

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Escola Superior de Educação Física

Programa de Pós-Graduação em Educação Física



DISSERTAÇÃO

MULHERES MODELOS PLUS SIZE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Mariana Gamino da Costa

Pelotas - RS

2018

Mariana Gamino da Costa

MULHERES MODELOS PLUS SIZE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Alan Goularte Knuth

Pelotas - RS

2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C837m Costa, Mariana Gamino da

Mulheres modelos plus size e sua relação com a saúde
/ Mariana Gamino da Costa ; Alan Goularte Knuth,
orientador. — Pelotas, 2018.

90 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação
em Educação Física, Escola Superior de Educação Física,
Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Plus size. 2. Mulheres. 3. Saúde. 4. Grupo focal. I.
Knuth, Alan Goularte, orient. II. Título.

CDD : 796

Banca examinadora:

Profª. Drª. Mariângela da Rosa Afonso - UFPel

Profª. Drª. Rose Meri Santos da Silva - UFPel.....

Suplente: Profª. Drª. Josiane Viam Domingues - FURG.....

AGRADECIMENTOS

Obrigada a Deus pelo dom da vida e por estar presente em todos os momentos guiando, orientando minhas decisões e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência.

Obrigada aos meus pais, Paulo e Sônia, pelo exemplo, dedicação e apoio. Por me mostrarem que o amor ao que se faz é o que proporciona sentido à vida.

Obrigada às minhas irmãs, Camila e Gabriela, por sempre acreditarem em mim, pelo apoio e conselho constante nos momentos de dúvida.

Obrigada ao meu namorado, Guilherme, pelo amor, pelo incentivo, pela paciência e por compreender as minhas ausências.

Obrigada às colegas, Mariana e Martina, pelos momentos divididos juntas, por tornarem mais leve esta caminhada, pelo incentivo e o afeto.

Finalmente, gostaria de agradecer à Faculdade de Educação Física por abrirem as portas para que eu pudesse realizar meu mestrado, proporcionando mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas um local de desenvolvimento pessoal.

RESUMO

GAMINO, M. **MULHERES MODELOS PLUS SIZE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE**. 2018. Dissertação de Mestrado (Educação Física) – Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

O objetivo foi descrever um grupo mulheres modelos *Plus Size* em termos de características sociodemográficas e comportamentais, assim como compreender como observam sua saúde. Estudo qualitativo, na forma de estudo de caso, em que a coleta de dados foi realizada na forma de grupo focal. Também foi aplicado um questionário de autopreenchimento, visando obter informações sócio demográficas. O grupo estudado possui 9 mulheres modelos *Plus size*. Por meio da presente investigação obteve-se como resultados que o *Plus size* é um movimento/segmento que vai além de um trabalho, é uma atividade entendida por elas como de cunho social e político, pois visa a empoderar pessoas não valorizadas em função de seus corpos. Com isso pretendem incluir e contemplar outras mulheres estimulando a auto aceitação. Por outro lado, para prosperar neste segmento há uma cobrança de mercado que estabelece parâmetros e limites aos corpos gordos. Percebeu-se que o julgamento alheio relacionando um corpo gordo a um corpo sem saúde, o preconceito da sociedade e dos profissionais de saúde é muito presente. Apesar de a maioria relatar as barreiras para a prática de exercícios físicos e grande parte das entrevistadas, em algum momento, já buscaram emagrecer utilizando chás, pílulas e dietas da moda, todas possuem diversos hábitos saudáveis em suas vidas.

Palavras chaves: plus size, mulheres, saúde, grupo focal

ABSTRACT

GAMINO, M. WOMEN MODELS PLUS SIZE AND ITS RELATIONSHIP WITH HEALTH. 2018. Master's Dissertation (Physical Education) - School of Physical Education, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2018.

The objective was to describe a group of female Plus Size models in terms of sociodemographic and behavioral characteristics, as well as to analyze how they understand their health. A qualitative study, in the form of a case study, in which the data collection was performed as a focal group. A self-completion questionnaire was also applied in order to obtain socio-demographic information. The group studied had 9 women Plus size models. Through the present investigation we have obtained as results that the Plus size is a movement / segment that goes beyond a work, is an activity understood by them as social and political, because it aims to empower people not valued according to their bodies. With this they intend to include and contemplate other women stimulating self acceptance. On the other hand, to thrive in this segment there is a market charge that establishes parameters and limits to fat bodies. It was noticed that the judgment of others connecting a fat body to a body without health, the prejudice of society and health professionals is very present. Although most report the barriers to physical exercise and most respondents have ever sought to lose weight using teas, pills and fad diets, they all have a number of healthy habits in their lives.

Keywords: plus size, women, health, focus group

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. REVISÃO DE LITERATURA	13
5. METODOLOGIA	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	37
5.2 POPULAÇÃO ALVO	38
5.3 AMOSTRA	38
5.4 MATERIAIS E INSTRUMENTOS	39
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	40
5.6 PROCEDIMENTOS	41
5.7 ORÇAMENTOS	41
6. CRONOGRAMA	42
REFERÊNCIAS	43
7. APÊNDICES	52
ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL	53
QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	56
MATRIZ ANALÍTICA - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	57
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
DIÁRIO DE CAMPO	60
ARTIGO	64
INTRODUÇÃO	67
METODOLOGIA	68
RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	88
COMUNICADO À IMPRENSA	89

PROJETO

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde - OMS, (1948) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” e define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Estes não são os únicos conceitos possíveis, muito pelo contrário, diversos autores têm se debruçado a questionar os limites de tais proposições. Diversas outras demarcações conceituais têm sido acionadas e ao longo do trabalho pretende-se explorar um pouco desta diversificação nos sentidos produzidos de saúde e qualidade de vida.

Os conceitos de saúde e de qualidade de vida dependem da conjuntura social, econômica, política e cultural. Assim, podemos afirmar que saúde e qualidade de vida não representam o mesmo significado para todas as pessoas. Eles correspondem de acordo com a época, o lugar, a classe social, valores pessoais e dependerão de concepções científicas, religiosas, filosóficas de cada povo e indivíduo (SCLAR, 2007, THE WHOQOL GROUP, 1995). Em outro nível, pode-se dizer que, o estilo de vida, as influências do seu cotidiano, crenças e suas percepções sobre saúde e qualidade de vida, podem adaptar e reconfigurar conceitos preconizados pelas instituições de saúde ou meio acadêmico.

Contudo, carregados de conceitos e discursos biomédicos, o ‘imaginário social’ - que seria o conjunto cumulativo das produções culturais que circulam numa determinada sociedade sob as formas mais variadas: iconografia, literatura, canções, provérbios, mitos - valoriza a estetização da saúde, processo no qual são utilizados critérios da medicina estética, da moda e da beleza construída nas academias de ginástica como parâmetros para avaliar saúde, avaliando o corpo gordo como um corpo doente, obeso que precisa ser emagrecido. Muitas vezes, é uma imposição que reforça estigmas que prejudicam mais que a própria gordura corporal (SPINK, 1993; DA SILVEIRA CAMPOS, 2016).

Uma das facetas de insatisfação quanto à padronização de saúde, beleza, moda a pessoas exclusivamente magras, exposta diariamente pelas redes midiáticas e reproduzida pelo imaginário social como sendo o único modelo a ser seguido, é que surge o

movimento/segmento intitulado como '*Plus Size*', totalmente direcionado às mulheres que não se encontram dentro destes estereótipos, pois têm corpos "fora" dos padrões estipulados (MORENO e RODRIGUES, 2014). *Plus Size* é uma expressão em língua inglesa dada pelos norte-americanos para modelos de roupas acima do padrão convencional usado nas lojas e que significa, em tradução literal, plus = mais; size = tamanho, ou seja, "tamanho maior".

Esse acontecimento teve início nos EUA no século XX por mulheres que compreendiam a beleza do corpo gordo. Acredita-se que tal movimento tenha surgido antes, mas apenas nas décadas de 80 e 90, com a divulgação em revistas internacionais, ele ficou conhecido (SOUZA, 2016). Ao longo do trabalho explicaremos melhor este movimento/segmento e porque o definimos assim.

Diante disso, o presente estudo busca investigar as representações de saúde e qualidade de vida de mulheres *plus size*, além de, caracterizá-las em aspectos sociodemográficos e comportamentais.

2. JUSTIFICATIVA

Ao me formar em nutrição e em educação física percebo o quanto estas áreas carregam conceitos e pré-conceitos relacionados à saúde, associando sempre a magreza, eutrofia, peso ideal como indicadores de vida saudável e por consequência qualidade de vida. Porém a prática me trouxe diversos questionamentos sobre esta então, considerada “verdade absoluta”: Pessoas gordas possuem menos saúde e qualidade de vida? O IMC pode ser a única forma avaliativa de índice nutricional de um indivíduo para afirmar saúde ou doença? Estar dentro dos padrões do IMC é o suficiente para trazer saúde e qualidade de vida para o sujeito? As pessoas magras são imunes às doenças fortemente associadas à obesidade? Será que as atitudes tomadas pelo sujeito para se enquadrar nestes padrões não são semelhantes ou ainda mais prejudiciais que os “males da obesidade”? Atitudes não saudáveis para se enquadrar em um padrão de saúde? Questionamentos tão inquietos na prática profissional e considerados verdades marcadas em nossa sociedade e divulgadas não só nos meios midiáticos, mas propagadas por diversos colegas profissionais da área da saúde.

Hoje trabalho como nutricionista em uma clínica estética e rotineiramente tenho que ouvir de mulheres lindas e maravilhosas, sem problemas de saúde algum, ativas e com uma alimentação impecavelmente saudável que querem emagrecer para se adequar a padrões, pois estão doentes pelo acúmulo de gordura em alguma região específica, quando para mim a doença parece mais psicológica que corporal.

Mas como cheguei ao público *Plus Size*? Ao defender meu Trabalho de Conclusão de Curso na Universidade Federal de Pelotas, trabalho intitulado: “Adolescência a partir de três dimensões: Imagem corporal, Relações pessoais e Adaptação à nova escola”, a professora Doutora Josiane Vian me sugeriu trabalhar futuramente com o público *Pus Size*, e esta sugestão ficou guardada em mim.

Juntando os questionamentos da prática profissional com a sugestão trazida na pela banca do meu TCC, e, acreditado que os fatores como as diversas mudanças sociais, tecnológicas, ambientais que intensamente modificam nossa qualidade de vida, a dita “obesidade” que são apenas corpos gordos é um tema que deve ser sempre debatido e atualizado. Desejo refletir na construção que a sociedade traz com o termo obesidade, como

(des)caracteriza o ser humano e como este termo influencia nossas vidas trazendo diversos efeitos e impactos do na sociedade. Assim o presente trabalho pretende buscar conhecer a realidade de mulheres *plus size* pelo olhar delas mesmas, ressignificando e debatendo conceitos e opiniões formuladas por pesquisas aonde números falam mais que as próprias mulheres. Parece-me de suma importância compreender como estas mulheres que atuam para quebrar paradigmas e padrões culturais de corpo, beleza e saúde na sociedade e, a partir desta, vivem sua saúde e qualidade de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a saúde e qualidade de vida de mulheres modelos *plus size*.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar as características sociodemográficas de um grupo de mulheres modelos *plus size*.
- Descrever as características comportamentais sobre a saúde e qualidade de vida em um grupo de mulheres modelos *plus size*.
- Problematizar as relações das mulheres com seu corpo, sociedade, beleza a partir do movimento/seguimento *plus size*.

4. REVISÃO DE LITERATURA

História do conceito Saúde

A humanidade sempre enfrentou a doença baseada nos diferentes conceitos de saúde que se tinha em cada época. Para Helman (2009) a história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação dos corpos dos seres humanos, as coisas e os demais seres que os cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os valores e as crenças dos povos.

Dominante entre os povos da antiguidade, acreditava-se na concepção mágico-religiosa (SCLIAR, 2002), em que a doença era resultado de ação de forças alheias do organismo, que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeiras e os curandeiros na África. Considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza (BATISTELLA, 2007). Podemos citar, por exemplo, os antigos hebreus aonde a doença era um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. Assim, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino, e a enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra (conhecida também como hanseníase, doença contagiosa que causa danos severos a nervos e à pele) em que o doente era excluído da sociedade e considerado morto, até que atingisse a cura de seus pecados. Em outras palavras podemos dizer que a saúde, neste período, era conceituada como obediência as normas e regras religiosas e bênção divina pelo cumprimento de seus mandamentos, bem como a ausência de maldições do sobrenatural e espíritos maus.

Ao lado das concepções mágico-religiosas, pouco a pouco se foi desenvolvendo outra explicação para a saúde e a doença. O apogeu da civilização grega vai representar o rompimento com a superstição e as práticas mágicas e o surgimento de explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença (BATISTELLA, 2007). Hipócrates de Cós (460-377

a.C.), postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, baseou a saúde no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. Suas observações não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente e, em alguns textos ele discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde-enfermidade (SCLIAR, 2007).

A concepção de saúde e de doença, no Oriente, revelam forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas, por exemplo, a acupuntura e o yoga, têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia no corpo (SCLIAR, 2007). Os Hindus, na Índia, usavam drogas desenvolvidas tendo por base algumas plantas. Os cuidados eram os banhos, as dietas, as inalações e as sangrias. Tinham hospitais e um quadro de enfermeiros, o se que aponta para um primeiro trabalho em equipe (TEIXEIRA 1998).

Seguindo a linha de raciocínio histórica do conceito de doença, Batistella, (2007) relata que a Idade Média (500-1500 d.C.) foi marcada pelo sofrimento impingido pelas inúmeras pestilências e epidemias à população, com isso houve expansão e o fortalecimento da Igreja são traços marcantes desse período. Scliar (2007) explica que a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; com isso o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas que administravam os hospitais (não como um lugar de cura, mas de abrigo e conforto para doentes). Mas, ao mesmo tempo, as ideias hipocráticas se mantinham. Para Landmann, (1993) a ênfase na preservação da vida e da saúde era preceito religioso e não simplesmente opção. Também o autor revela que os elementos da natureza, como: o clima, o ar puro e a luz do sol eram considerados grandes fontes de saúde (LANDMANN,1993 apud TEIXEIRA 1998).

Outro marco importante foi o século XVII, com as ideias de René Descartes, com o dualismo mente-corpo para saúde, onde o corpo funciona como uma máquina. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, também consequência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. E, o conceito de François Xavier Bichat (1771-1802), saúde seria o “silêncio dos órgãos”. Também o médico Edward Jenner (1749-1823) introduziu a vacina contra a varíola, o que abriu os caminhos para se pensar num cuidar preventivo, onde poderemos então evitar as doenças. Importante destacar que neste mesmo período Johann Peter Frank (1745 -1821) que em seu sistema de uma política médica integral, apontou a saúde de seus cidadãos como um dever do Estado. Para ele, que chegou a ser diretor geral de saúde pública para a Lombardia austríaca a causa

do baixo nível de saúde estava na estrutura social. Assim, foi o primeiro a conceber a saúde pública como uma forma de política.

No século seguinte, nascia a epidemiologia baseada no estudo pioneiro sobre a cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow (1813-1858), e que se enquadrava num contexto de “contabilidade da doença”. Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números (sinais vitais), o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social; e ser expresso pela emergente ciência estatística. Benjamin Ward Richardson (1828-1896) abre uma nova mentalidade sanitária no século XIX com sua obra “Higiéia: Uma cidade de saúde”, aonde fala de uma cidade/sociedade sem álcool, sem tabaco, sem fumo (SCLIAR, 2007; SCLIAR, 1996; TEIXEIRA, 1998).

Porém, não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para isso seria necessário um consenso entre as nações, então em 1948, com a criação da *World Health Organization* (WHO) possibilitou a definição universal do conceito de saúde, o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. O conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” refletia uma aspiração dos movimentos sociais do pós-guerra - a ascensão do socialismo.



Figura 1 - Modelo ideal de saúde segundo o Editorial da *American Journal of Health Promotion*, 1988 - de acordo com o conceito da OMS (1948) - adaptado por Filho, 2000.

Scliar (2007) relata que amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na

vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Como objeção, surge conceito de Boorse (1977) no qual “saúde é ausência de doença”, relação com a eficiência das funções biológicas. E, em 1987, o próprio Boorse faz uma autocritica e admiti a necessidade de superar uma concepção negativo-evolutiva (com base no gradiente disfunção-patologia-enfermidade) da saúde, propondo em seu lugar uma noção de "graus de saúde" na Figura 2. Isto implica uma definição extremamente restrita de saúde positiva como grau máximo de saúde possível.

Saúde subótima		Saúde positiva
Patologia		Normalidade teórica
Anormalidade diagnosticada		Normalidade diagnosticada
Anormalidade terapêutica		Normalidade terapêutica
Morte	Doença	Bem-estar
	Vida	

Figura 2 - Modelos de graus de saúde de Boorse (1987) apud Almeida Filho e Juca (2002).

E, suas reflexões a fim de produzir uma réplica a seus críticos, Boorse apresenta um conceito de saúde que nos parece eficaz no sentido de congregar as noções apresentadas esparsamente em suas publicações:

Saúde teórica é a ausência de doença (...) então a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva, a ser extraída dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor. Designemos esta posição geral como naturalismo - o oposto do normativismo, a visão de que juízos de saúde são ou incluem julgamentos de valor (BOORSE, 1997 *apud* ALMEIDA FILHO e JUCÁ, 2002).

Almeida Filho (2000), no traz a seguinte reflexão quando pensamos a saúde apenas pela teoria de Boorse, com vistas a uma formalização preliminar da saúde no nível individual, assim devemos considerar as seguintes proposições: primeiro nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença; segundo nem todos os isentos de doença são sadios. Aonde identificamos, com regularidade, pessoas na vida cotidiana e também na prática clínica ativos, social e profissionalmente produtivos, sem sinais de comprometimento, limitação funcional ou sofrimento, auto e reconhecidos como sadios, que no entanto são portadores de doenças ou sofrem de agravos, sequelas e incapacidades parciais. Enquanto outros, ao contrário,

encontram-se infectados, apresentam comprometimentos, incapacidades, limitações e sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença.

No nível coletivo, da ciência da epidemiologia, tem se permitido em definir saúde como atributo do grupo de “não doentes”, entre os expostos e os não expostos a fatores de risco, em uma população definida (ALMEIDA FILHO, 2000). Na prática, define-se a saúde diretamente como “ausência de doença”, pois normalmente cobrem doenças específicas, buscando levantar o perfil sócio demográfico dos expostos e dos doentes de uma dada patologia de um dado grupo social, assim, a “epidemiologia da saúde” fica restrita à avaliação dos riscos de doença ou de agravos, ou seja, “epidemiologia dos riscos”.

