



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC

MAÍRA PASSOS SANTANA

A EXPERIÊNCIA DO TRATAMENTO DA
OBESIDADE/SOBREPESO EM MULHERES ADULTAS
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE
SALVADOR, BAHIA

Salvador
2010

MAÍRA PASSOS SANTANA

A EXPERIÊNCIA DO TRATAMENTO DA
OBESIDADE/SOBREPESO EM MULHERES ADULTAS
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE
SALVADOR, BAHIA

Dissertação apresentada à banca
examinadora da defesa como pré-requisito
para a obtenção do título de mestre em
Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde
Coletiva – ISC da Universidade Federal da
Bahia – UFBA.

Área de concentração: Ciências Sociais em
Saúde

Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes

Salvador
2010

TERMO DE APROVAÇÃO

MAÍRA PASSOS SANTANA

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como pré - requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

A EXPERIÊNCIA DO TRATAMENTO DA OBESIDADE/SOBREPESO EM MULHERES ADULTAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA

APROVADA ()

Data ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Professora Mônica de Oliveira Nunes
(Orientadora)

Professor (a)

Professor (a)

Salvador
2010

Para as protagonistas desta
história, as pacientes
participantes deste estudo.

Agradecimentos

Ao concretizar este trabalho, gostaria de agradecer àqueles que se fizeram presentes durante sua construção, contribuindo direta ou indiretamente.

Primeiramente, gostaria de agradecer ao Instituto de Saúde Coletiva, ISC, por me aproximar ao campo da Saúde Coletiva de modo prazeroso e oportunizar a realização de um sonho. Gostaria de estender meus agradecimentos a todos os seus funcionários, em especial, aos professores com quem tive o privilégio de aprimorar os meus conhecimentos e às secretárias Anunciação e Taís, pelo doce acolhimento;

Agradeço profundamente à minha orientadora, professora Mônica de Oliveira Nunes, por acreditar neste projeto e por inspirar a minha relação com o saber de modo ímpar;

Aos meus queridíssimos colegas, futuros mestres, por tornarem esta caminhada mais amena e divertida, ao partilhar os momentos de angústia e ansiedade e por me proporcionarem momentos inesquecíveis;

Ao grupo de pesquisa em Transtornos Alimentares, pelas enriquecedoras e estimulantes discussões;

Ao ambulatório de nutrição do Hospital das Clínicas, pela recepção e pelas relevantes trocas interdisciplinares, em especial a Judelita, Maria Helena e Vanessa;

Ao mestre mais admirado, meu pai, fonte de inspiração e estímulo constantes e a minha mãe, pela relevante participação nos bastidores;

A minhas irmãs, pelo apoio, incentivo e pela torcida;

A Fábio, pela afetuosa presença, suporte fundamental, e pelo companheirismo e compreensão nos momentos de ausência;

A minhas amigas, imprescindíveis “válvulas-de-escape”;

À psicóloga Andréia Kruschevsky, meus especiais agradecimentos;

E, por fim, às colegas-amigas dos CRAS e CREAS pelas fundamentais discussões e entusiástica torcida desde a entrada e às atuais colegas do CRLG pela compreensão e apoio.

A todos vocês, meus profundos agradecimentos.

*Quero romper com meu corpo,
enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A obesidade apresenta-se de modo epidêmico, com destaque na população feminina e seu tratamento apresenta quantidade expressiva de fracassos. Por ser um fenômeno complexo e relevante para a saúde pública, faz-se necessário compreender os fatores que favorecem e os que dificultam o seu tratamento. Como objetivo geral, este estudo se propôs a compreender a experiência do tratamento da obesidade/sobrepeso em mulheres adultas em um hospital público da cidade de Salvador, Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido num ambulatório de nutrição que contou com entrevistas semi-estruturadas. Identificou-se a influência da subjetividade e da intersubjetividade no tratamento, a auto-responsabilização das pacientes pelo mesmo e o uso de ironias como estratégia para lidar com o sobrepeso/obesidade. Verificou-se a adoção de uma estética peculiar que pode estar relacionada ao não alcance da cultura praieira soteropolitana (de preocupação com o corpo) sobre as mulheres estudadas, provenientes do interior da Bahia, tornando-as mais complacentes quanto a seu estado e resistentes ao tratamento. Este estudo visualizou o excesso de peso e a resistência a seu tratamento como um enfrentamento à cultura atual e à imposição do estilo de vida contemporâneo; trouxe uma noção de adesão ampliada ao tratamento, apostando numa perspectiva de redução de danos e alertou para a configuração do serviço de atenção à saúde do obeso, destacando a necessidade de desenvolver serviços transdisciplinares.

Palavras-chave: Obesidade, sobrepeso, mulheres, tratamento, emagrecimento.

ABSTRACT

The obesity is presented in epidemic way, especially in the female population and its treatment has significant amount of failures. For being a complex and excellent phenomenon for the public health, it is necessary to understand the factors that contribute and those that hinder their treatment. As a general objective, this study aims to investigate the experience of the treatment of obesity and overweight in adult women in a public hospital of Salvador, Bahia. This is a qualitative study, done in a clinic of nutrition which included semi-structured interviews. Identified the influence of subjectivity and intersubjectivity in treatment, self-responsibility of the same patients and the use of irony as a strategy for dealing with overweight / obesity. There was the adoption of a peculiar aesthetic that can be related to the not reach of the beach culture of Salvador (concern with the body) on the women studied, proceeding from the interior of Bahia, making them more complacent about their condition and resistant to treatment. This study visualized the excess weight and resistance to treatment as a challenge to the current culture and the imposition of contemporary lifestyle, brought an notion of expanded adherence to treatment, betting in a perspective of harm reduction and warned for the configuration of the service of healthcare to obese patients, highlighting the need to develop transdisciplinary services.

Keywords: Obesity, overweight, women, treatment, weight loss.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	FATORES EPISTEMOLÓGICOS DA OBESIDADE.....	12
2.2	DETERMINANTES DO SOBREPESO / OBESIDADE.....	14
2.3	SOBREPESO / OBESIDADE E MÍDIA.....	14
2.4	ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	17
2.5	TRATAMENTOS E PATOLOGINAÇÃO DO SOBREPESO / OBESIDADE.....	18
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	OBJETIVO GERAL.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4	JUSTIFICATIVA.....	22
5	MARCO TEÓRICO.....	23
5.1	O BIOPODER.....	23
5.2	CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE OS SIGNIFICADO DO CORPO....	26
5.3	O CONSUMO DO CORPO.....	29
5.4	SOBREPESO E TIRANIA DA MAGREZA: REPERCUSSÕES SOBRE A FIGURA FEMININA, LIMITES E POSSIBILIDADES.....	33
6	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	41
7	SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES E A INCORPORAÇÃO DOS ALIMENTOS.....	46
8	SIGNIFICADOS DO CORPO.....	57
9	CONCEPÇÕES ESTÉTICAS: SOBRE O PADRÃO DE BELEZA.....	68
10	SOBRE O TRATAMENTO.....	79
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93

REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICE – A – PLANO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA.....	100
APÊNDICE – B - PLANO GUIA PARA ENTREVISTA COM AS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA.....	101

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2009a), a obesidade e o sobrepeso são caracterizados pela quantidade excessiva de gordura no corpo que pode trazer prejuízo para a saúde do indivíduo. São usualmente avaliados pelo Índice de Massa Corpórea – IMC -, considerado como uma medida populacional bruta, o qual é obtido ao dividir o peso do indivíduo em kilogramas pelo quadrado da sua altura em metros. De acordo com esse índice, o indivíduo que apresenta o IMC entre 25 e 29,9 é considerado como tendo sobrepeso, enquanto que o resultado de um IMC igual ou superior a 30 indica obesidade. A OMS afirma, ainda, que, dentre as patologias relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, estão uma diversidade de doenças crônicas, para as quais são considerados fatores de risco importantes, a exemplo do diabetes, câncer e doenças cardiovasculares.

A obesidade enquanto epidemia tem merecido destaque, já que tem se apresentado de modo alarmante, especialmente em termos quantitativos. Quanto a sua relevância no âmbito da saúde pública, a obesidade é considerada como um dos maiores desafios para o presente século (OMS, 2008a).

Constata-se que, na realidade brasileira, a obesidade como problema de saúde pública é um fato recente, que se enquadra no atual panorama misto verificado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, em que se destacam tanto a desnutrição quanto a obesidade, modificando, assim, a diferenciação restrita que relaciona a obesidade a países desenvolvidos e a desnutrição a países em desenvolvimento. Assim, a distribuição de ambos os agravos se relaciona a uma complexidade de fatores, dentre estes, a ausência de homogeneidade dos países desenvolvidos e não desenvolvidos para a prevalência destas patologias, bem como a distinção das classes sociais desses dois tipos de países quanto à vulnerabilidade para a obesidade e a desnutrição (MONDINI; MONTEIRO, 1998). Configura-se, desse modo, um cenário de transição epidemiológica (CARVALHO; MARTINS. 2004)

Percebe-se, então, que o excesso de peso se apresenta como um grave problema de saúde pública tanto nas sociedades afluentes, quanto nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, estudos realizados em sociedades afluentes que procuraram relacionar o excesso de peso com níveis sócio-econômicos revelaram uma correlação negativa dessa morbidade com o status social, principalmente entre as mulheres (MARINHO et al, 2003).

O recurso excessivo aos meios de comunicação, especialmente ao meio televisivo, tem sido relacionado a um aumento no consumo de alimentos pouco saudáveis e hipercalóricos, predisponentes ao aumento de peso e à obesidade, os quais são transmitidos freqüentemente. Por outro lado, tais meios de comunicação estimulam, massificadamente, a adoção de um padrão de beleza relacionado à magreza, incompatível com o estilo de alimentação veiculado. Esse modelo de corpo estabelecido como ideal produz constantes identificações e passa a ser buscado de modo incessante na contemporaneidade. Assim, pode-se afirmar que a mídia assume uma postura paradoxal e irresponsável, o que implica ressonâncias para a sociedade. E, apesar do apelo excessivo à magreza e de sua influência sobre a sociedade contemporânea, tem-se o dado de que, contraditoriamente, o crescimento da obesidade é alarmante.

Diante do exposto, considerando o crescimento da obesidade, inclusive em classes sociais menos abastadas, bem como seu destaque para o gênero feminino, este trabalho pretende estudar a experiência do tratamento do sobrepeso/obesidade em mulheres adultas participantes de um programa de emagrecimento oferecido pelo ambulatório de nutrição de um hospital público de Salvador. Devido à natureza pública do hospital, infere-se que o grupo a ser estudado é, em sua maioria, pertencente a uma classe social desfavorecida. Desse modo, pretende-se compreender a experiência da obesidade e do sobrepeso em mulheres pertencentes a essa classe específica e que se dispõem ao tratamento, a fim de entender as suas peculiaridades no enfrentamento a tal patologia.

Neste estudo, a análise realizada sobre o fenômeno da obesidade e do sobrepeso destaca um aspecto importante e determinante do processo terapêutico, que é o da experiência do tratamento. Diante da complexidade do fenômeno da obesidade e de sua relevância no âmbito da saúde pública, faz-se necessário compreender os fatores que favorecem e os que dificultam o tratamento dessa patologia. O presente estudo privilegiará a compreensão da experiência do tratamento à luz da abordagem sócio-antropológica, buscando abordar a experiência dessas mulheres com o seu corpo, o impacto da dieta em suas vidas, bem como da cultura na identificação com um padrão de beleza, o significado dos alimentos e a intenção subjacente à busca pelo tratamento de emagrecimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FATORES EPISTEMOLÓGICOS DA OBESIDADE

No campo epidemiológico, considera-se que o acelerado crescimento da obesidade se relaciona com a modernização das sociedades, a qual implicou maior oferta de alimentos e melhores instrumentos de trabalho, a exemplo da mecanização e automação. Dessa forma, houve uma economia de gasto de energia humana no trabalho e maior oferta de alimentos. O sedentarismo e a transição nutricional (aumento do consumo de gorduras, refinados e redução de carboidratos complexos e fibras) modificaram o perfil de morbimortalidade nas sociedades, destacando-se o excesso de peso e obesidade como doenças fundamentais. Nesse contexto, a obesidade tem sido denominada como “doença da civilização” ou “síndrome do novo mundo” (MARINHO et al, 2003).

Nos países desenvolvidos, o aumento da incidência da obesidade a colocou no patamar de desordem nutricional mais importante. Segundo a OMS (2007), a prevalência do sobrepeso na faixa etária adulta encontra-se em torno de 65% nos Estados Unidos e, no Canadá, em 45%. Nas Américas como um todo, a obesidade vem assolando de modo crescente (OMS, 2007) e esse aumento foi relacionado tanto a uma mudança no padrão alimentar (aumento no consumo de alimentos ricos em calorias, gordura, açúcares e sal), quanto a uma diminuição na quantidade de exercício físico. Em regiões mediterrâneas, a obesidade tem se tornado um assunto relevante e um estudo realizado no Egito demonstrou que a obesidade tem se destacado entre as regiões urbanas mais precárias (OMS, 2000). A obesidade preocupa também no oeste do pacífico (2007). Na Europa, foi registrado um aumento de três vezes na prevalência da obesidade desde 1980 em grande parte dos países integrantes da OMS. Nessas regiões, os custos com a obesidade já se encontram na casa dos 2 a 8% e, em relação aos óbitos, tal patologia se relaciona com 10 a 13% das mortes (OMS, 2008a). Em relação à prevalência da obesidade a nível mundial, a OMS registrou um aumento assustador tanto para os países desenvolvidos quanto para os países em desenvolvimento, tendo destacado a população feminina (OMS, 2005-2009).

Em relação ao Brasil, a prevalência de excesso de peso na população adulta vem aumentando. Comparando-se estudos atuais com os realizados pelo Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), que foi realizado nos anos de 1974 e 1975, percebe-se que

houve um aumento de 100% em relação à obesidade para os homens e 70% para as mulheres, em todas as faixas etárias (PINHEIRO et al, 2004). Em relação ao sobrepeso, num estudo realizado por Lolio e Latorre, (1991), no município de Araraquara (São Paulo), foi encontrada a prevalência de 26,9% para os homens e 27,7% para as mulheres, sendo que, para estas, a obesidade se manteve crescente em todas as faixas etárias do estudo. Quanto à obesidade, este estudo identificou 10,2% de prevalência para os homens e 14,7% para as mulheres, havendo, novamente, destaque para este sexo. De modo similar, os estudos de Mondini e Monteiro (1998) identificaram, a nível nacional, o destaque da obesidade para as mulheres adultas, tendo esta obesidade específica alcançado o patamar de desordem nutricional mais freqüente, com a prevalência de 20%, predominando no estrato social de maior renda familiar.

No Brasil, a relação entre obesidade e condição socioeconômica ainda é proporcional, porém, a relação inversa entre esses fatores vem crescendo, especialmente entre as mulheres (PINHEIRO et al, 2004). De modo análogo, numa pesquisa realizada por Marinho e colaboradores (2003), constatou-se que a obesidade parece ser, fundamentalmente, um problema de saúde para a mulher, já que, entre todas as faixas etárias dos participantes do estudo, esta patologia foi mais freqüente no sexo feminino, especialmente nas mulheres da zona rural. Tal resultado pode ser relacionado ao modo de vida da população específica, caracterizando um perfil epidemiológico de transição.

Não há, ainda, causas definidas para o aumento da obesidade e sim algumas hipóteses. Uma delas relaciona o aumento da obesidade à possibilidade de as populações estarem mais propensas geneticamente e tal propensão estar sendo potencializada pelo meio. Assim, a obesidade, em meios mais desfavorecidos, seria explicada por uma economia realizada pelos genes quanto ao gasto calórico a fim de se prevenir contra uma possível escassez de alimentos. Uma segunda hipótese, que é a mais estudada, relaciona a obesidade a melhorias nas condições de vida, já que a associa a rápidos e intensos declínios de gasto energéticos realizados pelos indivíduos, aliado a modificações alimentares (redução no consumo de fibras e aumento no consumo de gorduras e açúcares). E uma terceira hipótese considera a obesidade como conseqüência da desnutrição em fases precoces da vida, em que o organismo tenderia a realizar um balanço energético positivo, provocando o acúmulo de gorduras diante da oferta de alimentos, devido à restrição energética sofrida (PINHEIRO et al, 2004).

2.2 DETERMINANTES DO SOBREPESO/OBESIDADE

As dificuldades em se identificar os determinantes da obesidade se relacionam com a variabilidade do gasto energético individual (PINHEIRO et al, 2004). De modo similar, há a dificuldade também em se avaliar o consumo energético, indicada em estudos que comprovam a tendência a se subestimar o real consumo de alimentos, especialmente entre aqueles que apresentam um consumo inadequado, que tendem a ser otimistas em relação ao mesmo (FONSECA; SICHIERI; VEIGA, 1998).

Quanto à influência dos fatores genéticos, é reconhecida a sua importância no desenvolvimento da obesidade, bem como a dos determinantes ambientais (STUNKARD, 2000).

Em relação à participação dos fatores ambientais no desenvolvimento da obesidade, percebe-se que uma análise do contexto de países como o Brasil demonstra que o modo como se estabeleceu a urbanização e suas conseqüências sobre a quantidade de atividade física, bem como as mudanças nos hábitos alimentares, exercem um papel primordial no desenvolvimento da obesidade (SANTOS, 2008).

Quanto aos determinantes sociais, apesar de sua relação com a obesidade não estar esclarecida de modo suficiente, percebe-se que sua influência é reconhecida no desenvolvimento da mesma. Assim, dentre os fatores que predispõem à obesidade, é reconhecida a influência da condição sócio-econômica do indivíduo. Estudos indicam que esta tanto determina a prevalência da obesidade como a obesidade, através de suas conseqüências, favorece a diminuição dessa condição socioeconômica por reduzir as capacidades físicas, culturais e estéticas do indivíduo, necessárias ao desempenho econômico favorável, especialmente entre as mulheres (STUNKARD, 2000). Nesse sentido, a OMS (2008a) alerta para a necessidade de se atuar nos determinantes sociais do sobrepeso e da obesidade.

2.3 SOBREPESO/OBESIDADE E MÍDIA

O poder do sistema de capturar e moldar a subjetividade dos indivíduos será abordado neste trabalho, com destaque para o poder dos meios de comunicação, denominado por muitos como o Quarto Poder, devido a sua capacidade de influenciar nos modos de vida

de diferentes setores da população. Portanto, a mídia se revela um poderoso e importante intermediário entre os interesses do capitalismo e a sociedade, traduzindo os interesses do primeiro e influenciando os modos de vida do segundo. A dinâmica constante do capitalismo está em criar desejos e necessidades segundo a sua conveniência, e, à medida em que a homogeneidade de tais necessidades avança, aumenta-se o poder de controle do capitalismo e a passividade dos indivíduos. Diante desse contexto, questiona-se sobre como lidar com os que não se ajustam e os que resistem a tal homogeneização imposta (DÓREA; SEGURADO, 2000).

O poder da mídia para influenciar nos modos de vida pode ser verificado também no processo de sobrepeso/obesidade, quando se percebe que os meios de comunicação influenciam a sociedade, de um lado, para a prática de hábitos saudáveis que propiciem o emagrecimento, mas, por outro lado, influenciam na adoção de uma alimentação pouco saudável, em que há um consumo exagerado de alimentos hipercalóricos e com grande teor de açúcar e gordura. Nesse contexto, o corpo torna-se um espaço em que divergem saberes e práticas (SERRA; SANTOS, 2003).

Percebe-se que o poder da mídia está em produzir sentidos, e não apenas em situar-se entre os fatos e o público. Dessa forma, a abordagem de cada tema trazido pela mesma ocorre aliada às estratégias da sedução e da visibilidade (SERRA; SANTOS, 2003). No tocante ao sobrepeso e à obesidade, tais estratégias tornam-se marcantes quando se percebe, de um lado, a frequência de matérias abordadas sobre o tema e a relevância conferida ao mesmo e, de outro, a quantidade expressiva de vendas sobre tais matérias, indicando o interesse dos leitores sobre o tema, bem como o impacto da mídia sobre eles (SUDO; LUZ, 2007).

O modo como a mídia se apropria e transmite o discurso científico confere ao mesmo um status de naturalidade e de verdade (SERRA; SANTOS, 2003; SUDO; LUZ, 2007). Nesse sentido, aqueles que não conseguem seguir os mandamentos do discurso técnico-científico sentem-se culpados, denotando a concepção moral do certo e do errado embutida (SERRA; SANTOS, 2003). Em relação ao ideal de corpo divulgado, o referencial passa a ser a magreza, propalado não apenas como ideal estético, mas também sob o pretexto de se adquirir mais saúde (SUDO; LUZ, 2007).

A mídia, ao reproduzir a imagem de artistas bem-sucedidos, com um estilo de vida ideal, cria no público tanto uma aliança como também projeções sobre esses estilos de vida que

passam a se tornar atraentes e desejados. Tal fato acontece pela via do discurso, que é caracterizado como discurso socioestético, já que se baseia na imagem. Tal discurso, além de criar vínculo com o leitor, reproduz a imagem de que é possível se conquistar o que se deseja, transfere a responsabilidade para o mesmo e traz a sensação de que há autonomia para os indivíduos, inclusive para as suas escolhas (SERRA; SANTOS, 2003).

Ocorre, então, um dilema, em que os meios de comunicação estimulam um modo de consumo alimentar que não condiz com a imagem corporal dos modelos que divulgam essa prática, ou seja, o consumo propício ao desenvolvimento da obesidade é representado nas propagandas por um padrão de beleza que não corresponde àquele de quem adota esse hábito alimentar. Além desse fato, o mesmo veículo de comunicação divulga, em paralelo, a opinião de especialistas em saúde que contradizem todas essas informações transmitidas (SERRA; SANTOS, 2003).

Por outro lado, estudos realizados com indivíduos pertencentes a estratos sociais desfavorecidos no Brasil indicaram que a maioria das mulheres participantes não buscava em seu tratamento alcançar o ideal de corpo transmitido pelos recursos midiáticos e pela sociedade (CAVALCANTI et al, 2007; FERREIRA; MAGALHÃES, 2006). Nesses estudos, foi percebida a associação da magreza à doença, ao passo que a obesidade e o sobrepeso foram associados a uma noção de força para o trabalho e percebidos como amenizadores dos problemas enfrentados no cotidiano dessas mulheres. Assim, a busca e a adesão ao tratamento da obesidade eram motivadas mais pela necessidade de melhorar a saúde que por razões estéticas.

Em relação à adesão ao tratamento da obesidade e sobrepeso de pessoas pertencentes a essa classe social específica, Cavalcanti e colaboradores (2007) consideram que as práticas de emagrecimento orientadas pelos profissionais tendem a não levar em conta aspectos que tornam os obesos pobres vulneráveis à adesão a dietas, a exemplo de suas crenças pessoais acerca do tratamento. Esses autores concluem sobre a importância de, ao se alertar sobre a necessidade do tratamento de emagrecimento, dever-se focar prioritariamente sobre as questões de saúde mais do que nos aspectos estéticos. E afirmam que outro aspecto que pode reforçar a manutenção do obeso no tratamento se refere ao fortalecimento da influência social que ele recebe para seguir o tratamento, bem como das críticas acerca do seu fracasso no mesmo.

2.4 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Em relação ao comportamento alimentar, tem-se que a obesidade e o sobrepeso se relacionam diretamente com o mesmo, o qual pode ser entendido como a relação da alimentação com aspectos socioculturais, a exemplo da subjetividade de um indivíduo ou de uma coletividade. O interesse crescente sobre a compreensão do comportamento alimentar está relacionado à noção de que, na medida em que essa compreensão se amplia, aumentam-se as possibilidades de intervenções e tratamentos mais efetivos. Dentre os determinantes deste comportamento alimentar têm-se os fatores nutricionais, demográficos, culturais, ambientais, psicológicos e sociais, considerados relevantes para a sua compreensão (TORAL; SLATER, 2007).

Nesse sentido, o peso e a imagem corporal estão entre os fatores que influenciam o comportamento alimentar. Excesso de peso e insatisfação com a imagem corporal, por exemplo, podem motivar um indivíduo a se submeter a uma restrição alimentar (TORAL; SLATER, 2007).

Além da idade, as características consideradas condicionantes do consumo alimentar são o sexo, a etnia, a escolaridade e o estado civil (TORAL; SLATER, 2007).

A renda também tem sua importância no comportamento alimentar no sentido de permitir o acesso a alimentos mais saudáveis. Tais alimentos são mais dispendiosos que alimentos característicos de dietas ocidentais, com excesso de gorduras e açúcares, havendo, portanto, uma associação entre a obesidade e a restrição a alimentos mais saudáveis (TORAL; SLATER, 2007; TONIAL, 2001).

Entre os fatores culturais que influenciam as práticas alimentares, destacam-se o vegetarianismo e algumas religiões. A globalização também possibilitou que as práticas alimentares fossem internacionalizadas (TORAL; SLATER, 2007).

Os aspectos psicológicos, também, têm se destacado nos estudos sobre o comportamento alimentar. Deste modo, foi percebido que as mudanças alimentares são mais efetivas quando são pautadas nos comportamentos, necessidades e crenças da população (TORAL; SLATER, 2007).

Além destes, o ambiente também tem sido uma variável explorada nos estudos sobre o comportamento alimentar, especialmente os de caráter epidemiológico. A literatura

emprega inclusive o termo “obesogênico” quando se refere a ambientes que facilitam o acesso a alimentos com grande concentração calórica, pobre em nutrientes, os quais se concentram fora do ambiente familiar (TORAL; SLATER, 2007).

Dessa forma, percebe-se que o comportamento alimentar é influenciado por aspectos de naturezas diversas, como nutricionais, demográficas, sociais, econômicas, culturais, ambientais e psicológicas. Assim, depreende-se sobre a necessidade de um estudo com abordagem interdisciplinar que promova a comunicação entre as áreas da Nutrição, Antropologia, Economia, Sociologia e Psicologia (TORAL; SLATER, 2007).

É importante também que estudos a serem incorporados no planejamento de mudanças dietéticas possam se questionar sobre o porquê de as recomendações não estarem sendo seguidas, o que os pesquisadores devem saber antes de planejar as intervenções, bem como o que devem comparar, medir ou monitorar e como desenvolver as estratégias de impacto (TORAL; SLATER, 2007).

A alimentação, portanto, não deve ser analisada de um ponto de vista mecânico, e sim de um modo amplo. Assim, a compreensão do perfil nutricional de uma população não deve compreender apenas as variáveis antropométricas. De forma análoga, a obesidade não deve ser reduzida ao balanço energético e tal redução corresponderia ao modelo determinista (CARVALHO; MARTINS, 2004).

2.5 TRATAMENTOS E PATOLOGINAÇÃO DO SOBREPESO/OBESIDADE

Dentre os métodos de tratamentos para o sobrepeso/obesidade destacam-se o uso de dietas alimentares restritivas, o uso de exercícios físicos, medicamentos para emagrecer, cirurgias bariátricas e a mudança comportamental (FRANCISCHI et al, 2000; NOVAES, 2006; OMS, 2009a).

Em relação às dietas, tal método se baseia na concepção de que a má alimentação pode provocar doenças, especialmente a obesidade e que, portanto, o tratamento para a mesma deve se basear na modificação alimentar através de uma restrição no consumo energético e de gorduras, acompanhado do aumento do consumo de frutas e hortaliças.

Quanto à prática de atividade física, sua participação no tratamento da obesidade/sobrepeso está no fato de que a mesma tem um papel de relevância no

equilíbrio do gasto energético, favorecendo, assim, a perda de peso (OMS, 2009a).

Os medicamentos utilizados para emagrecer são caracterizados por moderar o apetite ao aumentar os níveis de catecolamina ou serotonina, elementos químicos cerebrais que se relacionam com o apetite do ser humano (REMÉDIOS PARA EMAGRECER, 2009).

A cirurgia bariátrica se refere à redução realizada no estômago com o intuito de diminuir a absorção e a ingestão dos alimentos. São classificadas em três tipos: restritivas (restringem o volume de alimentos, especialmente os sólidos, dividindo-se na técnica do Balão intragástrico, na Gastroplastia restritiva de Mason e na Banda gástrica ajustável); disabsortivas (atrapalham a absorção dos alimentos, desprezando o percurso que o alimento tem que fazer) e as técnicas mistas (associam a restrição alimentar a um desvio no percurso dos alimentos através de grampeadores) (NOVAES, 2006).

Quanto ao foco na mudança comportamental, este tem sido buscado a partir da compreensão de que a obesidade é uma doença que requer um longo tratamento, sendo necessário envolver diversas modificações no estilo de vida do indivíduo obeso e, portanto, um acompanhamento educacional para o mesmo, no sentido de adaptar essa mudança comportamental (ATKINSON et al, 2009).

Para avaliar tal patologia, o Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido muito utilizado em populações. Porém, considerando que a avaliação da presença de obesidade num indivíduo é complexa em razão das diferentes possibilidades de se avaliar a quantidade de gordura num organismo, bem como a identificação de sua etiologia, a qual envolve a análise da relação entre os fatores ambientais e genéticos atuantes no desenvolvimento de tal patologia, deve-se questionar sobre o uso do IMC de modo a evitar avaliações generalizadas (PINHEIRO et al, 2004).

