



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

MUITO MAIS DO QUE PE(N)SAM:

**PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS ACERCA DA OBESIDADE
ENTRE USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA - CEARÁ**

Orientanda
Maria Soraia Pinto

Orientadora
Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

**FORTALEZA – CEARÁ
2009**



MARIA SORAIA PINTO

MUITO MAIS DO QUE PE(N)SAM:

PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS ACERCA DA OBESIDADE ENTRE USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ

Dissertação Apresentada por Maria Soraia Pinto à Coordenação do Curso de Mestrado de Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária-Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção de Título de Mestre em Saúde Pública sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

**FORTALEZA – CEARÁ
2009**

MUITO MAIS DO QUE PE(N)SAM:

PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS ACERCA DA OBESIDADE ENTRE USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ

Projeto de Dissertação apresentado por Maria Soraia Pinto à Coordenação do Curso de Mestrado de Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção de Título de Mestre em Saúde Pública sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi
Universidade Federal do Ceará
Orientadora

Examinador 1: Prof^a Dra. Márcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará

Examinadora 2: Prof^a Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib
Universidade de Fortaleza

Dedico esta dissertação a minha mãe Laura que durante o trajeto final deste trabalho enfrentou momentos angustiantes em sua vida, e ainda assim encontrou forças para me incentivar na conclusão de mais este sonho. Obrigada pelo amor incondicional. “como é grande o meu amor por você”!

AGRADECIMENTOS

O processo dissertativo repercutiu em vários aspectos de minha vida. Ele foi permeado por uma variedade de emoções que transitaram entre dores e delícias. Representou principalmente o reconhecimento de minhas potencialidades, limitações, incongruências e incompletude.

A dissertação, atrevo-me dizer, é paradoxalmente um processo coletivo e solitário. Coletivo, porque demanda a participação direta ou indireta de vários atores, no entanto, a redação do trabalho na maioria das vezes é um processo solitário. Assim se faz necessário a participação de várias pessoas para a construção solitária do texto.

Essa construção só foi possível devido a uma série de felizes encontros, que agora desejo agradecer.

Agradeço a Deus pelo Dom da vida e ancoradouro seguro nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus pais, irmãos e toda a família pelo incentivo, apoio, compreensão, presença e por fazerem parte de tudo que sou, a todos vocês muito obrigada!

Agradeço ao meu sobrinho Mário Filho pelo *design* dos slides da apresentação!

Agradeço ao encontro com minha orientadora professora Maria Lúcia Magalhães Bosi, pelo acolhimento do meu tema e a possibilidade de mergulhar de forma mais profunda no campo epistemológico da pesquisa qualitativa, por direcionar o estudo, por compartilhar teorias, práticas e devaneios tão enriquecedores para meu crescimento acadêmico, além de compreender minhas limitações e incentivar a reflexão sobre as mesmas. Finalmente agradeço pela solidariedade e compreensão do momento angustiante que vivenciava. Espero que possamos desenvolver outros projetos no futuro. A você Malu meu muito obrigada!

Agradeço a professora Ana Maria Fontenelle Catrib por aceitar o convite em participar de minhas bancas de qualificação e defesa e pelas valorosas contribuições ao texto.

Agradecimento especial a professora Márcia Maria Tavares Machado que esteve presente desde a entrevista do processo seletivo do mestrado, acompanhou o trabalho, esteve em todas as defesas, incentivou, contribuiu com sugestões valiosas. Obrigada Márcia pelo carinho dispensado e pela confiança, e que venham novos trabalhos.

Agradeço ao encontro com a turma do mestrado. Pessoas incríveis, sujeitos que individualmente e coletivamente me enriqueceram muito.

Agradeço ao amigo André, fiel companheiro de orientação, parceiro e ouvinte das dificuldades enfrentadas e das alegrias conquistadas.

Agradeço aos professores que compartilharam seus conhecimentos e buscaram despertar em nosso grupo o interesse pelos mais variados temas da saúde coletiva.

Agradecimento especial ao professor, pensador, filósofo, encorajador e “em síntese” o mestre Ricardo Pontes. Obrigada pelo incentivo, conselhos e pelas sugestões valiosíssimas ao enriquecimento do trabalho.

Agradeço a Ana Mary, por partilhar os mais diferentes momentos vivenciados durante esse processo, amiga de todas as horas, incentivadora, ouvinte paciente, ombro para o riso e o choro, colaboradora da dissertação, fonte bibliotecária, e neófito forçosa da abordagem qualitativa. Sua presença foi fundamental, muito obrigada!

Agradeço a amiga Karine, co-responsável pelo título da dissertação, meu obrigada pelo apoio, paciência, incentivo, pela escuta nos momentos angustiantes e felizes, por tentar me tranquilizar ao seu modo, pelas vivências e pelo carinho.

Agradeço às professoras nutricionistas do Curso de Ciências da Nutrição da Universidade de Fortaleza pelo apoio e compreensão, em especial às professoras Virgínia, Armênia, Laydiane, Ana Vaneska, Fátima, Daniele.

Agradeço à amiga Mazé incentivadora e propulsora de meu crescimento profissional e acadêmico.

Agradeço à amiga Suziane que me deu inspiração e apoio para realização do mestrado.

Agradeço às amigas nutricionistas residentes Kelly, Camila e Bianca pelo apoio mesmo que fisicamente distante.

Agradeço a amiga Diana Cris pelo carinho, apoio e por confiar sempre no meu trabalho. Sua presença me alegrou muito! Obrigada.

Ao grupo de funcionários do mestrado, as eficientíssimas Zenaide e Dominik, obrigada pelo acolhimento e pelos serviços oferecidos a nossa turma.

E finalmente um agradecimento mais que especial as mulheres que de forma tão carinhosa me acolheram em seus lares, confiaram suas histórias e permitiram a realização desta investigação. A vocês meu eterno obrigada!

Daquilo que eu sei
Nem tudo me deu clareza
Nem tudo foi permitido
Nem tudo me deu certeza...

Daquilo que eu sei
Nem tudo foi proibido
Nem tudo me foi possível
Nem tudo foi concebido...

Não fechei os olhos
Não tapei os ouvidos
Cheirei, toquei, provei
Ah Eu!
Usei todos os sentidos
Só não lavei as mãos
E é por isso que eu me sinto
Cada vez mais limpo!

Ivan Lins

O corpo que vi

Corpo que come

Corpo que engorda

Corpo que emagrece

Corpo que tem história

Corpo que está no mundo

Corpo que tem sintomas

Corpo que chora

Corpo que se mostra

Corpo que se envergonha

Corpo que trabalha

Corpo que gera

Corpo que é máquina

Corpo que é razão

Corpo que é idolatrado

Corpo que é rechaçado

Corpo que (res)sente

Corpo que é símbolo

Corpo que é tudo

Corpo que quer ser respeitado!

Soraia Pinto

RESUMO

A obesidade é um fenômeno complexo que acomete uma parcela importante da população mundial, em especial as mulheres adultas de menor estrato de renda. A obesidade também pode ser vista como um atributo físico, percebido, interpretado e influenciado pelo sistema social. O objetivo deste estudo foi compreender as percepções e experiências de mulheres usuárias de um centro de saúde da família do município de Fortaleza com diagnóstico de obesidade. Trata-se de uma investigação qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico, cuja estratégia metodológica adotada foi a articulação entre as entrevistas em profundidade e a observação livre. Foram realizadas 8 entrevistas com mulheres entre 28 e 56 anos, com média de idade de 44 anos. Todas apresentavam obesidade grau II (IMC= 35,0-39,9kg/m²), e referiram a experiência com o excesso de peso há mais de 5 anos, além disso apresentavam hipertensão, diabetes, dislipidemias e problemas osteomusculares, A maioria era casada, dona de casa e tinham filhos. A média de remuneração familiar observada foi de um a dois salários mínimos. O nível de escolaridade ficou entre o ensino médio e o fundamental incompleto. A categorização do material empírico indicou quatro eixos temáticos, e a partir dos quais foram traçados os eixos centrais de análise. 1) Auto-percepção do corpo; 2) Etnoetiologia da obesidade; 3) Estigma e as Repercussões nas distintas esferas da vida; 4) Trilhando os Caminhos da Cura. Cada eixo temático foi desdobrado em diferentes dimensões. Os resultados revelaram que as mulheres se percebem com excesso de peso, porém não se classificam como *obesas*. O uso de medicamentos, a alimentação e passagens importantes da vida foram consideradas fundamentais para a explicação do perfil de obesidade no grupo. Sobre as mulheres “pesam” estigmas e discriminações atribuídos a sua aparência. Finalmente para as depoentes a obesidade é uma doença que tem cura. Nesse sentido, o estudo chama atenção para importância da multidimensionalidade da obesidade. Tal compreensão é fundamental para a proposição de planos e estratégias de atendimento no campo das políticas de saúde.

Descritores: pesquisa qualitativa; mulheres; obesidade; preconceito.

ABSTRACT

The obesity is a complex phenomenon that occurs in an important parcel of the world-wide population, in special in the adult women of lower incomes. The obesity also can be seen as a physical attribute, perceived, interpreted and influenced for the social system. The aim of this study was to understand the perceptions and experiences of women attended in a health family center of the city of Fortaleza with obesity diagnosis. This study is about a qualitative inquiry with phenomenologic-hermeneutic approach, whose adopted methodology strategy was the joint enters the interviews in depth and the free comment. 8 interviews with women between 28 and 56 years had been carried through, with average of age of 44 years. All presented obesity degree II (BMI= 35,0-39,9kg/m²), and had related the experience with the excess of weight at least for 5 years, moreover they presented hypertension, diabetes, dyslipidemia and osteomuscular problems, the majority was married, house owner and had children. The average of family remuneration was 1-2 minimum wages. The education level was between secondary education and the incomplete fundamental education. The categorization of the empirical material indicated four thematic axles, and from which the axles had been tracings analysis central offices. 1) Body Self-perception ; 2) Etnoethyology of the obesity; 3) Stigma and the Repercussions in the distinct spheres of the life; 4) Treading the Ways of the Cure. Each thematic axle was unfolded in different dimensions. The results had disclosed that the women perceive her excess weight, however they are not classified as obese. The medicine use, the feeding and important moments of life had been considered basic for the explanation of the profile of obesity in the group. Under the women “weigh” stigma and discriminations attributed by their appearance. Finally for the deponents the obesity is an illness that has cure. In this direction, the study it calls attention for importance the multidimensionality of the obesity. Such understanding is basic for the proposal of plans and strategies of attendance in the field of the health politics.

Descriptors: qualitative inquiry; women; obesity, prejudice

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	ESTADO DA ARTE	18
	2.1 Um Breve Olhar biomédico e Epidemiológico da Obesidade	18
	2.1.1 Obesidade: Classificação e fatores de risco	18
	2.1.2 Obesidade: Expressão da Transição ou Heterogeneidade Nutricional?	21
	2.1.3 Obesidade: Epidemia Global	22
	2.2 Um breve olhar das Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição no Brasil e a interface com a obesidade	27
	2.3 O olhar das Ciências Sociais	30
	2.3.1 Abordagem Histórico Cultural da Obesidade: Interfaces com a Subjetividade.	30
	2.3.1.1 Corpo: um objeto polissêmico	31
	2.3.1.2 O reflexo da obesidade na História	33
	2.3.1.3 Obesidade, Sociedade de Consumo e Mídia	35
	2.4 Estigma e Obesidade	40
	2.5 Estudos Qualitativos sobre Obesidade	43
3.	OBJETIVOS	47
	3.1 GERAL	47
	3.2 ESPECÍFICOS	47
4.	ASPECTOS ÉTICOS	48
5.	METODOLOGIA	49
	5.1 Cenário do Estudo	51
	5.2 Informantes do Estudo	51
	5.3 Técnicas Empregadas	54
	5.4 Análise das Informações	55
6.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	58
	6.1 PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES COM OBESIDADE	58
	6.1.1 Auto-percepção do corpo	58
	6.1.2 Etnoetiologia da obesidade	68

6.1.3 Estigma e Repercussões nas distintas Esferas da Vida	76
6.1.4 Trilhando os Caminhos da Cura	89
7. CONCLUSÕES	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÊNDICES	108
ANEXOS	111

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS
ENDEF	ESTUDO NACIONAL DA DESPESA FAMILIAR
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
INAN	INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PNAE	PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR
PNAN	POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
PNIAM	PROGRAMA NACIONAL DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO
PNSN	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO
POF	PESQUISAS DE ORÇAMENTOS FAMILIARES
PRONAN	PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
VCT	VALOR CALÓRICO TOTAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
STAN	SERVIÇO TÉCNICO DE ALIMENTAÇÃO NACIONAL

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro I	Número de estudos publicados sobre obesidade em diferentes bases de pesquisa	15
Quadro II	Categorias de índice de massa corpórea (IMC), segundo OMS 1995	18
Quadro III	Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres do estudo.....	53
Quadro IV	Rede Interpretativa proveniente da análise das falas das mulheres do estudo	57
Figura 1	Distribuição da Pandemia da Obesidade no Mundo.....	23
Figura 2	Tendência secular da obesidade no Brasil, segundo sexo. Brasil, 1975-2003.....	24
Figura 3	Tendência secular da obesidade feminina segundo região brasileira.....	25

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender as percepções e experiências de mulheres usuárias da rede pública de saúde com diagnóstico de obesidade. Ao iniciarmos esta pós-graduação, nosso objetivo de estudo se nos parecia bem delineado e definido: tratava-se de um estudo qualitativo sobre *obesidade*. No entanto, durante os encontros tutoriais e no percurso das disciplinas pudemos perceber o quanto seria necessário paradoxalmente nos afastar do tema, *estranhar o familiar, procurar novos olhares problematizar, para, então retomá-lo e resignificá-lo* (BOSI, 1996).

Neste percurso procuramos delimitar o tema, bem como o grupo e o local em que se realizaria a pesquisa. A fase de revisão bibliográfica acerca do objeto de estudo nos levou inicialmente a observar a literatura sobre o aspecto biológico do fenômeno obesidade. Nesta incursão foi possível visualizar que este é um tema que vem sendo alvo de um expressivo número de trabalhos científicos.

Pra alguns autores a obesidade pode ser definida como o excesso de tecido adiposo no corpo, bem como doença crônica resultante de um balanço positivo de energia por tempo prolongado, produzindo excesso de gordura corporal (SAMPAIO, 2007). Este excesso pode advir de uma ingestão energética alimentar além da necessidade individual, da inatividade física, de uma predisposição genética para armazenar estoques de gordura (SAWAYA *et al.*, 2003; BATISTA FILHO & RISSIN, 2003).

No entanto, tais definições não explicam totalmente a complexidade do processo obesogênico, uma vez que entre outros fatores as situações de desigualdade social e diversidade cultural também podem potencializar o problema (BERMUDEZ & TUCKER, 2003). A obesidade também pode ser vista como um atributo físico, percebido, interpretado e influenciado pelo sistema social. Dessa forma os valores sócio-culturais relacionados à obesidade podem ter uma grande variabilidade dentro da sociedade, nos diferentes momentos históricos (FERREIRA & MAGALHÃES, 2005).

Vale enfatizar a opinião de Sobal (1991), quando destaca a importância no estudo de agravos nutricionais, em especial a obesidade, a utilização de múltiplas perspectivas de

análise, levando em consideração o contexto socioeconômico e cultural do grupo estudado. A alimentação caracteriza-se assim, com um ato complexo, mediado por diversos fatores que ultrapassam a questão nutricional e alcança o plano simbólico referente ao fenômeno.

Não é possível ocultar que a obesidade é um grave problema sócio-sanitário em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, estudos demonstram que a população adulta vem apresentando um importante aumento na prevalência de excesso de peso. De acordo com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2003 a obesidade afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas do País, ratificando dados de uma pesquisa anterior – PNSN - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989) que já determinava que cerca de 30% dos adultos brasileiros apresentavam algum grau de excesso de peso, destes 6,8 milhões de indivíduos (8%) possuía obesidade, com predomínio entre as mulheres (MONTEIRO, MONDINI & POPKIN, 1995; BRASIL 2006a).

Não pretendemos negar a importância das investigações que abordam os aspectos biomédicos e epidemiológicos deste processo já aludidos anteriormente; os mesmos necessitam ser abordados e pesquisados constantemente. No entanto, concentrar as discussões apenas nos aspectos supracitados, limita o alcance da pesquisa na medida em que revela os sintomas e a manifestação física da obesidade, privilegiando, dessa forma, as dimensões mais imediatas. O estudo da obesidade implica análise de aspectos que vão além da dimensão biológica, compreendendo elementos históricos, sociais, ecológicos, econômicos, culturais e políticos.

