. A realização da cirurgia bariátrica é o último recurso quando os resultados do tratamento clínico não alcançam êxito, podendo ser indicada às pessoas com Obesidade Grau II associada a comorbidades e Obesidade Grau III (Marchesini & Antunes, 2020).

As pessoas com obesidade sofrem psicologicamente devido aos estigmas, valores perpetuados pela cultura e próprio ambiente familiar em relação ao adoecimento e distanciamentos dos padrões de beleza. Além disso, são comumente relatados pelas pessoas com obesidade a vivência de sentimentos de inadequação, depreciação de si próprio, tristeza, vergonha e frustração em relação ao próprio formato e imagem corporal dos quais podem acarretar sintomas ansiosos, impulsivos e depressivos, isoladamente ou em associação (Macedo, Portela, Palamira, & Mussi, 2015; Burlandy et al., 2020).

O enfrentamento desses sentimentos negativos e sintomas requer cuidado e atenção das redes de apoio. Essas redes são relevantes para o desenvolvimento do autoconceito das pessoas com obesidade, de sentimentos de bem-estar, de autoeficácia, de aceitação e de saúde (Leonidas & Santos, 2014). Deve-se considerar o impacto e importância das redes de apoio social tanto na prevenção quanto no tratamento da obesidade, dentre as quais se destacam os profissionais e as equipes multidisciplinares de saúde (Scherer, Moré, Motta, Coradini, & Farias, 2019).

Nas últimas décadas a obesidade se tornou uma condição divergente do padrão vigente de normalidade e beleza e passou a ser considerada um problema de saúde pública (Kruse, Schenini, Ribeiro, Oliveira, & Cervelin, 2012; Obara, Vivoro, & Alvarenga, 2018). A reprodução de valores, crenças e atitudes estigmatizantes em relação ao peso e comportamento das pessoas com obesidade tende a distanciar os pacientes do acesso aos serviços e tratamento para obesidade (Silva & Cantisani, 2018).

Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais (TRS) elaborada por Serge Moscovici (2012) possibilita compreender processos pelos quais sujeitos em interação concebem e partilham sentidos acerca de objetos e fenômenos, auxiliando na definição de identidade grupal, justificando ações e tomadas de decisões e orientando práticas. As RS são estabelecidas pela necessidade dos sujeitos em interação de tornar familiar aspectos não familiares através da produção de sentidos, ou seja, nomear e tornar "real" o que ainda não lhes é familiarizado (Costa

& De Tilio, 2020).

O presente estudo teve como objetivo investigar as representações sociais sobre obesidade no contexto de trabalho dos profissionais de equipes de cirurgia bariátrica. Buscou-se analisar de que maneira os participantes lidam com suas próprias representações em seu campo de atuação e compreender como essas representações sociais podem influenciar o cuidado, adesão ao tratamento e demais ações no âmbito profissional.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

### Delineamento de pesquisa

Trata-se de um estudo empírico, descritivo, de abordagem qualitativa de pesquisa.

### Participantes

Participaram do estudo sete profissionais inseridos em ambulatórios no interior do estado de Minas Gerais, responsáveis pelo tratamento de obesidade e cirurgia bariátrica. A amostra foi composta por uma nutricionista, duas psicólogas, dois dentistas e dois médicos nutrólogos, com idades entre 30 e 62 anos. Os participantes da pesquisa possuíam de cinco a 24 anos de tempo de serviço nos ambulatórios e seis deles realizaram especializações na área de obesidade.

### Instrumento

Foi utilizado para a coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada composto por questões acerca do campo de atuação profissional e das representações da obesidade, tais como, opiniões, imagens, atitudes e concepções de sujeito no grupo e do grupo no sujeito.

### Procedimentos de coleta de dados

Um primeiro participante foi selecionado por intermédio de um dos pesquisadores e contatado via correio eletrônico. Os demais participantes foram recrutados pela técnica da “bola de neve” (Baldin & Munhoz, 2011), na qual um participante indicava outro profissional da área para participar do estudo. Os contatos foram realizados por mensagens de texto e correio eletrônico. No total, foram convidados para participar do estudo 12 profissionais da área – sete aceitaram participar, três não responderam o contato e dois recusaram o convite.

As entrevistas foram realizadas individualmente via aplicativo *GoogleMeet* e foram audiogravadas com a anuência de cada participante. A coleta de dados ocorreu no contexto de pandemia do Coronavírus (COVID-19) e, assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido *online* durante a entrevista e gravação com cada

participante que consentiu oralmente sua participação.