Assim, pode-se afirmar que tal modo de avaliação da presença da obesidade via IMC exige cautela, especialmente ao se considerar que o que separa um indivíduo normal de um outro portador de alguma patologia é uma barreira sutil e tênue, que envolve uma multiplicidade de fatores e especificidades. Portanto, o ato de classificar os indivíduos em determinada patologia deve exigir uma reflexão permanente, a fim de se evitar generalizações e avaliações incoerentes e que os indivíduos passem a ser visualizados de modo polarizado, sendo ou não considerados como normais a depender do padrão estabelecido como ideal acerca do que é saudável. Dessa forma, considera-se necessário

o questionamento sobre os interesses que estão por trás desse processo de patologização percebido no cotidiano contemporâneo (SERPA, 2003). Assim, deve-se considerar que, do mesmo modo que o universo nutricional é complexo, também o são seus agravos, o que exige que a construção de sentidos para os mesmos deva levar em consideração tal complexidade (CARVALHO; MARTINS, 2004).

Pode-se afirmar que esse processo de patologização (em que a medicina tende a classificar os corpos segundo uma norma e a rotular aqueles que desviam dessa norma) foi impulsionado a partir de meados do século XVIII, quando a exploração dos corpos tornou-se um imperativo e definiu as políticas de diversos âmbitos (social, econômico e político), passando a definir modelos de normalidade e saúde. Tal exploração dos corpos pode ser verificada na idéia desenvolvida por Foucault (1988) de sociedade disciplinar, em que o poder disciplinar se caracteriza por capturar os indivíduos em seus corpos, que seriam tratados como unidades moleculares, a fim de torná-los dóceis para a produção e, desse modo, úteis para a sociedade. Nesse sentido, haveria uma vigilância constante desses corpos com o intuito de poder elaborar técnicas eficazes para discipliná-los e, conseqüentemente, para buscar a sua normatização social. Essa lógica impulsionou um processo de discriminação dos indivíduos anormais dos normais de modo mais contundente (DÓREA; SEGURADO, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Como objetivo geral, este estudo se propõe a compreender a experiência do tratamento da obesidade e do sobrepeso em mulheres adultas em um hospital público da cidade de Salvador, Bahia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a percepção do sobrepeso/obesidade e significados atribuídos ao mesmo pelas mulheres investigadas à luz da sua experiência cotidiana do corpo;
- Analisar os fatores que motivaram a busca de tratamento para o sobrepeso/obesidade e as expectativas atribuídas ao mesmo;
- Descrever o processo do tratamento, do ponto de vista da experiência do mesmo;
- Identificar hábitos alimentares anteriores e a construção das modificações propostas no tratamento, analisando o manejo dessas mudanças e seus significados para as mulheres;
- Analisar os efeitos percebidos do tratamento sobre o corpo e sobre a qualidade de vida das mulheres em tratamento.

4 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, depreende-se que a pertinência em realizar um estudo sobre a experiência do tratamento da obesidade/sobrepeso está em contribuir para a minimização dos efeitos de uma patologia com a sua magnitude. Tais efeitos, considerando o reconhecimento da OMS (2008) de que a obesidade é uma epidemia, assolando tanto os países desenvolvidos quanto os países em desenvolvimento, trazem impacto tanto para o sistema de saúde, onerando o mesmo, quanto para a saúde dos indivíduos, acarretando, desde problemas mais simples, até os de maior gravidade. Na realidade brasileira, o fenômeno da obesidade/sobrepeso apresenta-se de modo crescente e preocupante, especialmente entre as mulheres, fato que justifica a concentração deste estudo neste gênero específico.

Desse modo, entender o fenômeno da obesidade/sobrepeso a partir de uma perspectiva ampliada, considerando fatores de natureza psico-sócio-culturais, permite incorporar, no manejo do atendimento, fatores usualmente desconsiderados e que simbolizam possíveis entraves à adesão ao tratamento da obesidade/sobrepeso. Fortalecendo essa idéia, tem-se o dado de que o fracasso no tratamento de tal patologia, bem como sua recidiva são alarmantes, o que indica que há a atuação de outros fatores, além dos reconhecidos, no desenvolvimento e manutenção da mesma.

5 MARCO TEÓRICO

5.1 O BIOPODER

O exercício do poder é considerado pelo pensador francês Michel Foucault como “um modo de ação de alguns sobre outros” (DREYFUS; RABINOW, 1995) que, para ser concretizado, não conta, necessariamente, com o consentimento daqueles que são submetidos a essa ação. Trata-se de um mecanismo que pode ser exercido sem que o indivíduo tenha renunciado a sua liberdade ou transferido o seu direito a outrem e que não age de modo direto e imediato sobre os outros. Foucault relata que uma relação de poder tem dois elementos básicos que são, de um lado, a necessidade de que o outro sobre quem se exerce o poder seja reconhecido e mantido como o sujeito de ação – suposto sujeito de ação, já que a mesma é previamente programada e moldada - e, de outro lado, a existência de um campo de respostas, reações, efeitos e invenções propícios à manutenção dessa relação de poder.

Quanto ao biopoder, este é denominado por Foucault como sendo uma nova tecnologia de poder que se configura na modernidade nascente e que passa a gerir a vida e assegurá-la a fim de rearranjar um novo equilíbrio social (COELHO; SEVERIANO, 2007). O biopoder é, portanto, uma nova organização diagramática do poder que se concentra tanto na individualidade quanto na generalidade do corpo social (COELHO; SEVERIANO, 2007). No regime anterior, descrito por Foucault como “Poder Soberano”, o soberano tinha o direito de subtrair a vida, esta considerada como direito seu e, dessa forma, exercia o direito sobre a vida de seus súditos. Posteriormente, na assim chamada “sociedade disciplinar”, a morte passa a simbolizar, de modo oposto, o momento em que se escapa de qualquer poder. Assim, o mesmo passa a se centralizar no fazer viver (PELBART, 2003).

Comparando esses dois regimes distintos, percebe-se que o regime anterior tinha um poder expropriador sobre os sujeitos/súditos, seja sobre seus bens materiais, seus corpos ou suas vidas. Posteriormente, a partir da época clássica, o poder passa a assumir uma nova configuração, deslocando-se para o controle e a vigilância, visando produção e ordenamento de forças, tanto individuais como coletivas, centrando-se no gerenciamento da vida (FOUCAULT, 1988). Nesse sentido, ao invés de se objetivar defender a soberania de um Estado, almeja-se defender a sobrevivência de uma população. Logo, a transição

ocorre da lógica da soberania para a lógica corporal-biológica (PELBART, 2003).

O “fazer viver” colocado por Foucault como característico do biopoder, traz duas faces, a da disciplina e a da biopolítica. A primeira configura-se no século XVII, momento em que o poder sobre a vida passou a ser desenvolvido de modo mais concreto. Essa face foi caracterizada pela necessidade de se disciplinar os corpos, a fim de se otimizar suas forças e aumentar sua produtividade, adotando como foco um corpo que era encarado como máquina. Com este fim, o corpo era adestrado e docilizado através de sistemas de controle, o que foi possibilitado por procedimentos de poder característicos das disciplinas. Quanto à biopolítica, esta fica evidente posteriormente, a partir do século XVIII, quando a gestão da vida tem como foco não mais o indivíduo e sim o corpo-espécie, encarado como suporte dos processos biológicos, centrando-se em seus fenômenos a nível populacional. Assim, os interesses se deslocam para as questões relativas à performance do corpo e à saúde pública, como proliferação, natalidade, mortalidade, longevidade e morbidades, entre outras (FOUCAULT, 1988). Enquanto que uma face controla o corpo de modo individualizado, a outra exerce esse controle de modo massificante. Posteriormente, ambas as faces do biopoder acabam convergindo (PELBART, 2003) e o poder passa a gerir a vida sob esses dois pólos, assumindo a função de investir sobre a mesma. (FOUCAULT, 1988).

Dessa forma, o corpo passa a simbolizar o terreno em que se concretizam a gestão e o controle cuidadoso sobre a vida, os quais se efetivam pelo exercício da disciplina aplicada por diversas instituições (escola, exército, polícia, hospital e família) aliada ao desenvolvimento de políticas que visavam o controle das populações (políticas públicas de saúde, epidemiologia, sanitarismo). O desenvolvimento da disciplina e o aparecimento dos problemas relativos ao crescimento da população favoreceram a criação e o aprimoramento de técnicas de controle dos corpos e das populações. É esse contexto, iniciado na época clássica, que favorece o surgimento da “era do bio-poder” (FOUCAULT, 1988).

A emergência do biopoder e de suas faces (disciplina e biopolítica) são associadas ao capitalismo por Foucault (1988), que considera o primeiro como um instrumento indispensável para o desenvolvimento do segundo. Isto porque, para que este sistema econômico vigore, torna-se necessário o controle dos corpos a fim de garantir o aumento da produção, bem como o controle sobre os fenômenos populacionais de modo a adequá-los ao contexto vigente (PELBART, 2003). Nesse sentido, o corpo passa a simbolizar uma

realidade biopolítica e a medicina, uma estratégia que concretiza o controle sobre esse corpo (PELBART, 2003).

Foucault (1988) acrescenta, ainda, que o capitalismo não apenas se ancorou no biopoder para alavancar o seu desenvolvimento, mas também, contou com a sua larga divulgação e caracterização do corpo como útil, necessário e dócil, aumentando amplamente a sua permeabilidade e força e exercendo um poder sutil que facilitava a submissão a este sistema. Nesse processo, destacam-se como facilitadores dessa permeabilidade do capitalismo o Estado moderno nascente, que garantia a manutenção das relações de produção, e as instituições diversas, ao reproduzir as técnicas de poder e submissão necessárias. Esses atores contribuíram não apenas para o fortalecimento e instalação do capitalismo como também para a disseminação de suas conseqüências, a exemplo da exclusão e hierarquização social, contribuindo para a manutenção das relações de poder, tais quais configuradas na modernidade. Além disso, favoreceram o ajustamento do crescimento dos grupos humanos à acumulação do capital e à expansão das forças produtivas, bem como contribuíram para que a repartição do lucro se mantivesse de forma desigual (FOUCAULT, 1988).

Assim, é na passagem à pós-modernidade que o poder assume uma nova diagramação e uma nova posição no tempo e espaço, cuja característica marcante é a progressiva indistinção entre o “dentro” e o “fora”. Percebe-se o enfraquecimento e desmobilização dos espaços públicos, reforçando a queda do “fora”, pois os espaços públicos tornam-se progressivamente privatizados nesse novo momento, ficando difícil compreender a dialética dentro/fora e privado/público, como instaurada outrora. Configura-se, então, uma exposição contínua de elementos privados, difusa e unificada com a permanente vigilância que ocorre na sociedade pós-moderna. Outro fator que reforça a questão da “crise do fora” se relaciona ao fato de que a distinção entre as atividades do poder interno e externo passa a se configurar progressivamente de modo vago e indeterminado, culminando numa disseminação do exercício do poder (NEGRI, 2000).

O embaçamento da distinção entre dentro e fora foi patrocinado pelo capitalismo, já que o seu domínio passa a ter caráter mundial. Logo, reforça-se que o capitalismo serve de base para a sociedade de controle e, nesse sentido, o poder não tem mais um lugar definido, passando a ocupar todos os lugares, já que a lógica específica que se restringia ao interior de cada instituição se estende para os demais espaços (NEGRI, 2000).

Com o fim do fora, tem-se implicações substanciais para a formação da subjetividade,

considerando que a mesma é construída no campo das forças sociais (NEGRI, 2000).

Diante do exposto, torna-se relevante contextualizar as mudanças trazidas pelas Idades Moderna e Contemporânea no âmbito do corpo, com o intuito de identificar de que modo se reveste a influência sutil e constante das circunstâncias atuais na relação do indivíduo com sua corporeidade.

5.2 CONTEXTUALIZAÇÕES SOBRE O SIGNIFICADO DO CORPO

O sujeito encontra-se inserido numa cultura que lhe imprime códigos de conduta, influenciando a sua maneira de pensar, agir e sentir. Essa influência nem sempre ocorre conscientemente, podendo se expressar da maneira mais sutil e mecânica e, inclusive, nos padrões de comportamentos que parecem se desviar das normas estabelecidas por esta cultura. Assim, pode-se sugerir que o corpo do ser humano é socialmente concebido, do mesmo modo que qualquer outra realidade existente no mundo. Conseqüentemente, uma análise desse corpo humano permite captar e compreender a estrutura da sociedade em que está inserido (RODRIGUES, 1983).

Deste modo, o corpo é dotado de significados alusivos aos diferentes contextos vivenciados, tendo assumido, na contemporaneidade, desde uma conotação de rascunho a ser corrigido (que, em razão de sua vulnerabilidade excessiva, lembra a condição de humildade do ser humano, representando a sua finitude e imperfeição), à conotação de um entrave, de um objeto de conveniência pessoal, que reduz a interioridade do sujeito à sua superfície e, por fim, à conotação de uma máquina (LE BRETON, 2003).

O corpo, enquanto realidade biopolítica, tem sido submetido a um controle imperativo que pode ser evidenciado em diversos momentos e, segundo Sant'anna (2001), pode-se perceber ao menos dois momentos distintos na história da vida humana relativos a este controle. Inicialmente, tal controle era regido pelo interesse de submeter o corpo às regras morais ou à ordem natural e cosmológica. Num segundo momento, já no período contemporâneo, esse controle foi sendo substituído pela liberação crescente dos corpos de suas origens, tanto as culturais, como as biológicas e as sociais. Ao comparar essas duas fases, evidencia-se tanto a eficácia no sentido de viabilização e concretização do controle alcançado pela atualidade, quanto a identificação de novas incertezas trazidas por este progresso. A autora chega à conclusão de que ambos os momentos foram

permeados pelo medo da dor, da doença, da morte e da desumanização das aparências.

O corpo traz na sua constituição marcas da subjetividade e da fisiologia de um indivíduo, ao se constituir em território biológico e simbólico, representando, simultaneamente, a vida e a morte, o normal e o patológico, podendo ser considerado um traço da memória da vida. Pode-se observar, assim, que um corpo é sempre biocultural, já que uma análise do mesmo, seja ao nível genético, seja ao nível comportamental, revela a inseparabilidade destes dois aspectos (RODRIGUES, 2006; SANT'ANNA, 2001). Por outro lado, o reconhecimento da esfera cultural do corpo não tem sido explorado exaustivamente, o que dificulta o avanço nas questões relativas ao tema (RODRIGUES, 2006).

Apesar de acompanhar o ser humano desde o início de sua vida, o corpo é finito, e, portanto, está sujeito a transformações que, muitas vezes, não são desejáveis e nem passíveis de prevenção. Tais modificações podem explicar o desconforto que alguns indivíduos sentem ao lidar com esse corpo em desenvolvimento, que tanto pode assumir uma configuração mais familiar quanto não ser reconhecido. E as tentativas de se minimizar os efeitos sofridos pelo corpo são históricas (SANT'ANNA, 2001). Dessa forma, a necessidade de controlar o corpo pode ser interpretada como uma tentativa de lidar com sua finitude, como se, ao dotar o corpo de supostos “superpoderes”, o que ocorre especialmente em suas transformações pela via da estética, ou pela medicalização, fosse possível poupá-lo de encarar a fatalidade da morte.

No século XX, acontece uma intensa liberação dos corpos de diversos vínculos (religiosos, geográficos, temporais, morais e genéticos, dentre outros), sendo que, desde a metade desse século, essa liberação ocorre de modo mais significativo (SANT'ANNA, 2001). Nesse sentido, há uma reconstrução do corpo com a ajuda da tecnologia e da ciência em nome da saúde e da estética e os limites dessa remodelação em relação a certo/errado, verdadeiro/falso e natural/artificial têm sido relativizados. Esse fato pode ser exemplificado quando se percebe que as transformações corporais ocorrem de modo banalizado no cotidiano e são divulgadas largamente pelos meios de comunicação, assumindo o status de moda, quando não assume o status de obrigação (SANT'ANNA, 2001).

Com o intuito de corroborar estas idéias, voltamos às afirmações de Rodrigues (2006) sobre o papel da sociedade na formação dos valores do indivíduo. Segundo este autor, para o indivíduo, torna-se importante assimilar os valores da sociedade a que se

pertence, pois, desta forma, garante-se a sobrevivência não apenas desta sociedade, como também a do próprio indivíduo. Seguindo essa lógica, o autor deduz que, se a sociedade é um bem, as suas regras passam a ser vistas como desejáveis. Assim, a desobediência às normas e valores da sociedade adquire uma conotação negativa, sendo encarada como transgressão passível de ser sancionada. De outro modo, a aceitação das mesmas se assimila a um acordo tácito entre sociedade e indivíduo, que ocorre a nível inconsciente, não explícito, sendo introjetado e aprovado pelo mesmo na medida em que os modelos culturais pregados são tidos como universais. E esses modelos não costumam ser questionados quanto a suas significações.

Portanto, pode-se pensar que o alargamento dos limites das transformações sobre o corpo citado se relaciona com a influência da cultura de uma sociedade sobre os indivíduos que nela estão inseridos, já que as transformações pregadas correspondem a modelos que são, de um lado, transmitidos socialmente e, de outro lado, assimilados como regra, sem passar, em grande parte das vezes, por um questionamento acerca de suas significações.

Sant'anna (2001) afirma que é possível realizar algumas interpretações sobre o corpo a fim de compreender esta tendência à banalização das transformações corporais, onde se identificam ambições diversas de controle sobre ele.

Uma dessas interpretações é avaliar o corpo como o último território a ser explorado, já que não há mais espaços desconhecidos no planeta. Desta feita, ele se tornaria sujeito aos diversos interesses, especialmente aos de comercialização. Outro modo de interpretação é compreendê-lo como última posse e território de expressão da liberdade individual, no sentido de se permitir as mais variadas transformações e explorações corporais, ampliando seus limites. Desse modo, torna-se um território livre para diversas experiências, onde se valoriza aquele que consegue alcançar o corpo que almeja, enquanto que não conseguir acessar o seu próprio corpo e construí-lo como se deseja significa um problema e torna-se fonte de sofrimento (SANT'ANNA, 2001).

Por fim, pode-se fazer a leitura de que há uma *top-modelização* absoluta do corpo, evidenciada na necessidade crescente de sintonizá-lo com a tecnologia e o consumo (SANT'ANNA, 2001). Dessa forma, o consumo adquire novo sentido, surgindo como um sistema de valores, como coação e moral e como instituição, tendo, inclusive, a função de integração e controle social (COELHO; SEVERIANO, 2007).

5.3 O CONSUMO DO CORPO

O indivíduo passa, então, a ser valorizado e a construir sua “identidade” social ao servir não só como produtor, mas também como consumidor dos produtos. Para Coelho e Severiano (2007) a dedicação a tal consumo supera a dedicação relativa a religiões, ou a atividades da esfera política ou moral.

Para a formação de um mercado consumidor massivo, responsável por absorver o excesso de produção, faz-se necessária a configuração de novos padrões de comportamentos. Surge, então, um novo *ethos* que se desloca da moral puritana e racional do capitalismo nascente para se concentrar num modelo hedonista e lúdico, com valores fundados na “auto-realização” e na busca irrestrita por “felicidade”, vinculadas ao ato de consumir. Desse modo, o corpo passa a ser fonte inesgotável de promessas e prazeres (COELHO; SEVERIANO, 2007). Mais ainda, o corpo “belo” é trazido por Costa (2004), quando afirma que a personalidade hedonista e narcisista dominante atualmente elege como bússola o bem-estar e os prazeres, consolidando as bases para o consumo desenfreado que se manifesta, muitas vezes, no âmbito do corpo.

O fenômeno do consumo voraz pode ser exemplificado na preocupação com a realização individual relacionada às opções de compra, exibindo-se fatos como beleza, individualidade, segurança, pertença, felicidade e reconhecimento como bens possíveis através deste consumo. A tendência é que, cada vez mais, os objetos não sejam vendidos pela sua utilidade, e sim por seus atributos subjetivos desejáveis. A identidade do sujeito se subordina aos signos do consumo, que produzem subjetividades, modelam e legitimam comportamentos, estéticas, valores, atitudes e estilos de vida, extrapolando o poder de manipulação para todas as esferas sociais (COELHO; SEVERIANO, 2007). De modo análogo, pode-se pensar que o comportamento alimentar é afetado por este consumo voraz, incitando a voracidade alimentar e, conseqüentemente, o sobrepeso.

Nesse contexto, percebe-se que o ócio torna-se extensão do trabalho, na medida em que os prazeres do corpo passam a alimentar a sociedade do consumo, a exemplo da evolução das modas. Tal evolução representa uma mudança de hábitos e costumes, que, na medida em que dão leveza e visibilidade ao corpo, aumentam a lucratividade das indústrias. Modifica-se a noção de aparência relacionada às vestimentas de marca, substituídas pela silhueta corporal (COELHO; SEVERIANO, 2007).

A exploração dos corpos tornou-se um imperativo da modernidade e definiu as políticas de diversos âmbitos (sociais, econômicos e políticos), passando a definir também modelos de normalidade e saúde (DOREA; SEGURADO, 2000). O funcionamento do corpo é trazido para perto de uma norma e de uma maximização da produtividade dentro de um nível aceitável de moralidade. Aos desviantes e “a-normais”, reserva-se uma série de rótulos, estigmas e diagnósticos. A norma disciplinar, portanto, produz e modela não só identidades e subjetividades, mas também individualiza corpos (COELHO; SEVERIANO, 2007).

Considerando que o consumo e a produção são uma das bases mais importantes do capitalismo, a idéia de que indivíduos com necessidades especiais ou com outras diferenças podem igualmente participar da competitividade será alcançada na medida em que tais indivíduos se aproximam da “normalidade” (DOREA; SEGURADO, 2000).

Por outro lado, considerando que a fronteira entre o normal e o patológico é tênue, pode-se pensar na necessidade de uma reflexão e questionamento acerca dessa normatização, os quais, por sua vez, podem fornecer elementos para identificar os interesses subjacentes a esse processo de patologização (SERPA JÚNIOR, 2003).

Assim, torna-se imperativo preservar o corpo de qualquer ameaça a sua juventude e beleza. Para corroborar esta tese, é visível e patente a proliferação da indústria de produtos *light* e *diets* e das academias, clínicas de estéticas e *spas* (COELHO; SEVERIANO, 2007). Tais instrumentais, aliado às constantes publicações que pregam a boa forma, constituem o fenômeno do *bodybuilding* contemporâneo que se refere à construção do corpo visando a sua perfeição, segundo o modelo pregado como ideal por esse contexto. Para atingir o objetivo do corpo perfeito, o indivíduo passa a incorporar tais instrumentos em sua rotina, dando-os inicialmente, a conotação de uma disciplina e, gradativamente, passa a reproduzi-los de modo automático, sem uma postura crítica, visando não mais obter saúde e força, e sim, o aspecto visual proporcionado pela beleza, transformando o corpo numa máquina, resumindo a identidade do indivíduo aos seus músculos (LE BRETON, 2003; NOVAES, 2006).

De acordo com Coelho e Severiano (2007), tem-se, a partir de então, uma “psicologização dos estados corporais”, onde a saúde é transformada em uma experiência subjetiva relacionada a ideais externos. Assim, na busca de tais ideais, as inúmeras possibilidades de transformações oferecidas ao corpo afetam o psiquismo do indivíduo, possibilitando,

via de regra, a conquista da auto-estima e o aumento da confiança em si. Desse modo, a responsabilidade de atingir o ideal de qualidade de vida passa a se centrar no indivíduo (COSTA, 2004). O anormal passa a ser, então, aquele que não consegue consumir de modo adequado diante das inúmeras possibilidades de consumo. E é assim que o lugar de desprezo, piedade, polêmica e segregação, destinado antigamente aos leprosários, passa a ser ocupado pelos bulímicos, anoréxicos, obesos e viciados (COELHO; SEVERIANO, 2007).

Nesse cenário trazido pela contemporaneidade, um primeiro paradoxo pode ser evidenciado. Se, de um lado, o apelo à conquista do corpo ideal é correspondido pelo surgimento de uma diversidade de práticas de transformações corporais, demandadas pelos indivíduos crescentemente e, muitas vezes, de modo patológico, tem-se, de outro lado, o crescimento significativo da obesidade e do sobrepeso, em escala mundial. Assim, considerando que tal crescimento tem obtido destaque na parcela das populações mais desfavorecidas socialmente e que, do segmento social mais favorecido ao de menor poder aquisitivo, tem-se a influência do biopoder e da cultura, pode-se pensar que tal influência ocorre de modo diferente, a depender da classe social. Nesse sentido, um questionamento a ser realizado é o de se a lógica do biopoder, que incide sobre o indivíduo pobre, não corresponderia a uma política disciplinar que encara o seu corpo como uma máquina voltada para o trabalho físico, visando o aumento da produtividade, ao passo que a lógica do biopoder, voltada para as classes mais abastadas, diria respeito a uma política de controle que, ao manter o foco sobre a conquista de um corpo ideal, sustenta as bases para o consumo excessivo.

O destaque do sobrepeso e da obesidade para as classes sociais mais desfavorecidas sugere, ainda, a possibilidade de os diferentes grupos sociais estarem adotando, como modelo de beleza, estéticas diferentes, peculiares aos seus estilos de vida e necessidades. Desse modo, um indivíduo oriundo de uma classe social em que há uma série de restrições de consumo, do mais básico ao mais supérfluo, incluindo os de natureza alimentar e de saúde, pode se identificar com uma estética corporal que tenha uma relação com o excesso de massa corpórea. Assim, o excesso de peso, poderia ter para este indivíduo uma significação positiva ao indicar uma alimentação farta ou força para o trabalho, ao contrário de indivíduos provenientes de classes sociais mais favorecidas. Além disso, se na classe social mais abastada reina a abundância e, de modo oposto, nas classes sociais desfavorecidas tem-se a carência de alimentos, pode-

se pensar que o valor cultural dos mesmos varia em função da classe social.

Outro paradoxo presente na contemporaneidade a ser destacado diz respeito ao apelo ao consumo desenfreado, de qualquer natureza, inclusive alimentícia, o qual passa a ser vinculado à noção de prazer. Esse apelo contribui para o aumento da voracidade alimentar e, conseqüentemente, para o crescimento das taxas de obesidade e sobrepeso (mantendo, assim, uma relação de causalidade com o paradoxo citado anteriormente), que ocorre em paralelo ao apelo massificador ao consumo relativo à beleza e às transformações corporais, resultando no surgimento de uma diversidade de práticas que garantam tais transformações. Assim, o mesmo apelo ao consumo incita práticas incoerentes, já que o consumo alimentar excessivo, estimulado de um lado, situa-se na contramão do padrão de beleza, estimulado de outro.

Logo, pode-se dizer que o corpo, atualmente, ocupa o lugar de um santuário da subjetividade humana, encarnando a garantia de sucesso e felicidade, desde que haja obediência à disciplina imposta pelas indústrias da saúde e da estética. Como dito anteriormente, torna-se imperativo que ele possa absorver os produtos de tais indústrias, sob risco de ceder ao envelhecimento e obsolescência (COELHO; SEVERIANO, 2007).

Num paralelo entre o momento histórico atual com o de outrora, pode-se afirmar que a alma era a sede da subjetividade, hoje esta sede parece visível, colada ao corpo, exposto “a uma sabatina incessante de controle, vigilância e cobrança” (COELHO; SEVERIANO, 2007, p. 14).

Assim, pode-se afirmar que o corpo, com todas as suas cicatrizes históricas e diante de todas as modificações, se divide entre o controle e uma suposta vontade própria, escravizado pelo mercado de desejos e sensações. Tal mercado é violento especialmente por responsabilizar o indivíduo pelos seus fracassos em não alcançar tais ideais (COELHO; SEVERIANO, 2007).

Em contrapartida, alguns autores, críticos deste contexto, sugerem a possibilidade de um corpo devir como estratégia de boicote à imposição capitalista, ampliando esse corpo, a fim de possibilitar a reinvenção das redes em que estão inseridos (COELHO; SEVERIANO, 2007). Reformulando uma interrogação do filósofo Spinoza, os autores Coelho e Severiano se questionam: “o que queremos poder fazer desse corpo?” (COELHO; SEVERIANO, 2007).

No sentido de desenvolver tais questionamentos serão discutidos a seguir os limites das intervenções e modificações impostas ao corpo na atualidade, especialmente as relativas ao campo da estética. Assim, visa-se enfatizar a responsabilidade da sociedade e de sua cultura na transmissão e introjeção dos valores pelos indivíduos, denunciando o apelo estético característico da atualidade.

5.4 SOBREPESO E TIRANIA DA MAGREZA: REPERCUSSÕES SOBRE A FIGURA FEMININA, LIMITES E POSSIBILIDADES

Conforme discutido anteriormente, cada sociedade elege atributos de diversas naturezas como padrões a serem perseguidos por seus indivíduos. Tais atributos se aplicam, inclusive, ao corpo, o que faz o indivíduo, ao buscar o corpo padronizado pela cultura, se submeter a recompensas e punições e introjetar tal padrão como sendo natural.

Uma análise dos significados atribuídos pelo indivíduo ao próprio corpo e ao corpo do outro podem revelar indicadores da posição social, bem como conotações relativas à liberação sexual desse corpo, seu cultivo higiênico, dietético e terapêutico, além de uma obsessão por sua juventude, elegância e cuidados (RODRIGUES, 1983).