Hoje encontramos conceitos de saúde no âmbito individual como o de O'Donnell, (2009):

“A saúde é um equilíbrio dinâmico de saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual e exige mudança estilo de vida pode ser facilitada através de uma combinação de experiências de aprendizagem que melhoram a consciência, aumentam a motivação, e desenvolvem habilidades”

e Moraes (2015, página 29): “saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações” e conceitos no âmbito coletivo, como Mendes (1996) “a saúde é considerada produto social, isto é, resultado das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que acontecem em determinada sociedade e que geram as condições de vida das populações”.

Indicadores de Saúde

Historicamente o homem tenta definir e investigar saúde. Ao avaliarmos o conceito de “Cidade Saudável”, originado I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, que ainda é utilizado hoje como parâmetro para nortear projetos de saúde a partir da sua incorporação pela OMS, considera-se, que uma “Cidade Saudável” deve ter:

- uma comunidade forte, solidária e constituída sobre bases de justiça social, na qual ocorre alto grau de participação da população nas decisões do poder público;
- ambiente favorável à qualidade de vida e saúde, limpo e seguro; satisfação das necessidades básicas dos cidadãos, incluídos a alimentação, a moradia, o trabalho, o acesso a serviços de qualidade em saúde, à educação e à assistência social;
- vida cultural ativa, sendo promovidos o contato com a herança cultural e a participação numa grande variedade de experiências;

- economia forte, diversificada e inovadora (RABELO 2000).

Nesse contexto, falar de saúde implica levar em conta a qualidade da água que se consome e do ar que se respira, o consumismo desenfreado e a miséria, a degradação social ou a desnutrição, estilos de vida pessoais, entre tantos outros fatores. Assim, as práticas de saúde, se assemelham a outras práticas sociais, onde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas à nível familiar, comunitário e populacional (COSTA, KALE, VERMELHO, 2009).

A avaliação de saúde abrange diferentes métodos de estudo, podendo ser realizada de forma individual por meio de: exames laboratoriais; avaliação clínica feita por profissionais especializados; e avaliação da auto percepção de saúde, fundamentada nos conhecimentos e nas crenças pessoais (SOBRAL, 2007)

A avaliação de saúde à nível familiar, comunitário e populacional, segundo Costa, Kale, Vermelho (2009) existem hoje, alguns tipos de indicadores de saúde, dependendo do objeto da avaliação, podemos dividir em 3 níveis: pelo estado de saúde de populações humanas, pelos serviços de saúde, e pelo ambiente.

Estado de saúde de populações humanas: os indicadores pelo estado de saúde de populações humanas podem se subdividir em: mortalidade (sobrevida); morbidade (funcionalidade) e bem-estar e qualidade de vida.

- **Mortalidade:** Trata-se de um indicador que revela diversas informações acerca do óbito em uma dada comunidade, sendo a mortalidade infantil, materna e a esperança de vida os mais ressaltáveis. A sua análise permite chegar a importantes conclusões: elevadas taxas de mortalidade por causas evitáveis, por exemplo, indicam baixos níveis sanitários e sociais da população. A transição da mortalidade é lenta, por isso tem maior utilidade quando analisada à longo prazo.

- **Morbidade:** Trata-se de um indicador que expressa a situação das doenças na população. Elas permitem analisar os riscos de adoecer a que as pessoas estão expostas, preparar na investigação dos fatores determinantes e escolher as ações saneadoras adequadas. Comparadas às de mortalidade, a transição das medidas de morbidade são mais sensíveis na expressão de mudanças de curto prazo. A prevalência (número de pessoas, em uma determinada população, que tem uma doença ou condição específica em um ponto do tempo) e a incidência (número de novas ocorrências de doença, lesão ou morte na população estudada, no período estudado) são medidas de frequência da morbidade.

- Bem-estar e qualidade de vida: Estes indicadores serão melhores explicados no tópico “Indicadores de Qualidade de vida” (página 20), mas basicamente são indicadores que tratam a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (definição OMS).

Serviços de Saúde: Indicadores dos serviços de saúde refletem, o que ocorre na assistência à saúde. É, basicamente, um olhar sobre a gestão de saúde pública. Segundo Fleming (1981), os indicadores de serviços de saúde podem se subdividir em: Insumos, Processos e Resultados. Pode-se observar que os resultados dependem de processos que inevitavelmente estão na dependência da estrutura e do meio ambiente. A estrutura é definida pelos insumos, como área física, recursos materiais (equipamentos, ferramentas, financeiros, instrumentais, utensílios, tecidos, gases, órteses, próteses), recursos humanos e instrumentos de gestão, incluindo-se a estrutura organizacional (organograma) e os modelos teóricos aplicados na administração da instituição (Fleming, 1981 *apud* BITTAR, 2000)



Figura 3 - Modelo de Fleming, 1981 adaptado por Bittar, 2000.

Segundo Silva e Formigli (1994), os indicadores de serviços de saúde podem ser compreendidos a partir de duas vertentes principais: a primeira na busca dos seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades concretas; e a segunda pela capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população, ou seja, à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários.

Ambiente: os indicadores ambientais são as condições de moradia e do peri-domicílio (entorno da moradia, ambiente). São essenciais na cobertura e qualidade do saneamento básico e, quando se referem a este aspecto, denominam-se indicadores sanitários. A indústria

e a urbanização têm grande poder de alterar o meio ambiente, seja no solo, na água ou no ar. Por isso a grande necessidade destes indicadores para o planejamento e vigilância de medidas preventivas e saneadoras imediatas.

História do conceito Qualidade de Vida

As crescentes preocupações relacionadas à Qualidade de vida (QV), tanto populacional quanto individual, trazem o debate constante sobre a definição e conceituação deste termo. QV abrange tantos aspectos e dimensões que acaba sendo difícil de ser conceituada pelo temor de não corresponder a sua totalidade. Na literatura temos diversas tentativas de conceituações, visto a necessidade de explicar, classificar e avaliar a QV. Desde meados da década de 70, Campbell, Converse e Rodgers (1976, pg. 471) já mostravam as dificuldades que cercavam a conceituação do termo qualidade de vida: “qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. Mostrando que desde o século XX até hoje ainda tenta-se conceituar e explicar este termo, tão propagado por profissionais da saúde e propagandas porém pouco compreendido.

Buscamos criar uma linha cronológica de sua conceituação, visto os achados na literatura para trazer tanto uma explicação do termo de acordo com o desenvolvimento das pesquisas relacionadas à QV. Segundo o trabalho de Seidl e Zannon (2004), há indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na década de 30 na literatura médica. As definições mais antigas e clássicas, do tipo global são datadas em 1973, por Abrams: “Qualidade de Vida é o grau de satisfação ou insatisfação, sentido pela pessoa, com vários aspectos de sua vida” e por Dalkey e Rourke: “Qualidade de Vida é a sensação de bem-estar de uma pessoa, sua satisfação ou insatisfação com a vida, ou sua felicidade ou infelicidade.” (*apud* PASCHOAL, 2000).

Em 1995, Farquhar realizou uma revisão de literatura até os primeiros anos da década de 90 e propôs uma taxonomia das definições sobre QV então existentes, dividida em quatro tipos:

I – Definições globais - Primeiras definições que aparecem na literatura. Muito gerais e tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida. Falam pouco sobre os componentes que as formam ou como o conceito pode ser operacionalizado. Aparecem até a década de 60 e 70.

II – Definições por componentes - Surgem nos anos 80. Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes, dimensões ou partes. Essas definições são melhor

operacionalizáveis e podem abranger tanto questões objetivas (como estado de saúde e capacidade funcional, nível socioeconômico, etc) como subjetivas (julgamento pessoal sobre a satisfação com a vida, autoestima, etc). A priorização de estudos empíricos com a operacionalização do conceito.

III – Definições focalizadas - Trata-se de uma subdivisão das definições por componentes. Definições que valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes doenças.

IV – Definições combinadas - Definições incorporam aspectos dos Tipos II e III: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Percebe-se então, que a partir dos anos 80, a noção de que QV envolve diferentes dimensões e com o desenvolvimento de trabalhos e instrumentos há uma melhor compreensão do fenômeno, contribuindo para o avanço do conceito em bases científicas.

O discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, mesmo que bastante inespecífico e generalizante (MINAYO, HARTZ E BUSS 2000). Em 1993, Guiteras e Bayés (p. 179) conceituam qualidade de vida como: “É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde.” Um ano depois, Rufino Netto (1994) assim se refere: “Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes”. Percebe-se que na área clínica a referência sempre é a enfermidade e o quanto ela impacta nas capacidades e na vida da pessoa, assim sendo qualidade de vida trazer melhorias para as condições de vida dos pacientes doentes. Confirmando isso, Gill e Feinstein (1994) concluem que qualidade de vida relacionada à saúde (“*healthrelated quality of life*”) e estado subjetivo e saúde (“*subjective health status*”) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente. Day e Jankey (1996) explicam que as teorias médicas de qualidade de vida historicamente têm por base a cura e sobrevivência das pessoas pelo fato que muitas intervenções médicas causam efeitos colaterais desagradáveis, considerar a qualidade de vida durante o tratamento também é importante.

Em 1995, um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde denominado WHOQOL Group, chegou a um consenso do conceito de QV: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group 1995). Embora este conceito tenha sido elaborado para todos os povos, conserva aspectos que vislumbram a individualidade e subjetividade de cada indivíduo inserido em sua cultura, através de uma avaliação pessoal (ARAÚJO, SOARES, HENRIQUES, 2009).

Day e Jankey (1996), Classificam os estudos sobre QV de acordo com quatro abordagens gerais: econômica – aonde os indicadores sociais são o principal elemento; psicológica - considerarem qualidade de vida somente enquanto um aspecto subjetivo à pessoa, desconsiderando o contexto ambiental em que está inserida, e é a principal limitação dessa linha de pensamento; biomédica – tratam, principalmente, da questão de oferecer melhorias nas condições de vida dos enfermos, tratadas até agora no texto; e geral ou holística - que baseiam-se na premissa da multidimensionalidade (Day e Jankey, 1996).

As abordagens gerais ou holísticas apresentam uma organização dinâmica e complexa dos seus componentes e difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente e mesmo entre duas pessoas inseridas em contextos similares. Características como valores, inteligência, interesses são importantes de serem considerados, como também poder aproveitar as possibilidades da vida, de escolher, de decidir e ter controle de sua vida. Além disso, qualidade de vida é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde e não o contrário (Renwick e Brown, 1996). Cita-se como exemplo o modelo de degraus com os componentes de qualidade de vida, ilustrado na figura 4:

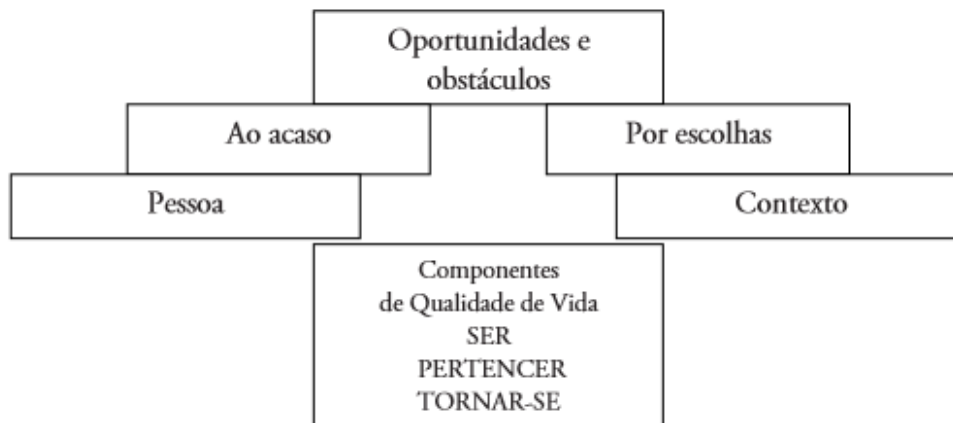


FIGURA 4 - Modelo (degraus) para a pessoa aproveitar as possibilidades importantes de sua vida de Renwick e Brown, 1996, adaptado por Pereira, Teixeira e Dos Santos, 2012.

De acordo com o modelo apresentado, o “ser” é entendido como o que o ser humano é resultado de sua nutrição, aptidão física, habilidades individuais, inteligência, valores, experiências de vida, etc. Quanto ao “pertencer” trata-se das ligações que a pessoa tem em seu meio ambiente, casa, trabalho, comunidade, possibilidade de escolha pessoal de privacidade, assim como da participação de grupos, inclusão em programas recreativos, serviços sociais, etc. O “tornar-se” remete à prática de atividades como trabalho voluntário, programas educacionais, participação em atividades relaxantes, oportunidade de desenvolvimento das habilidades em estudos formais e não formais, dentre outros. Os componentes “ser”, “pertencer” e “tornar-se” apresentam uma organização dinâmica entre si, consideram tanto a pessoa, como o ambiente, assim como as oportunidades e os obstáculos. Podemos acompanhar na figura 5:

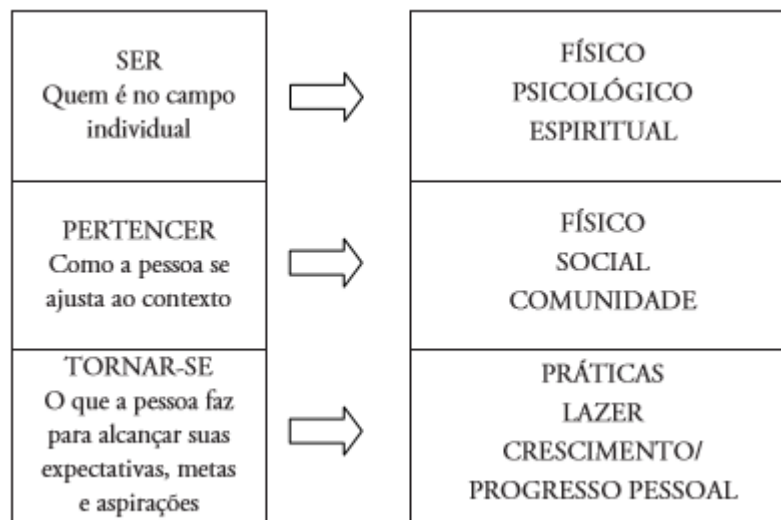


FIGURA 5 - Qualidade de vida: componentes e subcomponentes essenciais do modelo de Renwick e Brown, 1996, adaptado por Pereira, Teixeira e Dos Santos, 2012.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) a QV possui uma noção polissêmica, aonde a última instância remete ao plano individual, e tem pelo menos três fóruns de referência. O primeiro é histórico: em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural: certamente, valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto se refere às estratificações ou classes sociais: os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.

Confirmando esta noção polissêmica, o trabalho de reflexão filosófica de Santin (2002) traz novas reflexões históricas sobre a cultura corporal e a qualidade de vida: “A QV para o cristão medieval, era ter a alma em estado de graça, ainda que ao custo de um corpo sofrido e recusado. Desde o surgimento da biologia molecular criou-se um novo paradigma de QV. Neste caso a QV consiste na ordenação de um código genético sem genes defeituosos.” Assim, comparando a QV da época medieval e a da era da biologia molecular.

Indicadores de Qualidade de Vida

Inúmeros instrumentos têm sido propostos, tanto nas linhas quantitativas e qualitativas de pesquisa. Porém, por ser tão relativo e complexo não há padrão ouro para essa medida e diversas são as críticas sobre os indicadores existentes. Sabe-se que a partir dos anos 80 houve um aumento no número da criação de instrumentos na literatura, identificados por Costa Neto em 1998 (Seidl e Zannon, 2004).

Existem hoje, instrumentos genéricos que são utilizados na avaliação da QV da população em geral, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação de sistemas de saúde. E, instrumentos específicos que avaliam de forma particular determinados aspectos da QV. Proporcionam uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo e sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural do curso da doença ou após determinada intervenção. Aplicam-se estudos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (CAMPOS e NETO, 2014).

Podemos citar como principais instrumentos genéricos:

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): Elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento humano em três dimensões renda, educação e saúde. O IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população (PNUD, 1990).
- Índice de Condições de Vida (ICV), desenvolvido pela Fundação João Pinheiro: É composto de 20 indicadores em cinco dimensões: 1- renda (familiar per capita, grau de desigualdade, percentagem de pessoas com renda insuficiente, insuficiência média de renda e grau de desigualdade na população de renda insuficiente); 2- educação (taxa de analfabetismo, número médio de anos de estudo, percentagem da população com menos de 4 anos de estudo, percentagem da população com menos de 8 anos de estudo e percentagem da população com

mais de 11 anos de estudo); 3- infância (percentagem de crianças que trabalham, percentagem de crianças que não frequentam escola, defasagem escolar média e percentagem de crianças com mais de um ano de defasagem escolar); 4- habitação (percentagem da população em domicílios com densidade média acima de duas pessoas por dormitório, percentagem da população que vive em domicílios duráveis e percentagem da população que vive em domicílios com instalações adequadas de esgoto) e 5- longevidade (esperança de vida ao nascer e taxa de mortalidade infantil). O ICV é resultado da colaboração entre FJP/IPEA/IBGE/PNUD.

- *Sickness Impact Profile (SIP)*: foi desenhado para ser largamente aplicado em diversos tipos e severidades de doenças e em subgrupos demográficos e culturais. Ele representa uma medida de estado de saúde baseada no comportamento, e foi desenvolvido para fornecer uma medida de estado de saúde percebido. O SIP contém 136 itens distribuídos em doze categorias descrevendo comportamentos relacionados a: sono/descanso, alimentação, trabalho, gerenciamento da casa, recreação, deambulação, mobilidade, cuidado com o corpo e movimento, interação social, comportamento de vigília, comportamento emocional, e comunicação. Ele produz um resultado global de categoria e dimensão. Quanto à aplicação, o instrumento tem a intenção de fornecer uma medida de efeitos ou resultados do cuidado à saúde que pode ser usada em avaliação de resultados, planejamento de programas e formulação de políticas (LIMA e PORTELA, 2010).

- *Nottingham Health Profile (NHP)*: foi desenvolvido como uma medida multidimensional própria para medir estado de saúde entre populações e também, para avaliação de resultados de intervenções médica ou social. O NHP engloba 38 afirmações associadas a seis categorias que refletem aspectos de problemas de saúde: energia, dor, reações emocionais, sono, isolamento social e reações físicas (LIMA e PORTELA, 2010).

- *The Medical Outcomes Study 36-Item Form Health Survey (SF-36)*: é um inquérito de saúde geral global. Este contém 36 itens e inclui uma escala multi-item de medição para cada um dos oito conceitos de saúde: funcionalidade física, limitações nos papéis por problemas na saúde física, dor corporal, funcionalidade social, saúde mental geral (angústia psicológica e bem-estar psicológico), limitações nos papéis por problemas emocionais, vitalidade (energia/fadiga), e percepção de saúde geral. O questionário produz um perfil de saúde onde os resultados são codificados, somados para cada dimensão.

- *McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)*: é um questionário auto aplicável de 59 itens que pode ser completado em 20 minutos e avalia as funções física, social e emocional. Apesar de genérico, seus escores (de 0 = função extremamente ruim a 1 = função extremamente boa)

têm sido bem correlacionados com a avaliação global da doença por profissionais de saúde e com os parâmetros biológicos (BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997).