## Procedimentos de análise de dados

A fim de não reduzir a uma única forma de conhecimento, o método qualitativo do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi empregado com o intuito de estudar as RS desses atores a respeito de como fazem, vivem e interpretam seu campo de atuação (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

O DSC foi utilizado na pesquisa com o emprego das etapas preconizadas por Fernando Lefèvre (2017). A primeira etapa consistiu na construção de expressões-chave (ECH) extraídas das transcrições literais das entrevistas que revelam o conteúdo discursivo da resposta de cada profissional. Na segunda etapa foram extraídas as ideias centrais (IC) das ECH, que são palavras ou expressões linguísticas que revelam de maneira sucinta e precisa o sentido presente no depoimento e direcionaram a formação do DSC. Nessa etapa foram realizadas mudanças gramaticais e ortográficas que, contudo, não comprometeram o discurso do grupo. A terceira etapa consistiu na construção do DSC a partir do agrupamento de categorias de pensamento expressados pelos profissionais, justificando e explicando seus modos de atuação. Os DSC da pesquisa foram discutidos e confrontados com a literatura científica da área de obesidade a partir do referencial teórico das RS de Denise Jodelet (2001) e Moscovici (2012).

## Disposições éticas

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as exigências éticas, a respeito de estudos realizados com seres humanos previstas na Resolução nº 466 de 12/12/2012 e Resolução nº 510 de 07/04/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob parecer de número [4.137.202 no CAAE 31551120.1.0000.5154 da Plataforma Brasil). Foram asseguradas condições como o sigilo das informações e anonimato dos voluntários.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos resultados obtidos que contribuíram para a formação dos DSC, demonstrando o grau de compartilhamento das representações entre os profissionais.

A fala coletiva que representa o grupo sobre a prática profissional direcionada à obesidade e suas implicações clínicas foi apresentada nos DSC. As dimensões temáticas apresentadas na Tabela 1 possibilitaram a construção de 10 DSC organizados em três categorias temáticas que agruparam os principais sentidos atribuídos à obesidade, a saber: 1) A pessoa com obesidade é doente e suas características são (in)comuns – composta pelos DSC 1, 2, 3, 4 e 5; 2) Estigmas direcionados ao profissional com obesidade e ao paciente com obesidade – constituída pelos DSC 6 e 7; 3) Trabalhar com obesidade é desafiador, requer paciência e atuação em equipe – composta pelos DSC 8, 9 e 10.

## Categoria 1 - A pessoa com obesidade é doente e suas características são (in)comuns

Nessa categoria serão apresentadas as respostas às perguntas que objetivaram apreender as representações dos profissionais em relação aos objetos investigados – pessoas com obesidade e obesidade. Os elementos ao redor desses objetos representados pelo DSC se organizam e se estruturam em um sistema sociocognitivo que é determinado pelo contexto social ou discursivo (Jodelet, 2001).

DSC 1: Eu vejo uma pessoa doente, que tem uma doença e que precisa de ajuda. Eu fico com pena, a pessoa vai passar por tantos problemas psicológicos e físicos. Eu penso que ela tem bastante dificuldades. Penso em várias experiências desafiadoras que acabaram contribuindo para esse ganho de peso, fico imaginando o que será que ela passou na vida dela.

Os discursos de que pessoas com obesidade sofrem e precisam de ajuda emergem como reprodução de um conceito em imagem e permitem o modelo figurativo, esquema resultante da objetivação, capaz de reproduzir as ideias coletivas. A classificação da pessoa com obesidade como doente que enfrenta dificuldades permite a interpretação e aproximação do objeto a partir da prática exercida pelos profissionais (Jodelet, 2001). Portanto, as reflexões do DSC possibilitam identificar elementos afetivos, sociais e cognitivos a partir do discurso de que pessoas com obesidade enfrentam sofrimentos e necessitam de auxílio. Este discurso manifesta a maneira pela qual os profissionais compartilham e compreendem a realidade ocupacional na qual estão inseridos.

Evidencia-se, neste discurso, que os sentidos atribuídos as pessoas com obesidade são embasados no diagnóstico de obesidade descrito pela ciência como doença, ganho de peso e comorbidades (Rodrigues, Guedes, Fernandes, & Oliveira, 2016). Além disso, o sujeito coletivo revela preocupação com as experiências vivenciadas pela pessoa com obesidade e sentimento de pena diante do quadro clínico, corroborando com os estudos de Seixas (2019) e Tarozo e Pessa (2020) que destacam que os sintomas da obesidade afetam as redes de apoio dos pacientes (familiares ou profissionais) e acarretam diferentes modos de (não) resignificação e superação da doença.