Do mesmo modo, as modificações que são impressas ao corpo podem constituir-se em indicadores de status, bem como ser explicadas por razões rituais ou estéticas ou referir-se a relações sociais. Pode-se pensar que sempre uma sociedade vai interferir, de alguma forma, no corpo de seus membros. E os significados das modificações conseqüentes a essa interferência dependem da sociedade em que o indivíduo está inscrito, da sua cultura e de suas peculiaridades, podendo ser interpretado por outra cultura como exótico ou mesmo estranho. Mas, para uma sociedade específica, a possibilidade de modificação corporal de modo a corresponder ao padrão estabelecido culturalmente significa para o indivíduo a expectativa de maior aceitação, inserção e dignidade (RODRIGUES, 1983).

Os indivíduos procuram se aproximar do modelo estabelecido como ideal, adotando diferentes recursos, sejam estas dietas especiais, exercícios físicos, cirurgias ou pinturas. Desse modo, acreditam estar contribuindo para o aumento de sua vitalidade orgânica e social (RODRIGUES, 1983). A cultura marca o corpo com o objetivo de adequá-lo a suas normas e regras e tal modelação ocorre desde o nascimento do sujeito, quando ele tem seu corpo marcado pelas mãos do adulto que lhe impõe os limites sociais e psicológicos

(MARAZANO-PARISOLI, 2004). Logo, as diversas práticas de modificação corporal peculiares a cada cultura podem ser encaradas como tendo uma origem social já que, visam, por parte de seus indivíduos, uma maior aceitação e pertinência social (RODRIGUES, 1983).

Ao perceber o contraste entre o corpo pregado como ideal e o corpo real e a manipulação e modulação exercida pela sociedade, Marazano-Parisoli (2004) ressaltam a necessidade de se considerar que, antes de um corpo produto da história e da cultura, tem-se um corpo concreto, natural e real. Assim, uma visão ética sobre o mesmo deve ter como ponto de partida a consideração de que o corpo é finito, o que exige uma nova leitura sobre o mesmo, que possa ultrapassar o corpo biológico e o cultural (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

A partir desta idéia de afastamento do corpo de sua materialidade, outro paradoxo pode ser evidenciado. Se, de um modo, o corpo tende a ser afastado de sua essência pelo uso de técnicas cada vez mais invasivas e modificadoras, visando o alcance do modelo de corpo ideal, de modo oposto, tem-se o fato de que o crescimento das taxas de sobrepeso e obesidade atingindo níveis extremos repercute sobre o corpo também de modo invasivo, desfigurando-o e afastando-o de sua originalidade.

Os inúmeros estímulos propagados acerca da imagem do corpo ideal evidenciam o apelo, via de regra, a um corpo masculino musculoso e a um corpo feminino esbelto. Tais estímulos evidenciam, ainda, uma relação que tais imagens mantêm com o controle, já que ostentar um corpo musculoso/esbelto indica que o indivíduo tem o autocontrole sobre o seu corpo, o que se relaciona a uma valoração positiva, ao passo que um corpo que fuja a esse padrão se relaciona a uma falta de controle do indivíduo, o que, por sua vez, assume uma conotação de incapacidade e impotência sobre a própria vida e sobre instintos mais primitivos (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

E esse apelo para a conquista do corpo ideal tem se destacado quando se refere às mulheres, a exemplo do crescimento da indústria da magreza e das doenças relativas à questão alimentar, que se sobressaem neste gênero específico. Do mesmo modo, a responsabilização sobre a conquista deste corpo e seus fracassos também adquirem força especial sobre as mulheres, contribuindo para que, entre as mesmas, o campo do cuidado saudável com o corpo se confunda com os das doenças narcísicas. Assim, a instância do corpo ideal, ao mesmo tempo em que seduz, produz mal estar, sob o amparo

da mídia e da cultura ocidental contemporânea (ANDRADE; BOSI, 2003).

O ideal contemporâneo diz respeito a um corpo jovem, enxuto, firme e musculoso que tenta se proteger da força do tempo e que é controlado pelos exercícios físicos, cirurgias estéticas e dietas. Esse ideal é, em muito, reforçado pela publicidade que, ao divulgar seus produtos, exalta o poder dos mesmos de fazer emagrecer e “queimar gorduras”, bem como de rejuvenescer e tais características, por sua vez, fazem destes produtos os mais procurados. Assim, o lugar que o corpo ocupa passa a ser o de um objeto a ser modelado e manipulado pela moda e publicidade, com o poder de revelar a personalidade dos indivíduos e, dessa forma, influenciar escolhas e encontros.

Com a construção de seu corpo sofrendo constantes interferências sociais, o indivíduo passa, então, a ser influenciado por um controle não só dos caracteres físicos, mas também, de suas reações emocionais. No entanto, as modalidades de controle são diferentes entre homens e mulheres.

No caso masculino, um corpo gordo e sem músculos tende a ser avaliado com desprezo, indicando ser de um homem que não se cuida e que não tem força de caráter. Por outro lado, um corpo musculoso simbolizaria a chave para o sucesso e para o reconhecimento moral. Quanto ao modelo feminino, o ideal se refere a um corpo magro, jovem e sem imperfeições. Além disso, percebe-se que tal ideal geralmente corresponde a um padrão de beleza da mulher branca. (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

Pode-se perceber que, em caso de fracasso da mulher em alcançar o padrão de beleza ideal, ficando acima do peso, a “culpa” é transferida exclusivamente para ela, a despeito de ela estar inserida numa sociedade extremamente invasiva quanto a estímulos e apelos ao consumo, inclusive o alimentar.

A idéia que atrela o sucesso feminino à aparência tem sido construída nas mulheres desde a infância. De modo análogo e, conseqüentemente, a preocupação com o peso tende a ocupar ao imaginário feminino desde a tenra idade (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

Ao realizar uma reflexão ética sobre a influência desses processos sociais na adoção de um modelo de corpo ideal, percebe-se que o apelo a técnicas diversas e, inclusive, invasivas de modificação corporal é crescente. Tal apelo se relaciona a uma insatisfação constante dos indivíduos com a forma de seus corpos, o que os faz estar disposto às

modificações e relacionar as mesmas à conquista de amor, felicidade e sucesso. Porém, os meios utilizados para essa conquista, bem como os resultados obtidos merecem uma avaliação, a fim de se questionar as normas sociais que legitimam essas práticas e vulgarizam os comportamentos que permitem alcançá-las.

Assim, faz-se necessário questionar o conceito de autonomia do indivíduo quando esta pode originar diversos comportamentos prejudiciais, beirando conseqüências patológicas graves, a exemplo dos transtornos alimentares. A idéia de autonomia do indivíduo veiculada atualmente coloca o corpo no lugar de um objeto que pode ser manipulado sem limites de modo a garantir a satisfação dos sonhos pessoais. O que ocorre é que a imagem ideal almejada se refere à imagem cultural massificadamente veiculada e imposta (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

Logo, as opções se situam entre a aceitação e a submissão ao modelo, com a conquista de um corpo dócil e transformado e, conseqüentemente, de sucesso, ou a recusa a este modelo, às custas de rejeição social e renúncia ao sucesso. Portanto, a autonomia individual, neste sentido, corre o risco de significar uma mistificação (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

No caso das mulheres, a sua busca por autonomia e migração da esfera doméstica para a esfera do trabalho exige, muitas vezes, a submissão ao ideal de corpo tonificado e enxuto, o que obstaculiza a conquista de sua autonomia. Assim, de *mulher-esposa-mãe*, ela passa a ser uma *mulher-ativa-com-um-corpo-transparente-e-sempre-bem-cuidado* (MARAZANO-PARISOLI, 2004). A diversidade de papéis femininos repercute sobre a sua identidade, trazendo insegurança e a sensação de que o apego ao corpo possa equilibrar essa instabilidade (ANDRADE; BOSI, 2003). Assim, ocorre uma mudança em que a mulher, para ser aceita, tem que docilizar o seu corpo, dominando a fome e outras sensações, mesmo que implique dor e sacrifícios. E tal submissão tende a permanecer, já que o corpo perfeito nunca poderá ser alcançado pelo corpo real (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

Acreditar na existência de corpos mais perfeitos do que outros se relaciona à aceitação do valor do modelo proposto como ideal, já que um corpo perfeito, de fato, não existe. Assim, essa busca pelo modelo ideal traz subjacente a idéia de gratificação, onde o indivíduo acredita que, ao construir a imagem perfeita, será gratificado. Porém, nesse caso, a gratificação não ocorre, já que alcançar o corpo perfeito é impossível. Depreende-se que

a não aceitação do corpo real e o uso de práticas invasivas de remodelação do corpo podem resultar em insatisfação e, em casos mais extremos, em patologias graves.

Para Marazano-Parisoli (2004), os distúrbios alimentares podem ser encarados como patologias sociais, o que fica evidenciado pelo fato de o aumento do número desses distúrbios ocorrer em paralelo à instalação da ditadura da magreza na sociedade. A análise dessas patologias oferece uma compreensão da cultura e sociedades contemporâneas, o que é exemplificado pela conduta das anoréxicas e bulímicas¹, as quais parecem refletir perfeitamente a absorção das regras culturais, ao buscar domesticar o próprio corpo segundo tais regras. Tendo como ponto de partida a conquista do controle da vontade, as pessoas com transtornos alimentares parecem perder o domínio de sua própria vida. Sendo assim, a conduta das pessoas com tais patologias traduzem a falência do modelo contemporâneo, já que a dupla controle/perda de controle afastam o sucesso, a felicidade e o amor que parecem ser historicamente buscados (MARAZANO-PARISOLI, 2004).

Assim, tem-se uma cultura contraditória em que a prática consumista dificulta o exercício do controle exigido socialmente e o corpo, nesse contexto, configura-se como um bem de consumo. Tal paradigma do controle/consumo incita, de um lado, a idéia de autonomia do sujeito que tem a liberdade de decidir sobre a sua vida e, de outro, institui suas regras, fazendo dos indivíduos corpos dóceis e submissos.

A partir das idéias trabalhadas até aqui, pode-se depreender que a finitude do corpo evidencia sua natureza imperfeita e, em um pólo oposto, a busca incessante por um corpo idealizado simboliza uma negação de sua materialidade e imperfeição, demonstrando um desejo de imortalidade. A partir daí, pode-se pensar que o terreno da estética se nutre do combate à finitude do corpo.

Diante do exposto, considerando a inevitável influência da cultura sobre seus indivíduos, sustentada pelo desejo de pertencimento social, evidencia-se a quase fatalidade do controle contemporâneo sobre o corpo, marcado pela estética. Uma contraposição a esse

¹ De acordo com Paulo Dalgalarro (2000), a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são transtornos do comportamento alimentar. O primeiro é caracterizado por perda de peso auto-induzida por abstenção de alimentos calóricos ou por indução de vômitos e/ou purgação, prática de exercício físico de modo excessivo e uso de anorexígenos e/ou diuréticos, enquanto que, no segundo, há a preocupação persistente com o comer e com o controle do peso, acompanhada de desejo irresistível por comida, levando a episódios de hiperfagia (comer exagerado) e busca por medidas extremas como vômito, purgação, diurético e enemas a fim de obter compensação.

movimento envolve estar atento a essas questões, possibilitando a minimização desse controle, ainda que essa postura tenha um alcance limitado diante da magnitude cultural. Apesar desta magnitude cultural, bem como do fato de a contemporaneidade estar focada sobre o corpo e o controle deste, depreende-se que a obesidade e o seu crescimento alarmante podem ser considerados fatores desviantes. Fonte de preocupação dos diversos segmentos da sociedade, bem como dos diversos organismos de cuidado à saúde, em âmbito nacional e internacional, a obesidade traz conseqüências desastrosas tanto a nível individual quanto a nível global. Dentre estas conseqüências, destacam-se as referentes ao ônus financeiro sobre os sistemas de saúde, bem como o agravamento do estado de saúde dos indivíduos e as de natureza psicossocial sobre os indivíduos, a exemplo da exclusão, do preconceito e da intolerância. De acordo com Novaes, (2006) tal intolerância pode ser percebida desde a época romana, quando era associada a uma doença social e moral, quadro que permanece na atualidade.

Diante desse cenário, em que se constata a não aceitação e a ausência de lugar para a obesidade, em especial para as mulheres, bem como a fonte de sofrimento – físico, psíquico e social - trazida por tal patologia, faz-se necessário questionar o papel da obesidade no contexto contemporâneo e o da não adesão ao seu tratamento. Trata-se de uma patologia que simboliza a resistência ao controle e ao modelo pregado pela cultura, já que este é inalcançável, ou, de modo oposto, é uma patologia que simboliza o fracasso em se ajustar a esse controle e em se alcançar o padrão ideal de beleza?

Considerando que há um número expressivo de tentativas de adesão ao tratamento do sobrepeso e da obesidade, seguidas de insucesso, pode-se pensar que o sobrepeso e a obesidade são acompanhados de insatisfação por parte do indivíduo acometido. Aliada a essa insatisfação, têm-se os riscos potenciais representados pelo sobrepeso e pela obesidade. Dessa forma, pode-se pensar na necessidade de direcionar um olhar cuidadoso e transdisciplinar a tal patologia e à adesão ao seu tratamento, a fim de se considerar a sua complexidade, visando o bem-estar dos indivíduos e a efetividade dos sistemas de saúde no tratamento da obesidade.

Nesse sentido, Carvalho e Martins (2004) propõem uma análise do corpo a partir de uma perspectiva filosófica, considerando sua relação com o ambiente, já que o corpo, como parte integrante deste, interage constantemente com o mesmo. Além disso, ressaltam a importância de se considerar a complexidade da alimentação. Na contramão destas idéias, uma análise do corpo a partir do modelo mecanicista constrói sua compreensão

com base na linearidade entre a causa e seu efeito. Desse modo, o conceito passa a ser reduzido a uma definição. Assim, tal modelo passa a ser insuficiente para a análise dos fenômenos da saúde coletiva.

Na busca de uma conceituação mais ampla do agravo da obesidade, Carvalho e Martins (2004) comparam dois pensadores, Descartes e Espinosa. Os autores afirmam que, para o primeiro, as verdades se situam de modo externo às coisas e o método de análise é essencialmente racional. Além disso, Descartes acredita na dualidade corpo e mente e suas teorias embasam o pensamento moderno científico. Já Espinosa acredita na inseparabilidade do corpo e da alma, bem como do corpo e do ambiente. Ele considera que a essência das coisas está na sua própria existência e que tanto a razão quanto as sensações são provenientes da mesma substância. A razão, para Espinosa, é uma etapa do conhecimento humano que pode ser ampliada com a incorporação dos afetos na análise dos fenômenos. Compreender simboliza ser afetado de modos diferentes e a não possibilidade de ser afetado passa a ser considerada prejudicial para o corpo. Assim, segundo essa lógica, adota-se a ética da singularidade, a qual não é regida pela lógica do bem e do mal e do certo e errado. Tal ética implica a responsabilização do sujeito sobre suas ações, contrapondo-se à alienação e determinação das mesmas (CARVALHO; MARTINS, 2004).

Para Espinosa, o conhecimento das causas internas está relacionado ao aumento da potência de agir do ser humano, bem como ao aumento da pró-atividade. Já a ignorância conduz à submissão às causas externas, com a diminuição da potência de agir e o aumento da passividade. Tal passividade resulta numa escravidão decorrente da substituição das causas internas pelas externas. Assim, o ser humano torna-se submisso à realidade externa sem o saber (CARVALHO; MARTINS, 2004).

Logo, Espinosa considera que há uma relação entre a liberdade e a condição de ser ativo, de modo que o ser humano é mais livre quando assume uma postura mais ativa e quando tem uma compreensão maior de suas necessidades, o que aumenta sua potência de agir (CARVALHO; MARTINS, 2004).

De outro modo, segundo o modelo cartesiano, a obesidade é analisada apenas segundo a entrada e saída dos alimentos no corpo humano. Conseqüentemente, a adesão à dieta para redução de peso fica condicionada à vontade do indivíduo obeso. Tal visão corresponde também à visão dualista de corpo e mente, na qual o corpo obedece ao que

lhe é ordenado pela mente. Quando isso não ocorre, o indivíduo gordo fica na berlinda por explicitar a incapacidade de seu corpo de obedecer a sua alma. De modo oposto, considerar o ser humano como uno significa incorporar, na análise da obesidade, as influências culturais e emocionais, complexas e contraditórias trazidas pelo meio (CARVALHO; MARTINS, 2004).

Nesse sentido, um tratamento para o sobrepeso/obesidade se torna saudável ao considerar as demais possibilidades do corpo, visando o aumento da sua potência de agir. Logo, além de conhecer as regras a serem seguidas no tratamento da obesidade, é interessante que o indivíduo conheça a si mesmo e tenha as suas necessidades incorporadas no tratamento. Para que haja uma relação ética entre alimentação, corpo e saúde, é necessário que haja uma flexibilidade das regras nutricionais e uma adaptação das mesmas às características do indivíduo. Quando, ao contrário, a recomendação dietética se torna rígida, essa adequação entre o indivíduo e o conhecimento científico nutricional é restringida e passa-se a reforçar o mito de que a solução para a obesidade está estritamente na elaboração de uma dieta recomendada pela ciência da nutrição (CARVALHO; MARTINS, 2004).

Pretende-se, então, a partir desta noção, modificar a cultura de desconsiderar o caráter vitalizador do alimento. Assim, uma conduta ética significaria incorporar um espaço para acolher a tensão trazida pelo impasse entre “comer porque quero, ou não comer porque engorda”. Uma conduta oposta, de interdição, traria, por sua vez, uma diminuição da potência de agir do ser humano, com a produção da sensação de culpa, angústia e depressão, inculcando a idéia de que, além de não se conseguir alcançar o ideal de corpo, não se consegue ter o controle sobre a própria conduta e força de vontade (CARVALHO; MARTINS, 2004).

O desafio, no tratamento da obesidade/sobrepeso, é pensar numa forma de lidar com a mudança alimentar visando o emagrecimento que conjugue as esferas fisiológicas e psíquicas do indivíduo, considerando a sua singularidade. Assim, trabalha-se no sentido de evitar a transformação do corpo obeso em corpo obediente e passivo, para transformá-lo em corpo potente e ativo, bem como de evitar a sua fragmentação e enfraquecimento.

6 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Este estudo tem natureza qualitativa e contou com uma pesquisa de campo durante quatro meses de realização. A opção pelo estudo qualitativo se refere à possibilidade que o mesmo traz de ampliar a visão do pesquisador sobre o fenômeno a ser estudado, o qual, segundo Gaskell (2002) pode ser explorado através do contato com a diversidade de opiniões e representações relativas ao assunto.

O estudo foi desenvolvido num ambulatório de nutrição composto por nutricionistas e estudantes de nutrição, inserido em um hospital público da cidade de Salvador, Bahia. Trata-se de um hospital universitário, portanto, sem fins lucrativos, que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e atendimento médico, situado num bairro de classe média.

A pesquisa teve como unidade de análise mulheres adultas, com a faixa etária de 18 a 59 anos, que já participavam do programa de emagrecimento desenvolvido pelo hospital. O critério de escolha para tais pacientes envolveu, primeiramente, ser do sexo feminino; ter sido diagnosticada com sobrepeso ou obesidade; pertencer a um estrato social desfavorecido (verificado através de uma avaliação da renda mensal), bem como encontrar-se em estágio de tratamento no ambulatório. Nesta fase, o estudo contou com a técnica de entrevista semi-estruturada.

A entrevista foi direcionada às pacientes do ambulatório. A construção do roteiro das entrevistas teve como base os aspectos subjetivos e biológicos levantados pela literatura como possíveis obstáculos para a adesão ao tratamento da obesidade; os aspectos culturais e sociais subjacentes à adoção do padrão de beleza, bem como do comportamento alimentar; como também os aspectos relativos à qualidade de vida e à mudança de hábitos envolvidos no tratamento.

Segundo Gaskell (2002), o uso de entrevistas dessa natureza visa obter uma compreensão mais ampla acerca da relação entre os indivíduos específicos que se pretende estudar e sua situação. Para este autor, tal técnica introduz o pesquisador no mundo das pessoas – fator considerado pelo autor como imprescindível - ao permitir o contato com suas narrativas, aproximando-o de suas crenças, valores, atitudes e motivações. A compreensão dessas narrativas é facilitada pelo desenvolvimento de esquemas interpretativos pelo pesquisador. Seguindo recomendações deste autor, foi

desenvolvido, previamente à realização das entrevistas, um tópico guia específico para sua unidade de análise, com questões a serem exploradas durante a execução das mesmas (Apêndice - A). Além de facilitar o desenrolar da entrevista, o tópico guia visa orientar a análise dos dados produzidos, ao possibilitar que esta ocorra segundo uma seqüência.

As entrevistas começavam com questões abertas, com a intenção de permitir o relato da experiência das mulheres estudadas vividas a partir de um corpo avaliado pelo sobrepeso ou obesidade e da sua busca e processo de tratamento. Vale dizer, entretanto, que, tendo em vista o tempo de realização de um trabalho de campo no âmbito do mestrado, e o setting sendo a instituição ambulatorial, as entrevistas não apresentavam um nível de aprofundamento capaz de explorar as experiências trazidas. No entanto, essa dificuldade foi, de certo modo, contrabalançada pelo número de mulheres entrevistadas, semelhanças de pertencimento social, de ocupação e de idade, o que produziu uma certa consistência transversal nas qualidades das respostas referentes a temas específicos.

Durante a fase da coleta, foi possível identificar alguns aspectos relativos à organização do ambulatório de nutrição. Este funcionava a semana toda, porém, cada dia era subdividido de acordo com a especialidade do serviço e, por conseguinte, cada turno atendia a uma patologia específica, sendo subdividido também de acordo com a faixa etária, atendendo a ambos os sexos. Assim, por exemplo, às segundas-feira pela manhã o ambulatório atendia determinada patologia, enquanto que, à tarde, já era destinado ao atendimento de pacientes com uma patologia diferente.

Os ambulatórios escolhidos para este estudo foram o de tratamento para a hipertensão e o de patologia de adultos. A escolha dos mesmos ocorreu a partir da informação obtida pelas nutricionistas coordenadoras dos serviços de que tais ambulatórios recebiam muitas mulheres adultas com a demanda de emagrecimento. Foi possível perceber que esta demanda era gerada por um encaminhamento de algum funcionário do próprio hospital, que, na maioria das vezes, era um médico, ou, ainda, de algum professor da universidade, médico ou nutricionista .

No caso das pacientes do ambulatório de hipertensão, este encaminhamento ocorria baseado na necessidade melhorar a pressão aliada à necessidade de emagrecimento, em muitos casos. No que se refere ao ambulatório de adultos, este, por ser de natureza mais livre, não destinado a nenhuma patologia específica e, sim, a uma determinada faixa

etária, a busca pelo tratamento ocorria, com maior frequência, mais direcionada para o emagrecimento.

Um primeiro aspecto a ser destacado é que, em ambos os ambulatórios, a procura pelo serviço era muito grande. Isto fazia com que, em determinados momentos, houvesse listas de espera destes pacientes que se avolumavam. Por este motivo, havia um limite de faltas pré-estabelecido pelo serviço para os pacientes, de modo que, aqueles que extrapolassem tal limite seriam substituídos por outros pacientes, com o intuito de abarcar toda a demanda.

Outro aspecto a ser destacado é o intervalo de tempo entre as consultas. Segundo as informações coletadas, após o encaminhamento, a paciente realizava um cadastro na recepção e agendava a mesma que, em geral, não demorava a ocorrer. Porém, passado o primeiro atendimento, o intervalo de tempo entre os próximos era bem longo, sendo constatado que este intervalo durava, em média, de dois a três meses. Desta forma, a paciente, após a primeira consulta, agendava cada retorno para, mais ou menos, dois ou três meses após.

As pacientes eram atendidas em dois momentos. Primeiramente, eram chamadas na sala de espera pelas estudantes de nutrição pertencentes ao “Nível 1” do ambulatório para realizar o exame físico. Este era feito através da avaliação da altura, peso e cálculo do IMC, bem como avaliação da pressão, elasticidade da pele, mucosas, cabelos e unhas. Além disto, elas faziam um inquérito sobre seu diário alimentar. Este momento era considerado uma prévia do atendimento e se repetia sempre nos retornos às consultas.

Após este primeiro momento, as pacientes eram novamente chamadas na sala de espera para serem atendidas pelas estudantes de “Nível 2” com a supervisão do coordenador-as que tinham cursado alguma das disciplinas consideradas como pré-requisito para tal exercício- ou pelas residentes do hospital- profissionais que cursavam especialização sob forma de residência. As residentes podiam, ainda, exercer algumas das atividades do professor coordenador do ambulatório, como supervisionar o atendimento das estudantes de “Nível 2”, assinar prontuários e prescrições. Por fim, o professor coordenador coordenava o ambulatório de modo geral, promovendo discussões de artigos e casos clínicos, dentre outras funções.

No intervalo entre esses dois momentos de atendimento, as pacientes eram convidadas a

participar da pesquisa. Assim, foram selecionadas aquelas que haviam sido diagnosticadas pelas estudantes com sobrepeso ou obesidade. Além disso, priorizou-se a escolha das que tinham disponibilidade de tempo, já que, pelo fato de muitas residirem no interior do estado da Bahia, havia a dificuldade destas de não prolongar o atendimento a fim de garantir a viagem de volta com o carro disponibilizado pela prefeitura de seu município.

Deste modo, foram realizadas entrevistas com 22 mulheres, dentre estas, metade era atendida pelo ambulatório de hipertensão e a outra metade atendida pelo ambulatório de adultos. Do total de mulheres, apenas 5 tinham menos de 40 anos de idade, e uma parcela significativa estava desempregada enquanto a grande maioria trabalhava como doméstica, diarista, em serviços gerais ou como dona de casa. Quanto ao excesso de peso, cinco pacientes estavam com sobrepeso enquanto que a maioria estava com obesidade, se dividindo entre nove com obesidade grau 1, sete com obesidade grau 2 e uma com obesidade grau 3.

Posteriormente à coleta de dados, no momento da análise dos mesmos, foi realizada uma análise de conteúdo. Tal técnica visa, de um lado, assegurar o rigor da pesquisa ao possibilitar a confirmação de que a visão do pesquisador poderá ser compartilhada por outros, e, de outro lado, fornecer uma interpretação ampliada da realidade, através de uma leitura atenta e enriquecedora, possibilitando a confirmação ou não do fato estudado, ou, ainda, trazendo novos elementos para a compreensão do mesmo. Desse modo, a análise de conteúdo corresponde a duas funções, uma heurística (em que se destaca a função exploratória, favorecendo a descoberta) e a outra de administração da prova (evidenciada na confirmação ou não dos fatos). Trata-se de uma técnica destinada a analisar o campo das comunicações (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo teve o objetivo de compreender as seguintes categorias: experiência e percepção corporal; cultura e significado de corpo; ideal de corpo e processo de trabalho; significado dos alimentos; cultura e comportamento alimentar; motivações dos pacientes no tratamento da obesidade/sobrepeso; a experiência do tratamento das pacientes.

As técnicas referidas acima contaram com o uso de gravador, caneta, papel ofício, computador, impressora e cartucho.

O caráter da escolha dos sujeitos participantes da pesquisa foi, exclusivamente, o de voluntariado. Antes de iniciá-la, as participantes entraram em contato com um termo de consentimento, no qual foram esclarecidas da natureza e objetivos da pesquisa e, quando manifestavam interesse, assinavam o termo, dando início a sua participação (Apêndice - B). Quanto à divulgação dos resultados na pesquisa, os sujeitos tiveram seus nomes preservados e, quando necessário, foram reveladas apenas as iniciais dos mesmos. A devolução destes resultados para os pacientes e profissionais do ambulatório de nutrição está prevista, devendo ocorrer, seqüencialmente, sob a forma de palestra e entrega de relatório para o serviço. Pensamos também na redação de um artigo científico como modo de comunicação com a comunidade acadêmica mais vasta.

7 SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES E A INCORPORAÇÃO DOS ALIMENTOS

Segundo Santos (2008), a relação entre corpo e alimentação ainda tem sido pouco explorada nos estudos contemporâneos, de modo que as especificidades desta relação não têm sido devidamente percorridas. A autora afirma que uma das peculiaridades do alimento está em ser incorporado ao organismo do indivíduo, sendo consumido de modo literal, construindo, portanto, o corpo não só materialmente, como também simbólica e culturalmente.

Deste modo, as práticas alimentares são construídas socialmente, trazendo a marca da identidade de cada cultura (MINAYO, 2001; SANTOS, 2008). Assim, depreende-se que, ao realizar uma dieta alimentar, independentemente de seu fim, o indivíduo se depara com a necessidade de modificar seus hábitos alimentares, ainda que minimamente, o que acarreta implicações nas esferas históricas, culturais e identitárias de cada pessoa.

As dietas alimentares são elaboradas para fins específicos e variam de acordo com o objetivo a que se propõem. Neste sentido, têm-se dietas voltadas para combater o envelhecimento, proporcionar o embelezamento, curar enfermidades, prevenir as mesmas e promover saúde e, ainda, para modificar a composição corporal, proporcionando o emagrecimento ou o ganho de peso, dentre outras. A modernidade se depara com um aumento na procura pelas mesmas, especialmente as voltadas para o emagrecimento, a qual lida com uma dificuldade peculiar: o controle da fome, apetite e desejos alimentares (SANTOS, 2008).