Ter vivenciado o acompanhamento de usuários com sobrepeso e obesidade na Residência Multiprofissional em Saúde da Família ¹, despertou o interesse pelo estudo da relação entre os diversos fatores causais desta morbidade, sendo tema de meu trabalho monográfico. Contudo, durante o atendimento ambulatorial considerava paradoxal o considerável número de mulheres com sobrepeso e obesidade em uma comunidade de baixa renda. Durante os atendimentos ambulatoriais e domiciliares pude perceber que meus conhecimentos “tecnicistas” não eram suficientes para vislumbrar as diversas dimensões deste processo. A graduação em Nutrição me forneceu subsídios técnicos para avaliar, classificar e

¹ Programa de pós-graduação com caráter de residência (pautado na formação em serviço para o Sistema Único de Saúde) coordenado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral – CE.

tratar a obesidade e suas co-morbidades, no entanto, era e ainda se faz necessário deslocar-me deste patamar técnico e realizar imersão no universo subjetivo das pessoas que convivem com essa enfermidade e assim transitar em aspectos mais simbólicos.

É importante assinalar que o levantamento bibliográfico que realizamos nas fontes MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (The Scientific Electronic Library Online), sobre “obesidade em mulheres” nos últimos 5 anos detectamos um grande número de trabalhos que enfatizam os aspectos mais imediatos da doença, dentro de uma abordagem quantitativa. No entanto, quando refizemos o levantamento nas mesmas bases bibliográficas, desta vez cruzando os termos “obesidade em mulheres” com o descritor “pesquisa qualitativa” este número foi drasticamente reduzido (Quadro 1).

É válido ainda acrescentarmos que durante observação dos trabalhos classificados com abordagem qualitativa, alguns trabalhos apresentavam apenas técnicas comuns a esses estudos como uso de grupos focais e entrevistas, sem contudo agregar a metodologia da pesquisa social. Este fato é relevante e digno de nota, uma vez que os artigos científicos possuem função primordial de embasar as atividades da pesquisa, portanto devem oferecer uma classificação adequada no que concerne sua abordagem epistemológica.

Quadro I. Número de estudos publicados sobre obesidade em diferentes bases de pesquisa

	MEDLINE	SCIELO	LILACS
Obesidade mulheres	28.121	631	15.196
Obesidade mulheres			
Estudo qualitativo	172	5	50

O levantamento bibliográfico destaca uma caracterização epidemiológica da obesidade com maior prevalência desta condição nas populações mais pobres e em mulheres com menor escolaridade, em especial no nordeste brasileiro, dado que fundamenta a focalização no segmento feminino. A obesidade ganha um significado diferencial entre

mulheres, pois envolve diversos aspectos, sócio-culturais esclarecendo que este recorte direciona o estudo para o enfoque da percepção feminina acerca do fenômeno.

Além de nosso interesse em investigar o tema obesidade, acreditamos que a escassez de estudos qualitativos acerca deste objeto, como pode ser comprovada na revisão da literatura, associada à inequívoca importância do tema como problema sócio-sanitário justifica o desenvolvimento deste projeto que visa explorar as percepções e experiências de usuárias da rede pública de saúde buscando a compreensão do fenômeno obesidade para além de seus determinantes biológicos, percebendo-o em sua complexidade, incorporando a perspectiva e a experiência das mulheres que convivem com o fenômeno da obesidade, apresentando assim a voz de quem vivencia o processo. Dessa forma esperamos ampliar o conhecimento e assim oferecer subsídios ao aprofundamento da compreensão do fenômeno na literatura especializada.

A compreensão do fenômeno obesidade, na perspectiva das mulheres que vivenciam a experiência do corpo obeso, nos permite vislumbrar que as considerações deste estudo poderiam, ainda que de forma incipiente, despertar nos profissionais de saúde as diversas dimensões envolvidas no processo da obesidade. Um convite para que esses profissionais ampliem o olhar em relação ao tema e dessa forma contribuam com um melhor atendimento a esse grupo específico de usuários da atenção básica.

2. ESTADO DA ARTE

A revisão bibliográfica deste estudo buscou ancorar-se no campo das ciências biológicas e das Ciências Humanas, uma vez que conforme já assinalado anteriormente, o fenômeno da obesidade é complexo e transita em vários campos do conhecimento.

Como estratégia de exposição e visando a facilitar a leitura deste trabalho, optamos por dividi-lo em tópicos apresentando os diferentes aspectos do objeto de estudo. Para tanto, buscaremos apresentar dentro dos aspectos biomédicos a definição, classificação e os aspectos etiológicos da obesidade, além de seu panorama epidemiológico no Brasil e no mundo. Em outro capítulo, resgataremos a inserção da obesidade nas políticas sociais de alimentação e nutrição no país e como esta sendo abordada junto às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia orientadora da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Finalmente apresentamos um capítulo acerca das interfaces da obesidade, visando apresentar aspectos subjetivos, simbólicos, históricos, significativos sobre este fenômeno.

2.1. Um Breve Olhar Biomédico e Epidemiológico da Obesidade

2.1.1 Obesidade: Classificação e Fatores de Risco

Do ponto de vista da biomedicina a obesidade é a doença na qual o excesso de gordura acumulada nos tecidos adiposos chegou a um nível que pode ser prejudicial à saúde. Vários autores concordam que dentre os fatores que contribuem para a obesidade incluem-se os genéticos, hábitos alimentares aprendidos no início da infância, alimentação excessiva, estilo de vida sedentário, dieta muito rica em gordura e de alto teor calórico (SWINBURN *et al.*;2004; ST-ONGE *et al.*, 2004).

O aspecto mais imediato da obesidade pode ser avaliado de várias maneiras, no entanto o Índice de Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet que se refere à massa corporal em (kg) dividida pelo quadrado da altura (em metros), tem sido o principal parâmetro utilizado para a avaliação da obesidade, tanto do ponto de vista clínico quanto da investigação

científica e está estreitamente correlacionado com a gordura corporal (RANG, 2004; LOTTENBERG, 2001).

Assim esses indivíduos são classificados de acordo com IMC proposto pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1995), categorizando os indivíduos em sete estratos, segundo risco de co-morbidades (Quadro 2). Esses pontos de corte são classicamente conhecidos como de risco para várias co-morbidades, especialmente as cardiovasculares, o diabetes mellitus e as dislipidemias (WHO, 2003).

Quadro II. Categorias de índice de massa corpórea (IMC), segundo OMS - 1995.

Categorias IMC (Kg/m²)	Risco de co-morbidades*	Classificação
< 18,5	Baixo †	Abaixo do peso
18,5-24,9	Médio	Normal
25-29,9	Aumentado	Sobrepeso
30,0 - 34,9	Aumentado Moderadamente	Obesidade grau I
35,0 - 39,9	Aumentado Gravemente	Obesidade grau II
≥ 40,0	Aumentado Muito gravemente	Obesidade grau III

Fonte: Organização Mundial de Saúde - OMS (1995) * diabetes melito tipo 2 e doença cardiovascular ; † risco aumentado de outras co-morbidades (desnutrição)

No discurso da medicina oficial a obesidade é concebida como uma doença crônica que não tem cura, mas tem tratamento. As pessoas com sobrepeso e obesidade são consideradas de risco para o desencadeamento de outras doenças(co-morbidades), comprometendo a qualidade de vida da pessoa a ponto de poder levá-la à morte (LAQUATRA, 2005; GONÇALVES, 2004).

A obesidade ganha maior importância por estar relacionada com doenças e mortalidade. A obesidade aumenta o risco de hipertensão, hipertrigliceridemia, cálculos biliares e cardiopatia isquêmica. Além disso, os indivíduos obesos correm risco aumentado de

câncer de cólon, mama, próstata, vesícula biliar, ovário e útero (RANG *et al.* 2004; WANNMACHER, 2004 ; LAQUATRA,2005).

Em relação à hipertensão arterial vale destacar que a mesma prevalece seis vezes mais em obesos do que em não obesos, e o aumento de 10% na gordura corporal reflete aumento significativo da pressão arterial (MARIATH *et al.*, 2007). Além disso, de acordo com Cohen (2004), o risco de desenvolver diabetes aumenta proporcionalmente conforme o grau e a duração da obesidade (obesos com IMC > 40 têm 10 vezes mais probabilidade de desenvolver diabetes do que indivíduos com IMC < 25).

Os problemas de saúde não fatais, mas debilitantes associados à obesidade incluem problemas respiratórios, musculares, esqueléticos crônicos, doenças na pele e infertilidade. Embora a obesidade seja considerada uma enfermidade em si, ela também representa um dos maiores fatores de risco de outras doenças crônicas, paralelamente ao fumo, a hipertensão e altos níveis de colesterol sanguíneo (OPAS, 2003).

Embora a etiologia da obesidade não esteja totalmente esclarecida, existe um certo consenso na literatura de que ela é causada pela interação de fatores genéticos, metabólicos, endócrinos, nutricionais, psicossociais e culturais que conferem a essa enfermidade uma natureza multifatorial (FERREIRA & MAGALHÃES, 2005; CAMPOS, LEITE & ALMEIDA, 2006).

Para autores como Monteiro & Conde (1999), Popkin (2001) e Vasconcelos & Silva (2003), várias explicações têm sido dadas para o aumento da prevalência da obesidade, sendo classificadas em três categorias: as que o atribuem às mudanças das características genéticas, as que o atribuem às condições ambientais e, finalmente, aquelas para as quais as mudanças se devem à interação de fatores genéticos e ambientais. Do ponto de vista epidemiológico, tudo conduz às explicações ambientalistas, uma vez que, nas últimas décadas, não ocorreram alterações substanciais nas características genéticas das populações, entretanto as modificações dos hábitos foram expressivas.

2.1.2 Obesidade: Expressão da Transição ou Heterogeneidade Nutricional?

A obesidade integra o grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que vem aumentando no país, configurando uma tendência de mudança no padrão da morbimortalidade da população brasileira (BRASIL, 2003).

A compreensão da dinâmica social, geográfica e temporal da situação nutricional do país e suas mudanças envolvem um resgate de alguns dados importantes para a determinação do perfil alimentar/nutricional da população brasileira. Podemos destacar as mudanças ocorridas na estrutura das ocupações de trabalho do país, passando de um mercado eminentemente primário (agropecuária e extrativismo) para um mercado centrado no setor secundário e, sobretudo, no setor terciário da economia, resultando em transformações cruciais, no que se refere à geração de renda, estilos de vida e, especificamente, das demandas nutricionais. Outro aspecto relevante diz respeito à participação da mulher no mercado de trabalho, e à diminuição em quase 50% do tamanho da família economicamente dependente, em especial a partir da década de 1970, movimentos que indiretamente influenciaram no aumento do ingresso per capita de melhoria da renda. No entanto, a distribuição social da renda não melhorou e a diferença entre ricos e pobres manteve-se ou até aumentou (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003).

Para os mesmos autores a melhora significativa, em especial nos últimos vinte e cinco anos, ao acesso, cobertura e resolutividade das ações de saúde, de forma que hoje a maioria das mães são atendidas no período pré-natal e durante o parto, enquanto a proteção vacinal praticamente universalizou-se e o tratamento das doenças de elevada prevalência foi ofertado à grande maioria da população. Melhoraram ainda as condições de saneamento (água potável e esgotos sanitários) bem como ao acesso aos meios de comunicação massiva, destacando principalmente a televisão.

A Transição Nutricional implica mudança no padrão alimentar tradicional, com base no consumo de grãos e cereais, que aos poucos está sendo substituído por um padrão alimentar com grandes quantidades de alimentos industrializados e relativamente pouca quantidade de carboidratos complexos e fibras (BRASIL, 2006a). Assim como Popkin e colaboradores (1998), concordamos que a Transição Nutricional “é um processo de

modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações”.

Dessa forma o processo de transição pressupõe a mudança de um padrão epidemiológico para outro. Assim podemos concluir que o processo de Transição Nutricional do Brasil não está concluído, bem como este não se apresenta como na maioria dos países industrializados e mesmo em alguns países como Chile, Cuba e Costa Rica, assim o fenômeno assume característica multifacetada e complexa (BRASIL,2006 a).

Dessa forma convém analisarmos o processo da transição nutricional para além da mudança na dimensão e no risco de agravos nutricionais, ou seja, na transição da desnutrição para a obesidade. É importante percebermos que presenciamos uma superposição de etapas, ou uma heterogeneidade, onde presenciamos concomitantemente altas prevalências de anemia e hipovitaminose subclínica e desnutrição com alta prevalência de obesidade no país.

2.1.3 Obesidade: Epidemia Global

A obesidade representa o problema nutricional de maior ascensão entre a população observada nos últimos anos, sendo considerada uma epidemia mundial, presente tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (POPKIN & DOAK, 1998; MARIATH, 2007).

De acordo com as mais recentes estimativas globais da OMS, mais de dois bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade apresentam excesso de peso, sendo que 400 milhões são obesos. Além disso, as projeções futuras indicam um aumento mundial do número de pessoas adultas com excesso de peso e obesidade, chegando em 2025 a três bilhões e 700 milhões, respectivamente (VIGITEL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) também relata que, em todo o mundo, há cerca de 18 milhões de crianças menores de cinco anos com sobrepeso e que nos países em desenvolvimento estima-se que mais de 115 milhões de pessoas estejam sofrendo de doenças relacionadas à obesidade.

Nos Estados Unidos a obesidade é um grave problema de saúde pública, naquele país aproximadamente 30,4% dos adultos (>20 anos) são obesos e 16% das crianças (6 a 19 anos) estão com sobrepeso (BASKIN, FRANKLIN, ALLISON, 2005). Entre os anos de 1980 e 2002, a prevalência de obesidade duplicou em adultos com 20 anos ou mais e a prevalência de sobrepeso triplicou em crianças e adolescentes entre 6 e 19 anos (OGDEN *et al.*, 2006).

Na Europa, a obesidade afeta 15-20% da população de meia-idade (RANG, DALE & CORSO, 2004) destacando-se a Inglaterra, com um aumento superior ao dobro, entre os anos de 1980 e 1990. A Região Oeste do Pacífico, compreendendo a Austrália, o Japão, Samoa e China, também apresentou aumento da prevalência de obesidade; porém, importa destacar que China e Japão, apesar do aumento da obesidade em comparação com outros países desenvolvidos, apresentam as mais baixas prevalências: na China, 0,36% para mulheres e 0,86% para homens de 20–45 anos em 1991; no Japão, 1,8% para homens e 2,6% para mulheres maiores de 20 anos, em 1993 (PINHEIRO, FREITAS & CORSO, 2004). Na Austrália os números chegam a 19% em homens e 22% em mulheres (THORBURN, 2005).

Em estudo de Abubakari e colaboradores (2008), realizado na África Oriental apresentou uma prevalência estimada em 10% da obesidade. As mulheres apresentavam maior probabilidade de apresentarem obesidade do que os homens. Análise temporal indicou que a prevalência de obesidade duplicou nos últimos 15 anos, incrementada especialmente pelas mulheres. A figura 1 ilustra a distribuição espacial das prevalências de obesidade nos diferentes continentes, demonstrando o caráter pandêmico que esta enfermidade alcançou.

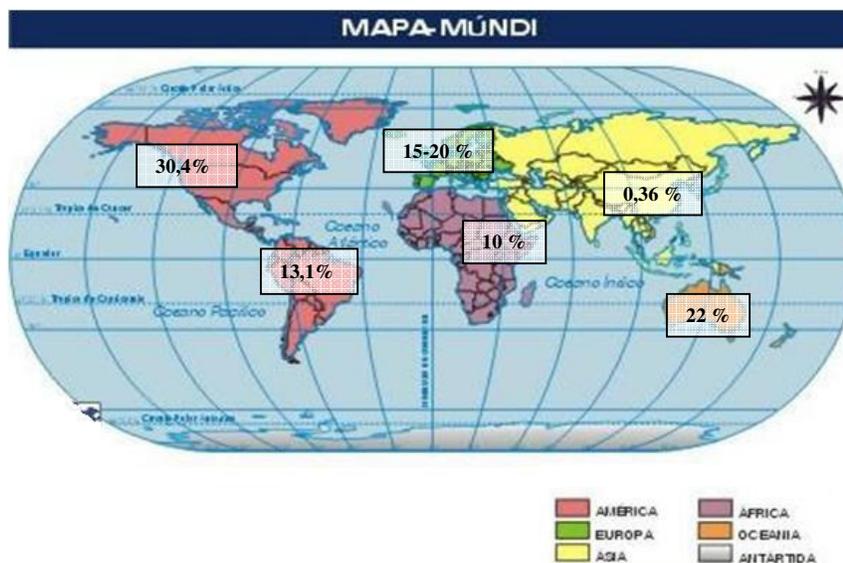
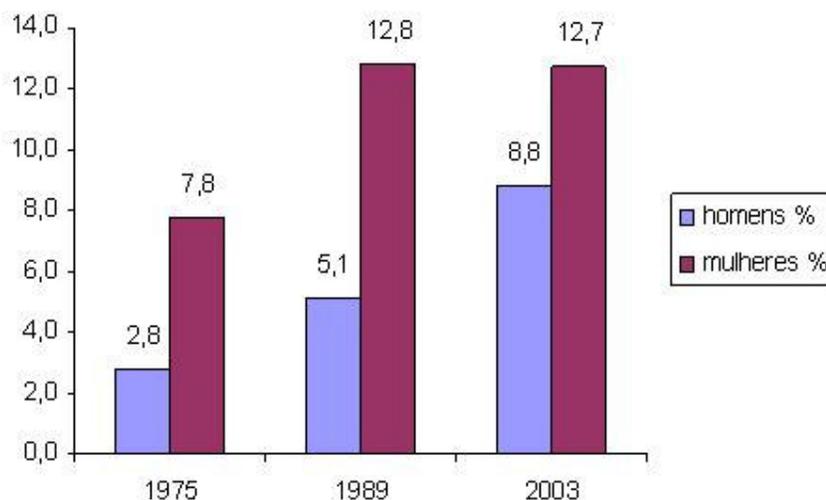


Figura 1. Distribuição da Pandemia da Obesidade no Mundo.