Neste sentido, o DSC 2 apresenta as representações dos profissionais acerca da responsabilização da pessoa com obesidade sobre seu quadro clínico:

DSC 2: A primeira imagem que me vem é que é culpa do paciente, mas eles não têm culpa diretamente. Penso que essa reponsabilidade existe, mas ela é pequena porque tem muitos outros fatores envolvidos que acabam levando o paciente a comer o que ele come e existem as questões familiares e sociais. Eu sempre procuro me pôr um pouco na condição de paciente também, porque eu acho que é muito difícil ele.

O sujeito coletivo neste discurso apresenta, primeiramente, a ideia de que a pessoa com obesidade tem responsabilidade direta sobre seu quadro clínico e, seguidamente, considera que essa responsabilidade existe, mas é influenciada por fatores familiares e sociais. O reconhecimento de outros fatores que podem influenciar na precipitação e evolução da obesidade permite a desconstrução da ideia de culpabilização da pessoa com obesidade. Este processo possibilita o ajustamento da realidade dos profissionais em seu ambiente ocupacional a partir de

aprendizagens sociais e elementos afetivos que intervieram em seu processo de formação profissional (Jodelet, 2001).

Segundo Lee e Pausé (2016) e Rodrigues et al. (2016), os estigmas são apresentados por profissionais da saúde que culpabilizam unicamente o paciente com obesidade pelo seu quadro clínico e desconsideram a etiologia multifatorial da doença. O reconhecimento dos aspectos multifatoriais que causam a obesidade e sua aplicação na prática ocupacional contribui para a concepção de estratégias de condução do tratamento e pode amenizar as atitudes negativas e estigmas direcionados às pessoas com obesidade.

As representações dos profissionais acerca das pessoas com obesidade que vestem roupas justas foram compiladas no DSC 3.

DSC 3: Eu acho que a pessoa poderia usar roupa mais compatível com o corpo dela, nossa sociedade espera um obeso com roupas mais largas. O formato corporal é uma coisa que eu acho meio grotesca, sabe? Não tem como aquele corpo não chamar a atenção. E isso me incomoda, não é uma coisa bonita de você ver. Desperta curiosidade em mim porque a pessoa faz questão de usar roupa tão apertada que às vezes até aparece partes do corpo. Eu acho que aquilo não é adequado. Enfim, eu penso que possa existir um pouco de distorção de imagem corporal, eles não se veem no peso que estão.

A representação do corpo está intimamente relacionada com a identidade estruturada em um grupo social, assim como vivências e sensações partilhadas nos âmbitos individuais e coletivos (Secchi, Vizeu Camargo, & Bertoldo, 2009). Portanto, a partir do processo de objetivação, o sujeito coletivo conciliou em um esquema sociocognitivo aquilo que é considerado socialmente adequado para vestir e a descrição de um formato corporal grotesco. A distorção de imagem corporal, conceito mais familiar no campo investigado, emergiu na qualidade de ancoragem neste processo.

A tarefa de pensar sobre pessoas com obesidade que vestem roupas justas suscitou incômodo e curiosidade por parte do sujeito coletivo, sendo esse aspecto afetivo um potencial condutor para a interpretação (do sujeito coletivo) sobre o objeto. O conhecimento do elemento nomeado “distorção da imagem corporal”, que faz referência ao Transtorno Dismórfico Corporal (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014), possibilitou ao sujeito a familiarização da obesidade ao conceito de adoecimento constatado na prática clínica do profissional (Jodelet, 2001).

Uma característica notável da obesidade é o consumo excessivo de alimentos, comportamento que desperta o interesse dos profissionais no contexto de atendimento. Nesse sentido, as percepções dos profissionais sobre a alimentação da pessoa com obesidade foram apresentadas no DSC 4.

DSC 4: É a compulsão por alimento, paciente gordo come muito. Então, eu penso na compulsão alimentar e que a pessoa precisa de tratamento. Sabe, eu fico angustiada vendo essa relação conflituosa com a comida. Na grande maioria das vezes, vai ter algo por trás disso, a pessoa deve estar sofrendo por alguma coisa. Me traz um pouco de incômodo, talvez até um pré-julgamento, por mais que a gente trabalhe com isso. Eu me preocupo, né? Há um descontrole e às vezes eu vejo que eles comem sem perceber.

Os padrões alimentares sofreram mudanças significativas ao longo da história associados aos padrões estéticos vigentes na sociedade. No contexto sociocultural contemporâneo as dietas e o corpo magro são sinônimos de beleza e aceitação, enquanto o consumo exagerado de alimentos ricos em carboidratos e gorduras e o corpo gordo passaram a ser representados como adoecimento e incômodo (Samuel & Polli, 2020).