As entrevistadas discorreram sobre os seus hábitos alimentares analisando os mesmos como pertencentes a duas fases distintas: a do antes e a do depois da dieta. Na fase do antes, elas abordam a própria alimentação como algo desregrado, sem horário para as refeições, com a substituição das mesmas por lanches e sem a preocupação com a quantidade, qualidade e conseqüências. Nesta fase, grande parte delas aborda, inclusive, a preferência pelos alimentos que engordam, indicando que possuem, segundo Tonial (2001) uma obesidade deficiente, já que suas dietas alimentares são pobres em nutrientes.

Na fase atual, elas encaram aquilo que costumavam comer antes como algo danoso, do qual devem se afastar e, portanto, proibido. Pode-se pensar que tal comportamento é facilitado pelo conhecimento proporcionado pelas nutricionistas que, através do

fornecimento de informações sobre a alimentação saudável possibilita que as pacientes desenvolvam discernimento próprio sobre seus hábitos alimentares e suas conseqüências, favorecendo o auto-controle ou mesmo a rejeição a determinados alimentos.

Tal dado pode ser corroborado com estudos realizados no Maranhão que identificaram que mulheres obesas de classe social desfavorecida reconheciam os princípios de uma alimentação adequada, mas a dificuldade maior em mantê-la se referia à necessidade de conservar um corpo forte para o trabalho, bem como, de prolongar a sensação de saciedade, já que, nem sempre, podiam realizar as principais refeições diárias. Deste modo, praticavam uma economia doméstica e biológica (TONIAL, 2001).

Tais estudos identificaram, ainda, nesta população de mulheres adultas de baixa renda, um percentual significativo de obesidade. Tal patologia, neste contexto específico, foi atribuída a uma alimentação deficiente em nutrientes, mas rica em calorias e foi considerada tão calamitosa quanto a própria desnutrição. Tal situação se deve a uma falta de opções alimentares adequadas, contribuindo para a formação de um corpo frágil e desvalorizado: o corpo obeso (TONIAL, 2001).

No contexto da presente pesquisa, pode-se perceber semelhanças entre as duas realidades, já que as entrevistadas apresentam em comum o sexo, a faixa etária média, a classe social e a composição corporal, dentre outros fatores que serão apresentados a seguir.

Para as mulheres entrevistadas neste estudo, ainda em relação à fase atual -do tratamento, ou seja, do depois da dieta- elas trazem também a dificuldade da mudança de hábitos relativa à reeducação alimentar proposta pelo tratamento, a exemplo da necessidade de incorporar novos alimentos, modificar a própria rotina e abdicar dos alimentos desejados. Essa dificuldade encontra respaldo em estudos antropológicos sobre a alimentação que indicam que os alimentos buscados são incorporados numa determinada cultura, e, portanto, carregam consigo uma das maiores resistências a mudanças (MINAYO, 2001).

Pode-se pensar também que a dificuldade na mudança de hábitos proposta pela dieta se relaciona, ainda, ao fato de que a necessidade de se alimentar se faz de modo constante e imprescindível. Portanto, envolve lidar diversas vezes ao dia com a mudança e seus

obstáculos, a exemplo de controle de desejos alimentares, sensações, fomes e ansiedades (SANTOS, 2008).

Quanto à incorporação de novos alimentos, esta se esbarra, muitas vezes, na dificuldade financeira, já que muitas entrevistadas referem ter dificuldade para adquirir os alimentos recomendados, seja pelo seu valor, seja pela relação custo/benefício, dada a insuficiente saciedade proporcionada por determinados alimentos ou durabilidade dos mesmos. Tal informação encontra respaldo nas afirmações de Minayo (2001) ao relacionar a obesidade à falta de opções de acesso, em que se preza a sensação de saciedade e a necessidade de aplacar a fome. Deste modo, pode-se afirmar que, para esta classe, a variedade de alimentos existe, através da divulgação de informações acerca dos mesmos e de sua valorização, inclusive pelo status que o consumo de determinados alimentos conferem, mas, representam apenas um ideal de consumo, já que, na prática, o acesso aos alimentos ocorre de modo restrito (TONIAL, 2001).

Segundo Tonial, 2001, a falta de opções de acesso aos alimentos pode ser relacionada a alterações nos modos de vida decorrentes da urbanização e industrialização ocorridas com a chegada da modernidade. Tal contexto afetou os modos de produção, armazenamento e comercialização dos gêneros alimentícios. Deste modo, as possibilidades de aquisição destes restringem-se às opções de compra, comprometendo aqueles que não dispõem de poder aquisitivo favorável, diferentemente de antes, quando o acesso era facilitado pelo poder de produção dos alimentos (TONIAL, 2001).

Assim, a dificuldade financeira relativa à aquisição dos alimentos foi trazida na fala de algumas usuárias como um fator que dificultava o andamento do tratamento, a exemplo da fala da entrevistada “E.”, que revela um entendimento de que há uma distinção entre a comida do pobre e a comida do rico:

Eu gosto de comer tudo [...] frutas, verduras eu gosto de comer só não como muito com frequência porque quem ganha um salário não pode comer tudo isso que quer. [...] É, pobre não se alimenta, pobre come, enche, quem se alimenta é quem tem salário bom, quem não tem, come. Todo dia você vai comprar verdura e fruta, é o dinheiro que você vai comprar um quilo de feijão e um quilo de carne, um quilo de carne e um quilo de feijão vai durar uma bocado de dia, fruta e verdura não. (E. 54 anos, empregada doméstica)²

Portanto, estudos indicam que a situação de pobreza é agravada pela vida urbana, na

² Os depoimentos a seguir foram obtidos por meio de entrevista, a identidade das entrevistadas serão mantidas em sigilo.

qual as pessoas têm reduzida a sua autonomia na produção do próprio alimento, enquanto que, no espaço rural, este acesso é facilitado pela possibilidade de plantio, existência nativa de vegetais, caça, pesca e criação de animais. De modo oposto, os mesmos estudos identificaram uma valorização dos produtos industrializados percebida seja pelo aumento no consumo destes, seja pela manifestação do desejo de inseri-los na alimentação, ao passo que as tradições alimentares são progressivamente enfraquecidas (TONIAL, 2001). Corroborando essas idéias, Santos (2008) afirma que a ampla produção e variedade dos alimentos industrializados contribui para a disseminação dos mesmos, de modo que não mais se restringem a seus espaços de origem, transpondo barreiras geográficas e culturais. Para a autora, tais alimentos foram reconhecidos como protagonistas da alimentação moderna, o que pode ser relacionado a outro fato mencionado pela mesma de que tais alimentos trazem liberdade quanto à obrigação das tarefas culinárias cotidianas. Ela relata também as conseqüências deste fenômeno, a exemplo do risco da padronização alimentícia e da homogeneização dos gostos alimentares, bem como dos prejuízos à transmissão das tradições culinárias.

Aliado à dificuldade financeira tem-se o dado de que a rotina das mulheres estudadas envolve o trabalho com determinados alimentos encarados como vilões pela nutrição, os quais, por sua vez, fazem parte da história dessas mulheres, seja pela via do histórico alimentar (quando elas referem uma vida marcada por hábitos alimentares que incluem os mesmos), seja pela via do trabalho (quando elas produzem ou lidam com tais alimentos para obter o próprio sustento), trazendo uma sensação de intimidade com os mesmos que precisa ser abruptamente violada, o que pode ser visto na fala das entrevistadas:

Mas só que não pode, eu sei que eu não posso, não vou... [...] Você faz e não come. Meu marido é quem faz. [...] Que a gente vende. Refrigerante mesmo, [...] só tomo uma vez por semana, queijo eu comia direto também tirei, agora só uma vez por semana (risos), é duro né? Mas pro bem da gente né? (C. M., 40 anos, comerciante)

Minha filha, eu fiz bolo não sei quantos anos, bolo de casamento, e, hoje em dia, eu não poder comer um pedacinho, nem que seja um fininho? Um dia, sabe o que foi que eu fiz? A minha irmã fez um bolo, ela foi tomar banho, adivinhe o que foi que eu fiz? Parti um pedaço, comi e subi correndo pela escada. Foi o dia mais feliz da minha vida. [...] E o dia que minha irmã me deu uma coxinha. Eu só falei chorar. E agradei a ela por ter dado aquele pedacinho de bolo, uma vez que ela me deu, sem ser escondido. E a coxinha (D., 35 anos, desempregada)

Ainda sobre a rotina, pode-se pensar que a prescrição dietética envolve não só a mudança de hábitos alimentares, como também uma modificação no cotidiano geral dessas mulheres, já que tais hábitos envolvem o manejo de horários diários e da vida

social. Segundo Tonial (2001), cada alimento possui, para o ser humano, significados e crenças relacionados a aspectos sociais, religiosos e econômicos, indo além de sua composição nutricional. Deste modo, cada alimento possui não só uma função biológica, como também social. A autora fala, ainda, que para se compreender a dinâmica alimentar de qualquer grupo, é necessário considerar seus aspectos econômicos, sociais, históricos e culturais, bem como suas especificidades.

Assim, neste trabalho, foi possível perceber no discurso das pacientes a noção de que, em relação à alimentação, elas nem sempre fazem o que é indicado pelas nutricionistas. A fala delas demonstra, em alguns casos, que o indicado vai de encontro aos seus hábitos rotineiros históricos, culturais e afetivos que lhe trazem prazer, bem como aqueles que possibilitam a organização de seus afazeres domésticos. Um exemplo disso diz respeito à necessidade de não descuidar da dieta durante toda a semana, o que guarda particular dificuldade durante o final de semana já que, para a maioria, este é o único momento que elas têm para sair da rotina, mas também para organizar suas atividades em suas próprias casas, como no caso da paciente L.M.:

Eu não vou dizer que final de semana, domingo, meu almoço, eu vou almoçar meio dia, porque não almoço. Tomo café já quase meio dia. [...] Não é acordar tarde, é porque levanto, faço uma coisa, faço outra, esqueço de tomar café. [...]. Aí, quando eu vou tomar café, é porque já me deu fome, aí eu não vou comer um pão, eu como dois, três pães. Quando vou almoçar, já é quatro hora da tarde, ou até de noite mesmo.

Esse exemplo pode indicar, ainda, a dificuldade dessas mulheres em adotar esse estilo de vida específico, ou seja, seguir regras fora do horário de trabalho, a exemplo de finais de semana e férias, como se fosse uma reação ao próprio expediente, estafante por si só, em busca de se ampliar a própria liberdade:

Também, setembro tava de férias, foi aniversário de um filho, teve de outro filho, aí pronto. Fui à praia também, aí tomei duas cervejinha. Mas, se eu não fizer nada disso, nada disso, eu bebo, e não como (risos). Da novela das sete até a novela das oito é pra comer. (risos) Na das seis, eu nem como, porque não sento para assistir. Mas, quando chega novela das sete e novela das oito, aí, pronto. Eu vou fazer um teste pra ver, viu? Vou fazer experiência para ver se eu não sentar para ver se eu não como. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

A influência da televisão nos hábitos alimentares foi outro aspecto explorado nas entrevistas. Algumas das mulheres entrevistadas relataram sentir a influência deste meio de comunicação, seja favorecendo o tratamento de emagrecimento ao estimular o consumo de alimentos saudáveis, seja dificultando, ao estimular o apetite, divulgando a

imagem de produtos calóricos, assumindo, portanto, um papel contraditório:

Quando tô com fome principalmente que passa cada comida em Ana Maria Braga e na novela de tarde [...] que ninguém merece! (risos) Isso que interfere muito e como mesmo [...] ô meu Deus! (risos) Jesus! Me abana! (risos) (L. C., 23 anos, atendente).

Influencia porque passa, fala... Ó, fica confuso porque uma hora passa uma coisa... Coma isso que é bom pra saúde e tal. Depois passa uma lasanha, sorvete, é McDonalds, é um monte de coisa, influencia bastante, fica muito confuso. Uma propaganda oferecendo uma comida saudável, outra propaganda oferecendo comida com gordura, tudo isso, é bastante complicado. (L., 18 anos, assistente de informática)

O que eu bem olho nas novelas é isso, eles procuram sempre tá na dieta pra isso, pra não engordar, que nessa novela que tá passando agora mostra mesmo que você tem que fazer academia, mas tem que se preparar antes né, eu acho interessante. (M.B., 45 anos, empregada doméstica)

[...] Passando uma receita do programa, uma receita, você tá assistindo, você vê, que beleza, você tenta querer fazer também pra provar (risos) [...] eu até nem sei se pode. [...] Tô dizendo assim, a pessoa que faz dieta não pode comer tudo, já fazer uma coisa que não pode comer, você já vê ali, você já quer né... (risos) (C. M., 40 anos, comerciante)

Deste modo, fica evidenciada a cacofonia dos meios de comunicação que cria uma dupla mensagem com um fim em comum: o consumo. No entanto, o alcance deste fim não se faz acompanhado de uma conduta ética no sentido de se avaliar a coerência das informações transmitidas com a promoção da saúde.

Neste contexto, o indivíduo se situa entre os diversos discursos e imaginários acerca da alimentação e o aumento das possibilidades de acesso possibilitado pela tecnologia, indústria e publicidade alimentar, a qual participa também na construção dos imaginários citados (SANTOS, 2008).

Segundo Minayo (2001), os alimentos, por assumirem um papel indispensável na vida dos seres humanos, tornam-se um setor estratégico para a economia mundial, que se utiliza de estratégias de marketing capazes de alcançar e seduzir os mais diversos e desfavorecidos locais do globo terrestre. Assim, os alimentos adquirem as características de globalizados e se tornam objetos de desejos de pessoas pertencentes a locais, culturas e estratos sociais diversos.

Portanto, pode-se pensar que a influência da mídia nos hábitos alimentares das pacientes entrevistadas expressa tais estratégias de sedução utilizadas mundialmente para a busca de determinados alimentos. O consumo desses alimentos pode ser encarado, ainda,

como uma forma de inclusão dessas mulheres à sociedade que pertence.

Tonial (2001) relata que o estímulo ao consumo de tais alimentos é divulgado como uma solução adequada para as exigências de praticidade da vida moderna. Tal divulgação ocorre de modo massivo, entre os diferentes meios de comunicação e atinge as diversas faixas etárias. Assim, a autora alerta para o fato de que a influência dos meios de comunicação sobre os hábitos alimentares é uma das variáveis a ser considerada diante da má alimentação em classes sociais desfavorecidas e não apenas a desinformação quanto a uma alimentação saudável.

Deste modo, o comer passa a ser resultado de diversas decisões (o que, quando, onde, como) a serem feitas pelo indivíduo. Este, por sua vez, vivencia uma suposta liberdade, já que tem a possibilidade de realizar as refeições sem as exigências de tradições antigas (horário, companhia, ritos), mas, lida com um controle social sobre a alimentação transformado. (SANTOS, 2008).

O hábito de comer é motivado por outros fatores além da fome. A fome é um aviso do organismo através de estímulos gástricos que indica a necessidade de ingerir alimentos a fim de repor a energia necessária para o desempenho das atividades. Já o apetite não se relaciona a uma necessidade e sim às vontades, desejos e preferências alimentares. Logo, mantém estreita relação com o estado emocional da pessoa e com as sensações proporcionadas pelos alimentos, podendo levá-la a ingerir pequenas ou grandes quantidades alimentares a depender deste estado, bem como do padrão de reação peculiar de cada indivíduo.

Essa influência do apetite nos hábitos alimentares também apareceu nas entrevistas, quando as pacientes relatavam comer sem estar necessariamente com fome. Assim, pode-se questionar sobre a real motivação da busca dessas mulheres pelos alimentos, evocando-se o slogan: “você tem fome de quê?”

Eu tô vendo a novela ali, aí me dá vontade, aí eu tô vendo a novela, eu tenho que estar mastigando. Aí vou para a cozinha, o que eu acho eu tô comendo. [...] Da novela das sete até a novela das oito é pra comer (Risos). Na das seis, eu nem como, porque não sento para assistir. Mas quando chega novela das sete e novela das oito, aí, pronto. [...] Que eu como mais porque se eu ficar vendo televisão, aí não sei com o que é que eu fico, aí dá para comer. Tem noite de eu comer 5, 6 pães. [...] Mas e se eu acordar para assistir novela, ou qualquer um filmezinho que passar, eu tô mastigando, mastigando. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

Algumas vezes eu levo uma maçã, alguma coisa assim, mas sempre a cabeça fica: “tô com fome, tô com fome”. Aí o problema pior tá aí então... (L., 18 anos,

assistente de informática)

Considerando que o apetite, assim como os alimentos, pertencem a uma rede simbólica de significados complexos, questiona-se o que essas mulheres e o grupo ao qual pertencem comunicam a partir desse apetite. Uma hipótese seria encarar esse apetite como uma válvula de escape em que se permitiria uma ingestão de alimentos ilimitada, despida de regras e restrições. Assim, pode-se visualizar o apetite manifestado por essas mulheres como uma reação ao estilo de vida limitado das mesmas, tanto em relação aos recursos materiais, quanto ao seu cotidiano em geral, envolvendo as possibilidades de lazer e trabalho. Deste modo, o apetite proporcionaria uma sensação de liberdade que o seu dia-a-dia não permite. Além disso, uma outra hipótese é pensar que a voracidade alimentar as aproxima de alguma forma à sensação de fartura que lhes é tão escassa.

O extremo de um apetite voraz pode conduzir à compulsão alimentar, tão presente na modernidade e responsável por desencadear uma série de patologias. Diante de um contexto em que se preza a velocidade e o consumo excessivo a fim de se acompanhar os avanços tecnológicos, em detrimento da durabilidade e estabilidade das coisas, pode-se pensar que o lugar da compulsão alimentar corresponde a este apelo moderno. Esta idéia é corroborada por Nascimento (2007) que relaciona as compulsões de diversas naturezas ao contexto pós-moderno, considerando-as próximas ao comportamento da dependência de drogas, na medida em que manifestam traços de dependência física e psíquica.

Ainda em relação ao apetite, algumas entrevistadas relataram comer mais quando estão em casa do que quando estão na rua. De modo análogo, foi trazido também o aumento do apetite no momento em que as mesmas estavam sós, em comparação a quando estavam na presença de outras pessoas. Deste modo, pode-se pensar que a presença do outro pode estar funcionando como uma espécie de censura ao aumento do consumo alimentar. Além disso, tem-se o fato de que, quando se está com outras pessoas ou na rua, está-se distraído, desfrutando de um convívio social. Muitas pessoas, ao ficarem sós em casa, se deparam com os pensamentos, as ansiedades, as angústias, as frustrações, eventualmente, com a própria solidão. De um modo mais leve, pode-se pensar também na comida como uma distração. Outro fator a ser considerado também é a questão financeira, já que comer na rua torna-se dispendioso e mesmo, impraticável para muitas dessas mulheres:

[Mais tempo em casa come mais?] *Come mais, oxe! Com certeza. Porque você fica sentada na televisão ou então fica deitada na cama, demora um pouquinho, vai na geladeira, aaaaabre e pega alguma coisa, depois fecha, aí vai lá, abre de novo, come bastante... Quando ficava dentro de casa... Tem que ter alguma coisa pra fazer pra ocupar a mente né, que se não... [...] Se eu ficasse em casa era brigadeiro que eu fazia, pipoca, tudo isso que eu ficava em casa sozinha e tem isso também.* (L., 18 anos, assistente de informática)

O negócio é em casa quando eu chego... (L. M., 51 anos, empregada doméstica)
 [Você acha que a presença das pessoas inibia você comer ou aumentava sua vontade de comer?] *Não, inibia porque diziam que eu estava comendo demais. Quando eu chegava pra comprar um salgado, o rapaz já me conhecia, eu dizia: duas coxinhas, dois quibes e um pastel. "Tudo isso pra senhora, dona D.?" Eu digo: não, pra mim e para meus filhos. He, he, he. Era pra mim.* (D., 35 anos, desempregada)

Quando eu estou com outras pessoas... Deixa eu ver meu Deus... Acho que eu como menos. [...] Eu costumo comer mais mesmo em casa. (C. B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

A censura do outro sobre o aumento do consumo alimentar também foi trazida sob a forma de cobrança explícita, especialmente por parte dos familiares, e encarada como algo aversivo e mesmo iatrogênico:

Aí que não dá vontade mesmo, que a pressão em cima de você... [Piora é?] Piora bastante, oxe! [...] Você não vai comer isso! Aí, quando eu não tava com ela, eu comia, adiantava o quê? Nada. Aí eu falo: ...eu vou comer, eu vou... (risos). Aí ela ficava falando, piorava bastante. [...] e depois eu ia lá e comia ou então ela falava: vá na padaria comprar pão. Eu aí pegava cinqüenta centavos, sempre na passagem, tem uma barraca que tem tudo de gostoso, aí oxe! Todas as vezes que ela mandava pra algum canto comprar no mercado alguma coisa, eu levava um dinheirinho, aí comprava um chocolate, um baton ou bolinha salgada ou bolinha doce, eu comprava alguma coisa, eu não podia ir ao mercado, na padaria sem comprar nada, tinha que comprar nem que seja uma balinha, um salgadinhozinho, mas eu comprava. [...] Mas eu comia porque ela ficava falando. (L., 18 anos, assistente de informática)

O significado dos alimentos foi outro aspecto estudado. Para a maioria das pacientes, tal significado variou entre algo proibido e algo muito prazeroso, que lhes traz um bem-estar, assumindo, portanto, uma conotação paradoxal. Assim, pode-se pensar na relação entre proibição e desejo, como se, por si só, a proibição do consumo de determinado alimento sinalizasse para o mesmo e despertasse o desejo de consumi-lo. Além disso, pode-se pensar, ainda, que tal proibição resulta em que o desejo se manifeste na busca pelos alimentos de modo impulsivo, recaindo, por sua vez, na voracidade alimentar, como se a impulsividade tivesse a função de aliviar a culpa por se realizar o desejo proibido, ao impedir que se realize uma análise sobre os próprios hábitos. Esta relação proibição/desejo pode ser percebida nas falas das pacientes abaixo:

Agora? Bomba calórica que eu não posso nem chegar perto (risos) com certeza.

(L. C., 23 anos, atendente)

[E qual é o significado desse sabor [...] pra você?] *Não sei, é um sabor que eu gosto muito. [Como é que você se sente consumindo esses alimentos que você gosta?] Me sinto bem.* (A.P., 35 anos, desempregada)

Significa que, se eu não comer, não vou sobreviver. (risos) Tô brincando. Ó, é assim, eu gosto com relação... Eu não gosto muito de almoçar entende, se deixasse, eu vivia comendo besteira, lanchando, então eu fico com uma alegria, um sabe, satisfeita, isso que significa, uma questão de... Como que eu posso falar... Satisfação mesmo, é isso. [...] Mas a maior dificuldade é essa do trocar o lanche pela fruta, ou um suco, ou um biscoitinho entendeu, a maior dificuldade. [Esse lanche representa o quê?] Uma vontade imensa é um desejo... (risos) (L., 18 anos, assistente de informática)

[...O que é que eles significam para a senhora?] *Não faz bem, não faz bem...* (C. M., 40 anos, comerciante)

[Qual o significado dos alimentos pra você?] *Tem muita coisa que eu não posso comer mesmo! [Mas, o que os alimentos significam?] Acho que coisa boa, né? Porque também se você não se alimentar..., né? Por um acaso, quando eu vejo um bolo de chocolate, que comia muito, eu passo e vejo, às vezes, me dá vontade de pegar escondido e comer tudo* (D., 35 anos, desempregada)
Quando a gente tá com vontade de comer aquilo que você come, aí você se sente satisfeita né? Sente prazer [...] tá com vontade. (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

Pra mim (risos)? Horrível né, que engorda, aí hoje eu não como mais, é raro na vida, não, eu não como mais, menos porque eu trabalho com isso e aí enjoa né? (M.B., 45 anos, empregada doméstica)

Algumas mulheres, entretanto, trouxeram tal significado por uma via mais concreta, racional:

O que ele representa é encher a barriga (risos). (E., 54 anos, empregada doméstica)

[Qual o significado desses alimentos pra você?] *São ricos em sais minerais né, em ferro é... são mais saudáveis eu acho do que a carne, são bem mais saudáveis. [...] [Quando você consome eles como é que você se sente?] Me sinto mais leve, muito mais leve do que me alimentando de uma forma mais tradicional com carne, com essas coisas, me sinto mais leve quando eu como essas coisas, bem melhor.* (M. G. S., 41 anos, estudante)

No entanto, há um contraste entre esses discursos, tendo uma diferença entre os mesmos na concepção do alimento, pois o primeiro o encara de modo mais tradicional, como algo necessário para encher a barriga e, prioritariamente, saciar a fome. Já o segundo traz uma concepção moderna de alimento, identificando-o aos seus nutrientes.

Na direção dessa concepção, tem-se o surgimento de novos gostos alimentares, movidos pela necessidade de adoção de um estilo de vida saudável e propiciador de um corpo magro. O surgimento desse novo gosto denominado por Santos (2008) de “gosto *light*” traz implicações não só para o estilo de vida dos indivíduos, como também para a

gastronomia, resultando na reformulação de cardápios, com o objetivo de conferir à alimentação o máximo de nutrientes com o mínimo de calorias. Neste cenário, o prazer advindo das refeições passa a se submeter a disciplinas e racionalizações.

Foi trazido por uma paciente a importância de se investir na educação alimentar das pessoas desde cedo, dentro de casa. Segundo ela, é possível atuar na prevenção do sobrepeso desta forma, a fim de evitar a formação de hábitos alimentares prejudiciais, difíceis de serem modificados posteriormente:

Eu sou muito chata pra comer, então meu pai me mimava muito, tudo que eu queria ter ele dava. [...] Isso, a questão de desde pequena tá educando, desde pequena tá botando num exercício, de falar: isso é bom... chorar, tem que comer, se não, não vai fazer isso, isso. Começar daí porque daí que os adolescentes não vão tá com esse excesso de peso que está hoje, entendeu? (L., 18 anos, assistente de informática)

A partir desta fala e das idéias expostas até aqui, pode-se pensar que muitos dos diversos obstáculos percebidos no tratamento de emagrecimento a partir da modificação nos hábitos alimentares podem estar relacionados a uma resistência das mulheres estudadas a diversos fatores. Dentre estes, tem-se a ditadura da dieta e do corpo magro; a imposição do estilo de vida contemporâneo (que envolve o consumo de determinados alimentos e a fragilização de tradições de diversas naturezas alimentares, relacionais, afetivas, dentre outras); a perda da própria identidade e conseqüente afastamento de suas origens históricas e culturais. Sobre este fenômeno da resistência às modificações alimentares, Santos (2008) percebeu a mesma no retorno das culturas alimentares locais como forma de preservação da própria identidade.

Considerando a intrínseca relação entre alimentação e corpo, ao qual é indispensável à incorporação do alimento e que, a partir daí, o mesmo é constituído, resultando em composições corporais diversas, tanto saudáveis quanto patológicas, marcadas pela escassez ou pelo excesso, torna-se relevante focalizar o mesmo a partir da perspectiva das mulheres estudadas, o que será realizado no próximo capítulo.

8 SIGNIFICADOS DO CORPO

A preocupação com as questões corporais acompanha o indivíduo ao longo de sua história, na qual o corpo tem sido pensado, representado e objeto de ação. No contexto moderno brasileiro, apesar da forte influência ocidental, tais preocupações devem levar em conta o modo peculiar de se perceber o corpo das diferentes culturas que aqui se instalaram, a exemplo da africana, o que se reflete na cultura brasileira como um todo. No caso da cidade de Salvador, esta tradição africana se presentifica fortemente na corporalidade de seus habitantes, evidenciada na estética, no modo de lidar com os corpos, nas músicas e festas. (SANTOS, 2008).

Por outro lado, a preocupação com o corpo de modo a levar em conta as especificidades de sua cultura e formação étnica parece não corresponder à realidade brasileira. O que se percebe é uma homogeneização da preocupação com o corpo no sentido de torná-lo magro, livre de gorduras e, portanto, aceitável, não sobrando espaço, assim, para composições corporais diferentes. Desta forma, conforme afirma Santos (2008), a obesidade passa a ser considerada patologia mesmo quando não representa fator de risco para o indivíduo, ou seja, ainda que não seja acompanhada de prejuízos à pressão ou ao colesterol, ela é vista como aversiva e danosa, configurando uma patologização da obesidade, a qual deixa de ser considerada apenas como um fator predisponente para outras patologias.

Com o intuito de alcançar este corpo almejado, tem-se um conjunto de práticas destinadas a modulá-lo, dentre as quais se destacam o uso de dietas alimentares e atividades físicas. Estas práticas são consideradas pilares fundamentais que aproximam o corpo de uma matéria-prima a ser lapidada, divulgadas especialmente pela mídia e pela publicidade, atingindo todos de modo a romper barreiras geográficas e culturais (SANTOS, 2008).

Do ponto de vista genético, Tonial (2001) afirma que a influência genética, aliada a algumas patologias ou alterações hormonais, pode contribuir para o desenvolvimento do excesso de peso ou da magreza excessiva. A autora afirma que a variedade biológica dos seres humanos quanto à capacidade de desenvolver/armazenar massa corporal é muito grande e pode atuar para que algumas pessoas, em condições normais de sobrevivência, raramente cheguem à obesidade ou à magreza excessiva.

Estudos sobre epidemiologia molecular identificaram vinte genes capazes de atuar na capacidade do indivíduo de armazenar energia, no gasto energético de repouso e na sensação de fome e ansiedade, o que indica a dificuldade de precisar o potencial genético dos indivíduos para desenvolver a obesidade ou a magreza excessiva (TONIAL, 2001).