- *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS): é um questionário auto administrável que pode ser completado em 60 minutos e avalia as funções física, social e psicológica, assim com a percepção geral de saúde (BRANDÃO, FERRAZ, ZERBINI, 1997).

- Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF): O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente (WHOQOL Group, 1995).

A título de informação, cito alguns instrumentos específicos. Pois, para cada objeto estudado, hoje existem inúmeros instrumentos específicos.

- Pacientes com insuficiência renal crônica terminal - *The Kidney Disease Questionnaire* (KDQ): desenvolvido especificamente para pacientes submetidos a hemodiálise. Apresenta reprodutibilidade, validade e maior responsividade que outras medidas de desfecho utilizadas em ensaios clínicos. Leva cerca de 25 minutos para ser completado (NETO e FERREIRA, 2003)

- Pacientes com asma - *Asthma quality of life questionnaire* (AQLQ): é um questionário específico de medição da qualidade de vida de doentes com asma, com fortes propriedades de avaliação. Tem 32 questões relativas a 4 domínios (sintomas, limitações da atividade, função emocional e exposição ambiental). É pedido aos doentes para recordarem as suas experiências nas últimas duas semanas e para responderem a cada questão numa escala de sete pontos - de 'nenhuma limitação' a 'grave limitação' (FERREIRA, Lara Noronha; BRITO, Ulisses; FERREIRA, 2010).

- Pacientes com Diabetes - *Quality of Life Measure* (DQOL), que foi desenvolvido pelo grupo multicêntrico, em 1988, para diabéticos tipo 1 e, em 1994, empregado também para diabéticos tipo 2. Em 2008, foi validado no Brasil por para adultos diabéticos tipo 2, passando a ser denominado DQOL-Brasil (BRASIL, PONTAROLO, CORRER, 2014)

Os instrumentos utilizados na medida de Qualidade de Vida devem apresentar características básica, citadas por Neto e Ferreira, (2003) de: reprodutibilidade, validade e sensibilidade à mudanças. Reprodutibilidade é a medida de consistência dos resultados, quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes,

levando a resultados similares. Validade de um instrumento é a propriedade do mesmo de medir o que realmente se pretende medir. Os principais tipos de validade que devem ser considerados na seleção ou na construção de uma medida de Qualidade de Vida são: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção. A validade de conteúdo diz respeito à relevância dos itens do questionário, incluindo compreensão e ausência de ambiguidade da escala. A validade de critério é a correlação da escala com outras medidas da doença consideradas como “padrão-ouro”. Outra maneira de medir validade de critério é verificar a validade de construção, que consiste em ver se existem associações com outras variáveis, nas quais existem razões para se supor que estão ligadas entre si. Sensibilidade a mudanças é definida como a habilidade da escala de registrar alterações devido a tratamento ou mudanças associadas à história natural da doença. Essa propriedade é mais importante quando o propósito da medida é avaliativo, sendo de pouca relevância para instrumentos do tipo discriminativo ou preditivo.

Para Hubert, (1997) os indicadores criados para medir esta qualidade de vida são de principalmente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-benefício. Muitas vezes, as técnicas criadas para medi-la não levam em conta o contexto cultural, social, de história de vida e do percurso dos indivíduos cuja qualidade de vida pretendem medir (*apud* MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). Pensando na complexibilidade e na individualidade de cada um, os estudos qualitativos em qualidade de vida mostram-se necessários, e muitas vezes aparecem na literatura associados a estudos quantitativos.

Os estudos qualitativos proporcionam um conhecimento bem mais aprofundado, possibilitando a compreensão da qualidade de vida do objeto a ser estudado. Usam-se, na maior parte das vezes, observações diretas e/ou participantes, entrevistas formais ou informais e com ou sem roteiro e também entrevistas em grupo. Na literatura, encontramos diversos trabalhos sobre qualidade de vida em diferentes objetos: percepção de profissionais da área da saúde, como por exemplo, o trabalho sobre a percepção de enfermeiros sobre a qualidade de vida (ARAÚJO, SOARES, HENRIQUES, 2009); pacientes das mais diversas enfermidades em diversas populações, como por exemplo HIV/AIDS (MEIRELLES, 2016; OLIVEIRA, 2017), portadores de distúrbios osteomusculares (DOSEA, DA CUNHA, LIMA, 2016) idosos com câncer (DA SILVA, HANSEL, DA SILVA, 2016) mulheres mastectomizadas (DE ALMEIDA, 2016;) e grupos específicos de profissionais como por exemplo professores (PENTEADO, BICUDO, 2007), entre tantos outros trabalhos encontrados sobre qualidade de vida.

Corpo Feminino e Sociedade

A percepção do corpo é fruto de uma construção social aonde, desde crianças, recebemos educação moral baseada em conceitos e valores da sociedade em uma determinada cultura onde estamos inseridos. Segundo De Almeida (2016), no Brasil a cultura que prevalece é a cultura sexista, e o corpo feminino é tratado como um corpo frágil, passivo, desprovido de força, onde a beleza física do corpo magro se torna um atributo fundamental, para não dizer determinante, para o sucesso no convívio social. Já o corpo masculino, ao contrário, é tratado como o corpo forte, agressivo e viril. Para Silva (2007), mulheres e homens aprendem muito cedo a ocupar e/ou a reconhecer seus lugares na sociedade, e, a família, a escola, a mídia, a religião, amigos e relacionamentos, entre outras instancias sociais, atuam nesse processo desempenhando papel importante nessa complexa rede que (com)forma e governa nossos corpos e nossas vidas. Para Gamino, 2016 o debate sobre o padrões sociais e culto ao corpo devam ser trabalhados na escola, principalmente por parte dos professores de Educação Física, porém que não é realizado.

Nahoum (1987) identifica dois fatos históricos fundamentais para a transformação da imagem social do corpo feminino. O primeiro deles refere-se à difusão da técnica da feitura de espelhos. O uso de espelhos era restrito a uma elite até o começo do século XVIII. Somente no século XX sua utilização passou a ser maciça nas classes populares. O autor questiona: “Como viver num corpo que não se vê? Como mirar sua celulite na água do poço? Seu queixo duplo, no fundo da panela? Como construir uma imagem corporal tendo por espelho os olhos do outro?”. O segundo está relacionado à educação que nossos sentidos receberam, na qual a visão trouxe um papel principal no que diz respeito à representação corporal. Assim, as formas de atenção ao corpo foram construídas e conseqüentemente seu pudor que contribuiu na educação do olhar sobre o corpo. (*apud* NOVAES; VILHENA, 2003)

Outro marco histórico foi a Revolução Industrial do século XVIII, que trouxe consigo novas relações com o corpo, junto ao surgimento de uma realidade sociocultural diferente dos inúmeros processos históricos anteriores. Primeiro, o Iluminismo propiciou a ascendência de novos paradigmas e a ciência pode encontrar ainda mais avanços. A medicina passou a ter uma posição decisiva na compreensão do corpo individual e do corpo social. Os crescimentos das ciências fisiológicas e da anatomia, desde o século XV, propiciam uma construção cartográfica do corpo, tornando clara a constituição de suas carnes (CORBIN, 2008; SOARES, 2008).

Depois, formas de se construir um corpo produtivo, forte e limpo, dito “saudável”, ascendem, a partir de investimentos sobre o interno. As práticas de exercícios adquirem maior atenção das mulheres e o ideal de mulher frágil começa a ser substituído por o de uma mulher de carnes firmes e fortes. O corpo agora revelado e já cartografado torna-se um modelo anatômico de perfeição, dando sentido e pedindo emergência a pedagogias que possam educá-lo, cuidando de seu peso, dos excessos e também das faltas (SOARES, 2008).

A mulher passa a buscar por sua autonomia, seja econômica ou social, da moralidade clerical/patriarcal que a oprimia, tudo isso sem deixar de lado sua beleza feminina, surgindo assim, um novo estereótipo feminino. Percebe-se uma crescente valorização da mulher, ainda condicionada às diferenças biológicas entre os homens e estas. No século XVIII percebe-se um alargamento dos quadris da mulher devido a um novo olhar ascendente às “partes baixas”, ainda escondidas pelos vestidos. Com o passar do século, o corpo feminino adquire liberdade e fluidez, exprimindo uma leveza agora valorizada: “A rigidez regride. A beleza exigia partes mais móveis e movimentos mais rápidos.” (VIGARELLO, 2006).

No Brasil, o modelo de corpo e beleza, em décadas passadas, eram aquelas mulheres que possuísem baixa estatura, pele morena, cabelos negros, longos e crespos, cintura fina, quadril grande e busto pequeno. Porém, esse padrão de beleza teria sofrido um “impacto norte-europeizante”, transformando a imagem corporal brasileira e seus padrões para os ideais seguidos no exterior, como corpos menos arredondados, estatura elevada, cabelos lisos e loiros (GLANER, 2005).

Para Del Priori (2000), apesar das diversas mudanças que a mulher passou em nosso país, ela continua submissa; antes da dominação dos homens, e, atualmente da árdua tarefa de corresponder ao padrão de juventude, beleza e saúde. Para a autora a identidade do feminino hoje corresponde ao equilíbrio entre a tríade beleza-saúde-juventude. São três componentes culturais interligados que formam a base dos discursos hegemônicos. É uma relação que aponta também para um discurso médico-científico permeada de sexismo, principalmente em determinadas especialidades como a cirurgia plástica. Em sua reflexão, as mulheres cada vez mais são socializadas a identificar e a explicitar a beleza dos seus corpos pela juventude, esta pela saúde e a saúde pela beleza estética. Nesse sentido, as práticas de aperfeiçoamento dos corpos trouxeram a sedimentação necessária para a constituição da força coercitiva constituída pela tríade (DEL PRIORE, 2009).

Percebe-se que os corpos femininos, assim como as concepções de beleza, se remontam e se reconstróem historicamente, a partir das várias influências as quais são submetidos e as quais igualmente constroem (LEITZKE, A T S; BAPTISTA, 2014)

Atualmente os padrões de beleza têm exigido perfis antropométricos cada vez mais magros para as mulheres e fortes para os homens (FLEITLICH,1997; PEREIRA *et al.* 2009). Diversas adolescentes possuem uma alta insatisfação com a imagem corporal, mesmo quando apresentam índices saudáveis (GAMINO, 2016) As mulheres buscam não possuir nenhuma gordura corporal, principalmente na região da barriga e quadris; nádegas, coxas definidas e grandes; seios fartos; braços firmes porém com pouca musculatura aparente e, nenhuma celulite, estria, ruga ou expressão de idade no corpo. Os homens preferem os membros superiores mais fortes com grande hipertrofia muscular, quanto mais aparente o músculo, melhor. Pernas definidas e fortes.

Sant'Anna (2001) explica que a atual sociedade tanto cultua o corpo como não cessa de desprezá-lo, comercializá-lo e “coisificá-lo”. Assim, os olhares têm se voltado a corpos moldados por exercícios físicos, cirurgias plásticas e tecnologias estéticas (RUSSO, 2005).

Segundo o IBGE (2010), no Brasil, 48% das mulheres atualmente apresentam excesso de peso e 16,9% têm obesidade. Se avaliarmos os dados da *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), o Brasil realiza mais de 2 milhões de procedimentos ao ano, ficando apenas abaixo dos EUA. São cirurgias de lipoaspiração, implante de silicone nos seios, cirurgia na pálpebra, abdominoplastia, lifting de pescoço e rosto, preenchimento do rosto, implante de silicone nas nádegas, rinoplastia, entre tantos outros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016). O que nos leva a refletir em quantas mulheres fazem parte naturalmente deste padrão de beleza/magreza, e quantas passam por procedimentos estéticos extremos, dietas rigorosas, podendo desenvolver compulsões alimentares, problemas psicológicos, distorção da imagem corporal e queda da sua qualidade de vida tentando se moldar para buscar um corpo aonde se sintam parte da sociedade.

Para Del Priore (2009), a indústria cultural ensina às mulheres que cuidar do binômio saúde e beleza é o caminho mais seguro para a felicidade individual, ou seja, para uma juventude eterna. Os *sites*, *blogs*, páginas no *Facebook*, canais no *Youtube*, contas de *Instagram* e *Snapchat* que procuram "ajudar" as mulheres a se equilibrar na tríade se proliferam a cada dia. Ainda utilizam enfoque de cunho científico para realizar o marketing e a divulgação, tais como: autoestima, qualidade de vida, saudável, bem-estar. Essas palavras escondem as pressões sociais que as mulheres sofrem para serem magras, esbeltas e femininas.

Corpos Gordos ou Obesos?

Até o século XIX, as mulheres com corpos gordos eram associadas à saúde e à riqueza, ou seja, a poder comer do bom e do melhor. No começo do século XX, o corpo gordo passou a ser associado à feiura e ao vulgar, e o corpo magro, ao elegante e ao fino. Tinha início à moda da mulher magra, presente até hoje – não só uma moda, uma obsessão pelo emagrecimento (DEL PRIORE, 2000).

Segundo Santolin e Rigo (2015) considera-se que o primeiro enunciado histórico de patologização da obesidade¹ foi motivado por um julgamento estético e não por evidências científicas, epidemiológicas, laboratoriais ou empíricas. Aonde toda a condenação é ética, moral e religiosa de fundo², pois a “causa” seria em consequência de um excesso de saúde, vida rica, especialmente nos artigos alimentares e de um modo de vida fácil e sedentário.

Os autores concluem que após o estabelecimento da medida de massa corporal, desenvolveram-se, ao longo do século XIX, os fundamentos biopolíticos da estatística populacional, que, principalmente após a 2ª Guerra Mundial, passa a pautar-se por uma pedagogia de controle da política da governamentalidade extrair a sua legitimidade a partir de conceitos como o de risco e de expectativa de vida, sendo a quantificação uma ferramenta adequada para o desenvolvimento de uma noção de saúde ancorada em uma normalidade (SANTOLIN E RIGO, 2015). Oliver (2006) relata que os esforços alcançam poucos êxitos até o início do século XX, para transformar a condição numa patologia na área médica, porém quando o conceito de risco aparece é difundido por empresas de seguros e utilizado por estudos epidemiológicos, mudando assim o status daqueles que eram considerados obesos.

A partir de 1948, ano de criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade - que passará a ser definida em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC) - passou a ser considerada oficialmente uma patologia, integrando a Classificação Internacional das Doenças (CID). O objetivo maior desses estudos parece ser apenas o de outorgar ao poder

¹ Segundo o autor o termo foi utilizado por Sauvages (1772) com um significado que não levava em consideração a composição corporal, havendo somente uma assinalação de que o indivíduo portador desta condição possuía um corpo grande, volumoso, “carnudo” – independentemente se composto por gordura ou músculos. Mesmo sentido com que a palavra *corpulência/corpulence* foi empregada e ligeiramente diferente do conceito de obesidade, que é definida como “gordura corporal excessiva”.

² Os enunciados se aproximam dos discursos cristãos, como pode ser percebido num dos perigos sugeridos: “pavimentação do caminho para intemperanças perigosas”. Além da noção de temperança, há um paralelo do argumento cristão, em que o pecado da gula poderia levar a outros pecados mais graves, como a fornicação, sendo necessário, por conta disso, evitá-lo.

público o direito de reivindicar a antropometria do sujeito como interesse social (RIGO, SANTOLIN, 2012).

Hoje o termo obesidade é conceituada como: uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor. Existe um consenso de que a etiologia da obesidade é bastante complexa, apresentando um caráter multifatorial, envolve uma gama de fatores incluindo os: históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais. Mesmo assim, os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos relacionados ao estilo de vida, especialmente no que diz respeito ao binômio dieta e atividade física e concentram nas questões relacionadas ao maior aporte energético da dieta e na redução da prática da atividade física com a incorporação do sedentarismo, configurando o denominado estilo de vida ocidental contemporâneo (WANDERLEY, FERREIRA, 2010).

Em poucos anos o Brasil saltou da posição antagônica da desnutrição e da falta de alimentação para o excesso da concentração de gordura em boa parcela da população. E, desde esta percepção na literatura, os corpos gordos (considerados obesos) são tratados como uma questão de saúde pública. Para Rigo e Santolin, (2012), o objetivo maior desses estudos parece ser apenas o de outorgar ao poder público o direito de reivindicar a antropometria do sujeito como interesse social. Nesse contexto, as pessoas gordas se tornam alvo de uma disputa que envolve interesses econômicos, indústrias farmacêuticas, prestadores de serviços terapêuticos, políticos, entre outros. Atualmente convivemos com práticas e discursos de diferentes naturezas que forjam em nossa subjetividade uma concepção da pessoa gorda como um sujeito preguiçoso, lento, pouco produtivo, sedentário e doente. Ao analisarem o termo “Combate à obesidade”, os autores concluem que no corpus empírico analisado foi possível identificar uma tendência que ao excitar o "combate" (a perseguição) à obesidade também contribui para estereotipar estes indivíduos. Em parte, isso resulta do próprio conceito de obesidade, - gordura corporal excessiva - que traz consigo um juiz do corpo e da vida, que se conclama o direito e o dever de determinar a massa corporal ou o IMC ideal, “normal e saudável”, para os indivíduos contemporâneos.

Plus Size

Hoje, o corpo magro representa a saúde; o corpo gordo, a falta dela (DEL PRIORE, 2000). De acordo com Conti *et al.* (2012) as crenças pessoais, muitas vezes, embasam-se no fato de

que “ser magro(a)”, “estar magro(a)” é a chave para o seu sucesso pessoal, afetivo e social, associando desta forma a magreza à competência e à superioridade. Confirmando isso, Vasconcelos *et al.* (2004) afirmam que o corpo magro tornou-se um símbolo da felicidade, necessário para a mulher ser aceita socialmente e ter sucesso nos relacionamentos sociais e amorosos e na profissão. Em contrapartida, o corpo gordo representa um paradigma estético negativo; um corpo envolvido por preconceitos e estigmas; um corpo que torna a pessoa diferente das demais.

A construção negativa acerca do corpo gordo por vezes passa por algo naturalmente dado, quando é, na realidade, culturalmente adquirida, conforme atentam Vasconcelos *et al.* (2004). É preciso perceber o corpo enquanto linguagem, inserido num universo simbólico. Tendo isso em vista, é importante buscar questionar e desconstruir sentidos em torno do corpo gordo (AGENDES, 2012).

Na lógica da sociedade de consumo, em que o ser é definido pelo ter, um tipo de corpo pode estar associado a uma ou outra posição social. Para ser “alguém”, é preciso ter um corpo bem modelado, posses, *status* etc. As estratégias de marketing e a propaganda dos campos midiáticos transmitem ideais subjetivas que relacionam a aquisição dos produtos à aquisição de bem-estar, padrões corporais e *status*, entre outras coisas – ou seja, adquire-se a filiação à “tribo” desejada (MARCELJA, 2015). Por meio da imitação grupos sociais são formados e os indivíduos reproduzem atos, comportamentos e até mesmo modelos de corpos em sua cultura. Desta forma, cria-se o grupo com ascensão social, e, ao mesmo tempo, o grupo dos excluídos por sua vez une-se também. Para Agendes, (2012) algumas mulheres buscam sua auto aceitação de mulher gorda deixando seu corpo em segundo plano e valorizando qualidades relativas ao comportamento e à personalidade, como alegria e carisma e passam a se vestir de modo a parecer mais magra na tentativa de aproximar-se do paradigma de beleza.