O quarto discurso apresenta a representação, pelo sujeito coletivo, da pessoa com obesidade a partir do comportamento de comer em excesso e dos sentimentos de sofrimento, descontrole e compulsão. A atividade de imaginar a pessoa com obesidade comendo em quantidades excessivas suscitou a descrição de sentimentos de incômodo e angústia nos profissionais. A percepção de que há um descontrole, uma compulsão ou relação conflituosa com a comida corrobora a ideia de que a pessoa com obesidade enfrenta um adoecimento e necessita de tratamento, principalmente no âmbito psicológico, considerando os sentimentos relatados no DSC (Fagundes, Caregnato, & Silveira, 2016; Samuel & Polli, 2020).

Nesta perspectiva, o formato corporal e o peso das pessoas com obesidade são atributos que caracterizam a obesidade por serem facilmente notados. No DSC 5 foram apresentadas as representações dos profissionais acerca desses traços presentes na prática clínica com pessoas com obesidade.

DSC 5: Para mim é normal, mas, quanto maior o peso, realmente chama a atenção de preocupação com a saúde do paciente. Eu não faço mais distinção entre o peso da balança e o formato corporal. Eu penso que é um número. O formato do corpo para mim não fala mais muita coisa, eu preciso entender a pessoa toda. Não tenho nenhum pensamento julgador em relação ao peso. Eu acho que o peso virou habitual. Eu olho mais como que eu posso ajudar essa pessoa. Isso me desperta um sentimento de tentar fazer um serviço bom.

Os atributos peso e formato corporal são frequentemente destacados na pessoa com obesidade e estimulam a produção de representações negativamente valorizadas, como os estigmas sociais que são formas de desaproveitar características com pouca aceitação social. A estigmatização favorece a expressão de atitudes negativas e rejeição da obesidade por esta ser considerada uma doença que distancia o sujeito dos padrões corporais de magreza vigentes na sociedade (Almeida, Santos, Pasian, & Loureiro, 2005).

No contexto do sujeito coletivo pesquisado, o peso e o formato corporal da pessoa com obesidade foram representados como número e atributo habitual da rotina ocupacional. Compreende-se a ideia de desconstrução do estigma do peso em consequência do tempo de trabalho ou das experiências prévias vivenciadas no campo social que contribuíram para a concepção da representação do peso e formato corporal como características comuns.

## Categoria 2 – Estigmas direcionados ao profissional com obesidade e ao paciente com obesidade

A compreensão de como os profissionais representam um profissional com obesidade e que trabalha com obesidade foi expressa no DSC 6. Este discurso possibilitou ilustrar o campo social no qual os profissionais estão inseridos e os possíveis impactos dessas RS na atuação das equipes enquanto grupo e proposta interdisciplinar.

DSC 6: Eu penso que é uma incoerência. Como ele pode orientar o paciente que ele precisa perder peso, que ele não pode ganhar peso ou se tornar obeso, se ele mesmo é obeso? É uma coisa contraditória. Eu não sei se o paciente vai enxergar isso bem ou mal. Acho que de certa forma acaba sendo um marketing da profissão. Infelizmente os pacientes podem enxergar assim. Mas, eu acho que ele tenta. A obesidade é uma doença muito difícil. Penso que ele está trabalhando, se vendo e tentando mudar a vida dele também. Talvez seria superinteressante ele trabalhar [com pessoas com obesidade], porque ele mesmo já saberia como lidar com o paciente.

Ao abordar a questão sobre o profissional com obesidade que exerce seu trabalho nesta área clínica, foi destacada a IC de que o profissional precisa dar o exemplo em sua profissão e que seria contraditório um profissional com obesidade tratar uma pessoa também com obesidade. Discursos semelhantes foram relatados na literatura científica, segundo a qual a obesidade aparece como fator fundamental no contexto ocupacional e que é, muitas vezes, orientado pelos valores coletivos que compreendem esse quadro clínico a partir de estigmas e sentidos depreciativos (Araújo, Pena, & Freitas, 2015a; Araújo, Pena, Freitas, & Diez-Garcia, 2015b).

Os profissionais com obesidade são julgados pela competência profissional e seus discursos e práticas que empregam no exercício ocupacional são considerados incoerentes. Neste contexto, os profissionais enfrentam desrespeito, constrangimento e culpabilização que podem interferir negativamente no tratamento dos seus pacientes (Araújo et al., 2015b). Apesar disso, o DSC supõe que o profissional com obesidade teria maior conhecimento e repertório para lidar e cuidar do paciente com obesidade, tendo em vista sua experiência e dificuldades pessoais.

O DSC 7 apresenta o relato de situações presenciadas no contexto ocupacional consideradas estigmatizantes ou desagradáveis sob o olhar da equipe para o paciente com obesidade.