Apesar de tais dados, a herança genética não necessariamente é determinante das composições de massa corporal dos indivíduos e, conseqüentemente, da obesidade ou do subpeso (TONIAL, 2001). Assim, dentre as mulheres entrevistadas, pode-se pensar que outros fatores - psicológicos, sociais e culturais - atuam no desenvolvimento do sobrepeso/obesidade e sua manutenção, dificultando o sucesso do tratamento de emagrecimento.

Algumas das pacientes entrevistadas, ao relatarem a história de seu corpo, disseram que eram muito magras na infância ou mesmo até a adolescência, tendo modificado bastante o seu peso corporal atualmente. Vale destacar que a referência ao corpo magro de outrora era trazida de modo pejorativo, seja por si ou pelo outro. Deste modo, pode-se sugerir que, em determinado momento da vida dessas mulheres, a magreza foi considerada aversiva e indesejada, o que pode ser relacionado a esta classe social específica, como se a magreza representasse a escassez de cuidados, saúde e recursos em geral. Porém, a depender da idade dessas mulheres, em outras classes sociais também as mulheres muito magras não eram apreciadas, o que se relaciona ao fato de que o gosto por mulheres muito magras é um fenômeno muito recente, daí ter mais intensidade entre as mulheres mais jovens.

Me chamavam de Olívia Palito, eu era seca demais gente! Era Olívia Palito. Diziam que eu vinha da Etiópia [...] que eu andava com duas pedras segurando aqui do lado que era pra não voar. [...] Tomei complexo pra engordar, tudo que você imaginar pra engordar eu tomei. (L. C., 23 anos, atendente)

Eu era um ratinho. Me disseram né, que era um rato que ficavam me chamando de joelho, nas fotos eu era magrinha... (L., 18 anos, assistente de informática)

Essas modificações corporais relatadas, em sua maioria, ocorreram na fase adulta e foram atribuídas, em sua maior parte, a eventos como gravidez ou medicamentos, mesmo dentre as que afirmaram ter tido sempre excesso de peso:

Com uns dezessete anos, comecei a engordar. [...] Antes eu pesava quarenta e nove quilos. [...] Hoje tô com oitenta e nove quilos. Eu tenho alergia, os remédios pra tratar a alergia pioraram a minha situação, tudo contém corticóide e corticóide engorda, então remédio, remédio, remédio. (L. C., 23 anos, atendente)

Eu nasci com um quilo e setecentas gramas, [...] e até os vinte anos eu pesava quarenta e quatro quilos. [...] Era quarenta e quatro, quarenta e oito, quarenta e quatro, quarenta e oito quilos. Após a minha gravidez dela eu engordei vinte quilos, depois que tive a segunda gravidez... Foi a gravidez, porque eu tomei muito soro dela, eu tomei no caso daquela dali tomei oito litro de soro, da outra tomei nove litros de soro. (A.P., 35 anos, desempregada)

Foi, eu engordei, assim, de repente. [...] De adulta. [...] Eu passei a engordar, xôver se eu tô lembrando... quando fiz tratamento de asma. Esses remédios...A médica diz que não engorda, mas engorda. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

Não, eu nunca fui muito gorda não, comecei a engordar depois que eu tive uma perda [bebê] eu tomei soro, aí eu comecei a engordar, até meus vinte e poucos anos, meu corpo não era isso não, era menos. Na época eu tomei soro eu acredito que tenha sido isso que aí eu comecei a engordar. Até meus vinte e cinco, vinte e seis, vinte e sete, vinte e oito anos, eu comia muito chocolate ou pode ser também que as gorduras ficaram acumuladas por lá não quiseram sair né (risos) e agora com a idade saiu (risos). (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

Depois que eu tive meus filhos, aí eu fiquei esse corpo, quer dizer, um pouquinho mais né, com o regime que eu vinha fazendo eu perdi [...]. Eu creio que foi pela alimentação né, vê o negócio que você tá dando peito, tem que comer bem, tá comendo uma coisa e outra fora de horário né [...]. E aí fiz algumas cirurgias que disse que a gente engorda [...] Ficar mesmo de repouso só comendo a gente acaba engordando. (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

Quando eu tive meus meninos. [...] Eu fiquei muito gorda. [...] Não, durante [a gravidez] que eu engordei. Depois eu comecei a tomar aquelas injeções. Sempre tomei remédio pra evitar [...]. Aí, engordei demais. Que quando a médica me viu: dona Dalva, a senhora está grávida? HE, he, he. [...]. Comecei a engordar, comecei a chorar. [...] Tudo por causa da injeção. (D., 35 anos, desempregada)

Eu sempre fui gordinha, só que... Eu sempre fui cheinha, só que de uns tempos pra cá eu engordei muito entendeu, aí eu achei estranho assim porque eu tenho engordado assim de uma hora pra outra. [...] O segundo filho... O primeiro consegui emagrecer, voltar, estabilizar o organismo, mas o segundo já não foi mais. Aí teve aquela coisa depois eu passei a usar "Diu", a médica disse que isso não influi, mas eu acho que influi alguma coisa e aí eu vim engordando e pronto. (R. C., 41 anos, auxiliar de serviços gerais)

Eu só sei que eu era magrinha e depois de mais ou menos trinta e cinco anos foi que eu fiquei gorda assim [...] e a barriga ficou deste tamanho. (E., 54 anos, empregada doméstica)

A partir destas falas, pode-se observar que as ironias são um recurso muito rico que aparece com frequência nos discursos. As mulheres se utilizam dessa estratégia para diminuir a dramaticidade da situação, para falar verdades de modo mais alusivo e indireto e também como uma espécie de "chiste freudiano", quando se fala coisas difíceis de forma jocosa, pela dificuldade de encarar experiências existenciais mais complexas como o envelhecimento, a solidão, o medo das doenças, dentre outros.

Além disto, nota-se, em seus discursos, representações sociais associadas a determinados procedimentos médicos, como o uso do soro, que é encarado como um "superalimento", ligado ao fato de ser dispensado de modo intravenoso, indo fortalecer o

sangue, além de ser utilizado em situações de ameaça corporal, quando o soro pode salvar a vida.

Quando abordadas sobre como se sentiam com o corpo atual, a opinião dessas mulheres variou entre sentir-se ou não bem com o próprio corpo. Algumas demonstraram insatisfação total, enquanto outras demonstraram certa ambigüidade em relação ao próprio corpo, trazendo, ao mesmo tempo, insatisfação e resignação.

Quando trouxeram a insatisfação com o próprio corpo, elas afirmaram se sentir mal, feias, insatisfeitas com diversas partes do mesmo, especialmente com a barriga e com o seio, demonstrando uma auto-estima comprometida. Além disso, essas mulheres referiram restrições trazidas pelo sobrepeso, tanto com relação à saúde, quanto nas relações afetivas e em questões cotidianas, como sair para determinados locais, usar determinados tipos de roupa ou mesmo liberdade para transitar no ônibus.

Estudos demonstraram que a percepção negativa acerca do sobrepeso tinha como pano de fundo o padrão estético massivamente difundido, através de um discurso que prega as exigências de uma boa forma física e, de modo oposto, que as restrições trazidas pelo sobrepeso estão relacionadas à conquista dos parceiros, à inserção no mercado de trabalho, à interferência no status social e à possibilidade de seguir o vestuário pregado pela moda (TONIAL, 2001).

Quanto ao sentimento de resignação em relação ao próprio corpo trazido pelas mulheres, este pode ser relacionado a uma necessidade de lidar bem com o mesmo e de aceitá-lo, já que o corpo parece ser encarado por muitas delas como o próprio instrumento de trabalho, bem como a concretização da saúde, conforme pode ser observado em algumas das falas abaixo:

Me sinto mal, muito mal, eu me sinto muito feia [...] quando eu acordo que eu me olho no espelho que eu vejo meio mundo de banha, barriga e perna, peito, bunda batida aí eu me acho horrível. (L. C., 23 anos, atendente)

Tô procurando melhorar meu corpo, minha estética que não está me agradando, o peso que eu estou e o estado do meu seio que se desenvolveu bastante [...], então este estado não está me agradando, então eu procurei melhorar. [...] Mal, muito mal, não me sinto bem, não me sinto bem mesmo de jeito nenhum, não vou mais à praia, não vou mais à praia, não tenho coragem de tirar a roupa com a luz acessa pra o meu marido. (A.P., 35 anos, desempregada)

Eu me sinto pesada (risos), eu também não tô tão gorda mas me sinto pesada. (M. G. S., 41 anos, estudante)

O que eu não tô satisfeita mesmo é com essa mama que pesa muito né? E eu sinto muitas dores na coluna, assim nos ombros, aí eu tenho que dá um jeitinho. [...] Se a gente não gostar da gente né, como a gente é, quem que vai gostar né, então a gente tem que aceitar do jeito que eu sou, eu me aceito do jeito que eu sou. Foi Deus que me deu a minha vida né, eu sou muita grata a ele por isso e esse jeito pra mim pra melhorar mesmo é perder esse pesinho pra vê se eu fico mais atraente (risos). (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

[Se sente bem com ele?] Me sinto, perdendo um pouquinho de peso (risos). Que a gente gordinha botou uma coisa, bota outra não fica legal né? Eu queria perder pra poder me sentir melhor, queria não, eu quero perder pra me sentir melhor. [...] Ah, eu gostaria de modificar minha cintura, perder a barriga (risos) eu acho que é o mais né, que eu não sou nem tão gorda, mas a barriguinha... (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

[Como é que você se sente com seu corpo?] Bem! [Tem alguma coisa que a senhora gostaria de modificar no seu corpo?] [...] Bom, só emagrecer um pouquinho (risos) [...] Ah, pra me sentir melhor. [...] pra saúde. (C. M., 40 anos, comerciante)

Acho que precisa diminuir um pouco a barriga, porque na barriga eu tenho um estômago muito alto, sabe? Aí, quando eu boto uma roupa parece que eu estou gestante. Aí, às vezes, é uma coisa que incomoda, sabe? Que eu já fiquei até grudada na borboleta, quando era gorda, há, há, há. [...] Tem algumas coisas que desgosto, outras não. Quando eu vejo tanta gente fazendo tanta dieta, tanta lipoaspiração, tanta coisa e, depois, dá errado, eu digo: olha, eu tô feliz com meu corpo assim cheio... meio cheio de celulite, cheio de varizes. [...] Sou uma pessoa alegre, muito trabalhadeira, que, agora, minha vida tem limitações. (silêncio demorado) [...] Eu não vou à praia. Eu tenho anos sem querer ir à praia. Eu disse: se eu tirar a roupa... he, he, he. Até o mar vai mudar de lugar, de tão branca! ... E cheia de celulite. [...] E cheia de varizes. (D., 35 anos, desempregada)

Hoje eu me sinto gorda, barriguda, cheia de pneu do lado e do outro, eu não me sinto bem com esse corpo. [...] Antes eu vestia calça com cinto cintura baixa, hoje eu tenho que comprar essas daqui, depois eu tenho que desmanchar pra aumentar porque ela embola por causa da barriga, quase ninguém se sente bem assim gorda. [...] O que eu mais busco é perder a barriga. [...] Já perder a barriga já tá em bom tamanho (risos). Porque meu peso oscila né, fico subo e desço, subo e desço, de oitenta pra baixo... Então, se eu perder a barriga já é alguma coisa. (E., 54 anos, empregada doméstica)

Eu tô me sentindo tão feia de gorda. Ave Maria. [...] Eu tou. Eu não tinha barriga, eu não tinha o tamanho que eu tenho, não tinha esse estômago alto... me sinto feia. Eu me sinto feia mesmo. [O que mais incomoda a senhora no seu corpo?] É minha barriga. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

O significado do sobrepeso foi trazido pelas pacientes como algo negativo, com conseqüências prejudiciais à saúde física e mental e à aparência, fazendo as mesmas se sentirem pesadas, sem agilidade e disposição. Deste modo, pode-se pensar que o sobrepeso para as mulheres dessa classe social, a priori, não carrega uma conotação positiva, apesar de a relação com a magreza, conforme citado acima, adquirir uma conotação mais negativa em comparação a classes sociais mais abastadas:

Eu não me sinto bem, não gosto, não é uma coisa que eu gosto, eu acho que isso reflete muitas coisas na vida da pessoa no dia a dia, acarreta muita coisa, leva até uma depressão a depender né, tanto de peso acima do normal, leva a uma série

de problemas. (M. G. S., 41 anos, estudante)

O excesso de peso é ruim porque prejudica a saúde né, eu sou hipertensa, então pra mim é uma coisa ruim estar com excesso de peso, [...] e problema de coluna também que eu tenho, então pra mim é ruim. (C. B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

[Você se sentia com sobrepeso?] Sentia, porque eu sentia muito cansaço, eu não sinto mais depois que perdi esse pouco de peso [...], então pra mim foi lucro. [...] Além de ficar feio, você fica doente né, porque o que a gente escuta falar é que a pessoa gorda vem ter né, sérios problemas futuros. [...] Significa pra mim, estar mal né? A pessoa tá muito pesada... Não tá bom não, tá horrível. É como eu disse... A gente coloca uma roupa, a gente quer andar depressa, não pode que tá pesada, tudo dói. (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

Não é uma coisa boa, não é bom pra saúde né. (C. M., 40 anos, comerciante)

Eu me sinto horrível porque eu fiquei com o bumbum mais feio, [...], fiquei com a barriga grande, fiquei com os seios grandes [...]. (L. C., 23 anos, atendente)

Tais dados são corroborados pelo estudo realizado por Tonial (2001), em que as mulheres da classe social desfavorecidas, apesar de valorizarem um corpo forte, desprezavam um corpo gordo em excesso, considerando-o como inadequado, feio e doente, o que, para a autora, converge com a idéia de Foucault de um corpo 'sem controle'. Tal estudo, ao comparar mulheres desnutridas e obesas pertencentes tanto à classe social abastada quanto à classe desfavorecida, identificou que a obesidade era rejeitada por ambas as classes. A diferença se referia à discriminação sobre as mulheres de melhor nível social que pesava mais quando se referia à responsabilidade na manutenção da própria forma. Por outro lado, considerando a influência do poder econômico na sociedade brasileira, tal discriminação é relativizada, especialmente porque, sobre essa classe social favorecida, não há o julgamento da distribuição desigual de alimento. Ou seja, a associação tradicional da pobreza com a escassez e, portanto, com a desnutrição, faz supor que uma mulher obesa pobre não sabe repartir igualmente os alimentos dentro do âmbito doméstico, priorizando a sua alimentação em detrimento dos demais familiares. Assim, sua obesidade seria fruto da voracidade e individualismo alimentar. Tal julgamento não é percebido nas classes mais abastadas, onde a fartura é mais presente (TONIAL, 2001).

Ainda levando em conta a comparação realizada no estudo dessa autora, foi trazido que, para a classe mais abastada (uma pequena parcela da população), não havia a preocupação com a magreza excessiva, a qual era patrocinada pela necessidade de se manter a forma, acompanhada da sensação de bem estar, auto-controle, agilidade, cuidado com a saúde, dentre outras. Assim, a valorização da magreza se encontrava inserida em uma cultura que, através da coerção social, respaldava a obtenção e manutenção de um corpo magro em excesso, dificilmente visto como não sadio.

A comparação possibilitou perceber, ainda, que, dentre as mulheres de classe social mais abastada, sejam desnutridas, sejam obesas, havia a possibilidade de se realizar escolhas e, inclusive, excessos. Tais escolhas eram sempre influenciadas pelas novidades trazidas pelo mercado de consumo ou pela necessidade de se adequar à estética corporal difundida largamente, a da magreza, resultando numa alimentação que variava de um padrão muito restrito ou abusivo quanto a calorias ingeridas. Assim, independentemente do distúrbio alimentar apresentado pelas mulheres desta classe, havia justificativas sociais que, de certa forma, respaldavam ou amenizavam a composição corporal das mesmas (TONIAL, 2001).

Para esta classe, as possibilidades se relacionavam a uma imposição do mercado e ao contexto contemporâneo, bem como à absorção da necessidade de consumo, possuída por uma pequena parcela (TONIAL, 2001).

Em contrapartida, para a grande maioria da população estudada pela autora (classe socialmente desfavorecida), resta desejar um ideal de saúde, nutrição e corpo apto para o trabalho. Para essa classe, pesava o julgamento pelo porte do corpo lento, preguiçoso, doente, descuidado, inadequado para as atividades mais desvalorizadas socialmente. Tal julgamento foi associado a escolhas inadequadas e incapacidade de aproveitar os alimentos, ignorância, gula, bem como repartição desigual dos alimentos. Aliado a este fator, tem-se a desvalorização social do corpo da mulher pobre e o fato de que ela é unicamente responsabilizada pela sua condição, em detrimento de uma complexidade de fatores subjacentes a esta, o que agrava seu processo de deterioração. De outro lado, a mulher pobre não reivindica seus direitos de saúde e os profissionais, respectivamente, dificilmente compreendem os determinantes históricos que a conduzem a tal condição (TONIAL, 2001).

Assim, para a mulher pobre, a obesidade é vista como um obstáculo em diversos sentidos, inclusive, na possibilidade de ascensão social. Deste modo, busca o corpo magro reconhecido socialmente como único ideal de beleza e cultuado pelas classes mais abastadas. O estudo realizado por TONIAL (2001) identificou, portanto, que a obesidade é acompanhada de discriminação, ainda que de modo inconsciente, independentemente de classe social.

Um aspecto que chamou a atenção foi que as entrevistadas, quando abordadas sobre o significado do corpo, responderam, em sua maioria, “tudo”:

Meu corpo eu acho que significa tudo, em partes. [...] Assim, é tudo pra mim, que sei lá, às vezes eu me sinto muito feia, então eu ligo pro meu corpo, creme hidratante, tudo que você imaginar eu faço pra ter o corpo assim, máscara pra barriga, pros seios, mas sei que isso não vai adiantar, tudo ilusão, o que eu tenho que fazer é emagrecer. (L. C., 23 anos, atendente)

[E o que é que seu corpo significa pra você?] Tudo. [...] Ou seja, meu corpo pra mim é tudo, porque eu não me sinto bem, não me sinto bem, eu choro, fico triste, fico deprimida, às vezes entro em depressão, não depressão de ter que tomar remédio, só fico muito triste, [...] sempre eu chego no ponto do ônibus, é assim, qualquer local que chega eu fico comentando com as pessoas assim, algumas pessoas que eu vejo, pra vê se alguém sabe me ensinar algum chá, alguma coisa pra emagrecer entendeu, e pensando no caso, assim, um ato de desabafo entendeu, porque se não, posso entrar numa depressão pior, por isso que eu fico conversando assim. Eu penso numa besteira tão grande quando eu olho ao espelho [...] corpo que eu estou agora no momento, eu começo a chorar (risos) e como eu choro. (A.P., 35 anos, desempregada)

Meu corpo significa... Ah, eu acho tudo né? Eu gosto do meu corpo. (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

[O que é que ele representa pra você?] É uma dádiva divina né (risos) (C. M., 40 anos, comerciante)

Pode-se inferir que tal classificação talvez esteja relacionada a uma concepção do corpo como o veículo que proporciona o prazer e o auto-sustento, além de simbolizar a imagem passada para o outro, funcionando, desta forma, como o próprio “cartão de visitas”.

Assim, ele parece representar a totalidade da existência, talvez o maior foco de atenção, mas também de preocupação, na medida em que as mulheres trazem em seus discursos a depressão por não terem o corpo que desejam. O corpo, que às vezes não assume um lugar assim tão central na vida, aqui parece deslocar-se para o centro. O fazer tudo pelo corpo parece ter o objetivo de findar o mal estar.

Segundo Tonial (2001), assim como as práticas alimentares sofrem influências das questões culturais e econômicas, as representações do corpo também influenciam escolhas e possibilidades. Assim, um estudo realizado pela autora envolvendo mulheres desnutridas e obesas de classes sociais diversas identificou que as mulheres de classes populares, tanto as desnutridas como as obesas, valorizam um corpo funcional, apto para o trabalho, não necessariamente magro em excesso, conforme citado anteriormente. Por outro lado, para estas mulheres, havia a rejeição pelo excesso de gordura, a qual estava relacionada a dificuldades na locomoção, além da discriminação social e, portanto, as mesmas consideraram o ideal de corpo como um “corpo regular”. A autora concluiu que a obesidade, para mulheres desta classe social específica, representa um problema duplo, pois, neste caso, a discriminação é acompanhada de obstáculos no desempenho das atividades laborais.

Deste modo, considerando que as mulheres entrevistadas no presente estudo pertencem à classe social desfavorecida, depreende-se que a visão do próprio corpo como “tudo” pode estar relacionada, dentre outros fatores, à necessidade de se obter um corpo funcional, que lhe possibilite desempenhar as atividades cotidianas, especialmente as relativas ao trabalho e, assim, desfrutar das opções que lhe são oferecidas. Além disso, pode-se pensar que a importância do corpo trazida pode estar relacionada também à possibilidade de bem-estar, saúde e prazer que este proporciona, daí haver toda a preocupação com a deterioração do mesmo no sentido da sua falência.

De outro modo, voltando ao estudo de Tonial (2001), entre as entrevistadas mais abastadas, foi possível perceber que havia uma maior facilidade, dentre as mais magras, para se inserir e ascender no mercado de trabalho e, conseqüentemente, na escala social. Tal fato foi relacionado pela autora à associação da estética com o corpo ágil e saudável e, portanto, funcional.

A saúde foi outro tema recorrente na fala das entrevistadas que sempre se referiam à mesma como um dos maiores motivadores para seguir o tratamento, já que o sobrepeso foi apresentado como algo adoecedor. Deste modo, foi trazida como algo prioritário na vida das pessoas e, em grande parte, definida como ausência de doença, já que as entrevistadas se referiam à mesma pela ausência de dor ou de alguma patologia. Além disto, foi mencionada também como disponibilidade para o trabalho e para as atividades cotidianas através do aumento da disposição, associada a maior motivação para fazer as coisas, maior leveza e sensação de estar bem. Outro aspecto interessante foi a valorização da maior autonomia adquirida com um melhor estado de saúde, o que era oposto com frequência à sensação de peso e cansaço, produtores de imobilidade e de maior dependência de recursos tais como ônibus, médicos e medicamentos, além de sujeita a zombarias de terceiros:

Saúde quer dizer é ter colesterol bom. No caso meu que não tá... Eu mesmo, quando eu tou bem mesmo no meu peso, eu não sinto dor, não sinto nada. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

Saúde é quando você está bem, você está sem sentir dor, sem... como eu tô aqui agora mesmo né, toda agoniada cheia de dor no pescoço, nos ombros e tudo... quando a pessoa tá bem. [...] Aí essa modificação é bom pra saúde né, do paciente. Em 2007 mesmo quando eu tava fazendo, tava me sentindo mais leve, mais disposta quando eu tava fazendo a dieta certa, caminhando, então tinha mais disposição pra fazer as coisas. [...] Tudo até em você arrumar uma casa você já se sente mais disposta a fazer isso, assim quando eu vou pra médico, sinto mais disposição pra andar, não fica aquela coisa que todo o canto que vai tem que ser

de ônibus, tem que ser de carro né, sinto mais vontade de andar. [...] (C. B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

Saúde pra mim é ser uma pessoa sem doença... [...] Uma pessoa que levanta de manhã, faz suas coisas, vai trabalhar, chega, não tá todo dia em médico, [...] eu acho isso importante, não ficar movido em remédios [...] (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

Saúde seria uma coisa fundamental que a gente tinha que pensar antes da estética entendeu, porque o povo fala: ah, eu vou fazer a dieta... Acha que só comer bem, comer salada, fruta é só pra quem precisa emagrecer, a pessoa não pensa na saúde que de você comendo bastante fritura vai tá aumentando o colesterol, tudo isso entende, então eu acho que a saúde é fundamental que a gente tem que pensar primeiramente na saúde mesmo estando acima do peso um pouco, mas tem que pensar na saúde pra depois pensar com relação a ter que emagrecer por causa de não sei quem tá falando e tal entendeu? É fundamental. (L., 18 anos, assistente de informática)

[O que é que você estaria buscando melhorar na saúde?] Ficar boa da coluna pra voltar a trabalhar. (C. M., 40 anos, comerciante)

Às vezes, eu me sentia mal e colocava pra fora, às vezes, não. E eu só engordando, cada dia a mais engordando e adoecendo. E me sentindo cansada, pesada, com dificuldade de andar, que, às vezes, quando a gente pega um ônibus, o homem: anda lerda! He, he, he. (D., 35 anos, desempregada)

Este estudo possibilitou perceber, ainda, uma outra perspectiva acerca do corpo obeso, conforme pode ser conferida a partir do discurso da entrevistada A.P. abaixo:

Porque, realmente, a aparência, hoje em dia, influencia muito, você é linda, maravilhosa, eu já não sou tanto, porém, meu grau de estudo é muito mais que o seu, porém você vai ter a chance muito mais de conseguir emprego [...] não pela minha capacidade intelectual, mas assim, mais pela sua beleza do que pela minha capacidade. As pessoas vêem muito isso e esquecem que isso não é tudo; às vezes, você é linda por fora, mas, por dentro, você é uma porcaria, isso vai resolver alguma coisa? Não, eu vejo muito isso, as pessoas se preocupam tanto com a aparência e se esquecem do caráter da pessoa. [...] Às vezes, é linda de tudo, também por fora e por dentro, mas as pessoas olham sempre pra você... As pessoas olham pra você do jeito que você é, mas esquecem de olhar o seu interior, isso me incomoda bastante (risos). [...] Meu sogro, fica muito me humilhando, falando do meu corpo, que eu tô muito gorda, parecendo um boi de tão gorda, aí fica falando pro meu marido: 'ai, se eu fosse ele não ia te querer mais porque você está muito gorda.[...] Aí pronto, isso me machuca, me machuca muito, que eu posso tá gorda, realmente, eu posso tá gorda, mas ele vai saber quando dou um par de chifre no filho dele, talvez uma linda, maravilhosa que vai pôr um par de chifre... [...] Por que minha índole não permite isso, tá entendendo? E ele se preocupa muito com a aparência e se esquece do caráter da pessoa, isso me incomoda muito, as pessoas são muito hipócritas [...].

A partir desta fala, pode-se pensar no corpo obeso ou com sobrepeso como um espaço de resistência ao apelo excessivo à conquista do corpo magro, bem como ao apego à materialidade do corpo apenas. A fala desta entrevistada demonstra seu repúdio a esta cultura, bem como seu desejo de que a essência também seja reconhecida e valorizada. Assim, pode-se pensar que, resistir ao tratamento talvez seja uma forma de

enfrentamento a esta cultura, através da transferência do repúdio para o mesmo, ainda que este seja destinado a melhorar a sua saúde. Corroborando esta idéia, estudos realizados por Santos (2008) identificaram esta resistência em seus entrevistados que encararam o corpo como um acabamento, uma embalagem, sendo desvalorizado em relação ao seu interior. A autora alerta para o fato de que o corpo não se constitui apenas num espaço de dominação, mas também de resistência, sendo relevante se questionar sobre a relação entre padrões corporais e de comportamento com as diferentes culturas.

9 CONCEPÇÕES ESTÉTICAS: SOBRE O PADRÃO DE BELEZA

Os estudos advindos da antropometria têm se popularizado de tal modo que a difusão da idéia de corpo ideal (saudável e longo) tem alcançado os indivíduos. Estes, por sua vez, têm uma noção da margem específica de kilogramas que possibilita o alcance deste corpo. Deste modo, criam-se imagens do corpo ideal, bem como suas representações, as quais são enquadradas dentro e fora do padrão, sendo classificadas como norma ou desvio. Essas representações também sofrem influências de discursos não científicos, a exemplo da mídia e do discurso hedônico (SANTOS, 2008).

A busca pelo alcance do padrão de beleza afeta especialmente as mulheres e está longe de ser recente. No caso do Brasil, considerando a miscigenação que ocorreu em seu espaço envolvendo o cruzamento de diversos tipos de beleza, pode-se afirmar que este padrão se estabelece de modo específico, sendo necessário, portanto, admitir a diversidade de corpos existentes e dificuldade em se estabelecer um padrão único em detrimento de outros modelos. (SANTOS, 2008).

O cuidado com a beleza e com o corpo também não é uma preocupação exclusiva de classes mais abastadas no Brasil e corresponde a um traço da identidade de seu povo. Perpassa por todas as classes, desde aquelas em que se reina a abundância até as que sofrem da fome. Deste modo, atende, dentre outros fatores, tanto a um mercado que visa o crescimento e o lucro constantes quanto a uma necessidade de igualação e afirmação social ao permitir a identificação com os valores dominantes (MEDEIROS, 2004; MINAYO, 2001).

Além de tais fatores, contribui para este cenário o fato de o Brasil manter um estereótipo, nacional e internacionalmente, de culto à beleza e de sensualidade, para o qual contribuem propagandas de cirurgias plásticas, a exportação de modelos, biquínis, músicas e danças sensuais (MEDEIROS, 2004).