Em meio a tudo isso, algumas mulheres criam um movimento/segmento chamado *Plus Size*, conhecidas por reunir modelos que fogem à regra dos padrões de beleza atuais. Segundo a indicação de GAUTÉRIO e DA SILVA (2016) utilizamos a palavra movimento, sugerindo não somente reivindicações políticas, mas também interesses econômicos, que estão ligados à ideia de segmento e de nicho de mercado. Assim, os sentidos dados às expressões movimento e segmento funcionam na mesma ordem, ou seja, reivindicam a inclusão social através da inserção na lógica do mercado e do consumo. Nesse momento histórico fala-se em segmento, pois vivemos numa sociedade de consumidores, que arrasta os mais diferentes modos de vida à esfera do consumo, da necessidade de consumir e de só se sentirem incluídos quando podem

consumir. Portanto no presente projeto, dada a inconsistência das terminologias, estamos utilizando a expressão movimento/seguinto para caracterizar o grupo.

Como marcos históricos para os movimento/segmento *plus size* no ano de 1989 lançou-se a primeira revista americana de moda e estilo para esse público, a “*Big Beautiful Woman*” (BBW Magazine). No ano 2000 foi lançado na internet o site “Criatura GG”, primeiro site brasileiro para o segmento, com o intuito de quebrar preconceitos e tirar dúvidas de meninas e mulheres *plus size* sobre moda, comportamento e todo o universo feminino. No entanto, foi no ano de 2008 que a moda *plus size* teve seu grande marco, a partir do concurso: *Americanas Next Top Model* (programa de horário nobre e um dos grandes sucessos da TV americana, uma espécie de reality show competitivo) com a vitória de Whitney Thompson ganhou o reality. Em 2011, a partir da percepção do crescimento da moda *plus size* no Brasil, foi criado o primeiro concurso nacional: “*Miss Brasil Plus Size*”, foi um grande sucesso e teve repercussão mundial (CANDIDO, ALMEIDA, ALMEIDA, 2014; SOUZA, 2016)



Figura 6 - Big Beautiful Woman Magazine - February 1989 - Fonte: <http://awfullibrarybooks.net/big-beautiful-woman/> Acesso em 06 de agosto de 2017



Figura 7 - Criatura GG - 16 de junho de 2017 <http://www.criaturagg.com.br/saúde/> Acesso em 06 de agosto de 2017



Figura 8 - Whitney Thompson vencedora do Americanas Next Top Model - <https://alchetron.com/Whitney-Thompson-855654/> Acesso em 06 de agosto de 2017

As mulheres *plus size* colocam-se em contrapartida a estes padrões estéticos de magreza e lutam para demonstrar que saúde deve ser observada em um contexto geral, não apenas por se adequar nos índices de normalidade e estatísticas. Segundo De Mello e De Freitas Leite (2015), as modelos *Plus Size* são ainda minoria, mas estão construindo sua identidade e mostrando que são felizes com o corpo que possuem e não precisam sofrer por não terem um corpo tido como ideal. De Mello e De Freitas Leite (2015), relatam que elas mesmas se encarregam de divulgar seus valores sociais e aos poucos o mercado de roupas já está entendendo suas necessidades.

Para ganhar proximidade com a parcela feminina desse nicho, o mercado adotou a este novo termo *plus size*. Para Marcelja (2015) o nome refere-se, mais do que ao manequim maior, a uma nova atitude, traduzida em sensualidade e orgulho das próprias formas. Também para a autora, muito mais do que um guarda-roupa, abre-se um mundo de estilos e influências. A individualidade é formada por necessidades, sentimentos, preferências e, naturalmente, traços físicos; ao vestir-se, a pessoa usa os traços mais marcantes de sua personalidade para escolher a peça que vai comunicar ao mundo o que ela é e como se sente. Por isso, ter acesso a uma boa variedade de estilos de roupas contribui para a composição de aparências específicas e adequadas às ambições sociais do indivíduo.

Para se considerar uma mulher *plus size* ainda não há uma conceituação definida, trazendo uma inconstância, pois alguns movimentos/segmentos definem a mulher *plus size* como aquela que possui a medida da cintura a partir de 100 cm – 106 cm e utiliza tamanho 44

de manequim, outros locais já reforçam que é a partir da medida da cintura 108 cm - 112 cm e utiliza tamanho 46 de manequim e ainda outros conceituam como modelos de roupa de tamanho 48 de calça para cima e GG em diante para blusas.

Poucas pesquisas existem sobre o tema *plus size*. Ao pesquisar em diversas plataformas, percebemos que emerge a pesquisa sobre a questão do vestuário *plus size*, principalmente nos cursos de moda e vestuário (BETTI, 2014; MEDEIROS, CARDOSO, 2014; GRADIN, DUFLOTH, FREIRE, 2012; ANKERKRONE, 2015; WINTER, MORAES, 2013; CANDIDO, ALMEIDA, 2014; NASCIMENTO, 2014; PETERS, 2014), poucas também sobre blogs e redes sociais para o público, aonde trazem a forma de comunicação e sociabilização de mulheres *plus size* (AGENDES, 2012; GAUTÉRIO, DA SILVA, 2016; NECHAR, 2015; MELGAÇO, 2016), e pouquíssimos estudos sobre o corpo e saúde destas mulheres (ALMEIDA, 2016; MORENO e RODRIGUES, 2014; SOUZA, 2016) e apenas um estudo sobre a atuação das mulheres como modelo *plus size* (CZERNIAWSKI, 2012, BRUM e DA SILVA, 2016), assim, novamente ressaltamos a necessidade de mais estudos e debate sobre o tema.

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa qualitativa demonstrou ser a mais adequada ao presente estudo, dado que, segundo Minayo (2010), ela se preocupa, com um nível de realidade que vai além da quantificação, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Desta forma, uma abordagem qualitativa efetivou-se como especialmente produtiva para tornar possível esta investigação, visto que os aspectos a serem observados como saúde e qualidade de vida são influenciados não só por fatores ambientais, mas elementos pessoais de relações sociais, trabalho, lazer e realização individual e coletiva. Indo ao encontro deste raciocínio, Moacyr Nobre (1995) cita:

Da mesma maneira, qualidade de vida não poderia ser determinada pelas condições ambientais ou pelo comportamento influenciado pelo meio social em que se vive. Deveria ser definida como algo inerente ao indivíduo, às suas características mais pessoais, tanto nos seus aspectos constitucionais de natureza hereditária, como naqueles adquiridos durante a vida. Algo que somente o próprio indivíduo pudesse avaliar e informar ao pesquisador, livre do julgamento a partir de valores externos a ele.

Aonde a abordagem qualitativa mostra compreender melhor estas sensações, realidades e valores dos quais a saúde e qualidade de vida se constituem.

Sendo assim, dentro da pesquisa qualitativa, optou-se por realizar um estudo de caso, pois segundo De Deus (2010), a primeira característica diz respeito ao fato de que o estudo de

caso focaliza uma situação, um fenômeno particular, o que o faz um tipo de estudo adequado para investigar problemas práticos. Para André (2005), o estudo de caso deve “revelar a descoberta de novos significados, estender a experiência do leitor ou confirmar o já conhecido”, sendo exatamente esta a proposta do estudo ao trazer as representações de saúde e qualidade de vida de mulheres *plus size*, onde estão em um movimento/segmento particular comparado a outras mulheres, mesmo as que se encontram com as mesmas medidas (100-104 cm - calça 44), porém não se identificam *plus size* e, assim tentar revelar novos significados em relação à qualidade de vida e saúde ou apenas confirmar e descrever o já conhecido.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

Mulheres que atuem como modelos fotográficas e/ou passarela do movimento/segmento *plus size* na cidade de Pelotas/RS e arredores.

5.3 AMOSTRA

A amostra do presente estudo não será calculada ou definida previamente. Recrutaremos o máximo possível de mulheres do movimento/segmento *plus size* para participarem do estudo, visto não ser uma atividade com um número alto de participantes na região sul. Tampouco o estudo filia-se a lógica de extrapolação de seus resultados, portanto não trata-se de cálculo amostral. As mulheres serão recrutadas ao longo do mês de setembro. Conseguimos o contato da organizadora do evento: Miss Plus Size RS, que aceitou pactuar com a pesquisa e disponibilizará os contatos das participantes para serem convidadas para o presente estudo. A partir da identificação destas, buscaremos indicação de outras mulheres que participem do movimento/segmento na cidade e arredores, a partir da lógica conhecida como bola de neve, onde uma entrevistada pode ir informando outra e uma rede vai se estabelecendo. Serão elegíveis para o estudo mulheres acima de 18 anos, de Pelotas/RS e arredores e que atuem como *plus size* independente de outras atividades e profissões.

5.4 MATERIAIS/INSTRUMENTOS

A técnica de pesquisa utilizada para produção de dados será realizada na forma de grupo focal, pois, segundo Aschidamini e Saupe (2004), nesta técnica estão delineadas as etapas que favorecem a elaboração dialética do pensamento grupal, levando à construção coletiva do conhecimento. Também é uma prática que em pouco tempo e baixo custo permite uma diversificação e um aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse (CHIESA, CIAMPONE, 1999 in ASCHIDAMINI, SAUPE, 2004).

A proposta do grupo focal não é estabelecer o consenso entre as mulheres, mas criar condições para que as participantes explicitem suas opiniões, sensações e vivências interagindo entre si. Ao utilizarmos o grupo focal como estratégia de coleta de dados, nosso propósito será conhecer e compreender a realidade das mulheres, suas percepções de saúde e qualidade de vida e que articulações veem sobre beleza, corporeidade e sociedade.

Criou-se um roteiro de conversa para apoiar o grupo focal que contém questões com os temas-chave a serem investigados (APÊNDICE 1). A sequência dos temas será ordenada segundo Borges e Santos (2005), primeiramente, por questões gerais e, em seguida, por questões específicas. Tal ordenação permite que os elementos essenciais apareçam de forma mais natural. A preparação desse roteiro exigiu uma análise cuidadosa dos objetivos da investigação, assim optamos por expor também uma matriz analítica para melhor compreensão dos instrumentos de coleta de dados com os objetivos da pesquisa (APÊNDICE 3).

Serão realizados quatro encontros que serão marcados em um local central para facilitar a locomoção, em datas definidas via aplicativo *Whatsapp*, aonde criaremos um grupo com todas as participantes para avisos e para motivação da participação na pesquisa.

Todas as sessões de grupos focais serão gravadas, com o auxílio de um gravador manual e uma câmera, e posteriormente degravadas, ordenadas e categorizadas para análise (as identidades permanecerão confidenciais e não serão divulgadas as gravações e filmagens).

O método de análise dos dados será realizado de acordo com Gomes (2009) que apresenta quatro procedimentos de análise e interpretação de dados em pesquisas qualitativas, que são: categorização, descrição, inferência e interpretação.

Também será distribuído um questionário de autopreenchimento (APÊNDICE 2), com questões socioeconômicas: idade, profissão, cor da pele, renda, escolaridade, se vive com ou sem companheiro (a), número de filhos; para fins de descrição do grupo estudado.

Para as reuniões do grupo focal faremos uma seleção, capacitação, treinamento e organização de equipe de trabalho, visto que o recomendado é que o moderador deva ser alguém externo à pesquisa. Então convidaremos os alunos de Mestrado e Doutorado em Educação Física da ESEF/UFPEL que já possuem experiência em pesquisas qualitativas para auxiliarem na condução nas reuniões do grupo focal e tenham disponibilidade de horários. Todos passarão por uma capacitação de 20h, aonde trabalharemos alguns tópicos: 1 - A técnica de grupo focal, 2 - O papel do moderador dentro da técnica, 3 - Como criar um ambiente propício para que diferentes percepções apareçam, 4 - Como instigar a participação de todos, e por último faremos demonstrações de situações adversas que podem ocorrer simulando uma reunião de grupo focal. Toda a equipe de trabalho participará de um grupo no aplicativo *Whatsapp* para manter o contato e facilitar a comunicação. Após o período de coleta toda a equipe receberá um certificado de participação no projeto.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo passará pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Em seguida de sua aprovação, será dada a largada para a fase de produção de dados. Todas as participantes serão convidadas, esclarecidas sobre a pesquisa e advertidas sobre a participação voluntária. Logo após, se for de sua vontade, assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4) para participar do estudo. Não haverá qualquer ônus financeiro, físico, no trabalho para as participantes, as quais poderão abandonar o estudo em qualquer etapa ou situação.

Para casos de constrangimentos gerados com a pesquisa, seja no grupo focal, seja nos questionários, a pesquisadora se compromete em encaminhar as entrevistadas nesta condição para um serviço de acompanhamento psicológico, inclusive acompanhando-as, caso algo nesse sentido ocorra.

Os dados gerados pela pesquisa serão armazenados com a pesquisadora por um período de cinco anos.

5.6 PROCEDIMENTOS

5.6.1 ANTES DA COLETA DE DADOS

- Aprovação do Comitê de Ética da Escola Superior de Educação Física;
- Seleção, capacitação e organização da equipe;
- Seleção da amostra, entrega da autorização e TCLE;

5.6.2 DURANTE A COLETA DE DADOS

- Sessões do grupo focal;
- Transcrição dos resultados;

5.6.3 DEPOIS DA COLETA DE DADOS

- Análise dos resultados;
- Elaboração do artigo;
- Apresentação final.

5.7 ORÇAMENTO

Para o presente estudo, calcula-se um orçamento de baixo custo, visto que a coleta de dados se realizará através grupo focal. As reuniões serão gravadas, porém este aparelho de gravação e a câmera já se possuem, o que não conta para o orçamento.

Nome	Valor unitário (reais)	Valor total (reais)
Pacote de folha de Ofício A4	25,00	25,00
Caneta	1,50	1,50
Impressão	0,25	10,00
Transporte	1,625	6,50
Lanches	20,00	80,00
TOTAL		123,00

REFERÊNCIAS

- AGENDES, D. Gordas, sim, por que não?: o discurso de mulheres gordas no blog Mulherão. Anais do VII SENALE: **Seminário Nacional Linguagens e Ensino**. Universidade Católica de Pelotas, 2012.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. **Rev. bras. epidemiol**, v. 3, n. 1/3, p. 4-20, 2000.
- ANDRÉ, M. E. D. A. Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional. Brasília: **Liber Livro Editora**, 2005.
- ANKERKRONE, Marcela Bezelga Francfort et al. Consumo de moda e representações nas telenovelas:: a construção da identidade da mulher plus size. **Dissertação de Mestrado ESPM**. 2015.
- ARAÚJO, SOARES, HENRIQUES, Quality of life: nurses' perceptions under a qualitative approach **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. ; 11(3):635-41. DISPONÍVEL EM: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a22.htm>>, 2009.
- BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. **O território e o processo**, 2007.
- BETTI, Marcella Uceda. Beleza sem medidas? Corpo, gênero e consumo no mercado de moda plus-size. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo, 2014.
- BOORSE C 1997. A rebuttal on health, pp. 1-134. *Apud* ALMEIDA FILHO, N. de. & JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(4): 879-889, 2002.
- BRANDÃO, Lenise; FERRAZ, Marcos Bosi; ZERBINI, Cristiano Augusto de Freitas. Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatóide: revisão atualizada. **Rev bras reumatol**, v. 37, n. 5, p. 275-81, 1997.

BRASIL, Fábio; PONTAROLO, Roberto; CORRER, Cassyano Januário. Qualidade de vida em adultos com diabetes tipo 1 e validade do DQOL-Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 1, p. 105-112, 2014.

BRUM e DA SILVA, Ela não é gorda, ela é fofinha: analisando as constituições de modelos Plus Size, **Trabalho de Conclusão de Curso** – FURG, 2016

CAMPBELL, Angus; CONVERSE, Philip E.; RODGERS, Willard L. The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. **Russell Sage Foundation**, 1976.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de saúde pública**, v. 32, n. 2, p. 232, 2014.

CANDIDO, Lariana Eveline; ALMEIDA, Thaylla Raissa de. Moda plus size jovem. 2014. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

CONTI, Maria Aparecida et al. Anorexia e bulimia–corpo perfeito versus morte. **Mundo saúde** (Impr.), v. 36, n. 1, p. 65-70, 2012.

CORBIN, Alain (org.). História do Corpo: 2. Da Revolução à Grande Guerra. 2 ed. **Petrópolis: Vozes**, 2008.

COSTA, Antonio José Leal; KALE, Pauline Lorena; VERMELHO, L. L. Indicadores de saúde. Medronho, RA. **Epidemiologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, p. 31-82, 2009.

CZERNIAWSKI, Amanda M. Disciplining corpulence: The case of plus-size fashion models. **Journal of Contemporary Ethnography**, v. 41, n. 2, p. 127-153, 2012.

DA SILVA, Jefferson Afoncio; HANSEL, Cristina Gonçalves; DA SILVA, Jaqueline. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica [Quality of life from the perspective of older adults with cancer: primary care nursing implications]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, p. e9621, 2016.

DA SILVEIRA CAMPOS, Silvana et al. Gordinha da Silva: análise discursiva acerca do corpo feminino considerado gordo no universo dos blogs. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. TEMATICO, p. 629-642, 2016.

DAY, H.; JANKEY, S.G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications*. **Thousand Oaks: Sage**, 1996.

DE ALMEIDA, Natália Gondim et al. Aspectos que podem influenciar a qualidade de vida da mulher mastectomizada/Aspects that may influence on the quality of life of a mastectomized woman. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 452-459, 2016.

DE ALMEIDA, Rogério José. O CORPO FEMININO NA CULTURA SEXISTA: a perspectiva de mulheres ainda obesas e de ex-obesas que se submeteram à cirurgia. **Caderno Espaço Feminino**, v. 29, n. 1, 2016.

DE DEUS, Adélia Meireles; CUNHA, Djanira do Espírito Santo Lopes; MACIEL, Emanoela Moreira. Estudo de caso na pesquisa qualitativa em educação: uma metodologia. **VI Encontro 2010**, 2010.

DE MELLO, Patricia Gomes; DE FREITAS LEITE, Francisco. A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO SUJEITO PLUS SIZE NA MÍDIA. **Caminhos em Linguística Aplicada**, v. 13, n. 2, p. 174-197, 2015.

DEL PRIORE, Mary. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. 2. Ed. **São Paulo: SENAC**, 2009.

DOSEA, Giselle Santana; DA CUNHA OLIVEIRA, Cristiane da Costa; LIMA, Sônia Oliveira. Percepção da qualidade de vida em portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho/Perception of quality of life in patients with work-related musculoskeletal disorders. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 482-488, 2016.