DSC 7: Eu não vejo que existe esse tipo de preconceito contra os obesos entre a equipe, mas, entre os residentes [médicos recém-formados em especialização] que passam às vezes. É comum eu presenciar "gordinho", esse tipo de comentário para minimizar a situação. Já vi residente que chega a falar que o paciente mente, outro que fala que não aguenta mais atender aquele paciente, e como chegou num peso daquele e que será que não percebe que está fazendo tudo errado. Sempre vejo essas questões de duvidar do que o paciente está falando. Já presenciei comentário que o paciente estava com mau cheiro e a pessoa que atendeu estava brava, uns comentários até jocosos que são por ignorância. Mas, sobre a equipe que eu trabalho, eu acho que é uma equipe muito engrenada.

Evidencia-se, neste discurso, a ocorrência de comentários pejorativos por profissionais que não trabalham com obesidade ou por residentes médicos que passam pelas equipes dos ambulatórios de cirurgia bariátrica. Alberga et al. (2016) e Yildiz e Baysal (2019) corroboram que os sentidos negativos atribuídos à obesidade por residentes médicos e estudantes da área da saúde são frequentes no âmbito de atendimento e cuidado em saúde e operam como limitador no alcance e na assistência às pessoas com obesidade.

Atitudes negativas e comentários humilhantes de médicos e estudantes que lidam com pessoas com obesidade são comumente descritos na literatura e representam potencial prejuízo para a qualidade do tratamento oferecido aos



pacientes (Rodrigues et al., 2016). Os sentimentos de raiva, irritação e a ideia de que o paciente com obesidade é mentiroso e não segue corretamente o tratamento são preocupantes, pois, durante a realização dos atendimentos a pessoa com obesidade pode se sentir julgada, rejeitada ou desmotivada a frequentar as consultas e interromper o tratamento (Alberga et al., 2016; Obara et al., 2018). Nesta perspectiva, é sugerido que os estudantes alcancem o conhecimento sobre os sentidos que atribuem à obesidade, baseando-se em estudos, vivências e trocas com outros profissionais deste campo social.

### Categoria 3 – Trabalhar com obesidade é desafiador, requer paciência e atuação em equipe

O contexto ocupacional dos profissionais atravessa aspectos individuais e coletivos que se agregam na oferta do manejo clínico. A fim de contemplar essa compreensão, a terceira categoria apresenta as dificuldades que os profissionais relatam acerca do trabalho com pacientes com obesidade e atuação em equipe multiprofissional, conceituando a importância do vínculo, do suporte e das características necessárias para o profissional/equipe inseridos nesse contexto.

As principais dificuldades relatadas pelos participantes no contexto de trabalho com pessoas com obesidade foram expostas no DSC 8.

DSC 8: Eu acho desafiador. Não fico mais focada com aquela expectativa de ter que resolver, parece que eu tinha que emagrecer todo mundo. É muito difícil, tem que gostar muito, ter muita paciência. Acontece de me despertar coisas, como frustração e raiva quando o paciente não adere. Eu acho que é um desafio muito grande. Eu estou fazendo aquele trabalho, mas não estou conseguindo ajudar muito o paciente porque a melhora deles é muito pequena e a adesão é muito baixa. Eles têm muita dificuldade de mudar o comportamento, porque o tratamento que a gente faz lá envolve orientação, mas aí entra o problema socioeconômico e a própria doença.

Os sentimentos de frustração, raiva e impotência diante do trabalho com a pessoa com obesidade, descritos pelo discurso do sujeito coletivo, muitas vezes não são elaborados adequadamente e afetam negativamente a motivação, disposição para os atendimentos e as técnicas empregadas. Em consonância, Shinan-Altman (2017) afirma que lidar com a obesidade diariamente tem consequências emocionais (depressão e ansiedade) que podem afetar a qualidade de vida dos profissionais e o tratamento que eles oferecem aos seus pacientes.

O tratamento para a obesidade, segundo o DSC 8, requer acompanhamento e orientações profissionais. No entanto, na prática clínica, a pessoa com obesidade apresenta dificuldades em mudar o comportamento em decorrência dos problemas socioeconômicos e desafios que o quadro clínico impõe. Os sentidos negativos sustentados por profissionais da saúde são uma barreira para o acesso ao tratamento destinado a pessoas com obesidade. Além disso, como afirmam Rodrigues et al. (2016) e Lee e Pausé (2016), somam-se os fatores socioeconômicos, políticas (não) elaboradas e estrutura física dos sistemas de saúde, como também as particularidades nos casos de obesidade que precisam ser consideradas no momento de oferta dos planos terapêuticos. Do mesmo modo, a oferta de suporte psicológico foi mencionada como necessidade dos profissionais

para lidar com demandas emocionais decorrentes da condição clínica do paciente e consequências após a cirurgia bariátrica.