No que concerne ao Brasil inquéritos importantes realizados no Brasil foram o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) em 1975, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) em 1989, e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) em 2002-2003. Este último inquérito revelou que a obesidade afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas do País. O aumento do excesso de peso no Brasil é notoriamente percebido a partir da década de 1970. A maioria dos estudos epidemiológicos acerca do tema cita esses três inquéritos nacionais sobre a tendência do aumento da prevalência de obesidade na população brasileira, enfatizando o processo de transição nutricional que o País tem sofrido. Estas informações são imprescindíveis para a compreensão da evolução do estado nutricional da população durante este período. Os dados destes vinte e oito anos apontam de modo geral para uma tendência secular positiva da prevalência da obesidade.

As mulheres apresentam prevalências de obesidade superiores a dos homens, como pode ser visto na figura 2. Além disso, houve um crescimento desta prevalência, entre as mulheres na classe de menor rendimento (BRASIL, 2006a). Alguns estudos no Brasil têm revelado que a proporção de obesidade também aumenta com a idade, demonstrando haver uma prevalência maior em especial entre mulheres após os 40 anos (GIGANTE *et al.*, 1997; KAC, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ & VALENTE, 2003; PINTO, 2007). Tais resultados

vieram confirmar que a obesidade entre a população pobre feminina tornou-se hoje um dos maiores problemas nutricionais e de Saúde Pública no Brasil.



Fontes: ENDEF(1977); PNSN (1989); POF (2004)

Figura 2. Tendência secular da obesidade no Brasil, segundo sexo. Brasil, 1975-2003

Como demonstrado na figura 2, os dados da POF /2003 revela uma prevalência de 8,8 e 12,7% de homens e mulheres adultos, respectivamente, com obesidade através da classificação do Índice de Massa Corporal ($IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$). A gravidade do problema fica evidente quando visualizamos a tendência secular de crescimento da obesidade no País, bem como o crescimento da obesidade feminina, com especial destaque para o aumento da obesidade em mulheres da região nordeste, enquanto as demais regiões apresentam uma menor tendência no numero de casos como pode ser visualizado na figura 3 (JORDÃO & KAC, 2005). Esses dados apóiam a focalização realizada no sexo feminino em nossa investigação.

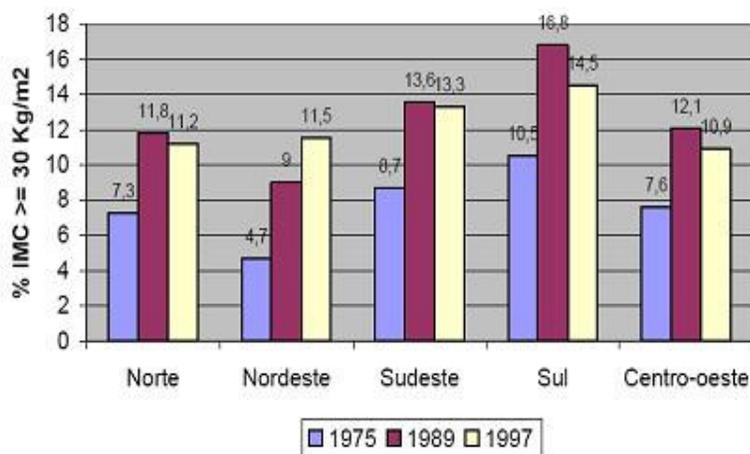


Figura 3. Tendência secular da obesidade feminina segundo região brasileira.

Os dados brasileiros mais recentes são os provenientes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado em todas as capitais do país em 2007, essas informações revelaram que o percentual de adultos (>18 anos) com obesidade em Fortaleza era 14,7%. É importante observarmos esses dados com cautela, uma vez que a pesquisa é realizada por meio de entrevistas telefônicas, com amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade. Este fato limita os resultados da pesquisa uma vez que exclui os indivíduos que residem em domicílios sem telefone. A cobertura da rede de telefonia fixa no Brasil, embora tenha crescido nos últimos anos, não é evidentemente universal, podendo ser particularmente baixa em cidades economicamente menos desenvolvidas e nos estratos de menor nível socioeconômico (MOURA *et al*, 2008). Dessa forma não retrata fielmente a situação de sobrepeso e obesidade da população de Fortaleza. No entanto, é um dado aproximado e que serve de parâmetro para classificação do estado nutricional da população.

2.2 Um breve olhar das Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição no Brasil e a interface com a obesidade

Diante do quadro de obesidade apresentado epidemiologicamente e percebendo-o enquanto um agravo nutricional já consolidado, não sendo mais considerado um problema emergente de saúde pública, vale indagarmos como este fenômeno vem sendo discutido no âmbito das políticas públicas no Brasil.

Burlandy (2007), apresenta uma concepção enriquecedora sobre política ou programa social.

o formato de uma dada política ou programa social é resultante de um complexo processo de intermediação de interesses, representados sob as mais variadas formas organizacionais e com diferentes graus de poder de influência na agenda governamental. Expressa, desse modo, uma opção política, construída sob certas condições materiais, a partir dos embates e alianças forjados por atores sociais diversos com capacidades também distintas de interferência no processo decisório de formulação de políticas públicas. (BURLANDI 2007, p.2)

Para Escoda (1989), a questão nutricional está compreendida no contexto da questão sanitária da população como um todo. Assim a autora concorda com Luz (1989), em seu conceito de política de saúde, admitindo que política de alimentação e nutrição, são todas as formas que o Estado utiliza para contornar a questão alimentar e nutricional da população. Para tanto pode utilizar-se de planos de nutrição explícitos ou não, para a autora a política está além do projeto escrito, esta presente na prática para adotar medidas que conduzam a questão.

Já em Faleiros (1995), nos deparamos com uma definição mais detalhada de política social de alimentação e nutrição como sendo as ações estatais voltadas para a produção, comercialização e consumo de alimentos para determinados segmentos sociais, sendo produtos da correlação de movimentos simultâneos de acumulação de capital, de forças sociais e da forma que o Estado assume em determinadas conjunturas.

Em estudo realizado por Uchimura & Bosi (2003), as autoras relatam que remonta de 1918 a intervenção do poder público no setor de alimentação no país, com a criação do Comissariado de Alimentação Pública, órgão com a finalidade de controlar os estoques e tabelar os preços dos gêneros alimentícios. No entanto, Vasconcelos (2005) argumenta que os primeiros instrumentos específicos de política social de alimentação e nutrição foram instituídos apenas ao longo da Ditadura Vargas (1937-1945).

Dentro da política trabalhista, o governo Vargas tomou duas medidas que deveriam ter influência na alimentação da classe trabalhadora: 1) o salário mínimo, que deveria "satisfazer às necessidades normais do trabalhador e sua família"; 2) o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), criado em 1940 e considerado como primeiro órgão de política de alimentação no Brasil, surge para promover a instalação de refeitórios em empresas maiores, fornecer refeições nas menores, vender alimentos a preço de custo a trabalhadores com família numerosa, proporcionar educação alimentar, formar pessoal técnico especializado e apoiar pesquisas sobre alimentos e situação alimentar da população (SILVA, 1995).

Ainda na década de 40, foram criadas outras três agências da política nacional de alimentação: o Serviço Técnico de Alimentação Nacional (STAN) em 1942, o Instituto de Tecnologia Alimentar (ITA) em 1944 e a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) em 1945 (UCHIMURA e BOSI, 2003).

Em 1972, durante o governo do presidente Médici, é criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), este órgão passa a ser o centralizador da política alimentar por meio dos vários programas nacionais de nutrição I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN), era composto de vários subprogramas, tendo como objetivos prioritários a assistência alimentar aos grupos vulneráveis e a promoção de programas de educação nutricional. Em 1976 entra em execução o II PRONAN, caracterizado por uma estrutura dirigida aos grupos mais carentes, urbanos e rurais (LIMA, OLIVEIRA & GOMES, 2003).

Na década de 1980 para o governo federal os principais problemas de nutrição e saúde pública referiam-se a falta de alimento que conseqüentemente levava à desnutrição. Assim a maior exigência das intervenções governamentais dizia respeito a creditar a solução dos problemas na conta do crescimento econômico. Este resolveria os principais problemas

alimentares e nutricionais da população, com o aumento do emprego e da renda, uma vez que haveria acesso satisfatório aos alimentos básicos pela parcela da população em situação de pobreza (LEÃO & CASTRO, 2007).

Nesse período são criados alguns institutos e implantados programas pautados na suplementação alimentar a grupos da população, racionalização do sistema de produção e comercialização de alimentos e atividades de complementação e apoio (VASCONCELOS, 2005).

No decorrer dos anos seguintes as políticas e programas passam a enfatizar a assistência alimentar e nutricional ao grupo materno infantil e aos escolares, destacando Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM; Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, Programa de Combate às Carências Nutricionais Específicas – PCCNE. (SILVA, 1995; LEÃO & CASTRO, 2007)

A partir dos resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, e de outros estudos realizados no país, cientistas brasileiros começavam a alertar para a sensível redução da prevalência das doenças nutricionais relacionadas à fome e à miséria (desnutrição energético-protéica, hipovitaminose A, anemia ferropriva e bócio endêmico) e, simultaneamente, para a sensível elevação da prevalência da obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (MONTEIRO, MONDINI & POPKIN, 1995).

Finalmente em 1999 é aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atestando o interesse do poder público em relação aos males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna. Esta política passa a preocupar-se com o já complexo e configurado quadro dos excessos das taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira adulta (BRASIL, 2003)

Para Leão e Castro (2007) as diretrizes da PNAN deixam claro que o entendimento do governo federal sobre o problema alimentar e nutricional do país passou a transcender a visão segundo a qual a questão da privação alimentar tem como causa básica a pobreza e ampliou sua abordagem para os problemas relacionados ao aumento de peso da população propondo como estratégia fundamental a promoção da alimentação saudável.

Este ponto passa a ser relevante uma vez que a partir da PNAN há uma maior abrangência no enfoque dos problemas nutricionais, passando a considerar a obesidade como alvo das políticas, ao lado do combate à fome e à desnutrição. Isso corresponde ao quadro alimentar-nutricional vigente, já discutido anteriormente, caracterizado por uma expressiva redução da desnutrição energético-protéica, concomitante a um aumento do sobrepeso e obesidade em todas as classes sociais (SANTOS, 2005).

O Ministério da Saúde (2006) defende que o contexto da Estratégia Saúde da Família se apresenta como palco apropriado para o desenvolvimento das diretrizes propostas pela política nutricional, uma vez que se caracteriza como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, ancorando-se nos pressupostos da prevenção e não do processo curativo em si. Dessa forma, este espaço torna-se um local privilegiado para o enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população brasileira.

2.3 O Olhar das Ciências Sociais

2.3.1 Abordagem Histórico Cultural da Obesidade: Interfaces com a Subjetividade

A Questão deste Corpo

A questão deste corpo está hoje no esquecimento
 dogma sobre ele erguido há muito tempo:
 é um corpo flutuante
 confuso próximo de
 um conhecimento verbal
 questão em si mesmo questionando teoria
 opinião tradicional.
 Contamos histórias
 renunciamos a determinar-lhe origem
 recurso a outro corpo perguntando reclamando
 a perder de vista.
 Se interrogo retenho a questão cotidiana
 o defeito do corpo disponível
 ante toda a constatação todo o exame.

João Miguel Fernandes Jorge, in "Vinte e Nove Poemas"

Nos capítulos anteriores buscamos resgatar brevemente os aspectos clínicos e epidemiológicos da obesidade, bem como inserção do tema na agenda das políticas públicas do setor. A discussão se deslocará agora para uma recuperação do plano subjetivo e simbólico, fundamental em um estudo voltado às experiências, percepções e vivências de pessoas com obesidade.

2.3.1.1 Corpo: um objeto polissêmico

O corpo adquiriu conotações, significados, importância e tratamentos diferentes através dos séculos, nas diversas culturas e sociedades. Dessa forma o corpo é pensado, representado e passível de diferentes leituras de acordo com o contexto social e os diferentes campos do saber. (BRASIL, 2006 b).

Os especialistas da área da saúde vêem o corpo como depositário de processos biológicos indicadores de saúde ou doença para o indivíduo. Enquanto que para as ciências sociais o corpo é um reflexo da sociedade, ao corpo se aplicam sentimentos discursos e práticas que estão na base de nossa vida social (FERREIRA, 1994).

O discurso do corpo fala das relações internas à sociedade – é também nele que veremos expressar-se a busca da felicidade plena. Palco privilegiado dos paradoxos e dos conflitos, o corpo que almeja sua singularidade é o mesmo que tenta negar a diferença e a alteridade. A eterna busca da imortalidade transforma-o em um corpo de encenação da obra de arte (NOVAES & VILHENA, 2003).

É válido destacar a contraposição de dois pensadores do século XVII quando destacamos algumas concepções de corpo, são eles, Descartes e Espinosa. Na concepção espinosiana, a essência das coisas está na existência delas. Não há como separar corpo e alma ou corpo e ambiente, por exemplo. Diferente da concepção cartesiana que acreditava em duas substâncias diferentes, a do corpo e a da mente (DESCARTES, 1991), segundo Espinosa todas as coisas são constituídas por uma só substância e tomam formas diferentes em seus modos de existência.

Outra vertente para análise do corpo, diz respeito à visão mais utilitária, fruto da importância da força física nas ocupações desempenhadas. Dentro dessa perspectiva, para

muitas mulheres das classes populares o corpo pode se apresentar como condição para a produção do trabalho. No cotidiano de luta pela sobrevivência diária – duras e longas jornadas de trabalho, incluindo os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos –, o corpo tende a não ser percebido em toda sua plenitude (BOLTANSKI, 1979).

Este fato é corroborado por outros autores brasileiros (SILVA, 1995; LUZ, 1998; FERREIRA, 2003; PINTO, 2007) e as informações de seus estudos convergem para um ponto em comum: o excesso de peso em mulheres de baixa renda ganha uma visão de capacitação/incapacitação para o trabalho, relação com um corpo utilitário, recebendo dessa forma um valor diferente da questão estética do corpo.

Neste diálogo sobre o corpo vale destacar a enorme contribuição do filósofo francês Michel Foucault, para quem o corpo é um lugar prático direto de controle social. Através de seus últimos trabalhos *Vigiar e Punir* e *História da Sexualidade*, Foucault salienta constantemente a primazia da prática sobre a crença. Dessa forma nossos corpos são treinados, moldados e marcados pelo cunho das formas históricas predominantes de individualidade, desejo, masculinidade e feminidade. Foucault refere-se ao corpo feminino como "corpos dóceis": aqueles cujas forças e energias estão habituadas ao controle externo, à sujeição, à transformação e ao "aperfeiçoamento".¹ Por meio de disciplinas rigorosas e reguladoras sobre a dieta, a maquiagem, e o vestuário— princípios organizadores centrais do tempo e do espaço nos dias de muitas mulheres — acabam sendo convertidas em pessoas menos orientadas para o social e mais centradas na automodificação. Induzidas por essas disciplinas, as mulheres são levadas a memorizar nos corpos o sentimento e a convicção de carência e insuficiência, a achar que nunca são suficientemente boas (BORDO, 1997).