Nesta sociedade de culto à beleza e ao corpo escultural parece não haver lugar para aquele que foge ao padrão, incluindo aqui o excesso de peso. Neste caso específico, estudos indicam a rejeição e o incômodo associado à gordura, relacionada à feiúra e à deformidade (SANTOS, 2008). Esse fato se reflete nas pessoas –enquanto portadoras de corpos e pertencentes a esta sociedade- e se manifesta de modo peculiar, variando de acordo com as especificidades de cada contexto (classe social, gênero, idade, dentre

outros fatores).

No caso das classes populares, Minayo (2001) questiona-se sobre se houve uma modificação no padrão de beleza cultivado pelos homens de classes populares, de formas femininas arredondadas para o padrão de beleza pregado atual, do cultivado à magreza, ou se esta mudança está presente mais exclusivamente no imaginário feminino. Pode-se questionar, ainda, se essa é uma questão que procede para homens de qualquer classe, pois se sabe que o que as mulheres pensam que vai agradar os homens, muitas vezes, não corresponde ao gosto masculino, nesse caso sendo mesmo mais um efeito de mídia e sociedade de consumo.

De todo modo, a obesidade e a magreza, uma devido ao excesso de opções de alimentos calóricos, e a outra devido à cultura massiva da moda, correspondem a uma “colonização’ dos gostos e das vontades” (MINAYO, 2001).

Por outro lado, neste trabalho, algumas participantes da pesquisa demonstraram uma concepção de estética diversa da de classes sociais mais abastadas. No caso de L.M., por exemplo, a paciente demonstra em sua fala se sentir bem com o seu corpo antes de engordar, considerando-se, até mesmo, com o corpo de manequim, apesar de, naquela ocasião, estar pesando 77 kg com uma altura abaixo de 1,60 m: *“Até meus quarenta anos tinha corpinho de manequim, era mesmo, eu era bem magrinha. Quando passei a fazer o tratamento de asma eu não era gorda. Meu peso era setenta e... Quando entrei fiz tratamento aqui era 77. Pesava 77 quilos”*.

Este exemplo pode ser relacionado às afirmações de Santos (2008), que atenta para o fato de que os indivíduos se identificam com o padrão de beleza pregado do modo que lhes convêm. Portanto, nem sempre ocupam uma posição passiva diante da postura diabólica e impositiva atribuída à sociedade e, principalmente aos meios de comunicação. Deste modo, a autora percebe uma modificação nos padrões corporais acompanhado de um movimento de construção de padrões e contra-padrões.

A mesma paciente relata que, atualmente, só se incomoda com a barriga, pois considera que não tem excesso nas demais partes do corpo, apesar de estar com 86 kg. Tal fato indica uma concepção de estética própria, original e compartilhada por outras entrevistadas da mesma classe social: *“Aqueles magrinhas? Ah, não. Eu era muito magra, parecia uma Olívia Palito. [...] Não, magro para ficar assim, com aquele corpinho, como*

essas meninas aqui? Eu não. Se essas meninas fossem lá pra casa, eu iria engordar todo mundo he, he, he.”(D)

Corroborando tal fato, uma outra paciente responde à seguinte pergunta: “O que é que seria um corpo bonito?” *“Não gorda (risos), também nem seca demais, cheinha né, nem gordona nem também pra ficar doente.” (CM)*

Um outro fator que ressalta a especificidade do padrão de beleza nesta classe é a referência das entrevistadas à barriga. A barriga foi a parte do corpo mais evocada pelas entrevistadas, que afirmavam que ficariam satisfeitas com o próprio corpo se a mesma se modificasse, ficando menor. Na maioria delas, o excesso de peso estava visivelmente distribuído por todo o corpo, mas muitas afirmavam que só se incomodavam com a barriga ou que estariam satisfeitas se apenas a mesma se modificasse:

Tudo, começando pelos seios depois a barriga... não começa pela barriga depois os seios, depois o bumbum e por último o nariz. (L. C., 23 anos, atendente)

O meu problema maior é meu peito e minha barriga, só. O resto eu não ligo não. (L., 18 anos, assistente de informática)

Eu acho bonito uma mulher sem barriga. (D., 35 anos, desempregada)

De acordo com Santos (2008), a barriga é o ponto de convergência entre homens e mulheres quando almejam a modificação corporal. De um lado, as mulheres priorizam tal transformação corporal nos membros inferiores, enquanto que os homens, por outro lado, focalizam a mesma nos membros superiores. Já a barriga modificada, delgada e sem gorduras aparentes é almejada por ambos os sexos (SANTOS, 2008).

Porém, nem sempre a abundância nessa parte do corpo foi rejeitada dessa forma. Ostentar uma barriga já foi sinônimo de status, fartura e possibilidade de desfrutar o ócio, a exemplo dos coronéis de outrora. Atualmente, o que se verifica é uma aversão ao menor sinal de volume na mesma, tornando-a um poderoso preditor de beleza capaz de superar até mesmo o rosto neste quesito (SANTOS, 2008).

Além disso, a barriga funciona também como um sinalizador de que as coisas estão se modificando, seja pela idade, seja pela dificuldade de controlar o próprio corpo ou por denunciar que o sobrepeso está se instalando. Independente do motivo, este sinal tende a ser rejeitado e negado (SANTOS, 2008). Considerando que uma parcela significativa das entrevistadas encontra-se acima dos 40 anos, pode-se pensar que um dos motivos por

que este sinalizador incomoda é a modificação corporal relacionada ao início do envelhecimento. Deste modo, concentrar a atenção na barriga desviaria o foco do avanço da idade e as limitações que esta implica, de modo a não mais permitir a mobilidade corporal proporcionada pela juventude.

Cientificamente, assume-se a dificuldade em se reduzir a gordura localizada nesta parte do corpo, já que tal redução ocorre de modo generalizado, sendo difícil a diminuição em locais específicos. Além disso, a ciência comprova o aumento da probabilidade de se desenvolver doenças, especialmente as de natureza coronariana, o que contribui para o que Santos (2008) denominou de “abdomenofobia” (SANTOS, 2008).

Em relação à mídia, pode-se afirmar que ela também contribui para este movimento, na medida em que explora imagens de abdomens definidos, esbeltos e os elege como modelo a ser alcançado, divulgando táticas e técnicas para esse alcance. Quanto aos que não conseguem alcançar esta meta, resta sucumbir aos sacrifícios divulgados a fim de modificar esta parte do corpo vista como algo a ser excluído (NASCIMENTO, 2007; SANTOS, 2008).

Talvez por ser considerada a maior sinalizadora do aumento de peso é que as mulheres entrevistadas concentrem a atenção nesta parte do corpo, de modo a não encarar a situação de sobrepeso real em que se encontram, negando a presença de gordura em outras partes do corpo e suas conseqüências. Além disso, outras partes do corpo aumentadas, tais como seios, nádegas e mesmo coxas, estão mais próximas do que é considerado como sexualmente atrativo, diferentemente da barriga que tradicionalmente não tem essa conotação.

Segundo Medeiros (2004), o Brasil se tornou o sexto maior mercado para produtos de beleza, a despeito de sua economia estar no 11º lugar mundialmente. Desse modo, comprova-se que a cultura brasileira destaca o corpo como um componente importante para a busca da felicidade de seus cidadãos.

Tal busca é favorecida pelo capitalismo contemporâneo, através do surgimento de diversas tecnologias que permitem modificações nas aparências dos indivíduos e que se tornaram o paradigma do século atual (MEDEIROS, 2004).

Em contraposição a esta cultura massiva, cabe, por parte de cada profissional de saúde, um movimento de contextualização da composição corporal de cada indivíduo. A análise

de sua ingesta alimentar deve ocorrer de modo cuidadoso, avaliando-se a qualidade e quantidade da mesma e se utilizando do Índice de Massa Corpórea - IMC - apenas como um respaldo a mais, como um indicador de risco. Deste modo, evita-se a realização de diagnósticos restritos e rígidos, influenciados por uma cultura que reconhece apenas um único modelo de beleza, restando aos demais a exclusão e a coerção (TONIAL, 2001).

A repercussão da busca pela beleza na sociedade brasileira pode ser compreendida ao se considerar que os indivíduos constroem sua identidade social com a ajuda da sociedade em que estão inseridos, refletindo as estruturas da mesma (MEDEIROS, 2004).

Neste sentido, foi possível verificar neste trabalho que temas como vergonha e discriminação foram trazidos nas entrevistas de modo recorrente, quando as entrevistadas se relacionavam ao sobrepeso ou à obesidade. Assim, pôde-se perceber que tal repercussão sobre a busca da beleza ocorria tanto nos ambientes mais próximos- através da cobrança da família, vizinhos ou amigos- quanto nos nos espaços mais impessoais ou genéricos, tais como ônibus, espaços públicos ou através de mensagens de mídia:

Tenho que conseguir. Até meus netos me chamam de gorda. Uma pessoa gorda é discriminada em qualquer lugar. Eu mesmo, dentro do ônibus, quando eu passo nego fica me jogando piadinha. [...] Ai já viro a cara com meu espanto, porque sei que to errada porque tou gorda mesmo. Quantas vezes no ônibus, nego manda eu emagrecer para eu passar. Pego ônibus cheio e quando eu passo aperta um. Ai ouço piadinha. Eu não vou revidar porque sei que tô gorda mesmo... (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

E porque minha mãe fica jogando na minha cara que eu to obesa [...] ela fica dizendo a mim que eu to gorda – ah! Você ta muito gorda, tem que emagrecer, eu quero te dar roupa não compro porque tenho que gastar o dinheiro de uma roupa, duas que eu teria que comprar pra você. (L. C., 23 anos, atendente)

Foi meu marido que me trouxe entendeu. [...] Horrível né, horrível porque assim as pessoas, a maioria das pessoas tem muito preconceito, fica botando apelido... meu sogro mesmo fica me botando apelido. [...] Fica falando se fosse meu marido não me queria, quer dizer ele fica incentivando a meu marido a ficar entendeu, contra a mim em casa e assim tudo é um preconceito. (A.P., 35 anos, desempregada)

E tinha aquele problema na escola né isso, como em todos os lugares de que: ah! É gordinha [...] mas é ruim até hoje passa o vizinho: e ai minha gordinha? E ai gorda? Ah, é horrível viu, não agüento (risos). Ai eu fico: Ah, tomara que eu emagreça logo pro povo parar de ficar me chamando assim, né? [...] Antigamente mesmo eu chegava a chorar por causa disso que ficava chamando, eu me "juriava" (risos), mas agora eu não ligo mais entendeu, que eu to correndo atrás pra que mude né, que quando eu tiver linda e maravilhosa e venha me chamar gorda já sabe (risos).[...] minha mãe mesmo, eu falo de minha mãe que minha mãe fala muito disso entendeu, [...], eles trocaram a alimentação, de vez em

quando que meu pai come assim as coisas, mas eles trocaram a alimentação por minha causa e aí fica falando: você acha certo, você tem dezoito anos, nesse peso tal.[...] e minha mãe e meu pai não... não pode, não pode e não pode, você vai engordar, você vai ficar feia, tudo isso entendeu, (risos) aí não adianta muito não. [...] todo mundo quando me vê comendo fala: L., você não tá de dieta? [...] O povo: ah, você tá gordinha... gordinha ainda vai, mas gorda já é demais (risos). (L., 18 anos, assistente de informática)

Aí, me danava com os meninos: a mulher quando pare, tem muito filho, você quer que a barriga fique como, meu filho? He, he, he. [...] Aí, o motorista disse: quem manda grávida passar por aí! A senhora não sabe Dona D. que tem que passar pelo outro lado? A senhora ficou teimando de passar por aí, agora, a senhora ficou grudada. E o ônibus cheio! Aí, eu botei a culpa na catraca: ó, catraca ruim. He, he, he. Não consegui passar. [...] Às vezes, meu marido reclamava, né? Dizia que eu estava gorda demais. Aí, ficava reclamando. [...] Vergonha, sim. Tanto que não tenho saia. Tem anos que eu não sei o que é botar uma saia. [Tem lugar que você deixa de ir por causa do seu corpo, de sua imagem?] À praia. (D., 35 anos, desempregada)

É assim que o obeso parece se situar à margem da sociedade, constituindo um mundo à parte, o que contrasta com um cenário de luta pela inclusão das diversidades. Neste cenário, corpos femininos, negros, homossexuais e com necessidades especiais ganham espaço enquanto que os obesos vivenciam uma gradativa reclusão (SANTOS, 2008).

Percebe-se, inclusive, a interferência da crítica do outro no modo como elas desenvolvem a auto-imagem:

E também quando as pessoas começam a falar, entendeu, que incomoda também muito. [...] Não é que seja uma influência entende, mas sempre aquela pessoa falando você se sente... Fica mais pensativa com relação ao peso entende? [...] Eu acho que se as pessoas não falassem tanto eu não iria tá pensando, se eu não tivesse pensando eu não iria estar com vontade nenhuma de emagrecer (L., 18 anos, assistente de informática)

Apesar do sofrimento, percebe-se que essas mulheres aceitam as provocações das pessoas que as recriminam, às vezes de modo grosseiro e pejorativo, pelo sobrepeso. Este julgamento do outro foi percebido por Santos (2008) em seus estudos como algo negativo para os indivíduos e disparado por um processo coletivo em que se constroem, na interação com o outro, as classificações referentes a ser gordo e sentir-se gordo. Deste modo, reconhece-se enquanto gordo ao se olhar para o outro.

Observa-se uma dinâmica de hetero e auto-culpabilização, a partir de uma perspectiva de individualização da responsabilidade, raramente produzindo alguma consciência da situação epidemiológica, portanto coletiva, do sobrepeso e da obesidade e, em nenhum momento, havendo uma expectativa de uma resposta social e também do Estado a esse fenômeno, como por exemplo, a existência de equipamentos melhor preparados para

comportar as pessoas com sobrepeso.

A dinâmica de auto-culpabilização é ratificada por Santos (2008) que relaciona a mesma à idéia de que o corpo do indivíduo obeso é sem controle, assim como o são seu apetite e o próprio portador deste corpo. Conseqüentemente, gera-se uma exclusão de si mesmo, bem como auto-culpabilização e estigmatização o que impulsiona o indivíduo ao emagrecimento a qualquer custo.

O estigma sobre a obesidade cresce gradativamente, conferindo à mesma a conotação de um monstro moderno portador de deformidades físicas e morais (SANTOS, 2008).

Há muito pouca referência a determinantes sociais para o sobrepeso/obesidade. No máximo, há uma constatação de fatores que podem ampliar os efeitos negativos de quem vive essas experiências corporais. Assim, o incentivo à busca pela beleza na sociedade brasileira fica evidente, nas falas das mulheres, a partir dos meios de comunicação, especialmente através da televisão. A maioria das mulheres entrevistadas demonstrou sofrer influência deste meio e relataram suas experiências com tal instrumento quando se trata de adotar um padrão de beleza a ser almejado. De forma causal, associaram outros transtornos do comportamento alimentar com as mensagens veiculadas nas televisões, demonstrando, inclusive, a reprodução de alguns debates que vêm sendo travados, especialmente em momentos onde alguns casos de intensa gravidade, em decorrência sobretudo da anorexia, vieram a público. É interessante notar que, na referência do padrão de beleza adotado como dominante e como produtor de uma influência mimética, menciona-se o padrão de beleza europeu:

A tv mostra isso [...], que a mulher gorda não é bonita que a mulher magra é linda, que a mulher magra é perfeita. Então muitas pessoas estão hoje com [...] anorexia por causa da tv, porque se influencia muito as meninas vê aquelas modelos lindas, perfeitas com um corpo de boneca e aí: 'ah, eu vou fazer o que aquela menina esta fazendo, vou comer, vou vomitar que é pra vê se eu emagreço. (L. C., 23 anos, atendente)

Aí, ao passar do tempo a pessoa vai ficando mais velha tem mais uma consciência né isso, de que tem um padrão agora né isso, da mulher magra toda bonitinha e tudo isso [...] Com certeza! Quando você vê aquelas modelos (risos) [...] influencia bastante. E aquela questão de magra, loira de olhos azuis né, que é o padrão mesmo que a gente sabe que as pessoas fazem, né isso? Mas influencia bastante, tem muitas pessoas que nem fica: 'ah, não sou bonita, que não sei o quê', por causa da questão do que passa na televisão, as atrizes mesmo tudo isso, aí... 'Ah, eu quero ser igual a ela. E acaba acontecendo essas duas doenças que tem né, bulimia e anorexia com relação também as imagens de televisão também. (L., 18 anos, assistente de informática)

Grande parte das mulheres relatou sentir incômodo com o sobrepeso, especialmente nos

momentos de comprar roupa. Considerando que a busca dessas mulheres pelo alcance do padrão de beleza, comentado anteriormente pelas mesmas, pode ser encarada como uma necessidade de aceitação social, pode-se depreender, a partir das próximas narrativas, que o fato de não encontrarem roupas pode ser acompanhado do sentimento de exclusão, na medida em que as roupas são fabricadas apenas para determinados manequins.

Estudos realizados por Santos (2008) também identificaram esta associação entre o incômodo com o sobrepeso e a procura por roupas. A autora relacionou isto ao fato de as roupas estarem funcionando como um meio de avaliação das dimensões do corpo, bem como de satisfação, quando se consegue emagrecer, obtendo-se, desta forma, maior liberdade na escolha do que vestir.

No presente estudo, observa-se também a percepção, por algumas das entrevistadas, de uma certa intencionalidade na definição de tamanhos de corpos socialmente aceitáveis, uma vez que os mesmos números de manequim passam a designar tamanhos de roupas menores. Além disso, há um sentimento que acompanha essas mulheres, em diferentes momentos de suas vidas, de estarem sendo monitoradas e submetidas ao escrutínio de terceiros que, por sua vez, se sentem no direito de manifestarem a sua opinião sobre aquilo que indicaria uma norma social do que é aceitável, ou não, em termos de adequação estilística para pessoas que “fogem” do enquadramento estético corporal:

É horrível, as roupas que eu quero vestir nunca dão em mim, quero diminuir meu corpo... (L. C., 23 anos, atendente)

Você vai ao shopping procurar uma roupa, no caso as pessoas pensam que só existem pessoas magras, fazem as roupas tão minúsculas entendeu, que só acham que só tem pessoas magras, só tem manequim trinta e oito, o número manequim quarenta e quatro, quarenta e dois que eram um tamanho razoável pras gordinhas agora quarenta e quatro, quarenta e dois ficam números minúsculos que quase não dá pra gente usar e também assim quando a gente... Eu fui comprar uma roupa mesmo eu me senti assim excluída, eu me senti assim como se ela tivesse me humilhando... Sim, porque eu vi uma calça, aí ela falou assim: 'ah, mas essa calça não serve pra você, não combina com você, porque tem cós baixo'. Aí, eu respondi pra ela: 'mas eu não tô te perguntando isso, eu quero comprar e não é da sua conta' [...] Aí, eu peguei, fui obrigada a dar uma dura nela, porque eu falei assim: "eu não tô te perguntando se serve pra mim, eu estou te perguntando o valor e se tem o meu número, se eu vou usar ou não cabe a mim e não a você, você tá aqui pra vender e não pra dar a sua opinião". Aí eu me chateei muito, me revolttei, cheguei em casa chorando, me deu vontade de bater nela, mas não posso bater nela (risos). Mas eu fiquei muito chateada, eu fiquei muito revoltada. [...] Sempre tem uma maneira assim de ficar discriminando, é horrível, eu começo logo a chorar (risos). [Se emociona] (A.P., 35 anos, desempregada)

Eu não ligo muito assim, eu acho que ligo mais quando você vai vestir uma roupa,

...você vai comprar uma roupa que não dá em você, aí vai aumentando de novo, vai aumentando e nunca chega. E também quando as pessoas começam a falar entendeu, que incomoda também muito. [...] Comprar uma roupa que não cabe, que tem que aumentar ou então quando você chega na loja, aí você fala um número, e aí a moça: “Ah, eu vou te dar esse porque é esse...” Ah, é horrível! (L., 18 anos, assistente de informática)

Até pra comprar uma roupa que é mais fácil, melhor né, porque o gordo fica mais difícil. [...] Você vai na loja, você não pode... [...] Numa loja escolher uma roupa, chega lá a roupa não tem seu número, fica chateado né, e magra é mais fácil. (C. M., 40 anos, comerciante)

Às vezes, eu ficava triste. Às vezes, me dava vontade de chorar [...] quando eu ia vestir uma roupa não entrava. Aí, eu digo: vou mandar fazer uma roupa pra mim e tudo. [...] Porque, às vezes, as camisolas não entravam. Ele comprou camisola, he, he, he, e não entrou, há, há, há. Às vezes, eu dava risada da situação. He, he, he. Ele: eu vou guardar, quem sabe, quando você emagrecer, caiba igual uma luva?! Porque, agora, não cabe. He, he, he. [...] Às vezes, eu dava risada pra disfarçar. He, he, he. Mas, por dentro ficava morrendo de raiva. Aí, às vezes, eu tinha que comprar ‘GG’ pra mim. Aí, eu comprava ‘G’. Quando eu comprava ‘G’, isso aqui ficava apertado demais. Aí, tá bom, eu tinha que ir lá trocar, ficava morta de vergonha. Aí, o rapaz: “Por que a senhora não escolheu ‘GG’? Não está vendo que não dá, não?” Eu digo: “É, porque, às vezes, eu me enganei, né?” (D., 35 anos, desempregada)

Procuo uma roupa pra vestir não dá porque tá apertada, ninguém se sente bem gorda né? (E., 54 anos, empregada doméstica)

A necessidade de aceitação também pode ser reconhecida no relato das mulheres que afirmam adotar comportamentos subversivos em relação à alimentação, como levantar de madrugada ou ir às ruas para comer escondido, esconder a comida que pretende consumir ou mentir a respeito da mesma. Tais comportamentos são acompanhados, por sua vez, de cobranças por parte de familiares ou companheiros, resultando na perda de autonomia das mulheres em relação ao seu comportamento alimentar. De novo, observa-se esse sentimento de monitoramento e vigilância e a liberdade tomada por outras pessoas de funcionarem como o “mecanismo de controle” externo da pessoa com sobrepeso ou obesidade. Questiona-se, nesse caso, o que pode significar esses verdadeiros “jogos de esconde-esconde”.

Aí, minha mãe chagava em casa: “Almoçou?” “Almocei”. Porque se ela soubesse, oxe! Eu acho que também aquela coisa de pressão de você... Minha mãe era assim... “Você tem que emagrecer, você tem...” [...] Aí, ela ficava: “Eu achei saquinho de coisa em sua bolsa, no seu bolso [...] você não pode chupar nenhuma bala “ice Kiss” entendeu?” [...] Mas fora o médico ter encaminhando, minha mãe já tava pensando em eu vir pra nutrição para fazer uma reeducação alimentar. [...] Todo mundo quando me vê comendo fala: “L., você não tá de dieta?” (L., 18 anos, assistente de informática)

Eu comia escondido. Às vezes, eu comia escondido, comia tanto que eu botava pra fora. Às vezes, eu acordava meia noite pra assaltar a geladeira. E minha irmã reclamando: “D., todo dia de noite, você levanta pra pegar alguma coisa pra comer”. He, he. Eu disse: eu? Eu não! [...] HE, he, he. Porque era perto do quarto dela. Aí, eu pegava uma vasilha de biscoito, eu tenho até hoje, não tirei, não. Aí,

eu começava, abria...: Levava pra o quarto, até hoje [...] [Por que essa história de comer escondido?] Porque... acho que era ansiedade, pra ninguém ver que eu estava comendo tanto, sabe? [...] Eu já pegava, ia pra rua, já levava numa sacola. Minha irmã: "O que é que tem aí?" Eu: "Não é nada, não, menina! É coisa de costura". Porque eu sempre costurei, né? Aí dizia: "Não é nada não!" Aí, às vezes, eu sentava, mas, minha irmã tem um cachorro que é um poodle, muito da sabida, he, he, he. Aí, ele já cheirava. Minha irmã: "Dalva, o que é que você tem aí?" Eu: "Não é nada, não, menina. É um osso que eu trouxe pra Pituxa". Mentira, eram os salgados. He, he, he. Tinha que dividir com a cachorra. HE, HE, HE. [...] Sempre escondido. [E o que você sentia quando sua irmã falava que você levantava pra comer à noite?] Às vezes, eu ficava triste porque era verdade mesmo. [...] Porque a minha irmã: "Você está se prejudicando, está comendo muito". Às vezes, quando ela ia comprar um salgado, aí, eu não podia comprar junto. (D., 35 anos, desempregada)

Neste sentido, destaca-se o artifício da cirurgia plástica, que possibilita a trajetória na direção de uma identificação de modo mais concreto, na medida em que permite aos indivíduos ser igual aos outros. Quando se refere a uma finalidade estética, normalmente está relacionada à realização de um ideal de beleza. Numa pesquisa realizada no Rio de Janeiro com pacientes submetidos à cirurgia estética, dentre os argumentos para a realização da mesma, estavam a necessidade de "estar bem" consigo mesmo para, posteriormente, estar bem com o outro; um rito de passagem de uma etapa para outra melhor, em que se ampliam as possibilidades de socialização e, por fim, a possibilidade de se melhorar a insegurança nas relações afetivas, nas quais se destaca a desvalorização pelos defeitos corporais. Neste sentido, o cuidado com o corpo se relaciona intimamente com a conquista do outro e com a superação da sensação de ser rejeitado, permitindo, portanto, trocas sexuais e afetivas. Assim, a imagem que se faz deste corpo pode, inclusive, determinar interações nas relações afetivas (MEDEIROS, 2004).

No caso das entrevistadas deste estudo, boa parte buscou o ambulatório de nutrição com vistas a se submeter a uma cirurgia estética, a da redução da mama. Deste modo, pode-se imaginar a repercussão do imaginário sobre a cirurgia para estas mulheres, funcionando, conforme foi trazido nas falas, como promessa de melhoria de vida, através da ampliação das possibilidades nas relações afetivas, maior aceitação social e facilidade na busca por roupas.

Um outro aspecto relevante a ser destacado diz respeito à força de uma cultura urbana ao imprimir um padrão estético quando se diz respeito a cidades litorâneas. No caso de cidades litorâneas como o Rio de Janeiro, a paisagem, o sol e o mar, bem como seu desfrute, impulsionam à identificação com o corpo e sua associação com a natureza. Desse modo, há, na cidade, um apelo aos cuidados com o corpo e à sensualidade

(MEDEIROS, 2004). De modo análogo, em Salvador o mesmo apelo é percebido já que uma das grandes fontes de lazer diz respeito a suas praias, que se constituem, inclusive, numa fonte de lazer gratuita, conformando um “culto à praia” a qual exige o uso de trajes semi-desnudos. Conseqüentemente, os corpos se tornam mais expostos e vulneráveis a críticas. E é assim que na contemporaneidade apenas os corpos magros parecem estar autorizados para se exhibir (SANTOS, 2008).

Pode-se pensar, inclusive, que o fato de os soteropolitanos cultuarem a praia, lugar em que revela ao máximo o corpo, permite que eles transfiram tal comportamento com as vestimentas para outros espaços, aumentando a exposição do corpo ao olhar do outro e a censuras e cobranças.

E é assim que a classificação do indivíduo enquanto gordo ou magro e os limites de aceitação e tolerância podem variar de acordo com a cidade e sua cultura. Além disso, um indivíduo pode não se reconhecer como gordo influenciado por esta cultura (SANTOS, 2008). Neste estudo, pode-se pensar que o fato de grande parte das mulheres entrevistadas terem nascido no interior da Bahia, tendo migrado para a capital posteriormente pode interferir na sua auto-percepção corporal, tornando-as mais complacentes quanto a seu estado de sobrepeso e resistentes ao tratamento. Assim, por não terem sido submetidas a uma cultura litorânea de modelação e exibição dos corpos e, portanto, não terem assimilado a mesma de modo tão intenso quanto talvez uma soteropolitana, esta parcela de mulheres pode ter dificuldade de se reconhecer com sobrepeso ou obesidade e, portanto, em seguir o tratamento.

Portanto, pode-se afirmar que a beleza é um capital simbólico importante para a sociedade brasileira. Neste sentido, torna-se compreensível o investimento na mesma, considerando que tal investimento possa trazer efeitos como afirmação social e equilíbrio pessoal (MEDEIROS, 2004).

10 SOBRE O TRATAMENTO

Segundo Tonial (2001), no Brasil, há importantes trabalhos antropológicos sobre a alimentação, porém, pouco explorados pelo campo da nutrição. Como consequência, tem-se o trabalho quase meramente técnico por uma parte significativa dos nutricionistas que, ao desconsiderar fatores de outras naturezas atuantes na alimentação dos indivíduos, como hábitos, representações e tabus, tendendo a negá-los ou superá-los, encaram a alimentação como algo mecânico. A postura de tais profissionais é considerada pela autora como reducionista, o que, por sua vez, interfere nas dietas alimentares elaboradas pelos mesmos. Assim, têm-se planejamentos alimentares restritos à ciência da nutrição, desenvolvidos de modo não condizente com os hábitos alimentares e de vida daquelas pessoas, sem, portanto, conseguir o alcance de suas esferas simbólicas e culturais relativas às questões alimentares, o que contribui para a perda de credibilidade de tais dietas.

As entrevistadas deste estudo foram abordadas sobre o momento das consultas, tendo descrito um pouco a configuração dos atendimentos e sobre a relação profissional/paciente.