FARQUHAR, Morag. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of advanced nursing**, v. 22, n. 3, p. 502-508, 1995.

FERREIRA, Lara Noronha; BRITO, Ulisses; FERREIRA, Pedro Lopes. Qualidade de vida em doentes com asma. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 16, n. 1, p. 23-55, 2010.

FLECK, Marcelo PA, Sérgio Louzada, Marta Xavier, Eduardo Chachamovich, Guilherme Vieira, Lyssandra Santos e Vanessa Pinzon Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" **Rev. Saúde Pública**, 34 (2): 178-83, 2000.

FLEITLICH B. O papel da imagem corporal e os riscos de transtornos alimentares. **Pediatr Moderna**;32(1- 2):56-62, 1997.

Fleming, G, Hospital structure and consumer satisfaction. *Health Serv. Res.*, 16 (1):43-63, 1981 apud BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 1, p. 70-76, 2000.

GAMINO, M. Adolescência a partir de três dimensões: imagem corporal, relações pessoais e adaptação à nova escola. 2016. 36f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Educação Física Licenciatura) – Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016

GAUTÉRIO, Carla Rosanne Mattos; DA SILVA, Méri Rosane Santos. Os corpos gordos em uma sociedade de consumidores: movimento e segmento nos blogs plus size. **Revista Didática Sistêmica**, v. 17, n. 1, p. 91-106, 2016.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994.

GLANER MF. Aptidão física relacionada à saúde de adolescentes rurais e urbanos em relação a critérios de referência. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp.** 2005.

GOELLNER, Silvana V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, Guacira L.; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana V. (org.). *Corpo, Gênero e Sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. 2 ed. Petrópolis: **Voices**, 2003, p. 28-40.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: **Voices**, 2009.

GRADIN, Letícia; DUFLOTH, Mariá; FREIRE, Robson. O Que se Veste na Mídia, não Cabe no Consumidor: uma Reflexão sobre a Moda Plus Size e a Ditadura da Magreza Segundo a Visão do Consumidor. In: Artigo. *Intercom–Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação-XIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul*. Santa Catarina: UNIVALI. 2012.

GUITERAS AF, BAYÉS R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: *Fo rns M, Anguera MT, ortaciones recientes a la evaluación psicologica*. Barcelona: **Universitas**; 1993. p. 175-95.

HUBERT A 1997. De la difficulté de définir une definition. *Revue Prevenir* 33:15-18. *apud* MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. **Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, 2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Fundação João Pinheiro, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano 1998. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Qualidade de Vida. **IPEA**, Brasília, 49 pp.

LANDMANN, J. Judaísmo e medicina. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1993 *apud* TEIXEIRA, Elizabeth. O cuidar e a natureza em textos de história da saúde humana. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, 1998.

LEITZKE, A T S; BAPTISTA, T J R. O corpo histórico e a beleza (re)montada: relações históricas entre corpo, beleza e saúde feminina. **33º Simpósio Nacional de Educação Física “Educação Física, Esporte e suas Tecnologias” – ESEF/UFPEL**, 2014.

LIMA, Maria José Barbosa, PORTELA, Margareth Crisóstomo. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1651-62, 2010.

MARCELJA, Karen Grujicic. A busca por uma identidade através da moda plus size. **Anais Comunicon PUC/SP**, 2015

MARSH, H. W. & ROCHE, L. A. Predicting self-esteem from perceptions of actual and ideal ratings of body fatness: is there only one ideal “supermodel”. **Research Quarterly for exercise and Sport**, v. 67, n. 1, p.13-23, 1996.

MEDEIROS, Fabiana; CARDOSO, Cilene Estol. Moda Plus Size para Mulheres entre 25 A 55 Anos no Brasil. **Coloquiomodav**. 12, 2014.

MEIRELLES, Betina Horner Schindwein et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 11, n. 3, 2016.

MELGAÇO, Paula Tibúrcio et al. O corpo plus size feminino na mídia digital brasileira: análise discursiva e multimodal de posts da marca Duloren no Facebook. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça; MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. **Uma agenda para a saúde**, v. 2, 1996.

Michael P. O'Donnell (2009) Definição de Promoção da Saúde 2.0: Abraçando Paixão, aumentar a motivação, Reconhecendo equilíbrio dinâmico, e criando oportunidades. **American Journal of Health Promotion**: Setembro / Outubro de 2009, Vol. 24, No. 1

MIETTINEM OS - Quality of life from the epidemiologic perspective. **J Chron Dis** 1987; 40: 641-3. *Apud* NOBRE, Moacyr Roberto Cucê. Qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol**, v. 64, n. 4, p. 299-300, 1995.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAIS, Camila de Aquino. Concepções de saúde e doença mental: adaptação transcultural do instrumento de acesso aos cuidados em saúde mental. 2015.

MORENO, Tania Valéria Ajala; RODRIGUES, Marlon Leal. A constituição dos sentidos da mulher “plus size”. 2014.

NASCIMENTO, Jaqueline Lovato do. O vestuário fitness para mulheres com sobrepeso como motivador à prática de exercícios físicos. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. 2014

NECHAR, Patrícia Assuf et al. Culturas e comunicações do universo plus size: uma cartografia das imagens de corpo nos discursos nas redes sociais. 2015.

NETO, JOÃO FELÍCIO RODRIGUES; FERREIRA, CLEBER GONÇALVES. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. **CEP**, v. 39, p. 401-089, 2003.

NOBRE, Moacyr Roberto Cucê. Qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol**, v. 64, n. 4, p. 299-300, 1995.

OLIVEIRA, Denize Cristina et al. Dados qualitativos e quantitativos–convergência e complementariedade em estudos da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids no Brasil. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017.

PASCHOAL, Sergio Marcio Pacheco. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. **São Paulo**, v. 64, 2000.

PENTEADO RZ, BICUDO PEREIRA IMT. Qualidade de vida e saúde vocal dos professores. **Rev. Saúde Pública**. 41(2):236-43; 2007.

PEREIRA EF, Graup S, Lopes AS, Borgatto AF, Daronco LSE. Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant** ;9(3):253-62. 2009.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; DOS SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PETERS, Lauren Downing. You are what you wear: How plus-size fashion figures in fat identity formation. **Fashion Theory**, v. 18, n. 1, p. 45-71, 2014.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 1998. Informe sobre o desenvolvimento humano. **PNUD**, Brasília, 280 pp

RABELO ADRIANO, Jaime et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

RENWICK, R.; BROWN, I. The center for health promotion's conceptual approach to quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. **Thousand Oaks: Sage**, 1996. p.75-86.

RIGO, Luiz Carlos; SANTOLIN, Cezar. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Movimento**, v. 18, n. 2, 2012.

RUFINO NETTO A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia, pp.11-18. In MFL Lima e Costa & RP Sousa (orgs.). **Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia**. **Coopmed/ Abrasco**, Belo Horizonte. 1994

RUSSO R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. **Mov Percepção** 2005.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: **Estação Liberdade**, 2001.

SANTIN, Silvino. Cultura corporal e qualidade de vida. **Kinesis**, n. 27, 2002.

SANTOLIN, Cezar; RIGO, Luiz Carlos. O nascimento do discurso patologizante da obesidade. **Movimento**, v. 21, n. 1, 2015.

SCLIAR, M. *A Paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad saúde pública**, p. 580-588, 2004.

SILVA, F.F. *Corpos femininos superfície de inscrição de discursos: mídia, beleza, saúde sexual e reprodutiva, educação escolarizada...* (**Dissertação Mestrado**) Porto Alegre: UFRGS/PPGEC, 2007

SOARES, Carmen Lúcia. A educação do corpo e o trabalho das aparências: O predomínio do olhar. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval et al. *Cartografia de Foucault*. Belo Horizonte: **Autêntica**, 2008. p. 69-82.

SOBRAL, Cinthia Roman Monteiro. *Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres frequentadoras do Centro de Práticas esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP)*. 2007. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016, 5 Mitos sobre cirurgia plástica que ninguém te conta. Disponível em : <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/5-mitos-sobre-cirurgia-plastica-que-ninguem-te-conta> Acessado em: 10 e março de 2017.

SOUZA, Bárbara Pavei. *O Corpo Feminino Plus Size: Uma Visão Através Da Análise Do Discurso*. **IV Encontro Rede Sul Letras**, 2016.

SPINK, M. J. P. The Concept of Social Representations in Social Psychology. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993.

TAVARES, M. C. G. C. Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento. Barueri: **Manole**, 2003.

TEIXEIRA, Elizabeth. O cuidar e a natureza em textos de história da saúde humana. *Cogitare Enfermagem*, v. 3, n. 2, 1998.

VASCONCELOS, N.; SUDO, I.; SUDO, N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista Mal Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v.4, n.1, mar. 2004.

VIGARELLO, Georges. Panóplias corretoras: balizas para uma história. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi (Org.). Políticas do corpo. São Paulo: **Estação Liberdade**, 1995. p. 21-38.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesity: a plural perspective. **Ciencia & saude coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 41(10):1.403-1.409. 1995.

WINTER, Maria Fernanda Faria; MORAES, Sergio Garrido. NEM 38, NEM 42: Vaidade, autoestima e autoconceito para a consumidora de moda plus size. **Seminário de Iniciação da ESPM**, 2013.

7. APÊNDICES

Apêndice 1: Roteiro para a realização do Grupo Focal

Apêndice 2: Questionário de Pesquisa

Apêndice 3: Matriz Analítica dos instrumentos de coleta de dados

Apêndice 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

7.1 APÊNDICE 1

Roteiro para a realização do Grupo Focal

As mulheres estarão sentadas em cadeiras na posição de roda. A pergunta será realizada e todas responderão conforme desejarem, não haverá ordem para as respostas e nenhuma será obrigada a responder caso não queira, porém todas serão convidadas a falar.

“Boa tarde e bem vindas a nossa sessão. Obrigado por dispor de seu tempo para se juntar a nós e conversar sobre saúde e qualidade de vida. Meu nome é Mariana Gamino e meu assistente é Ambos somos da Universidade Federal de Pelotas. Queremos o que vocês pensam e vivem em relação à saúde e qualidade de vida. Nós estamos conduzindo as discussões para compreender melhor o seguimento/movimento plus size. Vocês foram convidadas porque se identificam e participam deste movimento/seguimento. Não existem respostas certas ou erradas, apenas pontos de vista diferentes. Por favor, sintam-se à vontade para compartilhar seus pontos de vista mesmo quando eles diferem do que outras tenham dito. Mantenham sempre em mente que nós estamos igualmente interessados em comentários positivos e negativos. Certamente vocês notaram os gravadores. Estamos gravando a sessão porque não queremos perder nenhum de seus comentários. As pessoas usualmente dizem coisas muito valiosas nessas discussões e nós não podemos anotar rápido o bastante para registrar a todas. Não usaremos nenhum nome em nossos registros e vocês podem ter a certeza da total confidencialidade dessa discussão.

Bem, vamos começar. Nós colocamos placas com nomes em frente de cada um, para facilitar que todos possamos nos tratar pelos nomes. Vamos conhecer um pouco mais sobre cada um, circulando pela roda. Começando pela minha esquerda, por favor, digam seu nome e sua profissão.

Reunião 1 - Tema central: plus size

Dinâmica: Passar um vídeo de uma modelo plus size na passarela

1. Como vocês conheceram o plus size?
2. O que significa ser uma mulher plus size?
3. Todas mulheres podem ser plus size?
4. Existem regras no plus size? E para modelar?
5. Como se sentem por ser mulheres plus size?
6. Assumir esse universo plus size modificou algum aspecto da vida de vocês?
7. O que ser plus size significa para sua saúde?
8. O que ser plus size significa para qualidade de vida?
9. Homens podem ser plus size?
10. Existem pontos negativos do plus size?

11. Qual sua relação com seu corpo?

Reunião 2 – Tema central: Saúde e beleza.

Dinâmica: História mulher sereia e mulher baleia:

Uma academia colocou um outdoor em São Paulo que dizia o seguinte: Neste verão, qual você vai ser? Sereia ou Baleia?

Uma mulher enviou a eles a sua resposta e distribuiu o seguinte email.

“Ontem vi um outdoor com a foto de uma moça escultural de biquini e a frase: Neste verão, qual você vai ser? Sereia ou Baleia?

Respondo:

Baleias estão sempre cercadas de amigos. Baleias tem vida sexual ativa, engravidam e tem filhotinhos lindos. Baleias amamentam. Baleias andam por ai cortando os mares e conhecendo lugares legais como a Antártida e os recifes de coral da Polinésia.

Baleias tem amigos golfinhos. Baleias comem camarão à beça. Baleias esguicham água e brincam muito. Baleias cantam muito bem. Baleias são enormes e quase não tem predadores naturais.

Baleias são bem resolvidas, lindas e amadas.

Sereias não existem...

Se existissem viveriam em crise existencial: Sou um peixe ou um ser humano? Não tem filhos, pois matam os homens que se encantam com sua beleza.

São lindas, mas tristes, e sempre solitárias...

Querida academia, prefiro ser baleia!”

(A referida academia retirou o outdoor na mesma semana!) AUTOR DESCONHECIDO

1. O que é uma mulher bela?
2. Existem padrões de beleza?
3. O *plus size* segue padrões de beleza?
4. Existe corpo que expressa saúde?
5. O que vocês compreendem por saúde?
6. Que aspectos vocês acreditam que influenciam nessa sua avaliação de saúde?
7. Como vocês avaliam a relação: saúde, atividade física e alimentação?
8. Na vida de vocês como essa relação existe?
9. Vocês acreditam que há relação entre saúde e uso de medicamentos?
10. Que outros aspectos são fundamentais quando se pensa saúde?

Reunião 3 – Tema central: Qualidade de vida

Dinâmica: Mostrar fotos da Jessamyn Stanley, mulher de 28 anos, americana que ficou famosa no Instagram depois de começar a postar suas fotos praticando yoga.

1. O que é qualidade de vida?
 2. Para vocês, quais fatores interferem na qualidade de vida de um indivíduo?
 3. Vocês possuem quais fatores que demonstram qualidade de vida?
 4. O que gostam de fazer nos momentos de lazer?
 5. Alguma vez vocês deixaram de fazer alguma atividade por sentir alguma barreira?
 6. Existem barreiras específicas das mulheres *plus size*?
- Retomar temas não debatidos ou pouco debatidos nas outras reuniões.

Reunião 4 – Tema central: Qualidade de vida - relações pessoais, fatores ambientais e de trabalho.

Dinâmica: ouvir a música Decote – Preta Gil e Pablo Vittar

Decote
 Hoje eu vou pro samba
 Que o meu corpo quer sambar
 Minha alma pede samba
 Eu cansei de te falar

Sou movida pela dança
 Que me faz querer cantar
 Você roubou o meu samba
 Ponha-se no seu lugar!

Eu falei
 Que eu era mais forte
 Agora boa sorte
 E me libertei
 Não se importe com o meu decote
 Eu bem que te falei
 Que eu era mais forte
 Agora boa sorte
 E me libertei
 Agora é minha vez

Você duvidava
 Que eu era capaz
 Estou aqui
 Consegui até mais
 Agora não vem correr atrás
 Você não me satisfaz

1. Como são suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas de trabalho)?
2. E como é a vida amorosa de vocês?
3. Vocês percebem alguma dificuldade ou facilidade nas relações pessoais por ser uma mulher *plus size*?
4. Como são suas perspectivas de trabalho?
5. Quais são suas necessidades financeiras?
6. Que redes sociais vocês usam? Seguem e postam sobre quais assuntos?
7. O que vocês acham do ambiente físico da onde vivem (clima, barulho, poluição, atrativos)?
8. Como são as condições do local onde moram?
9. E seu acesso a unidades de saúde? Utilizam com que frequência?
10. Que fatores fazem utilizar o acesso à unidades de saúde?

Agradecer a presença de todas pela participação nas reuniões.

7.2 APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PLUS SIZE	
1. Nome:	
2. Idade:	
3. Profissão:	
4. Renda:	
5. Escolaridade:	
6. Cor da pele: (0) Branca (1) Preta (2) Parda (3) Amarela (4) Indígena	
7. Estado Civil: (0) Com companheiro(a) (2) Sem companheiro(a)	
8. Você tem filhos? (0) Não (1) Sim Quantos: _____	

7.3 APÊNDICE 3

MATRIZ ANALÍTICA DOS INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

DIMENSÃO	INDICADORES	QUESTÃO	OBJETIVO RELACIONADO	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA				
Dados de identificação e Perfil socioeconômico	Idade	Idade:	Relatar um grupo de mulheres <i>plus size</i> em termos de características sociodemográficas.	Serão apenas expostos.				
	Profissão	Profissão:						
	Cor da pele	Renda:						
	Renda	Escolaridade:						
	Escolaridade	Cor da pele: (0) Branca (1) Preta (2) Parda (3) Amarela (4) Indígena						
	C/s companheiro	Estado Civil: (0) Com companheiro(a) (2) Sem companheiro(a)						
	Número de filhos	Você tem filhos? (0) Não (1) Sim Quantos: _____						
Plus Size - Corpo e sociedade	Movimento/segmento <i>Plus Size</i>	Como vocês conheceram o <i>plus size</i> ?	Observar as relações das mulheres com seu corpo, sociedade, beleza e movimento/ seguimento <i>plus size</i> .	DE ALMEIDA (2016); DEL PRIORE (2009); VIGARELLO (2006); GAUTÉRIO e DA SILVA (2016); MORENO (2014); SANT'ANNA (2001); SOARES (2008).				
		O que significa ser uma mulher <i>plus size</i> ?						
		Todas mulheres podem ser <i>plus size</i> ?						
		Existem regras no <i>plus size</i> ? E para modelar?						
		Como se sentem por ser mulheres <i>plus size</i> ?						
		Homens podem ser <i>plus size</i> ?						
		Existem pontos negativos do <i>plus size</i> ?						
	Imagem Corporal e Corporeidade	Assumir esse universo <i>plus size</i> modificou algum aspecto da vida de vocês?						
		Qual sua relação com seu corpo?						
		O que é uma mulher bela?						
		Existem padrões de beleza?						
		O <i>plus size</i> segue padrões de beleza?						
		Questões de saúde			Conceito de saúde, aspectos que influenciam e a auto percepção de saúde	O que ser <i>plus size</i> significa para sua saúde?	Descrever as representações e as características de saúde e comportamentais de mulheres <i>plus size</i> .	SCLAR (2007); BATISTELLA (2007); DEL PRIORE (2009); SANTOLIN E RIGO (2015); RIGO, SANTOLIN (2012)
						Existe corpo que expressa saúde?		
O que vocês compreendem por saúde?								
Que aspectos vocês acreditam que influenciam nessa sua avaliação de saúde?								
Que outros aspectos são fundamentais quando se pensa saúde?								
Alimentação e Atividade Física	Como vocês avaliam a relação: saúde, atividade física e alimentação?							
	Na vida de vocês como essa relação existe?							