Pensar as dificuldades relatadas no trabalho com pessoas com obesidade direcionou à questão de como deve ser a conduta do profissional em seu campo de atuação e possibilitou refletir sobre a qualidade do trabalho desempenhado pela equipe. Tais características e atitudes profissionais foram alcançadas no DSC 9.

DSC 9: Acredito que profissional que acha que não tem o que fazer com a pessoa, esses pensamentos acabam distanciando muito no tratamento e não trazem na pessoa a vontade de ser cuidada ali porque ela está sendo julgada. Se o profissional não pensar fora da caixa, não tirar a venda dos estereótipos impostos pela sociedade do preconceito, eu não acho que ele consiga atingir um sucesso no tratamento. Eu acho que tem que ter uma forma humanizada de atender esses pacientes, precisa gostar, ter muita paciência, empatia e compaixão.

Neste DSC, o sucesso do tratamento foi associado à crença que o profissional tem a respeito da pessoa com obesidade, com destaque para a compreensão do quadro clínico e das atitudes frente à obesidade. O profissional que produz ou replica estigmatizações, atitudes negativas e pessimismo em relação ao paciente e ao manejo terapêutico pode ter a qualidade de seu trabalho prejudicada quando afastam-se de oferecer intervenções adequadas (Silva & Cantisani, 2018; Tarozo & Pessa, 2020).

A rede de suporte social oferecida pelos profissionais é essencial em qualquer modalidade de tratamento clínico (Leonidas & Santos, 2014). O discurso coletivo relata a importância da aproximação do profissional com seu paciente, empatia e abordagem humanizada no cuidado para além da cirurgia bariátrica, buscando compreender todo o contexto de vida da pessoa com obesidade. O alcance do vínculo terapêutico depende do acolhimento e da disposição do profissional para o cuidado. Scherer et al. (2019) consideram que o humor gentil possibilita a construção de vínculos positivos com os pacientes e o apoio emocional substitutivo potencializa o sucesso no tratamento quando a pessoas com obesidade não possui vínculos emocionais próximos.

A eficácia no tratamento da obesidade é objetivo dos profissionais inseridos nas equipes. O DSC 10 reúne as ideias dos profissionais acerca dos requisitos necessários ao trabalho profissional e em equipe.

DSC 10: Eu me preocupo com a saúde do paciente e com o preparatório para a cirurgia bariátrica. Minha equipe pensa em trabalhar a prevenção, fazendo orientação de todas as alterações que a obesidade e a cirurgia bariátrica possam trazer. Além disso, acho que o profissional tem que ter preparo psicológico para atender as consequências e entender a situação da pessoa fora da clínica. Outra coisa que acho importante é participar das reuniões da equipe para discussão dos casos, eu acho que dá a sensação de amparo.

A participação dos profissionais nas reuniões da equipe para discussão dos casos clínicos foi considerada importante para o manejo clínico da obesidade. Figueiredo et al. (2020) corroboram com a necessidade de implementar grupos de conhecimento e discussões nessas esferas a fim fortalecer a interdisciplinaridade e a capacitação para cuidar de pessoas com obesidade.

O manejo clínico da obesidade é representado como um trabalho de prevenção e orientação, sendo necessário o investimento no preparo psicológico do profissional e na atenção e cuidado para além do quadro clínico da obesidade. O DSC é ancorado na suposição de que o profissional que trabalha com obesidade precisa ter paciência, empatia e não deve estigmatizar o paciente, permitindo o cuidado efetivo que pode favorecer a adesão terapêutica e fortalecer o vínculo entre o profissional e o paciente (Taroza & Pessa, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo investigou as representações sociais sobre obesidade no contexto de trabalho dos profissionais de equipes de cirurgia bariátrica. Os principais resultados exprimem as RS que os profissionais das equipes de cirurgia bariátrica apresentam no contexto clínico da obesidade. Após análise dos dados foi possível constatar que os profissionais apresentam estigmas e atitudes hostis em relação à pessoa com obesidade, identificação de sentimentos negativos dos profissionais que podem prejudicar o vínculo terapêutico, ênfase na importância do trabalho em equipe e a necessidade de suporte psicológico aos profissionais que trabalham com obesidade. As entrevistas realizadas permitiram aos participantes acessarem e nomearem dificuldades, sentimentos e atitudes no cotidiano de trabalho que podem não ter sido alcançadas previamente. A possibilidade de refletir sobre esses conteúdos é potencial para o desenvolvimento e formação profissional em saúde.