Segundo as mesmas, o retorno era agendado com um intervalo de tempo grande (em média, quatro meses), o que, para muitas, dificultava o êxito do tratamento, pois, neste período, ocorriam muitas coisas em suas vidas o que contribuía para que, muitas vezes, elas emagrecessem e, depois, recuperassem o peso perdido. Atualmente, este intervalo foi reduzido, o que elas avaliaram como algo positivo:

No início [...] era de quatro em quatro meses que tinha que vir, agora que está diminuindo, mas antes era muito tempo, então nesse tempo eu emagrecia e engordava, emagrecia e engordava porque eu falo assim: ah, eu emagreci um quilo... Aí fico feliz, fico feliz, posso comer um pouquinho de... Aí engordava tudo de novo, aí isso entendeu? Mas eu não me sinto assim com receio com relação a elas não entendeu, elas conversam, querem saber, anotam tudo, dão conselhos bons. (L., 18 anos, assistente de informática)

As pacientes relataram que, no momento das consultas, as nutricionistas perguntavam o que elas costumavam comer e as orientavam sobre a alimentação apropriada. Foi possível perceber que, em geral, as mulheres afirmaram não ter dificuldades para relatar sobre seus hábitos alimentares durante os atendimentos. Algumas demonstraram encarar tais momentos como uma confissão, em que se é necessário falar tudo, sem restrições,

enquanto outras trouxeram a dificuldade de tais momentos ao lidar com a própria ansiedade ou com problemas pessoais. Alguns outros aspectos fundamentais foram mencionados tais como a característica psicoterapêutica que esse espaço assume, já que é necessário falar de coisas íntimas, relevantes e delicadas, mas, ao mesmo tempo não é constituído por profissionais com esse perfil. Esse, sem sombra de dúvida, pode se constituir em um problema, pois cria um certo impasse já que, finalmente, a conversa que é desenvolvida é principalmente de cunho educativo e prescritivo e pautada em informações relevantes, mas, sobretudo, em interdições. Parece haver uma acomodação das mulheres a esse formato, o que as faz se sentir um pouco mais à vontade nos retornos. No entanto, como com este vem também a necessidade de mostrar resultados, gera-se um novo fator propiciador de ansiedades antecipatórias. Da dificuldade inicial com o que dizer, “as verdades” necessárias de serem contadas, passa-se a um momento de dificuldade com o que mostrar, ou seja, demonstrar com efeitos sobre o corpo, que a prescrição foi seguida:

Eu falo na cara o que eu fiz e que não fiz, eu não tenho dificuldade não. (L. C., 23 anos, atendente).

Eu tinha que falar a verdade se eu quero algo de bom pra mim eu tenho sempre que falar a verdade, mesmo que não seja tão bom assim [...] mas eu tenho que procurar sempre falar a verdade porque não adianta mentir pra o mundo, pra Deus não é isso? (A.P., 35 anos, desempregada)

Eu acho que não adianta esconder, tem que falar. (C. M., 40 anos, comerciante)

Eles diziam: não, dá. Você vai ter que diminuir isso, diminuir aquilo. Eu: aí não dá não, vocês querem me matar de fome. [...] Ah, não, mas a senhora tem que perder peso. [...] Chegava em casa, tentava um pouquinho, depois comia tudo de novo. Aí, quando chegava aqui, que os meninos iam medir: a senhora... Não estou vendo a senhora perder, a senhora só está ganhando. Há, há, há. [...] Eu dava risada dos meninos. Aí, eu: eu não estou cumprindo completamente, não. Há, há, há... (D., 35 anos, desempregada)

Sim, tenho, tenho, tenho sim algumas dificuldades, porque é um pouquinho meio complicado, elas esperam que você siga o regime, você não tá seguindo, então você sente dificuldade de falar aqui, ali e, às vezes, envolve outras coisas bem pessoais que a própria consulta não dá tempo e também não é o setor, a área delas, seria um setor de psicólogo, seria um setor de psiquiatria que aí iria influenciar, então a gente sente incomodado tá falando determinadas coisas assim né, (risos)... (M. G. S., 41 anos, estudante)

Eu falo, eu falo. No início, até era (difícil), mas agora não, agora eu me sinto mais à vontade. Eu penso assim, se eu for esconder, o que é que vou fazer, elas não vão poder me ajudar eu perder o peso, eu que tô precisando, então tenho que ser clara. [...] Aí, eu fico ansiosa, (no retorno) pedindo a Deus eu tenha perdido quilo (risos). (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

Eu tinha dificuldade quando eu vinha com minha mãe ou com meu pai, aí eu ficava, eu não falava algumas coisas né, mas eu tinha que falar algumas que tem que falar a verdade né, mas agora quando eu venho sozinha não, eu falo mesmo,

elas perguntam, eu falo, elas falam: não pode, faça isso e isso. (L., 18 anos, assistente de informática)

Ainda em relação ao *setting* do tratamento, foi possível compreender mais algumas características do mesmo na falas das pacientes, a exemplo de que a informação que elas obtêm, durante as consultas, contribui para que as mesmas consigam seguir o recomendado, pois elas demonstram internalizar tal conhecimento sobre os alimentos e, conseqüentemente, ter a noção do que é prejudicial para si, evitando-os. Por outro lado, o fato de ter internalizado o conhecimento não resulta, necessariamente, no êxito do tratamento, indicando que há outras dificuldades envolvendo o mesmo além do conhecimento sobre os hábitos alimentares recomendados, conforme pode ser percebido na fala das pacientes:

Elas mostram todo tipo, que se você quiser comer isso, o que é que vai piorar na sua vida. As nutricionistas entendeu, elas mostram isso e se você comer bem o que vai favorecer a você, tudo isso ela mostra e aí até de eu estar vindo aqui que eu estou melhorando. [...] Porque elas ficam falando, aí sempre quando você vai comer alguma coisa, aí você lembra do que ela falava entendeu? Tudo isso eu aprendi aqui, entendeu? Foram várias coisas que fica, têm outras que só com o tempozinho que você vai saber, se habituando, que demora mais um pouquinho, mas muitas coisas elas ensinam aqui bem legais. (L., 18 anos, assistente de informática)

Que, às vezes, a gente quer pegar uma coisa pra comer, a gente vai ali no folheto e olha – não, isso aqui eu não posso, é assim, eu posso, mas não é essa quantidade. Aí eu vou ali e olho e vou me orientando por ali até chegar o dia de voltar, entendeu? A gente se reeduca olhando aquele folheto, que a gente sem olhar a gente vai... Vou comer muito, eu vou... Que não faz mal não, isso aqui tá bom. E a gente... Ah não, tem que olhar ali que é melhor, entendeu? (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

“Eu sei o que devo comer e o que não devo, que já foi passado pra mim entendeu? [...] Sempre torna a falar a mesma coisa, sempre repete (risos), inclusive se engordar um pouquinho pronto, tem que... [...] Tem que cortar com não sei o quê, não sei o quê, não sei o quê... (risos)” (C. M., 40 anos, comerciante)

Por outro lado, seguir a orientação recomendada envolvia modificações na própria rotina, o que, em alguns casos, era encarado como algo desagradável ou obrigatório. Outros recursos de convencimento surgem como aquele que apela para os riscos concretos à saúde advindos de uma má alimentação. Percebe-se, por parte das mulheres entrevistadas, que elas são submetidas a uma nova realidade sgnica, onde os novos alimentos permitidos, os seus novos referenciais de tamanho, não faziam parte da sua realidade anterior, causando uma mistura de surpresa e desconforto, fazendo-as reagir seja com recusa, obediência forçada ou ironia:

Ah, a dieta boa, bem com dieta que a gente mesmo pode fazer se conscientizar pode fazer ,mas, às vezes, a gente faz obrigado. (E., 54 anos, empregada doméstica)

Depois que vim pra cá [...] disseram que eu tinha que perder peso pra controlar minha pressão. [...] Passa orientação: o que pode comer, o que não pode comer, sabe? Passou que eu posso comer um pedacinho de bolo. Um pedacinho! Mas, um pedacinho de bolo, desses que dá pra ver minha mão. [...] Ela sempre fala pra gente também não relaxar: pra vocês terem a pressão de vocês em dia. Porque eu sei o que é pressão alta. Então, a gente vai cumprindo. (D., 35 anos, desempregada)

As usuárias trouxeram diversos fatores como motivadores para o tratamento de emagrecimento, a exemplo de cumprir um requisito para fazer cirurgia de redução da mama - para a qual receberam o encaminhamento de perder peso, melhorar a saúde, a disposição, a possibilidade de “voltar a ser o que era” ao conquistar um corpo mais magro, sentir-se bem e melhorar as relações afetivas. Deste modo, pode-se pensar que as falas das entrevistadas demonstraram que o emagrecimento, numa parcela significativa, está vinculado a uma obrigação, já que foi colocado como requisito para a melhora da saúde ou a possibilidade de conseguir fazer a cirurgia. Além disto, o emagrecimento está vinculado também à melhora no desempenho das atividades cotidianas e no trabalho, o que pode ser relacionado, ainda, ao aumento na própria autonomia, pessoal e financeira. Por fim, outra interpretação percebida acerca do emagrecimento para estas mulheres é a inter-relação entre esta mudança física e a sua subjetividade, podendo proporcionar à mesma uma melhora ao aumentar a auto-estima, bem como a auto-confiança nas relações com o outro e, ainda, ao trazer a possibilidade de resgatar a juventude e, conseqüentemente, sua história ao permitir a estas mulheres voltar a ser o que era.

Além disso, foi trazido que a possibilidade de um acompanhamento profissional durante o processo de emagrecimento funciona como estímulo, ainda que seja pela via coercitiva. Pode-se pensar que o fato de ter que lidar com a avaliação do tratamento periodicamente, nas consultas de retorno, parece, em alguns casos, contribuir para que as pacientes sigam a alimentação recomendada, buscando alcançar a própria meta de emagrecimento, a fim de evitar receber uma reclamação por parte das nutricionistas, conforme pode ser percebido abaixo:

[O que mais te motiva a vir pra cá?] Porque eu tô tomando regulagem pra vê se eu emagreço e eu tomo vergonha na cara pra vê se eu emagreço, eu não consigo, mas eu tenho que fazer isso pra emagrecer. (L. C., 23 anos, atendente)

É porque eu quero fazer uma cirurgia plástica entendeu? (A.P., 35 anos,

desempregada)

Ah, eu queria emagrecer mesmo, perder meu peso, voltar o peso que eu era. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

Minha maior motivação de eu me sentir bem, entendeu, porque eu sempre vi todos os grupos desde adolescência eu era mais gordinha entendeu, então eu tô chegando numa fase de que é curtir, paquerinha, tudo isso né, então não é legal [...] com minha saúde porque eu tenho minha avó hipertensa, meu pai também, então tem relação de saúde atrás disso tudo também entendeu, não só em ficar bonitinha, magrinha entendeu? (L., 18 anos, assistente de informática)

É a pressão. (Caso a médica falasse que a pressão estava boa a senhora iria querer emagrecer?) [...] Querida. Porque eu me sinto mal, eu sinto o estômago pesado, eu sinto cansaço, quando eu como, parece que eu comi um boi ou uma vaca (risos). (E., 54 anos, empregada doméstica)

O que me motiva a vim é tentar ter um estímulo, que, apesar de tudo, elas dão estímulo pra gente né, elas fazem um pouco desse lado emocional da gente, elas também trabalham um pouquinho que é justamente elas procuram estimular a gente, [...] ela sente a energia da gente, ela tenta passar uma coisa mais positiva né, energia boa pra gente, tenho vindo mais influenciada por isso. (M. G. S., 41 anos, estudante)

É perder o peso e fazer a minha cirurgia e também permanecer né, depois de perder continuar a não engordar mais, manter o peso. (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

É perder mais um pouquinho de peso, ficar em forma entendeu? [...] Que a gente sozinha não consegue. [...] É muito difícil a gente sem orientação conseguir perder, não perde não, muito difícil. Então a gente achando um profissional pra ajudar a gente é muito melhor. (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

As pacientes falaram de suas expectativas com relação ao tratamento, demonstrando, em geral, um otimismo em relação aos objetivos propostos e, ainda, uma idealização com relação aos mesmos. Tal otimismo, em algumas falas, se relacionava às modificações e ganhos obtidos ainda durante o tratamento. Além disso, algumas pacientes demonstraram uma concepção mecânica do tratamento de emagrecimento via reeducação alimentar, encarando a solução como algo prático, bem como transferindo a responsabilidade para elas próprias. Outras reconheceram a dificuldade em seguir as prescrições nutricionais e sua relação com o andamento do tratamento e manifestaram o desejo de melhorar a própria conduta alimentar e acelerar a perda de peso: Em algumas falas, chama a atenção a relação quase lúdica ou infantil estabelecida com a alimentação (“traquinagem”, “estripulia”), que necessitaria de um terceiro (nesse caso, a nutricionista) para regular. Nesse sentido, as risadas que surgem quando se fala do atendimento às (ou não cumprimento das) expectativas de comportamento alimentar proposto pela nutricionista faz pensar de novo em uma transgressão, que se coaduna bem com a noção de “traquinagem”:

Eu espero sair daqui uma bonequinha com um corpinho magrinho, toda bonitinha sabe? Sei que vai ser difícil, mas eu vou chegar lá. (L. C., 23 anos, atendente)

Eu espero não, tenho certeza que vai dar certo porque tudo na nossa vida você tem que ter objetivos. Se você disser: eu posso, eu vou, eu tenho que conseguir... Você vai conseguir, que se você não tiver força de vontade... Comida não voa, comida só vai pra boca se você pôr, se você não pôr comida na boca, ela não vai voar, ela não vai sair voando direto pra sua boca, então pronto. (A.P., 35 anos, desempregada)

Eu tô [otimista]. Eu vou deixar o que não é bom para um lado e passar o que é bom para outro. Eu tenho que fazer sacrifício, né? A idade tá chegando e minha idade não permite mais fazer certo tipo de estripulia. [...] É, sacrifíciozinho vale a pena viu? [Sacrifício seria o quê? Deixar de comer o que gosta?] Não é deixar tudo, é diminuir. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

Agora meu pensamento tá diferente do início, entende, eu tô com pensamento de que eu vou conseguir, que vou emagrecer, que eu vou chegar no peso certo. [...] Então, de setembro pra cá eu tô nesse pensamento, apesar dos deslizezinhos que eu tô dando de tardezinha e tal, mas que não tá influenciando tanto como antes, entendeu, que antes eu não tava nem aí, comia mesmo a tarde toda, não almoçava, comia besteira, isso tudo influencia né, então eu tô com pensamento de que eu vou conseguir e que eu vou voltar meu peso (risos), agora eu tô, antes eu não tava não, mais agora eu tô. (L., 18 anos, assistente de informática)

Ah, recuperar a minha saúde, a minha pressão, que, já, graças a Deus, normalizou. Deixe eu ver... Ter uma boa qualidade de vida. [...] Porque aí depende, né? Da minha pessoa. E do meu comportamento. E se eu vou ficar comendo, assim, comendo bolo... Graças a Deus, eu nunca mais tive aquela traquinagem, não. (D., 35 anos, desempregada)

Eu espero conseguir levar adiante o regime que elas passam (risos), é isso que eu espero, vou tentar equilibrar meu peso, meu corpo né, tudo direitinho. (M. G. S., 41 anos, estudante)

Eu espero melhorar mais, pra mim né, eu seguir as normas, melhorar... [em relação...] Ao meu peso, perder um pouco. (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

A noção de adesão pelas pacientes ao próprio tratamento de emagrecimento foi estudada nas entrevistas através da pergunta: “*Que critérios faria você julgar que uma pessoa segue ou não o tratamento?*” A resposta de grande parte das entrevistadas sugere que as mesmas se sentem responsabilizadas pelo sucesso do tratamento, já que acreditam que só depende delas, a despeito de o tratamento também contar com a participação da nutricionista e de várias outras pessoas da rede de relações. Essa responsabilização foi trazida no discurso de algumas como “força de vontade”.

A adesão à dieta de emagrecimento foi trazida nas falas das mulheres tendo como parâmetro o peso delas, portanto, para muitas, aderir à dieta seria emagrecer, abaixar o peso e seguir a dieta fielmente. Neste sentido, foi trazido, inclusive, de modo implícito, a noção de julgamento quando, por exemplo, uma das pacientes afirma, diante da experiência de outra, considerar desleixo quando não se emagrece nada. O conceito-

chave aqui é o de “força de vontade” que aparece em muitos relatos denotando uma capacidade pessoal de ter controle sobre si:

Quando tá fazendo a dieta certinha, está fazendo o seu exercício e que está emagrecendo, se você não está fazendo nada disso e você tá gorda do mesmo jeito não adianta nada. (L. C., 23 anos, atendente)

Seguir, entendeu, a dieta que elas passam, seguir certinho. Se não conseguir, que tem aquela dificuldade de custo por causa de fruta, das coisas que elas passam, entendeu, mas seguir no máximo que você puder, entendeu, e cortar certos tipos de coisas que você pode cortar, você pode colocar na sua cabeça, lá eu vou tirar isso por um tempo e tirar mesmo, entendeu, e começar comer coisas saudáveis e coisas que estejam ao seu alcance no momento entendeu? [...] Que para emagrecer a gente tem que ter força de vontade e botar na nossa cabeça que a gente pode que aí só consegue uma coisa se a gente quiser mesmo, botar na nossa cabeça que tudo que quer a gente pode, a gente consegue e só (risos). (L., 18 anos, assistente de informática)

Quando ele tá seguindo realmente aquela orientação da nutricionista e tá conseguindo perder o peso. (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

Se estiver emagrecendo certinho, se você olhar pra essa pessoa, vai ver e digamos que as mesmas pessoas que veio hoje que eu tô vendo aí fora entendeu, que, na próxima vez que eu vier, se, por acaso, for elas, aí eu vou ver – poxa, fulana de tal tá emagrecendo. Aí tem uma mesma que ela disse desde abril, desde janeiro que ela faz e ela não perdeu nada, também é muito desleixo da pessoa né, relaxar eu não quero relaxar. (R. C., 41 anos, auxiliar de serviços gerais)

Eu acho que ela tem que seguir o que o médico manda, né, fazer a orientação, fazer exercício físico, o que não tô fazendo. Ter força de vontade também, né? (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

No caso de uma adesão fiel (aquela onde não se engana nem ao outro nem a si mesma), ainda existem possibilidades de insucesso, mas, somente nesse caso, este não seria da responsabilidade da paciente. A noção de “não se enganar a si mesma” é muito interessante, pois existe uma possibilidade, que se apresenta em muitos relatos de literatura, de que muitos transtornos do comportamento alimentar, dos quais a obesidade, estão envolvidos em uma forte aura de auto-engano³ ou de dissimulação (DALGALARRONDO, 2000). Isso pode acontecer, inclusive, de modo não deliberado quando haveria uma tendência de minimização das quantidades do que se come, por exemplo:

Ah, se eu seguir certinho, direitinho e perder peso realmente, eu vou saber que o tratamento está dando certo. Se seguir tudo certinho sem mentir, sem enganar a mim mesma, aí eu não perder peso, aí eu vou ter que fazer alguns exames pra saber qual é o motivo, o que é que está acontecendo, porque meu corpo não está aceitando a dieta e tal, tudo isso, entendeu? (A.P., 35 anos, desempregada)

³ No caso da anorexia, há inúmeras referências (DALGALARRONDO, 2000) ao que se chama de “distorção da imagem corporal”, onde pacientes não apresentam um juízo de realidade condizente com as suas dimensões antropométricas.

Uma outra entrevistada demonstrou uma noção de adesão mais ampliada (o que implica ser mais realista), quando afirmava que, para ela, uma paciente estaria seguindo o tratamento prescrito se estivesse tentando seguir ao menos uma parte da orientação, dada as dificuldades. Buscando uma analogia com o campo das terapêuticas voltadas para o abuso de substâncias psicoativas, essa última concepção, nomeada de adesão ampliada, faz pensar em uma perspectiva que aposta mais na redução de danos (UNDCP, 1994) do que na abstinência (tomando aí os alimentos indesejados como aqueles que deveriam ser extirpados do consumo):

Seguindo as orientações médicas, fazendo tudo direitinho ali, aquilo que ela tá mandando fazer no papel, eu tentando seguir pelo menos a metade do que está ali, né? Não cem por cento, mas tentar seguir cinqüenta por cento, quem sabe? Por mais dificuldade que a gente tenha em casa, no trabalho, tentar, né, chegar até cinqüenta por cento daquele folheto ali, que é muita coisa. (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

Um indicador, evidentemente, fundamental da adesão ao tratamento, reconhecido pelas mulheres, é a perda de peso. Nesse caso, como esta medida sintetiza a eficácia do tratamento, percebe-se o quanto este está associado à perspectiva à qual nos reportamos anteriormente de monitoramento. O tratamento parece ganhar esse único indicador de resultado, o que nos parece um problema, pois outros aspectos da vida da pessoa, inclusive um eventual bem estar, a despeito do peso, e adquirido com algum nível de adesão ao tratamento, são totalmente desconsiderados. Esse pode ser um dificultador de uma possível construção processual de vínculo com o tratamento.

Bom, eu acho assim, que digamos, assim, você veio hoje, pesou, deu xis né, se você vir, retornar e tiver a mesma coisa ou mais, então, eu acho que alguma coisa tá errada, né? [...] Alguma coisa tá errada, tem que ver o que é (risos). (C. M., 40 anos, comerciante)

Através do próprio peso, na hora que está sendo analisado, se ela tá perdendo, se ela tá conseguindo aquele objetivo [...]. De alguma forma ela vai passar como ela está se saindo no tratamento dela (risos). (M. G. S., 41 anos, estudante)

Os trechos trazidos acima indicam, ainda, que há uma noção de profissional de saúde vinculada à figura do médico, já que as pacientes vão ao ambulatório de nutrição, são consultadas por nutricionistas e estudantes de nutrição e, ainda assim, algumas delas se referem à profissional fazendo alusão à figura do médico. Este fato pode estar relacionado com a força da ordem médica presente no imaginário social, reforçada quando se percebe que grande parte da busca pelo tratamento ocorreu via encaminhamento médico.

Seguir um tratamento de emagrecimento envolve, ainda, lidar com dificuldades, as quais

foram reveladas nas falas das entrevistadas. Dentre estas dificuldades, foi trazida, principalmente, a dificuldade de modificar os hábitos alimentares, que abrange desde a dificuldade de deixar de comer o que gosta e introduzir o que não gosta, até deixar de partilhar com o outro alimentos desejados e seguir uma rotina de horários de alimentação. A dificuldade para seguir tal rotina se relaciona, inclusive, ao trabalho, que, em geral, não permite o investimento de tempo exigido pela reeducação alimentar prescrita, já que a mesma prevê o fracionamento das refeições, com hora determinada para se alimentar. Foi destacado pelas entrevistadas que esta dificuldade ocorre principalmente no início, quando, pode-se pensar, há um choque da rotina de vida proposta com os hábitos cotidianos já arraigados:

As coisas que eu comia antes que eu não posso comer. (L. C., 23 anos, atendente)

*Comer verdura e salada. O meu maior teor de alimento que eu como é arroz, frango e carne, é esses alimentos que eu como. (A.P., 35 anos, desempregada)
É ver as coisas e não poder comer (risos, gargalhadas), só olhar os outros comendo e você olhando, diga aí (risos)? [...] No início é uma barra, mas até que hoje eu já tô ficando um pouco mais acostumada sabe? (C. M., 40 anos, comerciante)*

No início, eu não me adaptava com adoçante, mas, graças a Deus, já me adaptei e também esse negócio de doces né, eu gostava muito de comer doce, mas com a força de vontade a gente consegue, eu tô me esforçando pra isso. (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

É porque eu não fico em casa, eu trabalho, então a gente que trabalha não tem assim né, aquela hora certinha pra seguir, não tenho, aí tá fazendo as coisas, não tem, [...] se eu tivesse tempo, se eu tivesse em casa, eu fazia tudo certinho, mas, no trabalho, assim é difícil a gente seguir como tá no folheto, entendeu? (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

Outro fator trazido como dificultador das dietas é a questão financeira, já que os alimentos prescritos são, em geral, mais dispendiosos do que os que elas estão habituadas a comer. Além disso, muitos destes alimentos têm menor capacidade de saciar a fome, o que exige que sejam consumidos em maior quantidade, conforme discutido anteriormente: “Às vezes, tem coisa que ela fala que não dá pra gente comprar, como coisa integral, é muito caro, eu não tenho condições.” (D., 35 anos, desempregada)

Foi percebido também que as pacientes parecem negar a existência de dificuldades relativas ao tratamento, fato contraditório quando se percebe que as mesmas estão engordando e/ou relatam não seguir a dieta corretamente. Além disto, a fala das pacientes, conforme discutido anteriormente, denuncia a tendência para se auto-responsabilizarem pelo fracasso do tratamento:

Não, eu como direitinho, como ela manda, né, vou seguindo ali, aí pronto, quando a fome ataca aí eu não guento ficar só naquilo que ela manda eu fazer. [...] Eu não vejo dificuldade não. Não acho nada, nada difícil. Só depende mesmo é de mim. (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

Foi percebida também a tendência das mesmas a se auto-sabotarem, já que elas estabelecem para si a conquista de metas de modo idealizado, distante de suas reais possibilidades, contrastando, naturalmente, com o andamento real do tratamento. Outro mecanismo de auto-sabotagem percebido é quando elas adiam a meta a que se propõem no tratamento, seja transferindo sua responsabilidade sobre o mesmo para o futuro, seja ficando ansiosas diante da aproximação daquilo que foi proposto e, conseqüentemente, voltando aos hábitos anteriores que propiciam o ganho de peso, afastando-se da conquista de seus objetivos:

Dia vinte e oito de janeiro venho pra cá magrinha, você vai ver. (L. C., 23 anos, atendente)

Tem as dificuldades, no início, principalmente, a dificuldade é muito grande de seguir certinho ali do jeito que elas falam. [...] O que está sendo mais difícil é com relação a lanche entendeu, porque eu não posso tá comendo. [...] Desde dezesseis anos eu ficava dizendo isso, em janeiro eu tô linda, em janeiro. [...] “Você não tá de dieta?” “Eu tô, mas é só hoje.” Aí todo dia é só hoje, sabe? [...] É, quando você perde dois, seis quilos ou alguém fala: ah, você está magra viu menina? Aí, eu já fico empolgada, aí: ah, vou tomar um sorvetinho que eu posso já (risos). Mas não pode, a gente tem que continuar até o objetivo certo, mas nunca chego lá... (L., 18 anos, assistente de informática)

A partir das idéias expostas até aqui, fica evidente a natureza multifatorial da obesidade, ou seja, a sua determinação complexa, o que inclui a necessidade de compreender o contexto social da vida do indivíduo obeso, condições econômicas, relações afetivas, necessidades psicológicas, dentre outros aspectos. Assim, pode-se pensar na patologia da obesidade e seu tratamento como algo multifatorial que envolve a conjugação de diversos aspectos na consecução dos objetivos de saúde propostos.

Neste sentido, foi trazido dificuldades de outra ordem por uma paciente que percebeu a influência de outros fatores no seu tratamento, a exemplo da dor constante sentida no corpo decorrente de um problema de saúde, impedindo que ela conseguisse seguir o tratamento. Em seu depoimento chama a atenção a comorbidade do sobrepeso/obesidade:

Minha maior dificuldade, no momento, tá sendo a dor porque eu não estou dando importância a nada por uma questão de tá incomodando. [...] Aí, tudo isso impede

de eu ter interesse de tá correndo atrás, de tá indo pra mercado, de tá indo preparar um alimento, me parece um sacrifício quando eu vou pra cozinha preparar um alimento. (M. G. S., 41 anos, estudante)

Ainda em relação à experiência do tratamento, foram investigados os significados das modificações propostas pelo ambulatório de nutrição na vida das pacientes. Em geral, as modificações propostas foram avaliadas como positivas, melhorando o bem-estar físico e psíquico fundamentalmente através do conhecimento de uma alimentação saudável, mas também por conversas que falam de interações sociais. Pode-se observar que a experiência da mudança de hábitos alimentares, apesar de reconhecidamente produtora de sofrimento, também é vista como um desafio que produz prazer ao ser progressivamente superada a dificuldade inicial, inclusive com a valorização de pequenas conquistas, tais como merecer novos alimentos, ou experimentar um novo ritmo de vida, conforme pode ser verificado nas falas das pacientes:

Um significado maravilhoso que eu me sinto melhor com as coisas que eles passam pra mim. (L. C., 23 anos, atendente)

“Ah, vai ser bom pra mim viu, vai ser bom.” (L. M., 51 anos, empregada doméstica)

De você estar bem com você [...] então mudou bastante, de conversar, de não ligar pro que os outros falam, chegar entendeu, vestir uma roupa e não tá nem aí, tudo isso, de se sentir bem mesmo, bem legal (risos). (L., 18 anos, assistente de informática)

Já foi ruim, porque modificou muita coisa que eu não posso comer. Às vezes, eu quero comer uma coisa e não posso. Tem algumas coisas que eu posso, chupar um cachinho de uva. [...] he, he, he. Hoje eu estou radiante porque eu sei que vou comprar um cacho de uvas e vou poder chupar. (D., 35 anos, desempregada)

Pra mim foi muito bom, muito bom, tá sendo, né, que hoje eu sei o que posso comer e que não posso. (M. B., 45 anos, empregada doméstica)

Eu julgo ser muito... É importante né, pra pessoa porque ela vai tá seguindo uma coisa mais saudável na vida dela né, o ritmo de vida mais diferente, ela vai tá se orientando melhor em termos de alimento. É bastante saudável eu acho válido, eu acho positivo. (M. G. S., 41 anos, estudante)

Um aspecto relevante a ser destacado neste estudo é o papel das emoções e da vida psíquica nos hábitos alimentares das mulheres estudadas e, conseqüentemente, no tratamento de emagrecimento. Muitas pacientes relacionaram a ansiedade ao hábito alimentar, como se tal sensação despertasse o apetite delas, que buscavam o alimento como forma de aliviar a tensão. Deste modo, a ansiedade foi analisada como uma vilã no tratamento de emagrecimento por grande parte das mulheres entrevistadas.