	Uso de medicamentos	Vocês acreditam que há relação entre saúde e uso de medicamentos?		
Qualidade de Vida	Conceito e auto percepção de qualidade de vida	O que ser <i>plus size</i> significa para qualidade de vida?	Descrever as representações e as características de qualidade de vida e comportamentais de mulheres <i>plus size</i> .	MINAYO, HARTZ, BUSS (2000); SANTIN (2002); PEREIRA, TEIXEIRA E DOS SANTOS (2012); WHOQOL (1995); NOBRE (1995); PEREIRA (2012).
		O que é qualidade de vida?		
		Para vocês, quais fatores interferem na qualidade de vida de um indivíduo?		
		Vocês possuem quais fatores que demonstram qualidade de vida?		
Psicológico	O que gostam de fazer nos momentos de lazer?			
	Alguma vez vocês deixaram de fazer alguma atividade por sentir alguma barreira?			
	Existem barreiras específicas das mulheres <i>plus size</i> ?			
Relações Pessoais	Como são suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas de trabalho)?			
	E como é a vida amorosa de vocês?			
	Vocês percebem alguma dificuldade ou facilidade nas relações pessoais por ser uma mulher <i>plus size</i> ?			
Trabalho	Como são suas perspectivas de trabalho?			
	Estão satisfeitas com seu trabalho?			
	Quais são suas necessidades financeiras?			
Meio ambiente	Que redes sociais vocês usam? Seguem e postam sobre quais assuntos?			
	O que vocês acham do ambiente físico da onde vivem (clima, barulho, poluição, atrativos)?			
	Como são as condições do local onde moram?			
	E seu acesso a unidades de saúde? Utilizam com que frequência?			
	Que fatores fazem utilizar o acesso a unidades de saúde?			

7.4 APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo a participar do estudo “SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES *PLUS SIZE*”. Estou ciente de que estou sendo convidada a participar voluntariamente do mesmo.

OBJETIVOS DO ESTUDO: Investigar a saúde e qualidade de vida de mulheres *plus size*, relatar as características sociodemográficas, observar as relações das mulheres com seu corpo, sociedade, beleza e o movimento/seguimento *plus size*.

PROCEDIMENTOS: Serão realizados 4 encontros para debate sobre os temas: Plus size, saúde, qualidade de vida, relações pessoais, beleza, hábitos em saúde e qualidade de vida. E será aplicado um questionário para coletar dados sociodemográficos. Os resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usadas para fins de pesquisa.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Nenhuma participante será obrigada a responder as questões a fim de não causar constrangimento, intimidação, vergonha, desconforto e irritação. Caso necessário, um profissional qualificado irá conversar separadamente com a participante.

BENEFÍCIOS: As participantes terão a possibilidade de debater e aprender sobre saúde, qualidade de vida, corpo e sobre o movimento/segmento *plus size*. Também os resultados serão divulgados em artigos científicos a fim de trazer os temas á debate.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, a participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a nossas identidades permanecerão confidenciais durante todas as etapas do estudo. Não serão divulgadas as gravações e filmagens.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação.

RG: _____ ASSINATURA: _____ DATA: ____ / ____ / _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo pode entrar em contato através do meu endereço acima. Para outras considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPEL – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone CEP (53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Mariana Gamino da Costa

DIÁRIO DE CAMPO

DIÁRIO DE CAMPO

Este diário de campo tem como finalidade revelar os caminhos trilhados na elaboração desta investigação, que tem como objetivo investigar a saúde e qualidade de vida de mulheres modelos *plus size*.

Para desvelar essa questão, adotou-se a abordagem quantitativa, na forma de estudo de caso por focalizar uma situação, um fenômeno particular. A técnica de pesquisa utilizada para produção de dados foi grupo focal, por ser uma técnica dialética do pensamento grupal, levando à construção coletiva do conhecimento.

Iniciamos o campo na busca pelas participantes da pesquisa, buscamos o contato de modelos e organizadores de eventos na região sul. Identificamos o contato da organizadora do evento Miss Plus Size RS, que aceitou pactuar com a pesquisa e disponibilizou os contatos de algumas participantes, isso ocorreu em outubro e novembro de 2017. Logo fomos identificando participantes do movimento/segmento porém focamos nas mulheres que trabalhavam como modelos fotográficas e modelos de passarela. Usamos a lógica conhecida como Bola de Neve onde uma participante foi informando outra e uma rede foi se estabelecendo. Também foi publicado um chamado nas redes sociais convidando para participação no estudo.

Ao todo, foram contatadas vinte e uma mulheres, aonde via aplicativo *Whatsapp*, criamos um grupo para explicações e chamamento ao estudo. Das vinte e uma mulheres contatadas, seis recusaram a participação no estudo por diversos motivos: não querer se expor em um grupo de conversa, não ter tempo para participar, não ter afinidade com alguma outra participante, não participa mais no movimento/seguimento.

Após a aprovação no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, via plataforma brasil, no dia 8 de março, iniciamos novamente o contato para marcarmos local e horário com as participantes. A escolha que ficava mais adequada conforma os horários das participantes seria realizar as reuniões aos sábados, visto que muitas estudavam e trabalhavam durante a semana.

Então, iniciamos a pesquisa com dezesseis participantes confirmadas e marcamos uma sala na ESEF/UFPel no dia 24 de março às 9:30h. Organizei uma mesa de café da manhã para acolher as participantes e sistematizei a sala em forma de roda para facilitar a conversa e a visualização de todas. Este encontro contou com as dezesseis confirmadas e iniciou as 10h com a apresentação e dinâmica. Como o tema central era o *Plus Size* a dinâmica foi um vídeo

da entrevista de três modelos *Plus Size* no programa Encontro com Fátima Bernardes do canal Globo. As participantes se identificaram com as modelos do vídeo, o que facilitou o início do diálogo. O tema gerou bastante empolgação por parte das participantes. A reunião durou em média uma hora e depois algumas ainda ficaram conversando.

O segundo encontro foi no dia 7 de abril, pois como dia 30 de março foi feriado da Paixão de Cristo achamos melhor não marcar reunião no dia 31, pois algumas iriam viajar. Esta reunião marcamos no turno da tarde, pois como algumas trabalham no comércio marcar todos os encontros no turno da manhã iria prejudicar as participantes. Marcamos na mesma sala do primeiro encontro as 14:30h. Organizei uma mesa de café da tarde para acolher as participantes e sistematizei a sala em forma de roda para facilitar a conversa e a visualização de todas. Foram 11 participantes e iniciamos às 15h. Como o tema central era Saúde e Beleza a dinâmica foi um texto sobre a Mulher sereia e Mulher baleia - autor desconhecido. As participantes já estavam mais habituadas com a execução do grupo focal, então foi uma reunião mais tranquila e durou em média uma hora.

O terceiro encontro foi no dia 14 de abril às 9:30h na mesma sala. Neste encontro contamos com 10 participantes. Organizei uma mesa de café da manhã para acolher as participantes e sistematizei a sala em forma de roda. Como o tema central era Qualidade de vida a dinâmica foi observar e conversar sobre as fotos da americana Jessamyn Stanley, que ficou famosa na rede social *Instagram* por praticar yoga e ser uma mulher gorda. As participantes não conheciam a Jessamyn e ficaram impressionadas com as fotos. O grupo focal aconteceu com fluidez, mas percebemos que as respostas estavam cada vez mais curtas e tentamos cada vez mais estimular as participantes. O encontro durou em média uma hora.

O quarto encontro foi marcado para o dia 5 de maio, visto o feriado do dia 21 de abril - Tiradentes, e dia 28 de abril algumas não poderiam visto que dia 1 de maio era feriado também do dia do trabalhador e algumas participantes iriam viajar. Marcamos as 14:30h na mesma sala. Foram 9 participantes. Organizei uma mesa de café da tarde para acolher as participantes e sistematizei a sala em forma de roda. Como o tema central era relações pessoais, fatores ambientais e de trabalho a dinâmica foi ouvir a música Decote, das cantoras Preta Gil e Pablo Vittar. As participantes já estavam habituadas com os encontros e já se lamentavam por se o último. O grupo focal foi tranquilo e durou uma hora. Ao final algumas participantes agradeceram pela oportunidade de participar da pesquisa, mas a pessoa mais grata era eu. Nestes quatro encontros elas abriram suas vidas, dificuldades, questões extremamente pessoais e que nunca haviam contado para ninguém. Foram encontros ricos e cheios de aprendizagens de vida.

Após cada encontro já eram realizadas as gravações, a fim de caso houvesse necessidade voltávamos em algum assunto. Muitas perguntas foram adicionadas para compreender situações e assuntos que nem imaginávamos. Depois o foco foi para a análise dos dados, realizada a partir de quatro procedimentos de análise e interpretação de dados em pesquisas qualitativas, que são: categorização, descrição, inferência e interpretação e ao final para a elaboração do artigo.

ARTIGO

RESUMO NAS NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

GAMINO, M. **MULHERES MODELOS PLUS SIZE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE**. 2018. Dissertação de Mestrado (Educação Física) – Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

O objetivo foi descrever um grupo mulheres modelos *Plus Size* em termos de características sociodemográficas e comportamentais, assim como compreender como observam sua saúde. Estudo qualitativo, na forma de estudo de caso, em que a coleta de dados foi realizada na forma de grupo focal. Também foi aplicado um questionário de autopreenchimento, visando obter informações sócio demográficas. O grupo estudado possui 9 mulheres modelos *Plus size*. Por meio da presente investigação obteve-se como resultados que o *Plus size* é um movimento/segmento que vai além de um trabalho, é uma atividade entendida por elas como de cunho social e político, pois visa a empoderar pessoas não valorizadas em função de seus corpos. Com isso pretendem incluir e contemplar outras mulheres estimulando a auto aceitação. Por outro lado, para prosperar neste segmento há uma cobrança de mercado que estabelece parâmetros e limites aos corpos gordos. Percebeu-se que o julgamento alheio relacionando um corpo gordo a um corpo sem saúde, o preconceito da sociedade e dos profissionais de saúde é muito presente. Apesar de a maioria relatar as barreiras para a prática de exercícios físicos e grande parte das entrevistadas, em algum momento, já buscaram emagrecer utilizando chás, pílulas e dietas da moda, todas possuem diversos hábitos saudáveis em suas vidas.

Palavras chaves: plus size, mulheres, saúde, grupo focal

ABSTRACT

GAMINO, M. WOMEN MODELS PLUS SIZE AND ITS RELATIONSHIP WITH HEALTH. 2018. Master's Dissertation (Physical Education) - School of Physical Education, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2018.

The objective was to describe a group of female Plus Size models in terms of sociodemographic and behavioral characteristics, as well as to analyze how they understand their health. A qualitative study, in the form of a case study, in which the data collection was performed as a focal group. A self-completion questionnaire was also applied in order to obtain socio-demographic information. The group studied had 9 women Plus size models. Through the present investigation we have obtained as results that the Plus size is a movement / segment that goes beyond a work, is an activity understood by them as social and political, because it aims to empower people not valued according to their bodies. With this they intend to include and contemplate other women stimulating self acceptance. On the other hand, to thrive in this segment there is a market charge that establishes parameters and limits to fat bodies. It was noticed that the judgment of others connecting a fat body to a body without health, the prejudice of society and health professionals is very present. Although most report the barriers to physical exercise and most respondents have ever sought to lose weight using teas, pills and fad diets, they all have a number of healthy habits in their lives.

Keywords: plus size, women, health, focus group

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde - OMS define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”¹. E, a obesidade, que é definida em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), é conceituada como “uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor”².

Contudo, carregados de conceitos e discursos biomédicos, o ‘imaginário social’ - que seria o conjunto cumulativo das produções culturais que circulam numa determinada sociedade sob as formas mais variadas: iconográfica, literária, canções, provérbios, mitos - valoriza a estetização da saúde, processo no qual são utilizados critérios da medicina estética, da moda e da beleza construída nas academias de ginástica e em outros espaços de circulação como parâmetros de saúde, avaliando o corpo gordo como um corpo doente, que precisa ser emagrecido^{3,4}.

Atualmente o movimento/segmento intitulado como “*Plus Size*”, é uma das facetas de insatisfação quanto à padronização de saúde, beleza e juventude impostas pelos meios midiáticos e o universo da moda, reproduzida pelo imaginário social aonde pessoas exclusivamente magras são o único modelo a ser seguido. O *Plus Size* é uma expressão dada pelos norte-americanos para mulheres que usam roupas “acima do padrão convencional” e que significa, em tradução literal “tamanho maior”.

Esse movimento/segmento teve início nos EUA no século XX por mulheres que compreendiam a beleza do corpo gordo. A partir das décadas de 80 e 90, com a divulgação em revistas internacionais, ele ficou conhecido⁵ e se espalhou pelo mundo chegando ao Brasil. Pouca atenção acadêmica tem sido destinada para esse grupo, seja no sentido de compreender os interesses de mercado e sociais, bem como sobre a reflexão em torno da beleza e saúde destes corpos gordos.

Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi descrever um grupo mulheres modelos *Plus Size* em termos de características sociodemográficas e comportamentais, assim como compreender como observam sua saúde.

METODOLOGIA DA PESQUISA

O estudo caracteriza-se em uma pesquisa qualitativa, na forma de estudo de caso, pois se preocupa com um nível de realidade que vai além da quantificação, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁶. O critério de inclusão foi mulheres que atuam como modelos fotográficas e/ou passarela do movimento/segmento *Plus Size* na cidade de Pelotas/RS e arredores, independente de outras atividades e profissões. O máximo de mulheres identificadas foram recrutadas para o presente estudo, sendo que a atuação no segmento foi o critério balizador. As mulheres foram contatadas ao longo dos meses de outubro e novembro de 2017, quando identificamos a organizadora do evento Miss Plus Size RS, que aceitou pactuar com a pesquisa e disponibilizou os contatos de algumas participantes. A partir da identificação destas, buscamos indicação de outras mulheres que participassem do movimento/segmento na cidade e arredores, a partir da lógica conhecida como Bola de Neve onde uma participante foi informando outra e uma rede foi se estabelecendo. Também foi publicado um chamado nas redes sociais convidando para participação no estudo.

Ao todo, foram contatadas vinte e uma mulheres, aonde via aplicativo *Whatsapp*, criamos um grupo para explicações e chamamento ao estudo. Das vinte e uma mulheres contatadas, seis recusaram a participação no estudo e seis não conseguiram ir a todas as reuniões pela dificuldade de estabelecer data, local e horário adequado para todas. Finalmente, nove mulheres foram incluídas no estudo por participarem integralmente da pesquisa.

A técnica de pesquisa utilizada para produção de dados foi o grupo focal, pois, segundo Aschidamini e Saupe (2004), nesta técnica estão delineadas as etapas que favorecem a elaboração dialética do pensamento grupal, levando à construção coletiva do conhecimento⁷. Também é uma prática que em pouco tempo e baixo custo permite uma diversificação e um aprofundamento dos conteúdos relacionados ao tema de interesse⁸.

A proposta do grupo focal não é estabelecer o consenso entre as mulheres, mas criar condições para que as participantes explicitem suas opiniões, sensações e vivências interagindo entre si. Ao utilizarmos o grupo focal como estratégia de coleta de dados, nosso propósito será conhecer e compreender a realidade das mulheres, suas percepções de saúde e que articulações veem sobre beleza, corporeidade e sociedade.

Este foi organizado a partir de quatro encontros presenciais, marcados na Universidade Federal de Pelotas, sempre aos sábados, intercalando os turnos manhã e tarde. Criou-se um roteiro de conversa para apoiar o grupo focal que continha questões com os temas-chave a serem abordados. A pesquisadora principal conduziu os encontros que duraram em média uma hora cada. Cada encontro possuía uma dinâmica para introduzir ao assunto e iniciar a conversa. No primeiro encontro como o tema central era o *Plus Size* a atividade foi assistir um vídeo da entrevista de três modelos *Plus Size* em um programa televisivo; no segundo encontro como o tema central era Saúde e Beleza a prática foi um texto sobre a Mulher sereia e Mulher baleia - autor desconhecido; no terceiro encontro como o tema central era Qualidade de vida a dinâmica foi observar e conversar sobre as fotos da americana Jessamyn Stanley, que ficou famosa na rede social *Instagram* por praticar yoga; e o quarto encontro como o tema central era Relações pessoais, fatores ambientais e de trabalho a ouvimos a música Decote, das cantoras Preta Gil e Pablo Vittar. As dinâmicas ajudaram o grupo a iniciar o diálogo, visto que muitas participantes não se conheciam. O grupo relacionou-se bem e todas participaram ativamente das reuniões, com opiniões e relatos de casos pessoais. Todas as sessões de grupos focais foram gravadas, com o auxílio de um gravador manual e uma câmera, e posteriormente degravadas. O método de análise dos dados foi realizado de acordo com Gomes (2009) que apresenta quatro procedimentos de análise e interpretação de dados em pesquisas qualitativas, que são: categorização, descrição, inferência e interpretação⁹. Também foi distribuído um questionário individual de autopreenchimento com questões sociodemográficas.

O método de análise dos dados foi organizado a partir de quatro procedimentos de análise e interpretação de dados em pesquisas qualitativas, que são: categorização, descrição, inferência e interpretação⁷.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com o número de parecer 2.529.273 e

todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de participarem do grupo focal.

A análise do grupo focal será apresentada conforme duas categorias: 1) O movimento/segmento *Plus Size* e 2) A Saúde das mulheres *Plus Size*, assim compreendemos com maior facilidade as falas das mulheres estudadas. Destaca-se ainda que ao longo do texto todas as falas das participantes serão destacadas em itálico, assim como cada entrevistada será representada pela letra P de participante e uma numeração (Exemplo: P1,P2..), visando manter o sigilo absoluto quanto a identidade das mesmas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com mulheres, que apresentaram em média 31 anos de idade, sendo em sua maioria de etnia branca (77%) e com ensino médio completo (88%). A maior parte das mulheres (55%) possuía renda de até um salário mínimo e vivia com companheiro(a) (77%). Todas que possuem filhos (55%), têm apenas um.

O movimento/segmento Plus Size

A maioria das mulheres conheceu o Movimento/Segmento *Plus Size* pela indicação de outra pessoa: vendedoras de lojas voltadas a esse público, amigas, organizadoras de evento, como na fala da P6 - *“Eu conheci o plus numa forma bem inesperada. Eu fui fazer uma compra em uma loja plus size e conheci a vendedora que na época estava começando e estavam organizando um evento”*.