Como limitações desta pesquisa há o fato de não envolver outros atores que dispensam cuidados às pessoas com obesidade. Portanto, são necessárias pesquisas que investiguem o atendimento realizado a pessoas com obesidade em clínicas particulares ou em serviços de Atenção Primária à Saúde; igualmente é importante investigar o preparo psicológico desses atores para lidar com as circunstâncias ocupacionais. Todavia, as potencialidades desta pesquisa superam seus limites no sentido de reconhecer as dificuldades dos profissionais em seu contexto de trabalho com cirurgia bariátrica e fornecer conteúdos que possibilitem a concepção de estratégias terapêuticas que favoreçam a adesão ao tratamento, acolhimento e manejo clínico das pessoas com obesidade, aprimoramento do trabalho em equipe e contemplar a dimensão social dessa condição clínica.

## REFERÊNCIAS

- Alberga, A. S., Pickering, B. J., Hayden, K. A., Ball, G. D. C., Edwards, A., Jelinski, S., Nutter, S., Oddie, S., Sharma, A. M., & Russell-Mayhew, S. (2016). Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity*, 6(3), 175–188. <https://doi.org/10.1111/cob.12147>
- Almeida, G. A. N., Santos, J. E., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2005). Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 27-35. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100005>
- Araújo, K. L., Pena, P. G. L., & Freitas, M. C. S. (2015a). Sofrimento e preconceito: Trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(9), 2787-2796. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.07542014>

- Araújo, K. L., Pena, P. G. L., Freitas, M. C. S., & Diez-Garcia, R. W. (2015b). Estigma do nutricionista com obesidade no mundo do trabalho. *Revista de Nutrição*, 28(6), 569-579. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000600001>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (5ª Ed.). Artmed.
- Baldin, N. & Munhoz, E. M. B. (2011). Educação ambiental comunitária: Uma experiência como técnica de pesquisa snowball (bola de neve). *Revista Eletrônica do Mestrado Educação Ambiental*, 27, 46-60. Recuperado de <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/3193/1855>
- Burlandy, L., Teixeira, M. R. M., Castro, L. M. C., Cruz, M. C. C., Santos, C. R. B., Souza, S. R., Benchimol, L. S., Araújo, T. S., Ramos, D. B. N., & Souza, T. R. (2020). Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00093419>
- Costa, L. B. L. & De Tilio, R. (2020). Representações sociais de família para não feministas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(3), 790-812. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.5434>
- Dias, P. C., Henriques, P., Anjos, L. A., & Burlandy, L. (2017). Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00006016>
- Fagundes, M. A. B. G., Caregnato, R. C. A., & Silveira, L. M. O. B. (2016). Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. *Aletheia [online]*, 49(2), 47-54. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v49n2/v49n2a06.pdf>
- Figueiredo, A. T. T., Tavares, F. C. L. P., Silveira, P. R. R. M., Costa, E. C., Oliveira, A. A., & Lira, P. I. C. (2020). Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(64), 85-100. <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6274>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Recuperado em 21 de setembro de 2021, de <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/8168#resultado>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). *Representações Sociais* (pp. 17-44). EDUERJ.
- Kruse, M. H. L., Schenini, F. S., Ribeiro, R. G., Oliveira, S. G., & Cervelin, A. F. (2012). Saúde e obesidade: discursos de enfermeiras. *Aquichan*, 12(2), 109-121. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124103003>
- Lee, J. A. & Pausé, C. J. (2016). Stigma in practice: barriers to health for fat women. *Frontiers in psychology*, 7(2063). <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02063>

- Lefèvre, F. (2017). *Discurso do Sujeito Coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo*. (1ª ed.). Andreoli.
- Lefèvre, F. & Lefèvre, A. M. (2012). *Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo*. (2ª Ed.). Liber Livro.
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2014). Social support network and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927. <https://doi.org/10.2147/NDT.S60735>
- Macedo, T. T. S., Portela, P. P., Palamira, C. S., & Mussi, F. C. (2015). Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery*, 19(3), 505-510. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/xNzyMF7PDsyX8JkcxKxK8Bd/?lang=pt>
- Marchesini, S. D., & Antunes, M. C. (2020). Fatores grupais e sociais que influenciam o ganho de peso, em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 100-108. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100011&lng=pt&nrm=iso)
- Moscovici, S. (2012). *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Vozes.
- Obara, A. A., Vivolo, S. R. G. F. & Alvarenga, M. S. (2018). Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088017>
- Rodrigues, D. C., Guedes, G. C., Fernandes, L. M. & Oliveira, J. L. C. (2016). Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. *HU Revista*, 42(3), 197-203. Recuperado de <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2497>
- Samuel, L. Z., & Polli, G. M. (2020). Representações sociais e transtornos alimentares: revisão sistemática. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 40(98), 91-99. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100010)
- Scherer, A., Moré, C., Motta, C., Coradini, A., & Farias, R. (2019). Rede social significativa e de suporte social: Impacto no tratamento bariátrico. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 20(3), 630-650. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200307>
- Scotton, I. L., Affonso, G., Pessa, R. P., Conceição, E. M., & Neufeld, C. B. (2019). Aspectos psicológicos em indivíduos com sobrepeso e obesidade. *Saúde e Pesquisa*, 12(2), 295-307. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p295-307>
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 25(2), 229-236. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200011>