Apenas uma delas demonstrou ter uma concepção equivocada acerca da relação entre a

ansiedade e o aumento de peso, como se tal sensação, por si só, estivesse relacionada ao ganho de peso, independentemente dos hábitos alimentares. Uma outra paciente despertou a nossa atenção ao falar da ansiedade, pois, antes de iniciar a entrevista, numa conversa informal, destacou o papel da mesma em seu aumento de peso durante o tratamento, dando-lhe grande ênfase e, mais adiante, na entrevista, não teve a iniciativa de falar no assunto e foi muito sucinta ao ser questionada pelo mesmo: “E a senhora falou também de ansiedade né? Que ajudou...” “*Que ajudou.*” (LM). Os trechos destacados a seguir demonstram esta relação entre ansiedade e alimentação:

[E o que é que você sentia quando comia esses alimentos que você mais gostava?] “*Ansiedade sabe, como se alguma coisa tivesse me saciando, acalmando meu espírito.* (L. C., 23 anos, atendente)

Apesar de que tem pessoas que engordam não é por causa da comida, [...] no meu caso é por causa da ansiedade que ela falou, é mais ansiedade do que comida, porque eu não como muito, eu como o suficiente pra me alimentar. (A.P., 35 anos, desempregada)

Quando eu tô muito ansiosa, preocupada, aí eu vou mais pelo lado da gula.[...] Não sei porque, teve uma época que eu estava muito ansiosa também, preocupada só comendo, comendo, comendo, aí pronto e hoje eu comecei a engordar. (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

Eu fui ficando ansiosa, só que eu não sabia que era doença, aí, fui comendo, comendo, comendo. Fui comendo muito. Quanto mais eu comia, mais me sentia feliz. [...] Mas, quando vinha aquela ansiedade, pronto! Sai de baixo! Era uma comida atrás da outra, uma comida atrás da outra, uma comida atrás da outra. [...] Mas, eu lutava muito pra... Tinha vezes que eu dizia: não vou pegar, não vou pegar, não vou pegar, [...], mas, às vezes, era mais forte do que eu. E eu me sentia feliz quando comia alguma coisa. [...] Ô, como é difícil! Por isso que eu sofri tanto e entrei em depressão. Eu fiquei triste, eu chorava muito, muito, muito. Porque era horrível, você passar por uma comida e não agüentar e você só comendo, comendo, comendo. Aquilo era uma doença, não era normal. [...] Foi aí que eu encontrei a comida pra poder preencher. (D., 35 anos, desempregada)

É né, às vezes, quando a gente come não é porque a gente sente fome não, a gente tem ansiedade. [...]. Eu só não sei porque a ansiedade, mas que eu tenho, tenho. (E., 54 anos, empregada doméstica)

É mais aquela coisa de cabeça mesmo, de você mesmo nem tá com fome, só de você tá vendo aquela coisa você quer comer. (L., 18 anos, assistente de informática)

Além da ansiedade, foram trazidos também, outros aspectos que indicam a relevância de um suporte psicológico para as pacientes em paralelo ao atendimento nutricional. Dentre estes aspectos, tem-se a sensação de culpa, angústia e remorso ao buscar alimentos não indicados pela prescrição nutricional, o que pode ser encarado como uma falta de autonomia das pacientes diante da própria alimentação, bem como uma concepção mecânica da mesma, como se esta se resumisse à incorporação dos alimentos e não abrangesse aspectos culturais, sociais e psicológicos, conforme pode ser percebido na

fala da paciente L.: “Antes eu comia e ficava: ah, não era pra comer aquilo. Ou então ficava com remorso sabe?”

Deste modo, evidencia-se a natureza multifatorial da alimentação (e, conseqüentemente, da obesidade), já que a mesma foi relacionada pelas pacientes ao humor, à felicidade e ao sofrimento, denunciando-se, portanto, a necessidade de que os tratamentos de emagrecimento, especialmente os via dieta alimentar, funcionem de modo transdisciplinar, contando com diversas áreas do conhecimento, a fim de contemplar os diversos modos de funcionamento de um ser humano, contribuindo para que o seu bem estar físico e psíquico seja preservado, conforme ilustra a fala da paciente M.G.S.:

Pode passar um tempão vindo aqui pra fazer o tratamento, mas se a gente não tratar logo esse lado emocional da gente, não dá pra gente fazer esse controle que as médicas costumam passar, porque é difícil, a gente quer começar, mas não consegue, o estado emocional da gente é que não deixa, quer dizer que no fundo, no fundo, o problema tá na questão emocional da pessoa. [...] Se não for feito um trabalho em conjunto, não adianta pra acho maioria dos pacientes nessa questão de nutrição, não está só por uma vaidade não, está, pode acontecer de ser assim entendeu, mas muitos a maioria tá ali com um bloqueio de dificuldade que ele tá tendo pra seguir a maior orientação do dia a dia, então, quando isso acontece, como aconteceu comigo agora, eu conversando com ela, ela percebeu que realmente não adiantava eu tá vindo todos os momentos e tudo.

Na tentativa de se compreender melhor as razões da ansiedade, as pacientes, ao serem questionadas sobre a mesma, demonstraram um certo desconhecimento acerca de sua origem. Este desconhecimento pode ser relacionado a uma dificuldade de entrar em contato com os próprios sentimentos, advinda das exigências práticas e concretas, bem como urgentes da vida destas mulheres (financeira, fisiológica ou de segurança) ou mesmo de uma certa resistência em entrar em contato com aspectos conflitivos da sua subjetividade. Entrar em contato com a própria subjetividade, em determinados momentos, é um processo, por si só, penoso, para o qual nem sempre se está disposto, ou nem sempre se encontra estímulos sociais para tal. Prova disto é o uso crescente de medicamentos com o efeito antidepressivo e/ou sedativo, nem sempre utilizados diante de uma prescrição médica ou de uma patologia que os justifique. Outro exemplo é o uso de drogas lícitas e não lícitas. Tais recursos, a depender do uso, permitem ao sujeito, em maior ou menor escala, experimentar uma espécie de anestesia quanto à própria realidade e subjetividade, proporcionando um afastamento da mesma e, dessa forma, uma proteção contra os problemas e dificuldades. Considerando que a realidade destas mulheres envolve dificuldades mais amplas do que outras parcelas da população, no que tange aos aspectos econômicos, sociais e culturais, depreende-se a particular dificuldade

neste processo interno de introspecção e auto-conhecimento. Além disto, pode-se pensar que estas dificuldades são, por si só, disparadoras de ansiedade.

Por outro lado, algumas pacientes deram pistas de que a ansiedade se relacionava à preocupação do dia-a-dia delas, as quais envolvem questões de saúde, não só do ponto de vista físico do indivíduo, como também estrutural no que diz respeito ao sistema de saúde, o que indica haver outros determinantes do sobrepeso ligado a outras dimensões da existência:

Acho que não sei por que, teve uma época que eu estava muito ansiosa também preocupada, só comendo, comendo, comendo, aí pronto e hoje eu comecei a engordar. (C.B., 44 anos, auxiliar de serviços gerais)

[E você percebia que essa ansiedade acontecia quando você estava mais preocupada ou quando você estava muito alegre?] [...] Quando eu estava preocupada, por acaso, quando eu recebia alguma notícia ruim e, às vezes, a pessoa dava só uma notícia alegre; não dava com aquele sentido: você vai conseguir, você vai vencer, entendeu? Dizia: ah, não tem mais jeito. E conforme uma pessoa disse pra mim: a senhora não tem mais jeito, dona D. Eu disse: por um acaso eu já estou nas últimas já? [Em relação a um problema de fígado] [Foi o profissional de saúde que falou isso?] Foi. Aí, eu peguei, passei mal, caí da escada com pressão alta. Foi aí que eu encontrei a comida pra poder preencher. (D., 35 anos, desempregada)

Eu só não sei por que a ansiedade, mas que eu tenho, tenho. Mas, às vezes, [...] todo mundo tem hoje. (E., 54 anos, empregada doméstica)

(risos) É por causa de uma série de coisas que a gente tem né? Como minha mãe apareceu com um problema no olho, e aí você veio pra médico, coisa assim, querer que se trate, querer ver o que é logo, fez biópsia não deu nada, fez outra, ela tá fazendo tratamento aqui mesmo e nada de sair então, a gente fica naquela ansiedade né, esperando que venha a ser resolvido. (R. C., 41 anos, auxiliar de serviços gerais)

Portanto, pode-se afirmar que a alimentação e suas patologias, especificamente, a obesidade, têm origem histórica, social, econômica e cultural, além de biológicas e envolvem, inclusive, aspectos como acesso aos serviços de saúde, escolaridade e condições de renda. Logo, não pode ser analisada de modo a responsabilizar unicamente o indivíduo acometido pelo sobrepeso/obesidade e nem considerá-la como resultado da ignorância deste acerca de uma alimentação saudável (TONIAL, 2001).

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou alguns aspectos atuantes no fenômeno da obesidade e do sobrepeso e na experiência de seu tratamento.

Um dos aspectos que merece especial destaque neste universo específico é a questão social. Foi possível perceber que o tratamento de emagrecimento via dieta alimentar envolve fatores de múltiplas naturezas para a vida do indivíduo, dentre as quais, algumas passam despercebido quando se trata de classes sociais abastadas enquanto que, para classes sociais desfavorecidas, se tornam mais visíveis.

Um desses fatores é a questão financeira. Foi evidenciada pelas mulheres entrevistadas a dificuldade financeira para seguir o tratamento, pois apesar de gratuito, ele exige delas esta contrapartida. Assim, percebeu-se a dificuldade na aquisição dos alimentos recomendados pelas nutricionistas, ou seja, alimentos saudáveis e *lights*, o que demonstra a vulnerabilidade alimentar a que estas mulheres estão expostas. Corroborando esta dificuldade financeira, elas priorizavam outros alimentos com o fim de obter maior saciedade alimentar.

A questão social também pôde ser evidenciada no tratamento ao se considerar o fator trabalho, já que as dificuldades trazidas pelas mulheres ao seguir o tratamento se relacionava, ainda que indiretamente, ao trabalho. A jornada exaustiva imposta ou mesmo a situação de desemprego, ambas decorrentes das oportunidades que lhes eram permitidas, não possibilitavam a estas mulheres uma maior dedicação à realização das refeições, incluindo aqui não só o preparo das mesmas, como também seu fracionamento ao longo do dia, resultando na realização de diversas refeições.

No caso das mulheres empregadas, há ainda, o fator da dificuldade de realizar atividade física, estratégia recomendada como coadjuvante no tratamento. Esta dificuldade ocorria também pela falta de tempo, já que, além da jornada exaustiva no trabalho, havia a jornada de trabalho também desgastante de atividades domésticas em casa, não restando tempo nem dinheiro para o exercício de atividades físicas.

Como grande parte dessas mulheres trabalhava como empregadas domésticas ou com ocupações similares, as quais exigem o cumprimento diário de metas, depreende-se a quase incompatibilidade entre o exercício desta ocupação e a realização das diversas

refeições recomendadas. Isto porque estas refeições são leves -portanto, não propiciadoras da íntima sensação de “estômago forrado” relacionada à força para o trabalho- e exigem duração mais demorada- já que o recomendado é a mastigação lenta.

Além disto, o trabalho das entrevistadas exigia das mesmas uma relação íntima com os alimentos, na qual elas tinham permanente contato, seja pelo preparo dos alimentos, seja pela conservação ou, ainda, pela sua comercialização, o que dificultava o controle alimentar recomendado.

Assim, conforme as afirmações de Santos (2008) de que as representações alimentares possuem estreita relação com as representações de corpo, pode-se pensar que o fato de as entrevistadas, em sua maioria, priorizarem o corpo como um corpo funcional, que lhes possibilitassem desempenhar suas atividades, de um lado, e, de outro, não adotarem um padrão de beleza tão identificado com a magreza, possa estar atuando inconscientemente como um fator de resistência às modificações alimentares propostas.

Sobre o padrão de beleza foi possível identificar, conforme citado acima, uma peculiaridade destas mulheres em relação ao mesmo, na medida em que não buscam um corpo magro em excesso, conforme pregado massivamente pela sociedade e adotado mais facilmente nas classes sociais mais abastadas. Esta peculiaridade foi relacionada ao fato de a cultura praieira soteropolitana de exibição e preocupação com o corpo, presente também em outros espaços, não alcançar parte das mulheres estudadas em razão de serem provenientes do interior da Bahia. Assim, a vivência de uma cultura diferente pode ter tornado estas mulheres mais complacentes quanto a seu estado de sobrepeso e, conseqüentemente, mais resistentes ao tratamento.

Em relação à alimentação, este estudo identificou a complexidade que envolve a mesma, especialmente, as modificações que lhe são impressas. Neste cenário, incluem-se as dietas alimentares destinadas ao emagrecimento. Percebeu-se que seguir uma dieta de emagrecimento significa para as mulheres estudadas lidar não só com modificações na sua rotina, o que lhes traz sérias implicações, como também lidar com dificuldades financeiras, psicológicas (ao envolver o controle do apetite e de sensações proporcionadas pelo alimento) e, ainda, sociais e afetivas ao envolver o compartilhamento do alimento, bem como o olhar do outro no controle sobre seus corpos e sua alimentação.

Vale destacar também a noção de adesão ao tratamento de emagrecimento por parte das

mulheres entrevistadas. Assim, foi possível perceber que elas demonstram ter uma postura de auto-responsabilização pelo andamento do tratamento, especialmente quando algo não vai bem. Este fato está correlacionado com um outro de que elas concebem o tratamento e a própria alimentação como algo mecânico, por entenderem que basta “se controlar” para alcançar o “sucesso” no tratamento. Diz respeito também ao processo de compreensão individualizada da produção dos problemas de saúde e das suas soluções na sociedade moderna, negando às pessoas possibilidades e espaços de compreensão das fortes relações sociais, econômicas, políticas e culturais à base desses fenômenos.

Esta compreensão individualizada se relaciona a um outro fator ressaltado neste estudo, o da discriminação e estigmatização da obesidade disseminada na sociedade. Tais fatores foram percebidos de modo recorrente na fala das entrevistadas e reconhecidos como produtores de sofrimento, mas, ao mesmo tempo, de resignação por parte delas, reforçando a noção de auto-culpabilização acerca de seu estado. Neste cenário, destacou-se o freqüente uso de ironias por parte das entrevistadas como estratégia para lidar com o sobrepeso/obesidade e suas conseqüências.

Neste quesito, atenção especial deve ser dada às nutricionistas no sentido de compreender de que modo elas podem estar correspondendo à postura de avaliadora e algoz. Se as pacientes encaram seu tratamento como unicamente dependente delas próprias, deve-se questionar o papel da rede e, principalmente, das nutricionistas neste processo de considerar o tratamento com uma concepção mais interativa, construtiva, e não de submissão e passividade por parte do paciente.

Neste sentido, é possível verificar que o tratamento de emagrecimento caminha na contramão de um princípio do Sistema Único de Saúde, o da integralidade da assistência, já que mantém o foco apenas sobre uma esfera da saúde do indivíduo, a biológica, em detrimento de outras igualmente atuantes e relevantes no desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, desconsiderando a necessidade da interdisciplinaridade no atendimento de modo a abranger o conjunto dessas esferas.

De modo oposto, desenvolveu-se a noção de adesão ampliada ao se fazer uma analogia entre o tratamento de emagrecimento e o tratamento da dependência a substâncias psicoativas a partir de uma perspectiva de redução de danos, e não de abstinência. Assim, concebe-se a importância de, durante o tratamento, se retirar o excesso alimentar aos poucos, bem como restringir aqueles alimentos prejudiciais de modo gradativo e não

abruptamente, considerando a ligação entre o indivíduo e a alimentação.

Neste aspecto, evidencia-se a questão da autonomia em relação à própria alimentação, percebida pelo estudo como um fator relevante para estas mulheres. Isto porque, ao sentirem-se transgressoras em relação à própria alimentação, por não cumprir regras determinadas sobre a mesma, elas vivenciavam um processo de auto-culpabilização e remorso. Se, de modo oposto, elas têm a possibilidade de participar da construção das próprias regras alimentares e de vivenciar estas modificações de modo gradativo e produzindo novos sentidos à sua existência, as chances de implicação no tratamento podem se intensificar.

Neste sentido, este estudo evidencia a influência da subjetividade e da intersubjetividade na experiência do tratamento de emagrecimento. A ansiedade foi trazida como uma das protagonistas no comportamento de comer de modo compulsivo, reforçando a necessidade de se contar com uma rede ampliada de atendimento ao indivíduo com sobrepeso, que envolva não só nutricionistas, mas também, psicólogos, psiquiatras e endocrinologistas. Ainda em relação à ansiedade, foi possível perceber a dificuldade destas mulheres em entrar em contato com a própria subjetividade, a fim de compreender e lidar melhor com a mesma.

Este quesito denota uma possível relação entre o sobrepeso e a dificuldade em seguir seu tratamento com outros determinantes desta patologia além do biológico. Considerando que a ansiedade foi destacada como um grande dificultador do tratamento e que esta, neste estudo, foi relacionada às dificuldades vivenciadas por estas mulheres peculiares a suas realidades (não encontradas em muitas outras), depreende-se aqui a atuação dos condicionantes sociais, culturais e psicológicos no desenvolvimento e manutenção de tal patologia.

Uma possível contribuição deste estudo é a de visualizar o excesso de peso como uma espécie de resistência. Seja à imposição ao estilo de vida moderno e impessoal, com todas as suas implicações para o cotidiano destas mulheres, seja ao padrão de beleza incondizente com a própria realidade, ou, ainda, ao apego excessivo à materialidade em detrimento da essência de cada indivíduo.

Apesar de a obesidade e o sobrepeso se constituírem em fonte de preocupação mundial, ainda há poucos estudos que focalizem outros aspectos deste fenômeno, como seus

condicionantes e a experiência do seu tratamento. Este fato se constitui numa dificuldade de encontrar literatura específica sobre este tema, mas também se constitui numa contribuição, por parte deste estudo, à compreensão e tratamento deste problema de saúde pública.

Pode ser considerado como contribuição deste estudo também o alerta para a configuração do serviço de atenção à saúde do obeso. Assim, ratifica-se a necessidade de se desenvolver serviços transdisciplinares, considerando que a obesidade é uma patologia multifatorial, assim como a alimentação da qual ela é decorrente. O ambulatório estudado era composto apenas por nutricionistas e estudantes de nutrição, o que talvez facilitasse a concepção da obesidade focada apenas na restrição alimentar, conforme discutido acima. Outro aspecto em relação ao serviço de saúde diz respeito ao grande intervalo de tempo entre as consultas de revisão das mulheres, bem como a fila de espera, que possivelmente interferiam no vínculo do profissional com o paciente, denotando uma disparidade entre a demanda e a oferta e, portanto, a necessidade de se ampliar o quadro de funcionários deste atendimento.

No campo da saúde coletiva, interdisciplinar por natureza, torna-se imprescindível um olhar mais cuidadoso sobre o sobrepeso e a obesidade, a fim de se considerar seus determinantes culturais, sociais e psicológicos e de contribuir para um tratamento mais saudável e condizente com os objetivos de cada paciente.

REFERÊNCIAS

ATKISON, Richard L. et al. Combination of very-low-calorie and behavior modification in the treatment of obesity. **The American Journal of Clinical Nutrition**. Bethesda, 1992. Disponível em: <<http://www.ajcn.org/cgi/reprint/56/1/199S>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

ANDRADE, Angela; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 1, jan./mar. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732003000100012&Script=sci_arttext>. Acesso em 22 abr. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, p. 27-46.

CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico – conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.4, 2004, p. 1003-1012.

CAVALCANTI, A. P. R. et al. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. In Pobreza, desigualdades sociais e saúde: desafios para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n.6, nov./dez.2007,

COELHO, Rômulo Frota da Justa; SEVERIANO, Maria de Fátima Vieira. Histórias dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. **Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense**. Niterói: v. 19, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/v19.1_cap_07_historia%20dos%20usos.pdf>. Acesso em: 15 set. 2008.

COSTA, Jurandir Freire. Declínio do comprador, ascensão do consumidor. In: _____. **O Vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2004.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. **L'autre Journal**, n.1, maio, 1990.

DOREA, Guga; SEGURADO, Rosemary. Continuidades e discontinuidades em torno do debate científico. **Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n. 3, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n3/9767.pdf>>. Acesso em: 25 ago 2008.

DREYFUS, P.; RABINOW, H. O sujeito e o poder. In: FOUCAULT, Michel. **Uma Trajetória filosófica para além do Estruturalismo e da Hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1995.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHAES, Rosana. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, jun. 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n2/30435.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2009.

FONSECA, Vânia de Matos; SICHIERI, Rosely; VEIGA, Glória Valéria da. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.32, n.6, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000600007&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 05 jun. 2009.

FOUCAULT, Michel. "Direito de Morte e Poder sobre a Vida". In: **A História da Sexualidade: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: GRAAP, 1988.

FRANCISCHI, Rachel Pamfílio Prado de, et al . Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.** Campinas: v. 13, n. 1, jan./abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-5273200000100003>. Acesso em 22 abr. 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In:_____. BAUER, M. W. **Observação e coleta de dados sensoriais**: sons, imagens. Pesquisa Qualitativa com Texto, imagem e som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002, p.64-89.

HARDT, Michael; NEGRI, A. A sociedade mundial de controle. In: ALLIEZ, Eric (org.); DELEUZE, Gilles. **Uma vida filosófica**. 34.ed. Rio de Janeiro: [s.n], 2000.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of Medical Systems. **Soc. Sci. and Med.**[S.l.]: Elsevier, v.12, 1978.

LOLIO, Cecília Amaro de; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n1/07.pdf>>. Acesso em: 21 de abr. 2009.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**. Antropologia e Sociedade. Campinas: Papyrus, 2003. p. 13-66.

MARAZANO-PARISOLI, M. M. Perceber o corpo sem estados da alma: corpo divinizado e corpo aniquilado. In:_____. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MARINHO, S. P. et al. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.16, n.2, abr./jun. 2003.

MEDEIROS, Marília Salles Falci. Imagens, percepções e significados do corpo nas classes populares. **Soc. estado**. Brasília, v. 19, n. 2, dez. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/se/v19n2/v19n2a10.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O corpo como síntese de muitas histórias. In: TONIAL, Sueli. Rosina. **Desnutrição e Obesidade: Faces Contraditórias na Miséria e na Abundância**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001. p. 6-14.

MONDINI, Lenise; MONTEIRO, Carlos Augusto. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 1, abr. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

NASCIMENTO, Angelina de Aragão Bulcão Soares. **Comida: prazeres, gozos e transgressões**. Salvador: EDUFBA, 2007.

NEGRI, Antônio, HARDT, Michel. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NOVAES, Joana de Vilhena. **O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesity**. [S.l, s.n], 2009a. Disponível em:<<http://www.who.int/topics/obesity/en/>>. Acesso em: 19 de abril de 2009.

_____. **Diet**. [S.l, s.n], 2009. Disponível em:<<http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/en/index.html>>. Acesso em: 19 de abril de 2009.

_____. **Obesity**. [S.l, s.n], 2005-2009. Disponível em:<http://www.wpro.who.int/health_topics/obesity/general_info.htm>. Acesso em: 19 de abril de 2009.

_____. [S.l, s.n], 2000. Disponível em:<http://www.emro.who.int/nutrition/PDF/Obesity_Epidemic.pdf>. Acesso em: 19 de abr. 2009.

_____. **Obesity**, [S.l, s.n], 2008a. Disponível em: <<http://build.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/obesity>>. Acesso em: 19 de abr. 2009.

_____. Organização Pan Americana de Saúde. **Estratégia regional e plano de ação**

para um enfoque integrado da prevenção e controle das doenças crônicas. Washington: OPAS, 2007.

_____. **Enfoques populacionais e individuais da prevenção e tratamento de diabetes e obesidade.** Washington: [s.n], 2008. Disponível em:<<http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf>> Acesso em: 19 de abr. 2009.

PELBART, P. P. **Vida capital: Ensaio Biopolíticos.** São Paulo: Iluminuras, 2003.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** Campinas: v. 17, n. 4, out./ dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 Ago 2008.

REMÉDIOS para emagrecer. [S.l, s.n.], 2009. Disponível em:< <http://www.remediosparaemagrecer.com.br/>>. Acesso em: 22 abr 2009.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. **Tabu do corpo.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1983.

SANT'ANNA, D. B. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, Carmem (org.). **Corpo e História.** Campinas: Autores Associados, 2001.

SARMENTO, Stella Maria de Sá. **Adesão ao tratamento de saúde: Tendências e perspectivas na literatura nacional e internacional.** 2001. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SANTOS, Lígia Amparo da Silva. **O corpo, o comer, a comida: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador - Bahia.** Salvador: EDUFBA, 2008.

SERPA JÚNIOR, O. D. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de "O normal e o patológico" de Georges Canguilhem. **Psicologia Clínica**, v. 15, n.1, p.121-135, 2003.

SERRA, G. M. A; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. Múltiplas abordagens em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.8, n.3, 2003,

SOUZA, Iara Maria de Almeida. **Na trama da doença**: uma discussão sobre redes e doença mental. 1986. 169 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1986.

STUNKARD Albert J. Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. In: **La obesidad en la pobreza**: un novo reto para la salud pública. Washington DC: Organización Panamericana da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/obesidad/1c.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

SUDO, Nara; LUZ, Madel T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago.2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63012421.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2009.

TONIAL, Sueli Rosina. **Desnutrição e obesidade**: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001.

TORAL, N; SLATER, Betzabeth. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 12, n. 6, 2007.

UNDCP. Programa Nacional das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas. **Prevenção ao abuso de drogas com ênfase especial na prevenção do HIV entre usuários de drogas intravenosas no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

APÊNDICE - A - Plano guia para entrevista com as pacientes do ambulatório de endocrinologia

1. Situação sócio-econômica-cultural
2. Consumo alimentar
3. Identidade corporal
4. Influência da mídia na adoção desse padrão e no consumo alimentar
5. Significados dos alimentos
6. Significados do corpo
7. Percepção e significados de sobrepeso/obesidade
8. Motivações relacionadas ao tratamento
9. Expectativas atribuídas ao tratamento
10. Significados da adesão
11. Dificuldades percebidas na adesão
12. Experiência/significados das modificações propostas pelo tratamento

APÊNDICE - B - Plano guia para entrevista com as pacientes do ambulatório de endocrinologia



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71)3336-0173 3283-7397 / 7398 e-mail: trad@ufba.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa “A experiência do tratamento da obesidade/sobrepeso em mulheres adultas num hospital público da cidade de Salvador, Bahia”. A pesquisadora responsável é Maíra Passos Santana, aluna do mestrado do Instituto de Saúde Coletiva-ISC da Universidade Federal da Bahia-UFBA, sob orientação da professora Mônica Nunes.

A pesquisa tem como objetivo geral “Investigar os determinantes sociais, culturais e psicológicos do sobrepeso/obesidade e sua influência na experiência do tratamento de emagrecimento” e, como específicos, “Descrever a percepção do sobrepeso/obesidade e significados atribuídos ao mesmo pelas mulheres investigadas à luz da sua experiência cotidiana do corpo; Analisar os fatores que motivaram a busca de tratamento para o sobrepeso/obesidade e as expectativas atribuídas ao mesmo; Descrever o processo do tratamento, do ponto de vista da experiência do mesmo; Identificar hábitos alimentares anteriores e a construção das modificações propostas no tratamento, analisando o manejo dessas mudanças e seus significados para as mulheres; Analisar os efeitos percebidos do tratamento sobre o corpo e sobre a qualidade de vida das mulheres em tratamento.” Para tanto, serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas, direcionadas às mulheres participantes do programa de emagrecimento do hospital, com o auxílio do gravador.

A importância deste estudo está em compreender e contribuir para a minimização dos efeitos de uma patologia com a magnitude da obesidade/sobrepeso. A pesquisa prevê como benefícios incorporar, no manejo do atendimento, fatores usualmente desconsiderados no tratamento da obesidade/sobrepeso e que simbolizam possíveis

entraves ao sucesso do mesmo. Quanto aos riscos previstos, não há riscos previstos na realização da pesquisa, mas as participantes têm assegurado o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para as mesmas e a pesquisadora se dispõe a esclarecer qualquer dúvida que surja durante o processo.

Sua participação na pesquisa assegura que você terá seu nome preservado e não terá despesas nem receberá dinheiro para participar da mesma.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Máira Passos Santana, através do telefone 99282559.

Declaro estar ciente da natureza da pesquisa e das possibilidades de risco e benefício e concordar em participar da mesma em caráter de voluntariado, tendo meu direito assegurado de desistir em qualquer momento.

Salvador, -----/-----/2009

Assinatura da entrevistada

Assinatura do pesquisador