Outra concepção importante sobre o tema corpo é do filósofo Maurice Merleau-Ponty (1994), para este autor o corpo é produtor e portador de significado, é fonte natural de sentido; apresenta-se como um espaço expressivo, é o nosso meio geral de ter o mundo, porquanto ele me abre ao mundo e nele me coloca em situação e em comunicação com a espaciotemporalidade², com o mundo visto não mais como a soma de objetos determinados, mas como horizonte de possibilidades infinitas, motivo pelo qual não posso possuí-lo, e como horizonte dissimulado de nossa experiência sem cessar, como meio e campo de todos os meus

² Espaciotemporalidade: vem de espaciotemporal – visa concentrar a idéia de “na circunstância de tempo e espaço, o lugar”.

pensamentos e de todas as minhas percepções explícitas. Ele é tempo e espaço, é sensibilidade, é expressão, fala, linguagem, isto é, espaço expressivo, conjunto de significações que, ao serem vividas durante nossa deambulação existencial, passam a fazer parte do nosso ser, da nossa bagagem cultural e histórica e que, fazem do corpo “memória”, memória que guarda, retrata, conta e faz histórias, porque vivencia e experiencia o ser e o estar no mundo, o ser-ao-mundo em um processo de coexistência” (LABRONICI, 2002, p.34). O corpo é o espelho do nosso ser, é o nosso ancoradouro, é o veículo do ser no mundo, porquanto permite nossa deambulação existencial, nos entrelaça com o mundo e com outras corporeidades por meio da relação intencional e dialética que se dá no espaço topológico³ (ZOTTIS & LABRONICI, 2003).

Inúmeras são as possibilidades para definição de corpo. No entanto, para sociedade atual só parece possível a existência de um tipo de corpo - *o corpo magro*. Vivemos em uma época de “lipofobia” como denominou Fischler (1995) e que está diretamente associada a uma “obsessão pela magreza, sua rejeição quase maníaca à obesidade” (Fischler, 1995, p.15). A sociedade contemporânea, ao valorizar a magreza, transforma a gordura em um símbolo de falência moral, e o obeso, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar um caráter pejorativo. Além disso, passa a ser o que Sant’Anna (1995) denominou de um “corpo desumanizado”.

2.3.1.2 O reflexo da obesidade na História

Durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso, bem como o acúmulo de gordura, eram vistos como sinais de saúde e prosperidade. Contudo na atualidade, a obesidade é considerada pela literatura científica como uma doença crônica, que afeta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (WHO, 1998).

De acordo com Fischler (1990), um pouco de adiposidade era sinal de status e riqueza no século XIX. Entretanto, isto não quer dizer que a obesidade fosse desejada por todos, ou seja, apenas indica que ela era mais tolerada, pois estava associada a certo prestígio social. O

³ Espaço topológico é o meio onde se circunscrevem relações de vizinhança, de envolvimento (Merleau-Ponty, 1992, p.196).

autor mostra em seu estudo que a diferença fundamental dos dias de hoje em relação ao século XIX, é que, atualmente, o mínimo sinal de *gordura* é rechaçado. Hoje, se deseja um corpo absolutamente magro, sem adiposidade alguma. Além disso, os referenciais de obesidade e magreza mudaram com o tempo. No passado, era preciso ser bem mais gordo para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considerado magro.

No período do renascimento as mulheres deviam exibir medidas maiores, faces redondas e coradas para serem consideradas saudáveis belas e férteis, pois a magreza sempre esteve associada com a pobreza, baixo nível e infertilidade no decorrer da história da humanidade. No entanto, a mulher das últimas décadas do século XX e a deste século não deseja alcançar o ideal de corpo da renascença, posto que seria considerada gorda e a sociedade atual não parece ser simpática aos gordos (CAMPOS, 2005).

Nesse contexto, Vasconcelos, Sudo & Sudo (2004), nos apresentam a magreza como o ideal feminino moderno. A mesma passa a ser representada e glorificada como um sinal externo de sucesso. As mulheres em todo o mundo ocidental passam a ter uma obsessão por uma imagem corporal esbelta. Assim, o corpo, é agora estereotipado e estampado diariamente nas revistas e a beleza é um valor inerente ao feminino.

Um dos sinais da obesidade é dado pelo tamanho do corpo, pela abundância de gordura corporal, a qual se presume, deve ser facilmente percebida pela observação clínica do médico. Entretanto, a pessoa que apresenta uma determinada aparência corporal, a qual pode indicar doença pela medicina oficial, não necessariamente percebe que este dado pode implicar um problema de saúde. É possível que o indivíduo possa pensar que não precisa perder o que é considerado excesso de peso para viver bem, podendo ser considerado “normal”. Assim se o indivíduo não perceber este excesso de peso comprometendo suas atividades cotidianas, pode não considerá-lo como um fator de risco (ARNAIZ, 2004).

A percepção de doença e sua visibilidade são importantes para auxiliar na determinação da busca pela atenção a saúde. A obesidade, por se tratar de uma doença de grande período de latência, algumas vezes assintomática e com ausência da dor física, pode retardar a busca destes indivíduos por atenção à Saúde (BRASIL, 2006 b).

Além disso, alguns profissionais de saúde de orientados por uma visão tradicional da medicina acreditam que doença é uma entidade identificável e erradicável com uso de medicamento ou cirurgia. Assim o diagnóstico da obesidade pode ser negligenciado ou não ser oferecida a referida importância devido ao grau de complexidade desta enfermidade (LUZ, 1997).

O discurso biomédico, que acolhe o sofrimento corporal e, como discurso da ciência que pretende objetividade e universalidade, acaba por excluir a singularidade, o particular, a diferença, única forma pela qual a subjetividade poderia aparecer. Perdendo seus referenciais próprios, resta ao indivíduo identificar-se com sua própria condição (CLAVREUL, 1983).

Dessa forma é possível perceber a variedade de concepções que o corpo recebe, de acordo com o referencial estudado ou campo do conhecimento. O corpo se traduz nesta junção da natureza, cultura, sociedade, trabalho, consumo, estética e poder.

2.3.1.3 Obesidade, Sociedade de Consumo e Mídia

Como mencionamos em tópicos anteriores, o Brasil encontra-se em um processo de transição alimentar que incorre naturalmente em transformações impressas pela urbanização e pela globalização. Essa transição promove mudanças que afetam a qualidade dos alimentos produzidos e industrializados. Diante disso, um novo estilo de vida impõe novas expectativas de consumo, que acabam orientando as escolhas de alimentos (SANTOS, 2005a).

Nessa perspectiva de mudança de consumo, George Ritzer (1993), sociólogo americano nos apresenta um processo que tem contribuído para a modificação do comportamento alimentar, entre outros aspectos, trata-se da “McDonaldização”. Para o autor este pode ser definido como um processo pelo qual os princípios do restaurante *fast food* vem dominando cada vez mais setores da sociedade americana, bem como as sociedades do resto do mundo. Este fenômeno atinge sobremaneira a indústria alimentícia, bem como, a mídia falada e escrita, as lojas de brinquedos, a educação, entre outros vários setores da sociedade. Esse processo repercute no estilo de vida das pessoas a partir do momento em que as mesmas

transferem para o seu dia-a-dia elementos desta MacDonaldisação, centrados na eficiência, calculabilidade/quantificação, previsibilidade e controle.

O autor afirma que os elementos supracitados concorrem para uma “racionalização irracional” levando a desumanização associada ao progresso, através dos quatro elementos supracitados. A *eficiência*, diz respeito ao fato de que é possível, sem grandes esforços, obter tudo rápido e fácil e dessa forma satisfazer as necessidades; a *calculabilidade* relaciona-se a questão de custo-porção, enfatizando-se portanto a quantidade em detrimento da qualidade; a *previsibilidade* refere-se a tentativa de estruturar um ambiente evitando surpresas, logo não é preciso pensar, os produtos são sempre os mesmos, cria-se uma rotina, uma sistematização; e finalmente o *controle* com substituição do homem pela tecnologia, seguindo um mesmo padrão de produção e atendimento, reduzindo-se cada vez mais as competências e capacidades humanas.

Santos (2005a), retoma o tema assumindo que vivemos a *MacDonaldisação* do mundo, prevalecendo um gosto pasteurizado e homogêneo. Dessa forma o *fast-food* tornou-se o principal fenômeno de consumo do mundo globalizado, podendo ser considerado um ícone da globalização, expressos no sanduíche de hambúrguer, na pizza, na batata frita e nos refrigerantes e que ganham a preferência, principalmente entre os jovens, valorizando a praticidade e a rapidez.

O hábito de consumir produtos cada vez mais industrializados parece ser uma marca da modernidade, além de uma tendência mundial e parte integrante do fenômeno da globalização. Porém, percebe-se que os produtos industrializados têm no Brasil uma facilidade maior para conquistarem espaço. Destaca-se a valorização da cultura da quantidade e não do sabor e a ausência de uma tradição ligada à gastronomia, vista como um luxo, e não uma arte, como a música ou a pintura, favorecem a introdução de novos produtos.

Para o sociólogo polonês Bauman (2008) a “sociedade de consumidores” representa um conjunto de condições existenciais em que há grande probabilidade de que a maioria dos indivíduos venha a seguir a cultura consumista em detrimento de qualquer outra, e de que na maior parte do tempo obedeçam aos seus preceitos com grande dedicação. Dessa forma essa sociedade encoraja ou reforça a escolha de um estilo de vida consumista rejeitando as opções culturais alternativas e exigindo de seus membros a condição de afiliação.

Compreendendo que hábitos e práticas alimentares são construídos com base em determinações socioculturais, as repercussões dessa afiliação também podem recair sobre a alimentação. Monteiro *et al.* (2000), analisaram a composição alimentar e adequação nutricional da dieta familiar brasileira (1988-1996) e destacaram o aumento na importância relativa das carnes e a expansão do grupo de cereais e derivados em detrimento do grupo de raízes e tubérculos. Além disso, relataram o declínio no consumo relativo de frutas e de sucos naturais e o aumento na contribuição calórica proveniente do açúcar refinado e dos refrigerantes. Entendemos dessa forma que o arroz, o feijão, a farinha de mandioca, que foram, desde o século XVIII, a base do cardápio da maioria da população, perdem cada vez mais espaço para os produtos industrializados, mais consumidos em nossa sociedade.

Outro aspecto a ser apresentado neste tópico diz respeito ao papel estruturador na construção e desconstrução de procedimentos alimentares no mundo contemporâneo. As práticas alimentares de emagrecimento inserem-se numa lógica de mercado impregnada por um padrão estético de corpo ideal. A indústria cultural move-se articulando diferentes campos, como empresas produtoras de mercadorias, indústrias de aparelhos e equipamentos e setores financeiros. É nessa lógica que se produzem os paradigmas estéticos e, por consequência, discursos sobre práticas alimentares para emagrecimento. (SERRA & SANTOS, 2003).

Dessa forma a mídia representa uma influência importante neste universo complexo que envolve a obesidade. Para Andrade e Bosi (2003), experienciamos uma era de mudanças tecnológicas através da computação e da mídia nunca antes vivenciada. A velocidade que as informações chegam até nossos lares faz com que o ser humano tenha a possibilidade de viver num mundo instantâneo. Na lógica dessa nova era as pessoas criam uma ilusão de que tudo pode ser conseguido de forma rápida, fácil e que as necessidades podem e devem ser atendidas prontamente. De certa forma esse fenômeno gera na população uma voracidade cada vez maior por consumir novidades (sejam objetos, comida, informação, psicoestimulantes, sexo casual).

A influência da indústria midiática na produção do ideal da beleza feminina dissemina duas crenças falsas acompanhando a busca do corpo ideal, como destacado pelas autoras:

... a primeira de que o corpo é infinitamente maleável, podendo alcançar o ideal estético com dietas e exercícios, negligenciando-se as determinações biológicas e genéticas. Dessa forma se faz necessário uma grande dose de

esforço pessoal, acompanhado de conotações simbólicas de sucesso, liberdade, felicidade, longevidade, liberação sexual, mobilidade social, e outras, reforçando a outra crença de que, ao conseguir este ideal, a pessoa terá alcançado o sucesso não só na profissão como também nos relacionamentos sociais e amorosos. (ANDRADE & BOSI, p. 119)

Dessa forma é vendida à população em geral, a pseudocrença de que quase tudo pode ser programado, comprado sendo possível inclusive “criar” o corpo perfeito através de dietas, cirurgias e exercícios físicos. Consequentemente as pessoas com excesso de peso, são vistas como acomodadas que não se transformam porque lhes falta força de vontade suficiente, portanto são pessoas que estão escolhendo ficar a margem da sociedade.

Nessa construção do corpo feminino ideal, Natansohn (2005), concorda que os imperativos estéticos, e as aparelhagens multidisciplinares (dietas, cirurgias, ginástica) são justificados para moldar o corpo feminino. A autora ainda destaca que quando se fala das mulheres e para as mulheres o discurso sobre a corporalidade parece tomar rumos precisos: o corpo parece a âncora da mulher no mundo, sua razão de ser, para si mesma e para o outro, para o desejo do outro. Essa é a lógica que orienta o discurso da mídia e se torna visível tanto no discurso da publicidade quanto nos diversos programas de TV. Essa equação mulher = corpo se reafirma nos programas femininos, onde é grande número de médicos de especialidades diversas para falar de tudo aquilo que falta ou sobra na insubordinada fisiologia feminina.

Desse modo, os meios de comunicação veiculam ou produzem notícias, representações e expectativas nos indivíduos com propagandas, informações e noticiário em que de um lado estimulam o uso de produtos dietéticos e práticas alimentares para emagrecimento e, de outro, instigam ao consumo de lanches tipo *fast food*. Não se trata de uma decisão ou ação das empresas midiáticas, elas integram um contexto empresarial e um sistema de crenças em que há uma estreita relação entre uma suposta verdade biomédica e um desejo social e individual. O corpo é um campo de luta que envolve diferentes saberes, práticas e imaginário social (SERRA & SANTOS, 2003).

A mídia tem sido uma fonte importante de normas sociais da magreza, em especial junto às mulheres, uma vez que a mesma enfatiza os aspectos positivos associados à magreza,

como atratividade e sucesso. Em contrapartida evidencia a associação entre gordura e aspectos negativos, destacando lentidão, insatisfação corporal e depreciação.

Para Gonçalves (2004) tais estereótipos podem ser verificado nas bancas de revista, nas propagandas de televisão, nas novelas e filmes onde a magreza é extremamente valorizada. Imagens de mulheres magras, artistas, modelos e manequins consideradas ícones de beleza internacionais, figuras legítimas de imitação e de identificação, estão estampadas nas mais diversas capas de revistas e jornais. De forma contrastiva, não é comum enxergarmos mulheres e homens gordos como protagonistas de filmes e novelas, em papéis de “mocinhos” e heróis, ao passo que é comum enxergarmos corpos magros e, principalmente, “sarados” ilustrados nas capas das revistas que consistem num padrão estético muito valorizado atualmente.

Indivíduos com obesidade passam a ser protagonistas de programas televisivos quando o foco é a mudança dos hábitos alimentares e de atividade física. O exemplo mais recente é o *reality show* internacional apresentado pelo canal de televisão GNT, intitulado “Magros X obesos”, a cada programa, um trio de especialistas médicos acompanha duas pessoas que estão em lados opostos da balança: enquanto uma está no auge da magreza, a outra está atingindo a obesidade mórbida. Ainda em se tratando de canais por assinatura, o outro exemplo é o “Perder para ganhar” apresentado pelo canal People and Arts, este programa apresenta um grupo de pessoas obesas que se dispõem a perder peso em troca de uma alta quantia de dinheiro. Há alguns anos atrás o canal brasileiro SBT apresentou o programa “O grande perdedor” que também seguia a mesma linha do programa anterior. Os programas abordam a questão da obesidade em seu aspecto biomédico, os obesos são submetidos a cargas intensas de exercícios físicos bem como dietas hipocalóricas, são submetidos a provas físicas e “tentações” alimentares.

A obesidade agrega, portanto, aspectos culturais, políticos, sociais e midiáticos que interagem com os fatores alimentares, genéticos e de atividade física, resultando em um processo multifatorial que exige um olhar ampliado para sua compreensão.

2.4 Estigma e obesidade

Um aspecto recorrente na literatura acerca do fenômeno obesidade e no senso comum, diz respeito às pré-concepções estabelecidas de que os indivíduos obesos são, habitualmente, considerados como preguiçosos que comem demais e que não têm força de vontade para realizar um plano alimentar e praticar exercícios. Esta compreensão errônea das causas da obesidade se traduz na estigmatização em relação aos obesos, levando a discriminação no trabalho, na família e na comunidade (BANDINI & FLYNN, 2006).

Pelo ponto de vista sociológico, o estigma que sofre o obeso pode ser tão ou mais prejudicial do que os problemas de saúde decorrentes da “enfermidade”. Vários estudos comprovam que as pessoas gordas são vistas como relaxadas, feias, sujas e culpadas de sua condição, causando-lhes muito sofrimento (GONÇALVES, 2004).

Goffman (1988), sociólogo americano nos apresenta um tema muito recorrente quando tratamos do fenômeno obesidade, *Estigma*. Este termo é de origem grega, referia-se a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Neste sentido, a pessoa que tem obesidade é alvo de preconceito devido a um atributo relacionado ao seu corpo - a gordura - como se a sua identidade estivesse reduzida àquilo, os outros atributos constituintes da sua identidade são marginalizados. Logo, a pessoa corpulenta é portadora de um estigma que a coloca na situação de indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.