- Seixas, C. M. (2019). Dimensões clínicas do ato na obesidade: Compulsão por comer e sintoma na perspectiva psicanalítica. *Psicologia em Estudo*, 24. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.40350>
- Shinan-Altman, S. (2017). Medical social workers' perceptions of obesity. *Journal of Social Work*, 17(3), 343-357. <https://doi.org/10.1177%2F1468017316644696>
- Silva, B. L. & Cantisani, J. R. (2018). Formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra*, 13(2), 363-380. <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33311>
- Tarozo, M. & Pessa, R. P. (2020). Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190910>
- World Health Organization (WHO). (2021, June 9). Obesity and overweight. [Factsheet] <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yildiz, M. & Baysal, H. Y. (2019). Prejudice against obesity in university students studying in health-related departments. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55, 170–174. <https://doi.org/10.1111/ppc.12314>

## Lista de Anexos

Tabela 1 - Dimensão Temática e Síntese dos Discursos Construídos

Dimensão temática	Ideia central dos Discursos do Sujeito Coletivo	Resultados quantitativos	
		n	%
1 - Pensamento ao ver uma pessoa com obesidade	A - Pessoa com obesidade enfrenta dificuldades em sua vida	4	57,14
	B - Pessoa com obesidade é doente	2	28,57
	C - Pessoa com obesidade não enxerga a dimensão do quadro clínico	1	14,29
2 - Responsabilidade dos pacientes sobre o quadro clínico	A - O paciente tem responsabilidade parcial porque existem outros fatores envolvidos	4	57,14
	B - É responsabilidade porque a doença tem um fator comportamental	1	14,29
	C - Alguns pacientes têm responsabilidade e outros não	1	14,29
	D - O paciente não tem responsabilidade	1	14,29
3 - Pessoas com obesidade vestindo roupas justas	A - Distorção de imagem corporal	2	28,57
	B - Roupas justas não são adequadas para pessoas com obesidade	2	28,57
	C - É algo comum	1	14,29
	D - Pessoa com boa autoestima	1	14,29
4 - Ver pessoas com obesidade comendo em grandes quantidades	A - Sensação de incômodo ou angústia	4	44,44
	B - Tem compulsão alimentar	2	22,22
	C - Engorda porque come muito	2	22,22
	D - Falta de orientação adequada	1	11,11
5 - Formato corporal e o peso da pessoa com obesidade	A - É algo habitual	4	40,00
	B - Compreender o paciente além do peso e corpo	3	30,00
	C - Orienta a conduta no tratamento	2	20,00
	D - Peso chama atenção e causa preocupação	1	10,00
6 - Profissional com obesidade trabalhar com obesidade	A - Na visão do paciente seria incoerente o profissional com obesidade fazer seu tratamento	4	57,14
	B - Profissional com obesidade tenta trabalhar sua obesidade e suas dificuldades	1	14,29
	C - Seria interessante porque ele já saberia como lidar	1	14,29
	D - O profissional ter obesidade não o desqualifica	1	14,29
7 - Percepções dos profissionais a respeito da obesidade afetam o tratamento?	A - Afeta negativamente se o profissional não acreditar no paciente, não compreender a doença e enxergar apenas estereótipos	4	57,14
	B - Afeta positivamente ou negativamente, a depender do conhecimento profissional que guiará o tratamento	2	28,57
	C - Depende da distância que o profissional estabelecer com o paciente	1	14,29
8 - O trabalho com pessoas com obesidade	A - Trabalho desafiador	2	28,57
	B - Desperta raiva e frustração	2	28,57
	C - Sentimento de incapacidade	2	14,29
	D - Difícil por questões de estrutura institucional	1	14,29
9 - Conduta profissional no campo de trabalho	A - Precisa ter empatia, paciência e compaixão	5	62,50
	B - Precisa gostar do que faz	2	25,00
	C - Não deve fazer estigmatizações	1	12,50
10- Manejo clínico em equipe	A - Precisa ter treinamento e preparo psicológico	2	28,57
	B - Deve participar das reuniões de equipe	3	42,85
	C - Trabalhar prevenção e tratamento	2	28,57

Fonte. Produção dos autores.