Para estas mulheres ser uma modelo *Plus Size* vai além de um trabalho, elas dedicam suas vidas a propagar a aceitação do corpo, empatia, empoderamento feminino, amor próprio e a luta contra o bullying e a gordofobia. Muitas usam suas redes sociais - *Facebook, Instagram, Tumblr, Youtube, Pinterest* - para divulgar trabalhos e desfiles a fim de conseguir ser referência para outras mulheres que não aceitam seus corpos, podemos perceber isso nas falas das participantes 4 e 6:

P4 – *“Ser plus size significa ser influenciadora, autora de si mesma, empoderada e forte, relevante.”*

P6 – *“É uma grande honra poder representar, expor mesmo o porquê e pra que a gente veio. Hoje em dia é bem complicado ver meninas novas se aceitarem assim, de criarem coragem e ir lá desfilarem na frente de um monte de pessoas. Pra mim é um orgulho. Uma honra ser uma mulher plus.”*

Como a internet não é apenas uma rede de computadores, ela passou a ser uma rede de informações para indivíduos interessados em várias coisas ao mesmo tempo. Não se separa mais uma coisa da outra, entretenimento, relacionamento e informação tornaram-se uma coisa só¹⁰. Neste aspecto a internet é uma rede de comunicação e de informações que circulam em tempo real, onde a necessidade de expressar-se se tornou

um hábito corriqueiro na população em geral, que por sua vez tornam as pessoas emissoras e preceptoras de informações, opiniões, geradores de conteúdo e motivação para algum fim.

Uma celebridade adquire um poder simbólico por meio da mídia, por divulgar seu estilo de vida, desde o que faz, com quem faz e como faz. Ao compartilhar essas informações passam a ter um estilo de vida desejado, tornando-se assim exemplos ou modelos a serem seguidos¹¹. Para as entrevistadas, mostrar seus corpos nas redes sociais é uma forma de propagar seus valores (citados anteriormente) e uma maneira de resistência a uma sociedade que propaga a magreza como beleza e saúde e assim desejam inspirar novas mulheres para adentrarem no movimento/segmento *plus size*.

E o *plus size* é um segmento ou um movimento?

A utilização da palavra movimento, que é utilizada para se referir a um “processo inacabado”, “um vir a ser”, o qual os sujeitos “suscitam em busca de um objetivo”. Traz a força dos movimentos sociais que são ações coletivas organizadas que possuem caráter político-social e cultural, que, entre outras coisas, buscam estabelecer políticas de proteção, promoção de igualdade e do reconhecimento da diferença. Já o termo segmento, possui os seguintes sentidos: “porção bem delimitada e destacada de um conjunto”, “segmento de mercado” sugerindo não somente reivindicações políticas, mas também interesses econômicos, que estão ligados à ideia de nicho de mercado¹².

Assim, os sentidos dados às expressões movimento e segmento funcionam exatamente nesta ordem, ou seja, as mulheres *plus size* estudadas reivindicam a inclusão social através da inserção na lógica do mercado e do consumo, mas, segundo elas mesmas, a luta pelo segmento *plus size* no mercado é diferente da luta do movimento social e político, apesar de uma se utilizar da outra, a luta do movimento social e político é muito maior, como percebemos na fala da P3 - “*A gente tem que para de se classificar como plus size, a gente não é plus size, plus size é tamanho de roupa, a gente é gorda. Aí eu vi que todo o momento a gente se encaixa dentro do plus size, dentro do plus size, e a gente tá só fazendo propaganda de roupa, a gente tá, tipo, resumindo todo o universo de ser gorda a caber dentro de uma roupa.*” Com esta colocação percebemos que muitas vezes a forma de incentivar outras mulheres a participarem do movimento inicia-se na valorização do seu corpo e aceitação de sua forma de beleza inserindo-a ao mundo da moda e logo à seguir trazendo a consciência de que a luta é por espaços sociais e políticos.

Para se considerar parte do movimento/segmento *Plus size* deve-se ter o manequim a partir do tamanho 44 para mulheres, e para homens a regra é a partir do manequim 52. Porém, segundo as entrevistadas, o foco principal de venda do mercado *Plus size* é a partir do tamanho 50 para mulheres. Assim podemos perceber que o mercado tenta ditar as regras do movimento/segmento, reduzindo as intencionalidades ao interesse econômico, pelo foco de venda. Também inúmeros *sites* e *blogs* que incentivam o *Plus Size* se utilizam do discurso de aceitação do corpo gordo e estimulam a autoestima para causar identificação do público com as marcas, e estas conseguem se inserir na dinâmica deste mercado e ganhar prestígio e fidelidade das compradoras.

As entrevistadas explicam também que existem diferentes categorias de *Plus size* conforme o padrão corporal: 1) Curvilíneo - que entra o corpo do tipo triangular e ampulheta (cintura marcada, seio grande, glúteos grandes); 2) Gordas - entra o corpo triangular invertido e corpo retangular (pouca cintura, ombros largos); 3) Extremamente gorda - que entram corpos redondos e ovais (barriga, seios e pernas grandes) – conforme a figura 1.

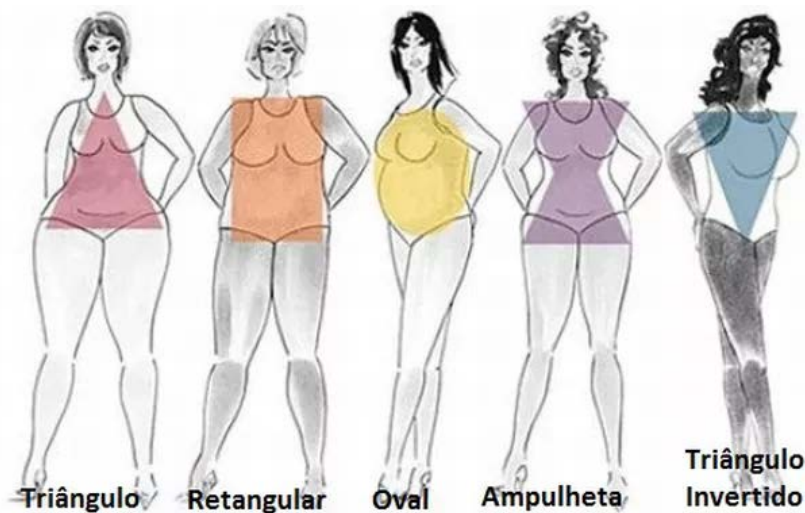


Imagem 1 – Tipos de corpos Plus Size. Referência imagem : Site Loja Plus Size Pianeta - <<<http://www.pianeta.com.br/single-post/2016/11/01/Tipos-de-corpos-Plus-Size-Qual-%C3%A9-o-seu>>> Acesso em 10/04/2018

E, para ser modelo profissional *Plus Size* as regras são bem mais duras, além das agências preferirem as modelos curvilíneas quase sem barriga, elas exigem desenvoltura, altura, tratamentos estéticos, entre outras exigências:

P3 – *“Me disseram que eu tinha todas as qualidades, eu tava perfeita, só precisava mudar o cabelo, por que eu na época eu tava ruiva e precisava voltar ao cabelo natural, e emagrecer até o 46 (...) Porque é uma pressão estética muito grande. Eu tenho pesadelo até hoje da entrevista, pra ter noção assim. Porque tu chegar em uma sala com 2 pessoas de 1,80m, magras, impecáveis. Aí te dizem: “Vai botar teu biquíni e tirar tua maquiagem, e senta aqui na minha frente.” Tu faz toda entrevista de biquíni. Elas te olham coisa por coisa, e vão perguntando: e essas estrias desde quando? E essa celulite tu não trata? Depilação é com cera ou com gilete? Tem que ser com cera. Minunciosamente te olham. E as tuas unhas, unhas assim cumprida sem nada não é unha de modelo, tem que ser curtinha ou sempre bem pintada. Ai tu fica assim: gente eu não sou uma boneca eu sou um ser humano! Então até essas modelos, eu sigo muitas modelos no instagram, e vejo elas venderem que ser modelo é uma coisa maravilhosa, então a agencia de vocês é o pai de vocês que manda, né porque é muito difícil!”*

Embora proponham um discurso que não apregoe um corpo magro como ideal, ainda assim sinalizam um ideal de corpo: o corpo cuidado, por exemplo, se as roupas não se adequam - use cintas, se o rosto tem marcas - cubra-o com maquiagem, e até mesmo, se desejar, emagreça¹³. Ainda que não desejem mais alcançar os corpos modelos magras impostos como bonitos, elas se inspiram em modelos gordas, mas não menos investidas dos mecanismos lançados pela cultura do consumo para o embelezamento do corpo. Estas mulheres continuam se esforçando para aperfeiçoar seus corpos, ainda que o ideal a ser alcançado tenha se modificado.

Neste ponto vemos que apesar de muitas das modelos do movimento/segmento *plus size* se utilizarem do discurso de aceitação do corpo, para continuarem a carreira de modelo elas devem realizar modificações constantes em seus corpos para mantê-los às necessidades do mercado. Apesar de ter o cunho social/político o movimento/seguimento *plus size* é uma inserção de nicho de mercado e para se manter neste negócio, deve-se seguir todas as regras. O aspecto mais inclusivo de movimento perde força para dar vazão a uma pressão estabelecida pelo segmento de venda de roupas, desfiles, produtos. Parece haver pressão semelhante àquela observada para corpos magros, no entanto aqui, mesmo que os corpos sejam gordos, há certas, características aceitas e outras não, como até mesmo não ser muito gorda.

Na cidade existem poucas agências no ramo, normalmente as modelos são autônomas e não tem esta como sua fonte de renda principal, tendo outras profissões, como a fala da participante 2 – *“Depois que eu vi, sinceramente, que não conseguiria viver do meio plus foi triste, digamos assim. Eu dizia que cada dia era um dia de glamour, quando vai fazer foto, aquela coisa toda. Se tu já não tá em um dia tão bom, uma semana boa, esse dia te coloca em uma moral, alto estima tudo lá em cima, aí eu segui a vida. Agora to trabalhando 8 horas e fica mais difícil.”*

Por possuir o cunho social/político, a maior parte das entrevistadas não recebem pagamento para os trabalhos, por vezes ganham descontos nas lojas em que realizam os trabalhos e em outras nem isso, tornando uma prática voluntária, como se percebe na fala da participante 3 – *“Ser modelo tamanho padrão já é difícil ganhar dinheiro, tenho muitas amigas magras que falam sobre. É um pouco mais fácil, pois tem mais mercado, mas plus size que ganhe bem só umas 20, pois a grande maioria tem outro emprego. Eu fazia tudo de coração porque fazia bem pra mim e para os outros. Mas tem que cobrar o mínimo possível pra manter uma dignidade.”* Participar de sessões de fotos e desfilarem em eventos mescla a linha tênue que divide de trabalho e vida pessoal, muitas das participantes sentem tanto prazer pela valorização de si nestes momentos, aos quais deveriam ser apenas de um trabalho, que não impõem valor de cachê.

Na indústria da moda incluem pouca representação de manequins de tamanho maior, falta de vestiários apropriados, dificuldade de localizar mercadorias de tamanho maior e preços de varejo mais altos para roupas de tamanho maior em comparação com roupas menores tamanhos¹⁴. Segundo as participantes, essa falta de representação de manequins de tamanho maior e diferentes tipos de corpos além de diminuir seu mercado de trabalho, também é uma barreira em suas vidas pessoais na hora de comprar roupas e produtos, como nas falas das participantes 1 e 3:

P1 – “Tu não sabe como fica no teu corpo, tu não te identifica. Tu nunca vê uma propaganda de gorda que tem uma barriga gorda. Normalmente é uma mais cheinha só.”

P3 – “Mais a gente ser ouvida e vista mais coisas vamos conquistar. Tem que erguer a voz que a gente existe, a gente é público e consumidor. Quero ver gorda em pasta de dente em propaganda de tudo.”

Hoje há maior representatividade em propagandas, comerciais e campanhas de mulheres com diferentes padrões de corpo, diferentes etnias e idades, mas ainda é um

ambiente com muitos estereótipos, apesar de o público consumidor ser bem mais crítico.

Porém, segundo elas, assumir o universo *Plus size* e ser modelo trouxeram benefícios muito além de financeiros e estas vantagens que motivam as entrevistadas a continuar apesar das adversidades, como na fala das participantes 7,6,2,5:

P7 – *“Eu por muito tempo vivi escondida com medo das pessoas, pois sofria muito com o preconceito. Até que um dia eu resolvi deixar de ser boba e viver do jeito que sou e não como queriam.”*

P6 – *“Modificou bastante, modificou mais o jeito que as pessoas me trataram depois que viram as primeiras fotos e o primeiro desfile e depois do moda pelotas principalmente, foi o mais top que eu já fiz e mudou totalmente o jeito que as pessoas olham, tratam e falam comigo.”*

P2 – *“Pra mim o principal foi a questão da aceitação mesmo, né. (...) Mas tu saber que não tem problema ter estria, não tem problema a minha barriga ser caída, meu peito ser caído. Tem corpos diferentes, biótipos diferentes, não tem um padrão de corpo e tu conseguir aceitar. Foi essa diferença que eu senti (...)*

P5 – *“Quando eu fui concorrer ao miss foi uma época que eu tava em depressão (...) Eu tive muito peito de por maiô, que nunca na vida eu tinha botado.”*

Com isso, compreendemos que muitas vitórias pessoais de cunho psicológico, de auto aceitação e autoimagem foram conquistadas graças ao *Plus size*, desta forma entendemos que foi o mercado e que “tirou as gordinhas do armário” e não o incentivo da sociedade. Dada à realidade anteriormente colocada em torno de uma pressão para que os corpos gordos também tenham certos limites, traços e aspectos, é possível caracterizar o *Plus size* dentro de uma ambiguidade, com sentidos bem característicos que cada mulher atribui e percebe como importante para si, assim como os limites impostos pelo interesse de comercialização e trabalho, algo que só está disponível para poucas delas.

A Saúde das mulheres *Plus Size*

Quando questionamos sobre o que as entrevistadas compreendiam por saúde as respostas abrangeram dimensões diversas, objetivas e subjetivas, contemplando aspectos físicos, mentais e sociais, retratando a complexidade intrínseca do que é o conceito, porém em nenhum momento elas associam saúde ao peso corporal. Ao que

parece, segundo as mesmas, independente do peso que se tem, pode-se ter saúde, como nas fala da participantes 8:

P8 – “*A saúde é estar bem física e psicologicamente, com os exames em dia, e não com o peso.*”

A auto avaliação de saúde dos indivíduos com IMC elevado (> 30 kg/m²) não tem relação com seu peso, mas sim com outras morbidades, comportamentos de saúde (ingestão alcoólica e tabagismo, atividade física e alimentação) e fatores sociodemográficos¹⁶, assim percebemos que as participantes não utilizam-se de medidas como percentual de gordura corporal, para esta auto avaliação e sim outros fatores que elas consideram mais importantes, como fatores psicológicos, taxas metabólicas e aceitação corporal.

O que a medicina apregoa é um prolongamento da vida, porém, se assiste como se tornou importante para o sujeito estabelecer uma relação de tipo contratualista com a medicina, por exemplo, é como se fossem criados “direitos/deveres”, assim o indivíduo tem o direito e o dever de saber suas taxas de colesterol, triglicérides, glicose, etc., de saber o que é bom para a sua saúde, o que deve ou não comer, e, ainda, quem pode lhe fornecer estas informações, guiando a sua vida na obrigação de ser mais saudável possível obrigatoriamente¹⁵.

Segundo a participante 5 - “*Ser plus não é fazer apologia à gordura. Temos que nos preocupar com a saúde. Nem todo gordo é doente, assim como nem todo magro é saudável.*” A auto percepção do estado de saúde perpassa pelo mundo social e pelas experiências psicológicas, por um lado, e pelo mundo biológico, por outro, evidenciando-se a influência do fluxo cognitivo nas respostas. O indivíduo primeiramente avalia o que é saúde e quais são seus componentes mais relevantes; depois, leva em consideração alguns aspectos: como a idade, a situação de pessoas conhecidas, seu histórico de saúde e o desenvolvimento esperado de sua saúde; e, finalmente, decide qual é a opção que melhor descreve a sua situação¹⁷. Obviamente muitas pessoas com magreza podem não ser saudáveis pelo seu estilo de vida, má alimentação, sedentarismo, uso de drogas lícitas e ilícitas, fatores de estresse, entre outros tantos fatores.

Muitas entrevistadas faziam questão de relatar que seus exames estavam bons, dentro das taxas de normalidade, para justificar sua saúde e quando questionadas o porquê desta necessidade de comprovação vem a fala da P3: “*Ser gorda é ter um corpo*

público, todo mundo questiona, todo mundo quer saber dos meus exames.” Comprovando, assim, a pressão social, acadêmica, midiática e estética para o emagrecimento sofrida pelas participantes. O imaginário social avalia o corpo gordo como doente, que precisa ser emagrecido³. Muitas vezes, é uma imposição que reforça estigmas que prejudicam mais que a própria gordura corporal⁴.

Com relação à prática de exercícios físicos, algumas entrevistadas relatam as suas dificuldades e suas barreiras, como as participantes 5 e 1:

P5 – Eu me preocupo, mas a preguiça fala mais alto, aí não faço nada. Eu tenho vontade, mas não tanta.

P1 – Se tiver alguém pra ir comigo eu vou, mas se não tiver eu fico em casa. Minha irmã Vai comigo. Agora to fazendo a zumba, mas se ela não vai eu não vou.

Para o adulto aderir à atividade física é bem mais complicado, pois ele tem que abrir espaço na sua agenda para praticá-la, e se esta atividade exigir uma infraestrutura determinada, procurar uma academia, um clube, um parque ou outro local apropriado, e assim as barreiras para a prática começam a se multiplicar¹⁸. As participantes não fogem a regra na hora de analisarmos os fatores que impedem à prática de exercícios físicos, as dificuldades hoje de um adulto aderir à prática são inúmeras, porém é de extrema importância conhecer especificamente algumas das barreiras relacionadas a este público, conforme os relatos à seguir:

P3 – “Eu fiz treinamento funcional nos últimos 3 meses. Mas tinha os gritos de ‘Vamos emagrecer!’ Aí eu viajei em dezembro e não voltei mais.”

P6 – “E na academia eu ia com uma amiga e ela tem problema de coração e não podia fazer tudo, aí ela chamava o professor e ele não dava bola pra gente, tratava a gente mal, achava que a gente queria ficar com ele, mas a gente queria ajuda.”

Dentre as diversas barreiras para a prática de exercícios físicos se destaca a sensação de exclusão no ambiente da prática, experiências anteriores negativas e a falta de companhia para a execução. Para elas só o fato de se matricular em uma academia, parque ou clube já é uma vitória, o ambiente muitas vezes é desagradável e não favorece à permanência. Frases como: “Precisamos combater a obesidade”, “Gorda nunca mais”, “Só é gorda quem quer”, “Lute contra a obesidade e fique em paz com seu corpo” passam a mensagem de que estar acima do peso é algo ruim para a saúde corporal, é errado e deve ser corrigido, assim, quando um grupo de pessoas é discriminado ou oprimido durante um período de tempo com frases como estas, muitas vezes, internaliza

os mitos e a desinformação que a sociedade comunica sobre eles e seu grupo¹⁷. Quando uma pessoa experimenta a opressão internalizada, ela acredita nos mitos e a torna parte de sua autoimagem, assim, a opressão internalizada pode levar as pessoas a sentirem, geralmente inconscientemente, que de alguma forma elas não são inerentemente tão dignas, capazes, bonitas, boas ou inteligentes quanto às outras pessoas fora de seu grupo¹⁹.