Mattos (2008) realizou estudo de caso – de natureza sócio-antropológica com o objetivo de apreender e interpretar sentidos e significados que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no Projeto de Exercício Físico Adaptado para Obesos (PEFAO) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O estigma da gordura vai sendo resignificado e novos sentidos sobre a vida são produzidos coletivamente e partilhados pelo grupo social. O autor concluiu que atividades coletivas com indivíduos partilhando um mesmo estigma podem resultar em efeitos significativos, na medida em que o encontro com seus pares permite que vivenciem experiências construtoras de valores e produtoras de sentidos para além do desejo de emagrecimento.

As pessoas com excesso de peso significativa frequentemente sofrem discriminação na família, em ambientes sociais e de trabalho, assim como experiências negativas dos provedores de serviços, além de sentimento geral de desaprovação (LEWIS & PUYMHROECK,2008).

Sobre este aspecto Rogge (2004), em um estudo de abordagem fenomenológica explorou as percepções de indivíduos e familiares de pacientes com obesidade, e demonstrou que os obesos são lembrados em seus encontros diários com familiares, colegas, cuidadores, e estranhos, de que eles desviam das normas sociais, e que são inferiores aos não obesos. Nesse sentido o estudo valida o impacto negativo do estigma da obesidade sobre as interações sociais desses indivíduos.

Antes mesmo que a obesidade fosse considerada uma crise internacional, cientistas sociais começaram a identificar propriedades estigmatizantes deste fenômeno como uma forma de desvio moral e social. Cahnman (1968), já definia esta estigmatização como o " ... rejeição e desonra que estão conectadas com o que é visto como deformidade física e aberração comportamental" (pg 293); para este autor indivíduos obesos são mais vulneráveis a discriminação do que outros grupos marginalizados. Complementando esta idéia Lewis e Puymhroeck, (2008) propõem que esses indivíduos apresentam dificuldades em desenvolver estratégias para se protegerem do estigma, diferentemente de outros grupos marginalizados, para esses autores os obesos enfrentam algumas barreiras quais sejam: falta de uma identidade coletiva; a heterogeneidade das pessoas com obesidade e a crença disseminada de que a obesidade é controlável e merecedora de vergonha. Dessa forma, essas características poderiam impedir o uso de estratégias de auto-proteção contra o estigma imposto pela sociedade.

Este fato é corroborado pelo estudo qualitativo realizado por Komesaroff, (2008), com 76 indivíduos obesos. O estudo demonstrou que essas pessoas são extremamente afetadas por uma falta da piedade pública ou respeito em relação a sua enfermidade. O autor ressalta que a maioria dos entrevistados havia vivenciado episódios de humilhação ou discriminação relacionada ao seu peso. O estudo também destaca que embora a maioria receba as orientações de saúde, os mesmos encontram dificuldades em segui-las, destacando que as intervenções em relação à obesidade devem ser realizadas com intuito de direcioná-las as necessidades sociais, pessoais e emocionais dos próprios indivíduos com excesso de peso.

Lewis e Puyhroeck (2008), destacam um outro aspecto bastante relevante que diz respeito ao fato de que as pessoas com sobrepeso importante não apenas enfrentam o julgamento e discriminação da sociedade em vários aspectos de suas vidas, como também impõe uma discriminação às outras pessoas com sobrepeso.

Além do estigma se manifestar na vida diária desses indivíduos, ele também parece causar impacto no tratamento daqueles que procuram perder peso. Estudos sugerem que os efeitos psicossociais referentes ao estigma da obesidade parecem reduzir a resposta ao tratamento. Em geral tal tratamento inclui realização de atividade física que os indivíduos preferem não realizar por se sentirem discriminados, bem como pelo uso de um vestuário que enfatiza ainda mais sua corpulência (LEWIS & PUYMHROECK, 2008).

Assim como afirma Gonçalves (2004), em uma investigação de caráter antropológico sobre obesidade refere que alguns indivíduos obesos buscam parecer “invisíveis” para não serem notados e tratados de forma diferente dos demais. A visibilidade do estigma, da gordura em excesso, gera muitas discriminações, o que resulta em revolta e raiva por parte dos estigmatizados.

Uma investigação conduzida por Molinari e Riva (1995) mostrou que mulheres obesas sentem-se indesejadas socialmente. O estudo de Correia *et al* (2004) também mostram que as pessoas obesas são vistas de forma mais negativa do que pessoas não obesas nos aspectos de inteligência e sucesso e, portanto, socialmente evitadas ou até mesmo rejeitadas para certas funções de trabalho. Esses estereótipos preconceituosos e a discriminação contra pessoas com excesso de peso podem gerar problemas psicológicos e dificuldades variadas nas relações sociais que, por sua vez, podem complicar ainda mais o funcionamento adaptativo desse segmento da população.

Por outro lado o obeso pode carregar o conceito que Goffmann (1988), denomina de *desviante integrado*, termo que o autor utiliza para analisar o lugar que o indivíduo gordo ocupa nas comunidades e grupos sociais. Dessa forma, ainda que integrado, o gordo deve desempenhar papéis muito específicos, cujo comportamento, invariavelmente engraçado ou patético, provoca uma reação de deboche por parte dos outros integrantes do grupo. Assim, embora centralize as atenções sobre si, não partilha do mesmo estatuto que os demais membros. Cabe ao gordo resignar-se a desempenhar o papel de bufão, figura desleixada mas

bonachona, caso queira integrar-se é nesse acordo implícito no qual o gordo, como ator social, está sempre restrito ao mesmo papel, ao contrário dos outros atores, que deslizam livremente.

2.5 Estudos Qualitativos sobre Obesidade

As pesquisas acerca do fenômeno obesidade sob o enfoque da investigação qualitativa, como mencionamos anteriormente, ainda é escasso, se comparado ao grande número de estudos com abordagem quantitativa. Além disso, os trabalhos publicados neste campo se vêem afetados por certa confusão em relação ao que se compreende ou se define como pesquisa qualitativa. Encontramos trabalhos que empregaram técnicas de estudos qualitativos, porém sem um fundamento epistemológico de “postura qualitativa”, os quais foram excluídos desta revisão.

O tema obesidade no campo da pesquisa social abrange um número variado de objetos de estudo. Foi possível vislumbrarmos que as inquietações destes pesquisadores permeiam vários aspectos deste complexo fenômeno, quais sejam: as percepções do corpo obeso, auto-imagem, experiências de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica⁴, percepções dos profissionais de saúde, associação aos transtornos alimentares, representações sociais, pobreza e estigma.

Zotti & Labronici (2003), em uma pesquisa de iluminação fenomenológica fundamentada no pensamento de Maurice Merleau-Ponty realizaram um estudo com o objetivo de compreender a percepção do corpo obeso sobre si. Essa investigação foi realizada com clientes obesos em acompanhamento no ambulatório de nutrição de um hospital escola de grande porte da cidade de Curitiba. A análise das informações revelaram que os mecanismos de defesa do ego, negação do corpo e o isolamento são comportamentos frequentes e associados à baixa auto estima nos corpos obesos. Estes mecanismos, relativamente inconscientes, envolvem um grau de auto-decepção e distorção da realidade podendo constituir em respostas mal adaptadas ao estresse. Outro ponto destacado diz respeito à alteração da imagem corporal associada à baixa auto-estima nos corpos obesos associado a

⁴ Cirurgia bariátrica – cirurgia para redução de estômago

comportamentos que têm como significado a insatisfação consigo mesmo, levando a sentimentos de desprezo e menos valia em relação a eles próprios.

O trabalho de Grejanin e colaboradores (2007), teve como objetivo analisar a percepção que profissionais da saúde têm em relação ao paciente obeso e a percepção do paciente obeso sobre si mesmo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo. O estudo foi realizado com 19 sujeitos, sendo 10 usuários obesos e 9 profissionais da UBS. O estudo revelou que para esses profissionais de saúde o obeso é visto como uma pessoa doente, com uma baixa auto-estima, e que sua realidade sócio-econômica e cultural favorece o desenvolvimento da obesidade. Os profissionais também destacaram que o tratamento é simples, podendo ser realizado na UBS, dependendo principalmente da força de vontade do usuário. Na percepção dos indivíduos com obesidade do estudo, o ato de comer é simbolizado como um alívio para as tensões por eles vividas, e que se percebem como diferentes, inconformados com sua aparência física e excluídos socialmente. Além disso, em ambos os grupos emergiram percepções de que o obeso é infeliz, sofre preconceitos sociais e que o apoio familiar é fundamental para o sucesso do tratamento.

Felippe (2003) realizou estudo com 50 participantes que já haviam submetido a tratamento para obesidade em uma clinica particular da cidade de Porto Alegre. O objetivo do estudo era conhecer as representações sociais de indivíduos obesos sobre o significado atribuído à relação com o comer e com a manutenção de um peso saudável. Para tanto elegeram um estudo qualitativo e o referencial empregado para análise das informações foi baseado no método de análise das representações sociais, que se insere na tradição hermenêutica de pesquisa . Os resultados do estudo mostraram aspectos contraditórios no significado do comer para os obesos, como prazer e sofrimento relacionado ao comer caracterizado pela compulsão e descontrole. Para a autor como aspectos que permeiam essa relação, surgiram os fatores sociais como discriminação, pressão, preconceito e culto ao corpo.

Também sobre as representações sociais e a obesidade, as autoras Sudo e Luz (2007) apresentam um estudo com objetivo de analisar as representações sociais acerca do ser gordo, através de uma análise qualitativa e interpretativa de catorze matérias que foram capas de duas revistas semanais brasileiras: *Veja* e *IstoÉ*, entre os anos de 1997 e 2002. As autoras observaram que as revistas destacaram depoimentos baseados no saber científico e biomédico

que legitimavam a escolha de um tipo de corpo caracterizado como supostamente “ideal”, por ser considerado sinônimo de saúde, felicidade e alegria: o corpo magro. Dessa forma, as autoras concluem que um cerco à gordura é declarado e estratégias de “luta” são formuladas, recaindo, em última análise, sobre o ser gordo.

No que diz respeito a estudos qualitativos acerca da obesidade e cirurgia bariátrica destacamos o estudo de Gonçalves (2004). A autora realizou um trabalho de caráter qualitativo de orientação etnográfica com indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica em um centro de obesidade mórbida de Porto Alegre. O estudo tinha como objetivo investigar a forma como algumas pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica representavam a gordura corporal. Os resultados deste trabalho mostraram que a difícil mobilidade corporal apresentou implicações importantes na vida social dos informantes. A autora também defende que a gordura corporal “pesa” mais para as mulheres em diversos aspectos, quais sejam os estéticos, desempenho das atividades domésticas, econômicas e pessoais além de gerar dependência dos outros. Dessa forma ocorre uma inversão de papéis e a mulher passa de cuidadora do lar, dos filhos e do marido a dependente deles. À medida que vai se tornando mais dependente sente-se mais doente.

Em outra investigação Souza e colaboradores (2005) analisaram o significado de ser obeso e da cirurgia bariátrica na perspectiva dos ex-obesos mórbidos. O estudo foi desenvolvido a partir do Serviço de Cirurgia Bariátrica de um hospital público de São Luís, onde funciona o Programa de Cirurgia da Obesidade, Centro de Referência do Estado do Maranhão. Assim como o estudo de Gonçalves (2004), os resultados desta investigação também apontam que *ser obeso* significa ter grande dificuldade de locomoção o que leva a um esforço sub-humano nas atividades diárias, diminuindo a auto-estima e aumentando as insatisfações.

O trabalho de Junqueira (2003), intitulado “Fome de vida” buscou compreender percepções e vivências de mulheres obesas portadoras de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica - TCAP. A investigação utilizou pressupostos da fenomenologia-hermenêutica e entrevistou mulheres participantes de um programa de assistência especializado, disponível em um hospital público do município do Rio de Janeiro. Os resultados do estudo levaram a considerar que a obesidade e seus comprometimentos clínicos são preocupantes, principalmente quando associados ao TCAP. Além disso, a multidimensionalidade desse

agravo indicou que componentes psicoafetivos e sociais fizeram parte da gênese do problema , nos quais se retratam através do sofrimento psíquico e das limitações com prejuízos sociais extremamente significativos para as mulheres do estudo.

Outro aspecto acerca da obesidade e discutido no âmbito dos estudos qualitativos, diz respeito à percepção do fenômeno combinado à pobreza. Nesse ponto destacamos o estudo de Silva (1995), nesta investigação a autora descreve a percepção de mulheres obesas de baixa renda usuárias de um Centro de Saúde de Atenção Primária, situado em Manguinhos, uma área urbana de periferia da cidade do Rio de Janeiro, sobre os principais aspectos de determinação causal da sua obesidade. A autora destaca que as condições de vida atual e na infância, sua história reprodutiva, o estresse causado pela violência urbana, o tipo de consumo alimentar e a imagem ideal do corpo se revelaram questões importantes na problemática da obesidade para as mulheres.

Sobre este aspecto destacamos ainda o trabalho de Ferreira e Magalhães (2006). Trata-se de uma investigação sobre o corpo e obesidade, também realizada em uma comunidade da periferia do Rio de Janeiro. O estudo buscou aproximação com o vocabulário sobre o corpo, a vida, o trabalho e a obesidade em um grupo de mulheres moradoras da favela da rocinha usuárias de uma unidade básica de saúde do município. O estudo revelou que o corpo obeso é o elemento de conforto que ameniza as adversidades vividas no cotidiano em meio à pobreza. Assim, angústias e tensões são aplacadas e delimitam um perfil de excesso de peso.

O resgate da literatura acerca da obesidade, delineado neste trabalho, confirma a multidimensionalidade deste fenômeno. Os diversos estudos permearam aspectos biomédicos, epidemiológicos, políticos, culturais, sociais e simbólicos compondo um cenário complexo entremeadado por diversas abordagens. O referencial teórico aqui apresentado busca nortear o trabalho empírico, trata-se de uma exploração inicial do objeto de estudo, um diálogo entre a teoria e o tema abordado.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Compreender percepções e experiências acerca da obesidade de usuárias de um Centro de Saúde da Família de Fortaleza - Ceará.

3.2 ESPECÍFICOS

- Explorar a auto-percepção do grupo em relação ao corpo e à obesidade.
- Conhecer a etiologia da obesidade tal como é percebida pelas usuárias;
- Compreender as dimensões mais relevantes desse processo na perspectiva das mulheres entrevistada;
- Identificar com base nas experiências relatadas, a influência da obesidade em distintas esferas de vida das informantes do estudo;
- Analisar aspectos relacionados à diversidade porventura presente nas percepções/experiências do grupo investigado.

4 . ASPECTOS ÉTICOS

A realização da pesquisa obedeceu aos preceitos éticos de privacidade e individualidade dos participantes que compõem o estudo, sendo pautadas na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduo, seja como coletividade (BRASIL, 1996).

Essa pesquisa incorporou em seu contexto os quatro referenciais da bioética: autonomia, onde se manteve o anonimato das informações obtidas sobre as pessoas envolvidas na pesquisa; a não maleficência, garantindo que os danos previsíveis serão evitados; a beneficência, que envolve o comprometimento com o máximo de benefício e o mínimo de danos e riscos; e a justiça, considerando as vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para as pessoas vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos.

O projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa - SISNEP e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará obtendo parecer favorável na reunião do dia 07 de novembro de 2008 através do protocolo nº 217/08 (Anexo I).

5. METODOLOGIA

Dada a natureza e a complexidade do objeto de estudo, optamos por realizar uma investigação fundamentada na tradição qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico de tendência crítica (GODOY & BOSI, 2004). Tendo em vista a ausência de literatura acerca do referido objeto na perspectiva aqui adotada, este estudo se caracteriza como pesquisa exploratória, por meio do qual pretendemos compreender distintas dimensões do fenômeno obesidade, em diálogo com diferentes campos disciplinares consoante a complexidade do objeto.

A abordagem qualitativa caracteriza-se pelo reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre a materialidade e a produção subjetiva, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito-observador que atribui significados aos fenômenos que interpreta (DESLANDES & GOMES, 2004).

Dessa forma a relação entre sujeito investigador e sujeito investigado é decisiva em um estudo qualitativo. A visão de mundo de ambos incide sobre o processo de conhecimento, influenciando desde a concepção do objeto de estudo até a sua conclusão (DEMO, 1981). Neste ponto recai uma importante tarefa do pesquisador qualitativo, qual seja; enfrentar o desafio de manejar teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da diversidade simbólica inerente a existência humana em sociedade (MINAYO, 2006).

Diante de tal desafio buscaremos utilizar a fundamentação epistemológica da fenomenologia hermenêutica neste estudo como caminho de possibilidade de nossa construção teórico-metodológica.

A fenomenologia tem como característica a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente. Ela possibilita uma compreensão livre de preconceitos. É um pensar a realidade (o fenômeno, aquilo que se manifesta para uma consciência) de forma rigorosa. A essência do fenômeno é mostrada na busca rigorosa do fundamento primeiro do que é compreendido e no cuidado de cada passo na busca da

essência. Apresenta dois momentos: a *epoché*: pôr o fenômeno em suspenso, se afastar; e a *redução*: descrever o visto, selecionar as partes essenciais. (BICUDO, 1997).

Ao descrever a hermenêutica, Gadamer (1999) a entende como a busca de compreensão de sentido presente na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Assim a hermenêutica trabalha com comunicação da vida cotidiana e do senso comum, seguindo alguns pressupostos: o ser humano é um ser histórico e finito e complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, assim é preciso compreender também seu contexto e cultura.

Metodologicamente a abordagem hermenêutica se ampara em alguns parâmetros: ela busca esclarecer o contexto dos diferentes atores; acredita que existe uma racionalidade e responsabilidade nos veículos de comunicação das diferentes linguagens; além disso, os fatos, as falas são postas no contexto dos sujeitos; também julga e toma posição sobre o que ouve, compartilha e observa e finalmente produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados.

Em resumo podemos dizer que a hermenêutica procura o significado da obra enquanto produção humana capaz de expressar seu contexto. Pressupõe que a linguagem, ao expressar diferentes contextos, se torna polissêmica e ambígua, e que ao se apropriar de um discurso, o sujeito se apropria de uma visão de mundo. É um processo de interpretação dialético. Dessa forma envolve um processo com enfoque fenomenológico-hermenêutico (ESPÓSITO, 1997).

Nessa construção, para a hermenêutica, a compreensão só é possível pelo *estranhamento*, pois a necessidade do entendimento surge do fracasso da transparência da linguagem assim como da própria incompletude e finitude humana. Assim, a atividade hermenêutica se move entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e a quebra da possibilidade desse acordo (MINAYO, 2006).

5.1 Cenário do Estudo

A investigação teve como cenário o Centro de Saúde da Família *Francisco Melo Jaborandi*, do bairro São Cristóvão da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) de Saúde do município de Fortaleza, Ceará. Esta unidade recebe alunos do curso de Ciências da Nutrição para estágio curricular em saúde coletiva da Universidade de Fortaleza, instituição na qual desempenha atividades de docência.

O CSF localiza-se no bairro São Cristóvão, periferia do município de Fortaleza, esse bairro pertence a Secretaria Executiva Regional VI do município. Esta área foi construída no início da década de 90. Os primeiros moradores receberam as chaves em julho de 1992. O bairro começou com estrutura de três escolas de ensino fundamental, uma unidade de saúde, um posto policial e a sede da associação. O CSF foi construído há doze anos e funciona com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente a unidade pertence à Prefeitura de Fortaleza e desenvolve atividades previstas pela ESF, como os programas de assistência integral a saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso. As atividades do CSF abrangem oito especialidades – pediatria, clínica médica, gineco-obstetrícia, odontologia, serviço social, enfermagem, nutrição e fonoaudiologia, essas duas últimas especialidades só funcionam através da parceria com a Universidade de Fortaleza, e a participação de acadêmicas dos referidos cursos.

O CSF possui uma população adstrita de cerca de 58 mil habitantes (SIGAB/DATASUS, 2008) que abrange os bairros de São Cristóvão, Jangurussu, João Paulo II, e ainda a comunidade Unidos Pela Paz. Caracteriza-se por uma região onde residem grupos populacionais de baixo e médio poder socioeconômico e outros submetidos a situações de vulnerabilidade social, como a comunidades carente. Algumas áreas possuem alto nível de violência

5.2 Informantes do Estudo

Com relação à amostra, por se tratar de um estudo eminentemente qualitativo não nos fixamos em questões como "representatividade" ou "generalização" assim como se faz comum em estudos de abordagem quantitativa. Adotamos como critério de suficiência a

recorrência das categorias empíricas no material discursivo, sinalizando-nos a recuperação do modelo focalizado nesta investigação (BOSI, 2000).

Na seleção das informantes que fizeram parte da amostra teórica desta investigação, enfatizamos sujeitos sociais detentores de atributos que possibilitassem a compreensão profunda e abrangente do objeto sob investigação. Assim as 08 mulheres colaboradoras deste estudo eram adultas entre 20 e 59 anos, assistidas pelo Centro de Saúde da Família *Francisco Melo Jaborandi*, que vivenciavam o fenômeno recortado – o corpo obeso - clinicamente caracterizada por um índice de massa corporal maior que 30 kg/m², moradoras de um bairro da periferia da cidade de Fortaleza e que aceitaram participar da pesquisa.

Com a intenção de apresentar a caracterização das mulheres do estudo, apresentamos adiantadamente, mas compreendendo como espaço adequado, o perfil da população investigada. As participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento no qual era garantido o sigilo (APÊNDICE I) e utilizamos os termos “Entrevistadas” seguidas de uma numeração para substituir os reais nomes das mulheres.

Antecipando informações dos resultados do estudo, todas as mulheres do trabalho eram moradoras do Bairro São Cristóvão. Entre as oito mulheres entrevistadas, todas apresentavam obesidade grau II (IMC= 35,0-39,9kg/m²), e referiram a experiência com o excesso de peso há mais de 5 anos, além disso apresentavam hipertensão, diabetes, dislipidemias e problemas osteomusculares, esta caracterização clínica do grupo de informantes reforça dados da literatura visitada na presente investigação, no que diz respeito ao risco aumentado que as usuárias com obesidade possuem para o desenvolvimento dessas co-morbidades (WHO, 2003).

As informantes tinham entre 28 e 56 anos, com média de idade de 44 anos. Algumas referiram que realizavam atividades informais para complementar a renda da família. Os arranjos familiares eram núcleos do tipo mulher e cônjuge com filhos. Todas eram casadas ou mantinham união consensual. Apenas três mulheres relataram está inseridas em postos de trabalho, costureira, técnica em enfermagem e comerciante, as demais eram donas de casa. Além disso, nenhuma delas assumia posto de chefes de família. Com relação aos valores de renda mensal, a média de remuneração familiar observada foi de um a dois salários mínimos.

Quanto à escolaridade, metade das mulheres possuíam o ensino médio e a outra metade o ensino fundamental incompleto.

A maioria das mulheres era proveniente do interior do Estado do Ceará, das oito informantes apenas duas eram naturais do município de Fortaleza. O perfil das entrevistadas reflete em parte o contingente da população cearense marcada pela migração. O quadro II sintetiza os aspectos sociodemográficos e clínicos das informantes do estudo.

Quadro III . Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres do estudo.

Entrevistadas	Idade	Profissão	escolaridade	IMC	Doença associada
Entrevistada 1	41	Dona de casa	Ensino médio	39,91	Hipertensão, Dislipidemia
Entrevistada 2	47	Dona de casa	4ª Série	36	Doença Osteomuscular
Entrevistada 3	56	Dona de casa	Ensino médio	39,6	Hipertensão, Artrite
Entrevistada 4	45	Comerciante	Ensino médio	38,55	Hipertensão
Entrevistada 5	28	Costureira	Supletivo fundamental	38	Doença osteomuscular
Entrevistada 6	51	Técnica em Enfermagem	Ensino médio	35	Diabetes
Entrevistada 7	49	Dona de casa	5ª série	35	Doença Osteomuscular
Entrevistada 8	35	Dona de casa	5ª Série	35	Doença Osteomuscular

5.3 Técnicas Empregadas

No período de novembro de 2008 a janeiro de 2009 realizamos as entrevistas semi-estruturadas com duração média de uma hora. As entrevistas realizadas na residência das informantes, em função da unidade de saúde não contar com espaço adequado para a realização das mesmas, foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Elaboramos um roteiro (APENDICE II) utilizado durante as entrevistas, porém com liberdade para elaboração de perguntas adicionais para melhor apreensão do tema. As entrevistadas tiveram total liberdade para se expressarem, sofrendo o mínimo possível de intervenções ao longo da entrevista. Elaboramos um roteiro para nortear a conversa. As seguintes temáticas foram abordadas durante a entrevista 1) Percepção do corpo e da obesidade; 2) Etiologia da obesidade na perspectiva das mulheres; 3) Conseqüências para a vida.

Com o intuito de compreender as experiências vividas por essas mulheres esta investigação utilizou procedimentos não diretivos, elegendo como técnicas as entrevistas individuais em profundidade. Desta forma buscamos evitar as distorções introduzidas pelo pesquisador / entrevistador, nos métodos de questionários mais padronizados, além de ultrapassarmos o limiar de superficialidade nas respostas e possibilitar um aprofundamento pelos sujeitos interrogados (KANDEL,1981). Além destas informações também utilizamos anotações do diário de campo e da observação livre durante a entrevista, buscando detectar a linguagem não verbal, como o silêncio, a pausa, tom de voz, o sorriso.

Concordamos com Minayo, (2006) quando descreve a entrevista como “uma conversa com finalidade”. De fato a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, iniciada pelo entrevistador e que tem como objetivo construir informações relacionadas ao objeto de estudo. Elas visam à compreensão de como os sujeitos percebem e vivenciam determinada situação ou evento que está sendo focalizado. Somente se o entrevistador mantiver uma relação de maior proximidade com o entrevistado é que a compreensão do mundo pela sua perspectiva se tornará acessível (FRASER & GONDIM,2004; GASKELL, 2003).

As entrevistas buscaram apreender experiências e percepções das mulheres com obesidade, bem como de que forma esse fenômeno influenciava as diferentes esferas de vida dessas colaboradoras. Foram realizados os seguintes procedimentos antes da realização das

mesmas: apresentação da pesquisadora/mestranda, menção do interesse da pesquisa, explicação do motivo da pesquisa, solicitação para realizar a gravação de áudio da conversa, garantia de anonimato e sigilo das informações prestadas pela entrevistada, utilizou-se também como uma conversa inicial de “aquecimento”, e ao final assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas sempre iniciavam com uma conversa sobre qual a última vez que a usuária havia comparecido a Unidade de Saúde, bem como havia sido atendida e finalmente que procedimentos tinham sido empregados pelos profissionais de saúde, verificando se ocorreu a pesagem e aferição da altura. A abordagem inicial tinha por objetivo deixar as mulheres menos constrangidas e mais a vontade para o diálogo. Todas se mostraram receptivas e falaram sobre o excesso de peso sem ser necessário que perguntássemos diretamente a respeito. Ao final da entrevista as mulheres foram convidadas a receber acompanhamento nutricional no CSF Melo Jaborandi.

5.4 Análise das Informações

A organização e análise das informações deu-se a partir das leituras sucessivas e da classificação das mesmas em temas, dimensões e categorias empíricas a partir dos quais procedemos à interpretação das informações e à construção da rede interpretativa. Esse ponto nos parece crucial para que possamos compreender o significado que ultrapassa o nível espontâneo das mensagens transcritas.

Minayo destaca que as análises das informações podem apresentar alguns obstáculos. 1º) ilusão da transparência, como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador e o aumento do grau de familiaridade com o objeto ampliaria essa ilusão; 2º) dar importância maior às técnicas que as significações presentes nos dados; 3º) dificuldade de juntar teorias e conceitos muito abstratos com as informações recolhidas. Procuramos atentar a essas “armadilhas metodológicas” a fim de apresentarmos uma aproximação adequada ao fenômeno estudado. (MINAYO, 2000: p.197-198).

Procuramos seguir os seguintes passos no processo de análise:

- Ordenação das informações: transcrição das fitas, releitura do material, organização dos relatos, organização dos dados de observação. Essa técnica nos ajudou a

estabelecer categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como bases da investigação (Estado da Arte), buscando as relações dialéticas entre ambas;

- Classificação das informações: leitura exaustiva e repetida dos textos, recortamos em cada texto as unidades de registro a serem referenciadas por tópicos de informação ou por temas. Foram criados comentários classificatórios nos textos, inicialmente de forma mais ampla e em seguida a revisão para a classificação por temas mais relevantes;
- Análise final: a partir das informações recolhidas, procuramos uma revelação da sua especificidade de concepção sobre o fenômeno obesidade.

A organização e análise das informações deste estudo foram realizadas a partir de leituras sucessivas e classificação do material em temas, dimensões e categorias empíricas, a partir dos quais procedemos a análise e a interpretação das informações, bem como a construção da rede interpretativa. Analisamos os depoimentos convergentes e divergentes, enfatizando os significados no contexto pessoal, social e cultural das mulheres.

A categorização do material empírico indicou quatro eixos temáticos, e a partir dos quais foram traçados os eixos centrais de análise. 1) Auto-percepção do corpo; 2) Etnoetologia da obesidade; 3) Estigma e as Repercussões nas distintas esferas da vida; 4) Trilhando os Caminhos da Cura. Cada eixo temático foi desdobrado em diferentes dimensões. Como recurso de exposição apresentamos no quadro III a seguir uma esquematização da rede interpretativa.

Quadro IV. Rede Interpretativa proveniente da análise das falas das mulheres do estudo

	REDE INTERPRETATIVA			
Temas Centrais	1. Auto-percepção do corpo	2. Etnoetiologia da obesidade	3. Estigma e repercussões nas distintas esferas da vida	4. Trilhando os caminhos da cura
Dimensões	Obesa x gorda	Uso de medicamentos	Sociais	Percurso terapêutico
	Corpo que dói	Alimentação excessiva	Trabalho	Cura
	Insatisfação corporal	Passagens da vida		
	Discurso médico			

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE MULHERES COM OBESIDADE

Nesse capítulo adentraremos o universo das mulheres do estudo. A rede interpretativa, apresentada previamente, sumariza a análise das informações obtidas no trabalho de campo. Os resultados desta análise serão apresentadas na forma de temas e dimensões. O primeiro tema diz respeito à auto-percepção das mulheres acerca de seus corpos, a partir dessa temática emergiram as dimensões que orientam os significados que o corpo representa para essas mulheres. Em seguida buscaremos destacar, na perspectiva das mulheres, a etnoetiologia da obesidade que vivenciam, nas dimensões deste tema destacaremos as causas aludidas pelas mulheres para justificar o excesso de peso. A terceira temática do estudo diz respeito ao estigma e suas repercussões nas relações sociais e de trabalho das entrevistadas do estudo, as dimensões deste tema emergiram nas diferentes esferas da vida do grupo estudado. Finalmente apresentaremos a temática referente aos caminhos da cura, representado por dimensões sobre o itinerário percorrido e a perspectiva de cura para as mulheres.

*“Diga, quem você é?
me diga
me fale sobre a sua estrada
me conte sobre a sua vida...”
(Pitty – Máscara)*

6.1.1 Auto-percepção do corpo

Neste primeiro tema buscamos compreender qual a percepção das mulheres entrevistadas a respeito de seus corpos. Entendemos que a classificação antropométrica, através do IMC *per si*, não traduz o real conceito que as mulheres possuem de si mesmas.

No exercício da busca da não direcionalidade, procuramos apreender essa informação de forma indireta.

Ancoramos-nos no conceito de percepção trazido por Marilena Chauí (2005), que o define da seguinte forma: *a percepção é uma maneira fundamental de os seres estarem no mundo*, ela portanto envolve nossa personalidade, nossa história pessoal, nossa afetividade, nossos desejos e paixões. Assim percebemos positiva ou negativamente as coisas ou pessoas. Para a autora o mundo é percebido qualitativamente, afetivamente e valorativamente. Dessa forma o mundo percebido possui sabores, cores, sons, tamanhos, proximidades e distâncias, além de ser desejado ou indesejado, amado ou odiado, prazeroso ou doloroso e finalmente pode ser bom ou mal, belo ou feio, maravilhoso ou terrível.

Através dos relatos das mulheres foi possível aglutinar as informações em algumas dimensões dentro deste primeiro tema: **Obesa x gorda, Corpo que dói, Insatisfação Corporal e Discurso médico.**

- Obesa versus gorda *“se eu disparar na comida eu vou ser uma obesa”*

Notadamente algumas mulheres não se percebem obesas, reconhecem que apresentam um peso maior, porém não se classificam dessa forma. Nesse contexto emerge a dimensão em nosso estudo denominada **obesa versus gorda**. Uma das mulheres quando indagada sobre o seu peso atual refere que o mesmo está aumentado, porém no decorrer da entrevista deixa transparecer que não se considera obesa:

“ah o peso tá muito alto...”

(Entrevistada 3)

“...por exemplo eu se eu disparar na comida eu vou ser uma obesa, é vou disparar sendo uma obesa...”

(Entrevistada 3)

A obesidade apresenta-se como uma categoria comumente utilizada no meio acadêmico, mas que parece não expressar os diferentes contornos do problema para essas

mulheres. O termo obesa tão comum no linguajar biomédico não parece ser aceito pelas mulheres do estudo. Trata-se de um termo não internalizado pelas informantes. Os termos “gordas”, “gordinhas”, “bem forte” são os mais citados e apresentam melhor aceitação por parte das mesmas.