Desta forma, muitas vezes por acreditar nesse imaginário social de magreza e saúde as pessoas com corpos gordos se utilizam de vários métodos a serviço do emagrecimento, como chás, pílulas, receitas e dietas que prometem milagrosos resultados, outra vez mais servindo a um mercado que explora vilmente as opressões colocadas sobre os corpos gordos, como nas falas das participantes 5, 1 e 6:

P5 – Eu já fiz uso de medicamento, já fiz dieta, já fiz de tudo.

P1 – Eu já usei de tudo, café marita, herbalife...

P6 – 15kg, perdi em 4 meses com dieta, academia e uso de termogênicos.

Metas de perda de peso irreais e ideais de beleza impossíveis de serem alcançados reforçam a insatisfação corporal e a relação deturpada com o comer, em nada contribuindo para a saúde física e mental do indivíduo²⁰. As dietas em geral, como as propostas nas capas de revistas, são planejadas para não funcionar, assim como os ideais de corpo são feitos para não serem atingidos²⁰. Também, vale ressaltar que as dietas e métodos, na maioria das vezes, são uma verdadeira agressão para o organismo na busca pelo emagrecimento. A busca por métodos rápidos e praticamente milagrosos mostram o desespero por um resultado desejado, sem considerar em saúde e bem estar, levando em consideração somente a cobiça pelo corpo imaginado.

A maioria das entrevistadas em algum momento já fizeram dieta para emagrecer, porém algumas não se baseavam em padrões sociais, apenas queriam perder um pouco de peso para melhorar algum aspecto de sua saúde ou de sua aceitação corporal, também o movimento/segmento *plus size* incentiva que a pessoa que não se sente feliz com seu corpo e quer emagrecer emagreça, pois, o importante é estar feliz consigo mesma independente da forma corporal. Também diversas ex-modelos *plus size* foram citadas que emagreceram, por diversos motivos, mas seguiram na luta do movimento social e político do *Plus size*.

Um aspecto importante a ser debatido é o fato de que as pessoas gordas são suscetíveis a estereótipos e estigmas relacionados ao peso, os quais podem levar à

depressão, ansiedade e sentimento de culpa²², que quando esses sentimentos são negligenciados, induzem a comportamentos compensatórios e inadequados diante da insatisfação corporal²³. Tanto os padrões corporais quanto os estereótipos relacionados ao peso devem ser debatidos desde a infância, mostrando que pessoas de diferentes formas corporais existem, podendo ser sedentários, ativos, saudáveis, portadores de comorbidades ou não, e que todos devem ser respeitados. O debate sobre os padrões sociais e o culto ao corpo devem ser trabalhados desde a escola, principalmente por parte dos professores de Educação Física, porém normalmente não é realizado²⁴. Como a sociedade não debate o assunto a mídia acaba por evidenciar a imposição de um padrão corporal, no qual desconhece os aspectos genéticos, comportamentais e de saúde do indivíduo. É imprescindível a modificação destes valores de padrão corporal impostos pela mídia, visto que a população tem adoecido e alguns casos chegam até a morte²⁵.

Parte da estigmatização que se volta sobre os corpos gordos se reveste do discurso da promoção da saúde, esse movimento não se atenta, porém, às consequências da estigmatização da gordura e a pressão social que toma como ideal o corpo magro e se choca à realidade epidemiológica do país, onde o excesso de peso atinge mais da metade da população adulta²⁶. Porém, se estamos promovendo saúde devemos nos preocupar na mesma medida com a saúde mental, com a sociabilidade, e focar em melhorar hábitos deste indivíduo, que serão muito mais benéficos para sua saúde do que uma simples imposição de magreza que muitas vezes já foi tentada e fracassada e que pode gerar mais traumas.

Hoje os maiores patrocinadores de eventos da área da saúde do mundo são empresas de ultraprocessados¹⁵, assim, a população sabendo que marcas de alimentos e bebidas que auxiliam no ganho excessivo de peso e são nocivos à saúde, mas passa a mensagem, ainda que implicitamente, que as empresas que os produzem são parceiras. Também, corre-se o risco destas parcerias começarem, se já não o fazem, a influenciar as descobertas científicas ou decisões institucionais, com conflitos de interesses demarcados¹⁵.

Outro ponto importante a ser observado é que estudos defendem que sujeitos com sobrepeso/obesidade leve parecem mais protegidos em relação aos 'normais'. É interessante notar que há estudos epidemiológicos que desconsideram um fato encontrados por eles mesmos, ao saber, que indivíduos 'levemente' abaixo da

‘normalidade’ (de acordo com o IMC) são muito mais suscetíveis à morte que indivíduos bem acima do peso²⁷.

Ser saudável e obeso é um paradoxo para muitos profissionais de saúde, que, pautados no modelo biomédico, reproduzem o discurso do risco e, conseqüentemente, a estigmatização social da gordura. A prática do profissional não deve reforçar a medicalização da vida; a forma de cuidado é o que deve se subordinar à subjetividade da pessoa e não o contrário²⁶. Assim não se deve tirar do indivíduo o desejo e a capacidade de cuidar de si mesmo e de encontrar, dentro das próprias possibilidades, conceitos e valores que o conduzam ao melhor caminho a seguir para cuidar de sua saúde.

Um dos maiores incômodos das mulheres entrevistadas foi o fato do preconceito dos profissionais da área da saúde, como podemos ver a seguir nas falas das participantes 3, 2 e 1:

P3 – “Tu tem uma dor de cabeça e o médico diz: emagrece.”

P2 – “Eu fui na oftalmo e a médica disse assim: “Tu quer remédio para emagrecer?”. Fiquei assim, apavorada.”

P1 – “Fui na endócrina e ele falou que se eu for engravidar gorda assim, eu vou ter pressão alta, diabetes, e mandou eu ir pra faca, bariátrica. Aí falei com o meu marido e ele ficou furioso falando: Tu não ta doente, teus exames tão bons, tirar um pedaço do estomago e mexer no teu organismo só pra perder peso, não senhora. Aí eu deixei quieto.”

Infelizmente muitos profissionais da saúde parecem reduzir qualquer dor ou doença ao fato do sobrepeso e obesidade, muitas vezes não investigando a causa real do problema de saúde, seja por preconceito ou ignorância. Também propõem o emagrecimento de forma errada, estimulando o uso de medicamentos e cirurgias. Como profissionais da saúde deveriam, no mínimo, estimular hábitos saudáveis e caso o paciente queira a perda de peso, encaminhar para os profissionais adequados para isso, o nutricionista e o profissional de educação física.

Atualmente, sabe-se que um subgrupo entre os indivíduos obesos parece ser protegido ou mais resistente ao desenvolvimento de complicações metabólicas associadas à obesidade. Esses indivíduos são denominados, atualmente, “obeso metabolicamente normal”, “metabolicamente saudável, mas obeso”, “obeso metabolicamente saudável”, “obeso sensível à insulina”. Estes indivíduos, apesar de

terem excesso de gordura corporal, apresentam perfis metabólicos favoráveis²⁸. Isso vem ao encontro do que hoje é apresentado em algumas publicações científicas²⁹ que chamam a atenção para o fato de haver indivíduos com excesso de peso metabolicamente saudáveis. Fica então a reflexão:

Se a obesidade for uma simples característica biológica, sendo concernente à normatividade vital do humano, seria correto afirmar que não é propriamente um problema de saúde pública, mas uma normalidade sobre a qual lançamos uma perniciosa e infundada normatividade social, atribuindo-lhe sentidos pejorativos ('anormalidade', 'doença' e afins) e criando dispensáveis e, no limite, fascistas meios de controle e combate? Ao se propor o 'tratamento' da obesidade, estar-se-ia arbitrariamente investindo sobre uma normalidade sem efeitos nocivos reais, relativamente mensuráveis e solucionáveis pela prática médica, comprometendo a autonomia do indivíduo de ser o que preferir, atuando sobre ele com uma força meramente preconceituosa, subjetivista, estética, impositiva e maléfica? ²⁷

Por isso, sugiro novos estudos para debater e problematizar o tema, levando em consideração todos os pontos e aspectos apontados neste trabalho, afim de desmistificar o corpo gordo e avaliar até onde o saber científico tem sido interpretado corretamente pela população em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação do presente estudo, localizado no campo das pesquisas qualitativas, tornou possível observar que para as mulheres modelos participantes o *Plus size* é um movimento/segmento que vai além de um trabalho, é uma atividade entendida por elas como de cunho social e político, pois visa a empoderar pessoas não valorizadas em função de seus corpos. Com isso pretendem incluir e contemplar outras mulheres estimulando a auto aceitação. Por outro lado, para prosperar neste segmento há uma cobrança de mercado que também não aceita a todas, que estabelece parâmetros e limites aos corpos gordos. Assim, valores como a aceitação do corpo, empatia, empoderamento feminino, amor próprio e a luta contra o bullying e a gordofobia que são os valores propagados pelo movimento, muitas vezes, entram em conflito com os interesses comerciais de um corpo gordo quando este deseja trabalhar para o segmento. Como o *Plus size* insere-se no mercado, este tenta ditar as regras, querendo reduzir a luta política e social em mero interesse econômico, com o agravante que as mulheres que desejam seguir na carreira de modelo devem atender às expectativas de corpo e beleza, mesmo não recebendo salários e caches tão elevados quanto os pagos no mercado mais tradicional.

Para as entrevistadas ter um corpo gordo é “ter um corpo público”, mostrando que ser uma pessoa gorda não é um problema, o problema está no julgamento alheio relacionando um corpo gordo a um corpo sem saúde e no preconceito da sociedade e dos profissionais de saúde. Da mesma forma, estes estereótipos e estigmas relacionados ao peso, podem levar a problemas de cunho psicológicos como depressão, ansiedade e sentimento de culpa, e também comportamentos compensatórios e inadequados diante da insatisfação corporal. Inclusive é de extrema importância o debate sobre padrões corporais na sociedade para não deixar os meios midiáticos imporem suas crenças relacionadas a saúde, beleza e juventude.

As entrevistadas possuem hábitos saudáveis, apesar de a maioria relatar as barreiras para a prática de exercícios físicos e a maior parte das entrevistadas também, em algum momento, já buscaram emagrecer utilizando chás, pílulas e dietas da moda.

Hoje existem mulheres gordas e homens gordos de diversas classes sociais e grupos culturais, das mais diversas religiões, dos mais variados grupos étnicos. Podem ser sedentários, ativos, saudáveis, portadores de comorbidades ou não, com hábitos considerados saudáveis ou não, mas independente do seu peso são pessoas e devem ser respeitadas e não meramente reduzidas a um diagnóstico do campo da saúde.

REFERÊNCIAS

1. WHO (World Health Organization) . Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. **WHO. Genebra**, 1946.
2. WHO (World Health Organization) Obesity-Preventing, W. H. O. managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. **Geneva: Who**, 1997.
3. SPINK, M. J. P. The Concept of Social Representations in Social Psychology. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993.
4. DA SILVEIRA CAMPOS, Silvana et al. Gordinha da Silva: análise discursiva acerca do corpo feminino considerado gordo no universo dos blogs. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. TEMATICO, p. 629-642, 2016.
5. SOUZA, Bárbara Pavei. O Corpo Feminino *Plus Size*: Uma Visão Através Da Análise Do Discurso. **IV Encontro Rede Sul Letras**, 2016.
6. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2010
7. ASCHIDAMINI, Ione Maria; SAUPE, Rosita. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2004.
8. CHIESA, Ana M. et al. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. **Criança CM, Antunes MJM, organizadoras. Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva: CIPESC/Brasília: ABEn**, p. 306-24, 1999.
9. GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecilia de S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: **Vozes**, 2009.
10. SANTOS, Paulo Ricardo; BASEGGIO, Thamy Kesia. MARKETING DIGITAL E BLOGS DE MODA: UM ESTUDO DE CASO DO BLOG MUNDO DE GURIA. **Unoesc & Ciência-ACSA**, v. 6, n. 1, p. 123-132, 2015.

11. FIGUEIREDO, Livia Marques Ferrari de; TUZZO, Simone Antoniacci. Célebre sociedade. **Goiânia: Kelps**, 2011.
12. GAUTÉRIO, Carla Rosanne Mattos; DA SILVA, Méri Rosane Santos. Os corpos gordos em uma sociedade de consumidores: movimento e segmento nos blogs plus size. **Revista Didática Sistêmica**, v. 17, n. 1, p. 91-106, 2016.
13. TAVARES, Hellen O.; DE CASTRO, Ana Lúcia. DISCURSO E PODER: a prescrição do controle corporal em blogs plus size. **REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS-POLÍTICA & TRABALHO**, v. 1, n. 47, p. 97-119, 2018.
14. CHRISTEL, Deborah A. It's your fault you're fat: Judgements of responsibility and social conduct in the fashion industry. **Clothing Cultures**, v. 1, n. 3, p. 303-320, 2014.
15. PALMA, Alexandre et al. Conflitos de interesse na “guerra” contra a obesidade: é possível servir a dois senhores?. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1262-1274, 2014.
16. SOUZA, Lúcia Stela Pessanha Lopes de et al. Tendências da autoavaliação de saúde em relação ao excesso de peso na população adulta residente nas capitais do Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 299-309, 2017.
17. JYLHÄ, Marja. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social science & medicine**, v. 69, n. 3, p. 307-316, 2009.
18. TAMAYO, Alvaro et al. A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. **Estudos de psicologia**, v. 6, n. 2, p. 157-165, 2001
19. GOMES, Marja Ferreira. Além da balança: uma série sobre a vida da mulher gorda. 2016.54f **Monografia** (Bacharelado em comunicação Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
20. CHRISTEL, Deborah A. Obesity Education as an Intervention to Reduce Weight Bias in Fashion Students. **Journal of Education and Learning**, v. 5, n. 2, p. 170, 2016.
21. DE ASSIS CAMPOS, Maria Teresa; CECÍLIO, Mariana Silva; PENAFORTE, Fernanda Rodrigues. Corpo-vitrine, ser mulher e saúde: produção de sentidos nas capas da Revista Boa Forma. **DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 611-628, 2016.
22. MURAKAMI, Jessica M.; ESSAYLI, Jamal H.; LATNER, Janet D. The relative stigmatization of eating disorders and obesity in males and females. **Appetite**, v. 102, p. 77-82, 2016.

23. NAZAR, Bruno Palazzo et al. ADHD rate in obese women with binge eating and bulimic behaviors from a weight-loss clinic. **Journal of attention disorders**, v. 20, n. 7, p. 610-616, 2016.
24. GAMINO, M. Adolescência a partir de três dimensões: imagem corporal, relações pessoais e adaptação à nova escola. 2016. 36f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Educação Física Licenciatura) – Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.
25. SOUTO, Silvana; FERRO-BUCHER, Júlia Sursis Nobre. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares The indiscriminate use of weight control diets and the development of eating disorders. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 6, p. 693-704, 2006.
26. RIBEIRO, Alana Fernandes et al. Eu sou como você: reflexões sobre a formação e práticas em nutrição a partir de blogs de aceitação do corpo gordo. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 3, p. 575-591, 2017.
27. VILAÇA, Murilo Mariano; PALMA, Alexandre. E se a obesidade não for uma doença? Efeitos colaterais de uma crítica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 4, 2012.
28. ASSIS, Raquel Cristina Lopes; COELHO, Saulo Moreira. Deve o obeso metabolicamente normal ser tratado?. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 6, n. 31, p. 2, 2012.
29. ORTEGA, Francisco B. et al. The intriguing metabolically healthy but obese phenotype: cardiovascular prognosis and role of fitness. *European heart journal*, v. 34, n. 5, p. 389-397, 2012.

APÊNDICES

Apêndice 1: COMUNICADO À IMPRENSA

Apêndice 1: COMUNICADO À IMPRENSA

MULHERES MODELOS PLUS SIZE E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Autora: Mariana Gamino da Costa
Orientador: Dr. Alan Goularte Knuth

Um estudo realizado pelo Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas teve como interesse a saúde de nove Mulheres Modelos *Plus Size* da cidade de Pelotas e região.

O *Plus Size* teve início nos EUA por mulheres que compreendiam a beleza do corpo gordo, intensificando-se nos anos 80 e 90. O *plus size* é considerado um segmento e um movimento, pois a utilização da palavra movimento traz a força dos movimentos sociais que são ações coletivas organizadas que possuem caráter político-social e cultural, que, entre outras coisas, buscam estabelecer políticas de proteção, promoção de igualdade e do reconhecimento da diferença. Já o termo segmento, possui o sentido de “segmento de mercado” sugerindo não somente reivindicações políticas, mas também interesses econômicos, que estão ligados à ideia de nicho de mercado.

Neste estudo pelotense, o *Plus size* aparece como movimento de cunho social e político, pois visa a empoderar pessoas não valorizadas em função de seus corpos. Elas propagam aceitação do corpo, empatia, empoderamento feminino, amor próprio e lutam contra o bullying e a gordofobia. Muitas usam suas redes sociais para divulgar trabalhos e desfiles a fim de conseguir ser referência para outras mulheres que não aceitam seus corpos.

Por outro lado, para prosperar neste segmento há uma cobrança de mercado que estabelece parâmetros e limites aos corpos gordos. Para ser modelo profissional *Plus Size* as regras são bem duras, além das agências preferirem as modelos curvilíneas quase sem barriga, elas exigem desenvoltura, altura, tratamentos estéticos, entre outras exigências. Para continuarem a carreira de modelo elas devem realizar modificações constantes em seus corpos para mantê-los às necessidades do mercado. Na indústria da moda incluem pouca representação de manequins de tamanho maior, falta de vestiários de tamanho apropriado, dificuldade de localizar mercadorias de tamanho maior e preços de varejo mais altos para roupas de tamanho maior em comparação com roupas menores tamanhos.

Percebeu-se também que o julgamento alheio relacionando um corpo gordo a um corpo sem saúde, o preconceito da sociedade e dos profissionais de saúde é muito presente. Como na fala de uma participante: “*Ser gorda é ter um corpo público, todo mundo questiona, todo mundo quer saber dos meus exames.*” Comprovando, assim, a pressão social, acadêmica, midiática e estética para o emagrecimento sofrida pelas participantes.

As entrevistadas possuem hábitos saudáveis, tanto de alimentação e atividade física. Estes e vários outros aspectos foram abordados neste estudo de mestrado.

Hoje existem mulheres gordas e homens gordos de diversas classes sociais e grupos culturais, das mais diversas religiões, dos mais variados grupos étnicos. Podem ser sedentários, ativos, saudáveis, portadores de comorbidades ou não, com hábitos considerados saudáveis ou não, mas independente do seu peso são pessoas e devem ser respeitadas e não meramente reduzidas a um diagnóstico do campo da saúde.