Rito (2004), apresenta outro estudo com informações semelhantes. A investigação foi realizada com gestantes obesas e identificou que a percepção corporal da obesidade foi expressa por vários adjetivos, tais como "cheinha", "gordinha", "pouco mais de peso" e "forte", sendo o termo obeso (a) restrito a situações consideradas por elas como limite, caracterizando uma conotação negativa atribuída ao excesso de peso.

Associada a essa dicotomia entre a concepção de ser obesa ou gorda, as entrevistadas expressam uma negação do peso que possuem. Destacamos alguns trechos para ilustrar essa afirmativa:

Eu me olhava no espelho, eu sabia sim como estava, mas sabe as vezes eu procurava nem olhar que era para não assumir o peso que tinha, eu evitava olhar...

(Entrevistada 5)

Pra mim eu sinto que não tá bem...quando a gente ta com peso alto a gente sente que não tá bem...então a gente quer baixar um pouco.

(Entrevistada 2)

Uma das mulheres retoma esse aspecto na seguinte fala:

“eu vi uma reportagem que tavam fazendo uma gordinha de manequim e ficou tão bonito, ...bem vestidinha, a gente acha bonita, agora obeesa

obesa demais com a barrigona empenurada ali não tem como ficar bonita [risos]”

(Entrevistada 2)

- Corpo que dói *“não trouxe nada positivo[peso]... só trouxe isso doença”.*

Em geral as mulheres argumentam que o deflagrador da percepção do aumento do peso foi o surgimento de alguma complicação clínica, como a hipertensão, dislipidemia ou problema osteomuscular:

“Eu me sinto bem em relação ao meu peso, tirando essa dor no joelho tá tudo bem.”

(Entrevistada 6)

“Antes eu não pensava nisso [peso], eu nem me olhava no espelho não, mas a ficha caiu quando tive esse problema da dor nos pés.”

(Entrevistada 3).

“Foi aí ... foi aí onde surgiu o problema da pressão alta né?”

(Entrevistada 2)

“...talvez a dor que eu sentia do joelho, a das pernas, o mal estar, porque eu sinto muito cansaço pode ser por causa do peso”

(Entrevistada 5)

“Quando eu passei dos 70 kg aí veio a pressão alta, veio o colesterol alto, veio o tal do triglicereo [triglicerídeos] alto.”

(Entrevistada 1)

O peso trouxe problema no coração...eu bati um raio x do coração , ele tava coberto de gordura

(Entrevistada 3)

Essa dimensão representa a consequência mais imediata do ganho de peso para as nossas informantes. Os relatos confirmam que a percepção da obesidade está ligada a algum prejuízo na realização das atividades normais e às sensações desagradáveis como cansaço, dor, mal estar:

“Atrapalha tudo [o peso], o cansaço, qualquer coisa que eu faço eu fico cansada, se eu não me sentar me dá aquela moleza, aquele suor...a pressão que baixa.”

(Entrevistada 2)

“O peso atrapalha para fazer as coisas do dia a dia fica tonta, cansa tinha medo de andar só.”

(Entrevistada 4)

“De negativo tem um monte, mas positivo não vejo nenhum. Trouxe dor nos pés, tenho dormido pouco...”

(Entrevistada 7)

As informações do presente estudo se assemelham aquelas encontradas em outros trabalhos (GONÇALVES, 2004; SOUZA, 2005) que sugerem que a qualidade de vida é freqüentemente comprometida em mulheres com excesso de peso, devido a prejuízos no funcionamento físico e psicossocial. A partir dos discursos, evidenciamos algumas queixas, em especial, as físicas referentes ao sistema músculo-esquelético, através da expressão de dor e sentimentos de incapacidade devido à obesidade. A obesidade afeta o corpo em sua totalidade, sendo difícil encontrar uma alteração física do organismo que não esteja atrelada ao excesso de peso. Em nosso trabalho os problemas osteomusculares são recorrentes e destacados pelas entrevistadas.

Esse aspecto também foi encontrado por Ferreira (2006) no estudo intitulado *Obesidade & Pobreza: o aparente paradoxo* realizado com mulheres da favela da Rocinha no Rio de Janeiro, as percepções acerca do corpo revelaram que o excesso de peso no grupo se relacionava essencialmente ao aparecimento de sintomas clínicos diversos, à menor agilidade e à menor disposição para o trabalho.

Para Boltanski (1979), a atenção prestada ao corpo pelas classes sociais populares pode ser menos freqüente. Particularmente neste grupo, o uso do corpo pode compreender uma visão mais utilitária, fruto da importância da força física nas ocupações desempenhadas. Dentro

desta perspectiva, para muitas mulheres das classes populares o corpo pode se apresentar como condição para a produção do trabalho. No cotidiano de luta pela sobrevivência diária, incluindo os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos, dessa forma o corpo tende a não ser percebido em toda sua plenitude. Finalmente o corpo obeso parece ser julgado como “pesado” e, portanto, menos ágil. Nesse aspecto, o corpo magro passa então a ser valorizado.

- Insatisfação corporal “... vai se vestir se olha no espelho..se sente mais fracassada ali”

A partir da valorização do corpo magro, surge nas falas das mulheres a **insatisfação corporal** das mesmas, essa terceira dimensão da auto-percepção do corpo para algumas das entrevistadas é relatada de forma enfática. Os trechos abaixo ilustram bem essa constatação:

“a gente vai se vestir se olha no espelho, se sente..., aquele momento é o momento que você se sente mais fracassada ali, momento mesmo em que você se olha na hora de você se trocar , você chega até a sentir vergonha de si própria, nem querer se olhar, aí deixa a gente muito triste”

(Entrevistada 3)

“Eu não gosto né desse peso, não me sinto bem, e esse peso assim que eu adquiri foi questão de anos, foi aumentando e aos poucos aí eu olhava na balança tava 70 , 82, 90 Kg...”

(Entrevistada 8)

“Eu não me olho no espelho, eu me arrumo , me visto, olho só para o rosto, e saio.”

(Entrevistada 4)

“quando eu ia com outra pessoa eu nem subia na balança, para a outra pessoa não ver o peso”.

(Entrevistada 2)

Como um mecanismo de defesa, percebemos que o corpo avantajado passa então a não ser olhado no espelho, não é mais pesado. Essa negação da própria imagem corporal parece uma fuga das realidades que não são agradáveis, dessa forma as mulheres buscam ignorá-las ou não reconhecê-las.

Esses relatos são concordantes com as afirmativas de Bosi e colaboradores (2006), que afirmam que vem ocorrendo uma crescente insatisfação das pessoas com a própria aparência. Para as autoras isso reflete o fato de que o culto ao corpo está diretamente associado, entre outros aspectos, à imagem de beleza, poder e mobilidade social. Paradoxalmente, apesar de algumas mulheres do estudo não se identificarem com o termo obesa, as mesmas também não se sentem satisfeitas com a imagem refletida no espelho.

Slades (1988) define o termo imagem corporal, referindo-se a uma ilustração que se tem na mente acerca do tamanho, imagem e forma do corpo, como também aos sentimentos relacionados a essas características, bem como às partes que o constituem. Dessa forma, se pode dizer que a imagem corporal envolve diversos fatores que se inter-relacionam, como os emocionais, de atitude e também de percepção. Para Smeets (1999), a imagem corporal é um processo que envolve não apenas as representações visuais, mas para a autora trata-se de um processo no qual pensamentos, sentimentos e emoções podem afetar a imagem resultante, sendo um complexo mecanismo da identidade pessoal. Assim, a insatisfação com o corpo, como mencionado no relatado das mulheres do estudo tem sido frequentemente associada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Assim colocado, o corpo gordo é definido como algo anormal em uma cultura contemporânea que institui um modelo de corpo magro como uma imagem ideal de corpo. A idéia de indivíduo normal está construída a partir de médias da espécie humana e do imaginário social, determinada em um contexto social em que nossa cultura atribui normalidade a um modelo idealizado social e culturalmente, com medidas antropométricas predeterminadas. Em relação ao modelo de corpo intitulado de normal, o corpo gordo se torna na verdade *desviantes*. Esse culto ao corpo em nossa sociedade tem se traduzido na normatização de um corpo perfeito, entenda-se um corpo magro, em padrões algumas vezes inalcançáveis (CARVALHO & MARTINS, 2004).

A insatisfação corporal parece sofrer uma grande influência da indústria midiática. Como enfatiza Bosi *et al* (2006, p. 109)

A mídia tem influência sobre a imagem corporal, pois ao mesmo tempo em que exige corpos perfeitos, estimula práticas alimentares não-saudáveis. O desfile de figuras jovens, com corpos esqueléticos

ou musculosos apresentados em revistas, cinema e comerciais torna muito difícil,...considerar a beleza em sua diversidade e singularidade, ou seja, como componente individual, sem se prender a padrões estéticos cada vez mais inatingíveis.

As mulheres do estudo quando indagadas sobre a presença das pessoas com excesso de peso na mídia televisiva destacaram:

“Eu acho que pros olhos deles [mídia], sei lá não cai bem, assim as roupas, porque eles querem assim manequim pra ficar bonito se apresentar bonito.”

(Entrevistada 2)

“Eu acho que porque , pelo fato das pessoas da televisão terem preconceito com os gordos...as pessoas infelizmente, elas ainda acham que gordo não é uma pessoa ideal para ser ator principal, não é o mais bonito, mais legal.”

(Entrevistada 5)

Esses depoimentos enfatizam o sentimento de inadequação que essas mulheres vivenciam diariamente, pois não se sentem representadas nos veículos de comunicação, levando assim a busca por corpos magros como condição de normalidade.

- Discurso médico *“se a senhora quiser viver mais , ...não coma muito.”*

Na terceira dimensão, **discurso médico**, percebemos que a percepção de corpo também perpassa a relação médico-paciente. Nas conversas com as mulheres ficou evidente o papel do profissional de saúde na regulamentação do corpo. As entrevistadas relataram que durante as consultas eram alertadas acerca do excesso de peso.

“quando a gente vai pro médico, a primeira coisa que ele fala é perca peso, perca peso”

(Entrevistada 2)

“ o médico disse que eu tava obesa, ...gorda demais”

(Entrevistada 5)

“Aí o médico disse: se a senhora quiser viver mais , não fume e não coma muito.”

(Entrevistada 3)

“Ele disse que meu peso tava muito acima e eu procurasse fazer uma dieta, baixar mais, que talvez a dor que eu sentia do joelho, a das pernas, o mal estar, porque eu sinto muito cansaço ele disse que pode ser por causa do peso.”

(Entrevistada 8)

Pereira (2006) retrata essa relação de forma interessante. Para o autor a relação existente no imaginário das pessoas, inclusive dos profissionais de saúde, está baseada no contexto entre saúde e salvação: o médico, como sacerdote, define as regras, prescreve os comportamentos e “ameaça” o cliente/paciente, que como fiel precisa obedecer às orientações e sentir-se culpado quando não seguir as regras. Esquece-se, portanto, que o ser humano continua sua vida após a doença crônica. Assim as pessoas não se vêem como enfermas ou moribundas. A consciência nunca pode objetivar-se em consciência-de-doente ou consciência de enfermo.

Outra constatação percebida nos discursos das mulheres diz respeito a “apropriação” ou “apropriação ilusória” de termos médicos para descrever sua situação:

“Chegou certo momento que eu to me sentindo, que eu tenho que diminuir peso para ser uma pessoa saudável. Não to me sentindo bem com esse tanto de peso porque complica muito a saúde da gente.”

(Entrevistada 4)

“Ele [médico] já disse até que desde a proporção que eu for perdendo, até me disse nessa ultima consulta, que se eu continuar perdendo, controlando a pressão vamos testando tirar os medicamentos, até tirar todos.”

(Entrevistada 4)

“Assim...eu me vejo gorda, mas se o médico não tivesse falado não teria caído a ficha, de que eu tava passando do peso, não ia saber que tava nessa obesidade grau 3.”

(Entrevistada 5)

“foi alto né [peso], o médico disse que eu tava obesa Ele [médico] falou que eu estava com obesidade”

(Entrevistada 2)

Dessa forma o saber dessas mulheres, pelo menos em parte, parece ser dependente do saber médico. No domínio da doença e da relação com o corpo, podemos retomar o trabalho de Boltanski (1968), o autor defende que o princípio explicativo do pensamento de senso comum sobre a doença reside, em particular, nas “classes baixas”, no efeito de legitimidade produzido pelo discurso médico e na distância social que separa o médico e o doente. O discurso de senso comum parece, portanto desprovido de autonomia, constituído, nas palavras do autor “de materiais fragmentários e heteróclitos, palavras mal-entendidas e frases em pedaços, arrancadas do discurso do médico” (BOLTANSKI, 1968,p. 81).

Godoy e Bosi (2004), também apresentam a relação médico-paciente, resgatando a influência do modelo biomédico nesta relação de poder implícita entre esse binômio, que segundo as autoras se expressa pela intervenção sobre o corpo físico do outro, desconsiderando seus desejos e emoções, privilegiando aspectos orgânicos sobre os emocionais. A desqualificação do cuidado do profissional de saúde (médico) durante o diagnóstico de obesidade de uma usuária transparece na seguinte situação:

“Foi eu nunca me esqueci, naquela hora eu dei aquele baque assim parece que a mulher [médica] me deu foi uma facada, eu voltei pra casa triste com aquilo... Ela tinha me falado que tava bichado devido que tava com pressão alta, colesterol alto, triglicérideo alto, aí ela usou essa expressão você tá “bichada”. Pra mim aquela palavra “bichada” pesou muito eu sai pra casa assim triste , mas aí foi ela já me encaminhou para endocrinologia já rapidinho eu fiquei impressionada já logo fui correndo...”

(Entrevistada 1)

A negligência como foi tratada a usuária nos faz repensar a importância da formação dos profissionais de saúde, dentro de um contexto mais humanizado, resgatando a ética do cuidado e dos aspectos relacionais e emocionais, tão importantes quanto os valorizados aspectos técnico no desenvolvimento das ações de saúde.

6.1.2 Etnoetiologia da obesidade

Todas as mulheres do estudo declararam que apresentavam, quando mais jovens, um peso bem inferior e considerado adequado pela classificação da OMS (1995). Dessa forma, durante as entrevistas procuramos compreender de que forma esse excesso de peso foi se contornando na vida dessas mulheres. Percebendo a obesidade como um fenômeno que envolve um grupo heterogêneo de condições, procuramos averiguar na perspectiva das mulheres do estudo, quais teriam sido as dimensões deflagradoras da obesidade. O material empírico nos leva a considerar três dimensões, quais sejam: **Uso de medicamentos**, **alimentação excessiva** e a “impressão” direta de acontecimentos da vida e sofrimentos experienciados pelas mesmas, reunidos na dimensão **passagens da vida**.

- **Uso de medicamentos** *“eu querendo adquirir um peso maior né eu danei tomando vitamina”*

Na busca de uma explicação para o aumento de peso as mulheres identificam a dimensão **uso de medicamentos**. Esta categoria está relacionada ao uso de medicamentos por parte das mulheres do estudo. O aumento do peso estava vinculado ao uso de certos fármacos por parte das depoentes, como demonstrado nas afirmações abaixo:

“Foi aí naquele momento eu querendo adquirir um peso maior né eu danei tomando vitamina [polivitamínico]...um ano 3 vezes ao dia... Não sei se foi a partir daí, porque logo em seguida eu passei a engordar. Aí nunca mais eu parei.”

(Entrevistada 1)

“...isso aqui são os comprimidos que eu to tomando, tem gente que quando tomam comprimidos [anticoncepcional] faz é engordar né.”

(Entrevistada 3)

“Não esqueço tomei aquele Normamor [anticoncepcional] ganhei muito peso.”

(Entrevistada 6)

“Eu acho que ajudou a ganhar peso, porque eu tomei comprimido e injeção [contraceptivos hormonais].”

(Entrevistada 4)

“Pra mim acho que aumentei tomando o anticoncepcional.”

(Entrevistada 5)

Para Cohen e Cunha (2004) a ingestão de certos medicamentos podem estar envolvidos na gênese da obesidade. Para os autores os principais remédios envolvidos são os corticóides, os contraceptivos orais, antidepressivos e orexígenos (medicamentos que estimulam o apetite).

Existe um senso comum de que o uso de contraceptivos orais (CO) gera um ganho de peso em mulheres. O tema é controverso e a literatura apresenta estudos que afirmam essa associação e outros que consideram pouco consistente.

Rosenberg (1998), defende que apesar do ganho de peso estar presente como uma das principais reclamações de mulheres que utilizam o contraceptivo oral, sendo inclusive uma razão freqüente para descontinuidade do uso dos mesmos, os estudos não fornecem embasamento suficiente para apoiar essa percepção. Nesse estudo foram analisados os pesos diários de 128 mulheres durante quatro ciclos menstruais utilizando CO. A média de peso no final do estudo não sofreu alterações significativas, ocorreram flutuações de peso esperadas do próprio ciclo menstrual. Estudos como esse enfatizam a falta de associação entre o uso de CO e o ganho de peso.

Em um estudo de revisão utilizando as bases bibliográficas CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, Popline, and LILACS realizado por Gallo *et al.* (2004), avaliou a associação entre

o uso de CO e mudança de peso corporal. Os autores concluíram que as evidências disponíveis são insuficientes para determinar o efeito dos contraceptivos sobre o peso.

Mito ou verdade o fato é que na perspectiva de todas as oito mulheres entrevistadas no estudo, o uso prolongado dos contraceptivos representou uma forte influência no aumento do peso corporal.

Alimentação excessiva “*comia era dentro de uma bacia*”

A segunda dimensão do tema etnoetiologia da obesidade diz respeito a **alimentação excessiva** utilizada para agregar as informações que surgiram nos depoimentos das mulheres acerca da quantidade de alimentos ingerida, bem como sua inadequação. Apenas duas das mulheres declararam abertamente que consideravam o ganho de peso decorrente da maior ingestão alimentar. No entanto, todas as entrevistadas relatam o consumo exagerado de alimentos.

“eu coloco culpa mesmo na má alimentação, a comida é que foi mesmo a vilã.”

(Entrevistada 4)

“Ah eu comia bem também, ...comia era dentro de uma bacia [risos].”

(Entrevistada 3)

“Era o prato cheio mesmo, completo de tudo, eu gosto de farinha, gostava muito de macarrão, feijão, tudo completo, eu gostava de comer bem pra ficar bem satisfeita”

(Entrevistada 2)

“Comia demais, arroz com feijão, macarrão, tudo muito”.

(Entrevistada 5)

“Eu acho que foi devido a má alimentação, porque quem se cuida não fica gorda não.”

(Entrevistada 7)

“eu comia muito também, eu pedia uma menina que trabalhava lá na casa que eu morava vá comprar pão com manteiga, pão com queijo, com cremucho, coca cola em lata aí era assim eu comia muito. Comida de panela eu não gostava muito , mas as “goloseimas” mesmo eu adorava... “

(Entrevistada 4)

A partir da reflexão e análise aprofundada foi possível identificar um dos aspectos mais imediatista da obesidade, qual seja o aumento da ingestão alimentar. Obviamente, o desequilíbrio entre o que se ingere e o que se gasta é relevante na etiologia e manutenção da obesidade, mas não encerra toda a problemática da mesma.

A obesidade é determinada por uma série de fatores que combinados concorrem para o aumento de peso. Nessa dimensão enfocaremos o fator **alimentação excessiva** como um dos aspectos que concorrem para o surgimento da obesidade. Como visto anteriormente o Brasil atravessa um processo ainda não consolidado denominado *transição nutricional* que didaticamente poderia ser caracterizado pela passagem de um estágio bem primitivo, onde destacaríamos as formas graves de carências nutricionais para outro estágio marcado pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, incluindo a obesidade. (BATISTA FILHO, ASSIS & KAC, 2007).

Há evidências de que o perfil alimentar da população brasileira apresentou excessivas mudanças nos últimos trinta anos. Inquéritos nacionais realizados pelo IBGE entre os anos de 1974 e 2003, ainda que limitados nos apresenta ilustrativamente a tendência do padrão de consumo alimentar e valor nutricional da dieta utilizada pela população brasileira. Em se tratando da distribuição de macronutrientes, houve uma diminuição na participação relativa de carboidratos totais e complexos (61,66% para 55,9%) próximo ao limite inferior recomendado, ao passo que a participação dos lipídios aumentou de 25,7 para 30,5.⁵ Dessa forma percebemos que a dieta do brasileiro vem paulatinamente substituindo carboidratos por gorduras, concorrendo para uma dieta mais calórica (BRASIL,2006).

⁵ As recomendações de macronutrientes definidos pela OMS (2003) estabelecem os seguintes parâmetros: Carboidratos: 55 a 75% ; proteína: 10 a 15% e lipídios : 15 a 30% (gorduras saturadas < 10%) do valor calórico total da dieta.

No que se refere à contribuição dos alimentos na dieta brasileira, os inquéritos apontam para aumento no consumo de biscoitos, açúcar e refrigerantes (400%). Em contrapartida percebe-se que houve uma queda de 30% a demanda por feijões, raízes e tubérculos. A tendência na direção de produtos industrializados é nítida e forte, caracterizando o que já fora discutido anteriormente sobre o fenômeno de consumo do mundo globalizado.

Analisando o regime alimentar das mulheres do estudo percebemos que a aquisição, seleção e o preparo dos alimentos são atividades realizadas pelas próprias mulheres, com exceção de uma depoente, a mais jovem, que relatou ter a compra dos alimentos realizado por seu companheiro.

A refeição principal é representada pelo almoço e compreende principalmente arroz, feijão, macarrão e farinha, sendo a *mistura*⁶ impreterivelmente o frango ou lingüiça. A análise do recordatório alimentar de duas depoentes desta investigação nos permitiu observar o padrão do consumo alimentar das mesmas. O regime alimentar dessas mulheres é monótono, com poucas variações do cardápio e composto basicamente por quatro refeições diárias: café da manhã, almoço, lanche e jantar.

As práticas alimentares das mulheres do estudo revelam um consumo de alimentos ricos em açúcares, gorduras e cereais, as preparações mais comuns são ricas em gorduras (frituras), e menor contribuição de legumes e hortaliças nas dietas analisadas, associado a esse quadro ainda nos deparamos com o aumento do consumo de refrigerantes.

Oliveira & Théband-Mony (1998), analisando as práticas alimentares de mulheres de diferentes estratos sociais da cidade de São Paulo verificaram o maior consumo de produtos industrializados entre as classes populares. As mulheres moradoras da Favela de São Remo investigadas pela pesquisa revelaram utilizar em seu cotidiano alimentos processados dentre eles os enlatados, vários derivados do leite e produtos de salsicharia.

Colaborando com esses dados, a investigação de Tonial (2001a), sobre as práticas alimentares de mulheres de diferentes segmentos sociais no Maranhão no período entre os

⁶ Mistura – termo utilizado pelas mulheres para referir ao prato protéico (carne, frango, peixe)

anos de 1998-1999 constatou a valorização de alimentos do tipo industrializado entre o grupo de mais baixa renda.

No estudo de Ferreira (2003), a prática alimentar das mulheres retrata a sua identidade cultural, pois através dela preservam aspectos da tradição nordestina. Neste sentido, os gêneros calóricos valorizados pelo grupo fogem do modelo de dieta “ocidental”, “fast-food” e convergem para alimentos tradicionais do roçado de subsistência.

- Passagens da vida *“Depois da gravidez é diferença grande...nunca que a gente fica com mesmo corpo”*

Algumas situações, aglutinadas em nosso estudo na dimensão **passagens da vida** das depoentes, foram consideradas por elas como deflagradoras do aumento corporal, dentre elas destacamos: o casamento, a gravidez, sofrimentos, em especial devido a doenças na família e perdas de entes queridos. As mulheres associaram o ganho de peso com duas passagens importantes de suas vidas, o casamento e o nascimento de seus filhos.

“aí nessa última gravidez da minha menina que hoje esta com 13 anos, foi onde eu ganhei mais mesmo, meu médico falava , ele brigava muito porque eu aumentava muito eu ia lá num mês com um peso e quando eu ia lá de novo.”

(Entrevistada 4)

“Durante a gravidez sempre cada gravidez aumenta mais, sei não , porque meu caçula tá com 20 anos e eu não lembro, a gente aumenta muito, aumenta. Depois da gravidez é diferença grande, tem muita diferença, nunca que a gente fica com mesmo corpo”

(Entrevistada 2)

“eu fiquei grávida com 15 anos...ganhei muito peso.”

(Entrevistada 5)

“Eu casei com ele no ano de 82 e ele era o mesmo peso e eu também eu tinha 49 kg.”

(Entrevistada 3)

“Antes de casar meu peso era normal, 53 kg, e eu fazia esporte na escola, futebol de salão, aí quando casei tinha 17 para 18 anos, aí passei a ficar mais em casa, aí comecei a ganhar peso.”

(Entrevistada 8)

Depois da gravidez é diferença grande, tem muita diferença, nunca que a gente fica com mesmo corpo

(Entrevista 1)

As informações fornecidas pelas mulheres na presente investigação são consonantes a alguns estudos qualitativos encontrados na literatura (TEIXEIRA, 2003; FERREIRA, 2005, PINTO, 2007). Esses estudos destacam que o casamento, a gravidez e o nascimento dos filhos foram eventos importantes na gênese da obesidade, sendo repetidamente abordados pelas colaboradoras dos estudos.

Os trabalhos quantitativos que associam o aumento de peso e a história reprodutiva das mulheres têm associação ainda não muito clara. Em um estudo realizado por Fernandes *et al* (2005), em Campinas, São Paulo, verificou a frequência de sobrepeso, obesidade e fatores associados entre mulheres de um ambulatório de ginecologia geral. A investigação realizada com 676 mulheres avaliou entre outros dados, o número de gestações e de filhos vivos e sua relação com o aumento de peso. A comparação realizada entre os grupos de maior ou menor paridade/filhos vivos e a obesidade não detectou qualquer diferença.

No entanto, outro estudo revela uma associação entre ganho de peso e história reprodutiva. Trata-se da investigação realizada por Kac e colaboradores (2003), com 486 mulheres brasileiras entre 15-59 anos, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, a pesquisa tinha o objetivo de identificar fatores obstétricos potencialmente associados à obesidade. Os autores buscaram avaliar o grau de associação entre diversas variáveis obstétricas como idade ao nascimento do primeiro filho, idade de menarca, nascimento de filho morto, número de filhos e ocorrência de aborto, com a obesidade. Os resultados da análise revelaram associação importante entre obesidade e as variáveis idade do

primeiro parto (<18 anos), menarca (<12 anos) e paridade. É provável que o início antecipado do ciclo reprodutivo, caracterizado inicialmente pela idade de menarca < 12 anos, e posteriormente por uma idade prematura ao primeiro parto, ocorreria uma ativação precoce dos hormônios relacionados ao ciclo reprodutivo. Contudo autores enfatizam que além das alterações hormonais provenientes da gravidez, fatores psicológicos, culturais e comportamentais também podem estar envolvidos na dinâmica da obesidade.

A pesquisa de Canteiro (2003) aborda a temática das crenças, mitos e tradições durante a gravidez. Em sua pesquisa a autora entrevistou mulheres grávidas com objetivo principal de avaliar se as mesmas são, ou não, influenciadas por mitos e crenças. O estudo relata que uma crença ainda bastante citada pelas entrevistadas diz respeito à quantidade alimentar. Algumas mulheres declararam que uma grávida deve comer por dois. Este aspecto também está presente em nosso estudo como ilustra a fala de uma das informantes:

“ Na gravidez eu comia muito , sabe aquela coisa de comer por dois era o que eu fazia”

(Entrevistada 8)

Baião e Deslandes (2008) em uma investigação de abordagem qualitativa discute a mudança do comportamento alimentar em gestantes que freqüentavam uma unidade de saúde, localizada em uma comunidade urbana de baixa renda, no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Os resultados demonstram que para uma grávida a dificuldade de controlar o peso e realizar dieta se tornava pior do que para qualquer outra pessoa. A dificuldade para aderir à dieta era justificada pela insipidez das preparações e pela “fome” exagerada que sentiam.

Na perspectiva de nossas depoentes o sofrimento também foi importante desencadeador do aumento de peso. Duas colaboradoras relembram passagens importantes em suas vidas:

“Eu perdi um filho problema do coração, me lembro ele morreu nos meus braços, todo formado, Se ele fosse vivo ia ter 25 anos...lembro ganhei muito peso nessa época.”

(Entrevistada 5)

“ Tive uma filha com síndrome de Down que morreu com 6 meses, eu sofri muito, e ganhei muito peso nessa época, sabe era uma forma de

esquecer os problemas, porque ela tinha problema do coração e o médico dizia que ela não ia sobreviver e isso me fazia muito mal.”

(Entrevistada 4)

Conrad (1954) afirma que a comida é como um narcótico para a pessoa obesa e que esta procura no alimento um escape das situações estressantes da vida. Rotman e Becker (1970), numa revisão de casos clínicos de 33 homens e mulheres extremamente obesos, que tinham sido entrevistados por psicanalistas, encontraram o comer em excesso como um mecanismo de defesa utilizado contra sentimentos inconscientes de abandono e desesperança, originado por situações de perda.

Para Loli (2000), o indivíduo se reconduz pelo alimento aos estágios mais primitivos da relação humana. E parece ser justamente por meio da comida que o obeso procura, em um infrutífero esforço, saciar sua fome de proteção. Assim diante da dificuldade em lidar com sentimentos cotidianos de frustração, esses se utilizam da comida como recurso da busca de potência.

Em nosso estudo a perda dos filhos representou um momento marcante na história de vida de duas depoentes, e trouxe repercussões traduzidas no aumento do consumo de alimentos, contribuindo na perspectiva dessas mulheres para a etnoetiologia do ganho excessivo de peso.

6.1.3 Estigma e as repercussões nas distintas esferas da vida

O terceiro tema que emergiu das entrevistas, sugere uma trama complexa relacionada à vivência com o excesso de peso associada ao estigma atribuído as mulheres do estudo permeando vários aspectos da vida dessas informantes. A realização das entrevistas na residência das mulheres, sem interferência de outros profissionais ou familiares possibilitou o diálogo acerca de temas mais delicados, como preconceito e estigma. Durante a análise desta temática percebemos que as mulheres entrevistadas apresentavam situações nas quais o

estigma da obesidade se fazia presente trazendo repercussões no seu dia a dia, influenciando as relações **sociais, familiares** e de **trabalho**.

- **Sociais** “*gorda não tem nome ... é gorda*”

O estigma sofrido pelas mulheres do estudo cria rótulos e reforça o sofrimento psicológico causado por essa situação, essa dimensão referente às relações **sociais** é destacado no texto de Goffman:

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontrados. (1988, p.11 – 12) :

A sociedade cria meios para categorizar as pessoas e, da mesma forma, estabelece certos atributos considerados como comuns e naturais para os membros sociais. Dessa forma, um indivíduo que possui um traço que chama à atenção e afasta os demais, em vez de ser inserido normalmente nas relações sociais, é um indivíduo estigmatizado. A característica apresentada, física ou não, é diferente daquilo que os outros consideram “normal”.

Essa estigmatização da obesidade causa prejuízos ao bem estar social e psicológico dessas mulheres. As relações sociais são fortemente influenciadas por esse fenômeno. As informantes referiram que o excesso de peso contribuiu com a restrição de algumas atividades sociais, como sair com a família, ir à praia ou visitar amigos e parentes.

“Fico mais dentro de casa, eu sinto vontade de sair ir uma praia, passear com ele [marido], uma pizzaria, sorvete. Bem que eu gostaria, sair toda mulher gosta, mas não saio.”

(Entrevistada 3)

“mas sincero mesmo eu não faço nada pra sair, na verdade é muito difícil sair de casa”

(Entrevistada 5)

“quando eu vou pra praia, eu não tomo banho não, a não ser que fosse uma praia deserta.”

(Entrevistada 5)

Esse retraimento social parece estar ligado a percepção negativa que as mulheres têm de seus corpos o que pode conseqüentemente levar ao isolamento dificultando a interação social deste grupo. Parecer não haver refúgio para fugir do estigma, exceto a vida privada no próprio lar. Assim, o estigma da gordura influencia a evasão da vida pública e o confinamento privado como relatado pelas mulheres do nosso estudo.

Para Stenzel (2002) os indivíduos sentem-se cada vez mais isolados do mundo dos “magros”, como se estivessem convivendo em um mundo não apropriado para eles. Como o autor sugere as conseqüências para esse grupo são a depressão, o isolamento e problemas relacionados a comida e ao peso.

As informantes deixam de freqüentar determinados locais, vestir certas roupas e até evitar o contato afetivo em virtude do medo da rejeição do outro face a grande quantidade de gordura no corpo. Esse aspecto foi abordado pela Marisa:

“É difícil, porque as lojas tem mais número pequeno. Às vezes acontece de ir pra loja não ter e voltar pra casa. Esses dias mesmo eu fui numa loja e eu comprei uma roupa lá, experimentei na hora apressada e trouxe né. Chegando em casa eu vesti, era para eu ir para um casamento, vesti não gostei guardei e mandei devolver, troquei por roupa para os meninos [filhos] e peguei uma roupinha que eu já tinha mesmo e fui, mas não usei a que eu comprei, achei que não deu legal. Na hora tava muito cheio a loja, eu vesti apressada e na pressa peguei. Mas já cheguei em casa e não gostei.”

(Entrevistada 1)

No que concerne ao vestuário, vários outros depoimentos agregaram-se ao anterior, demonstrando a dificuldade das mulheres em encontrarem roupas adequadas ao seu tamanho corporal.

Ave Maria minhas roupas estão todas perdidas, as roupas ficam todas encostada

(Entrevistada 3)

eu queria ir pro casamento e não tenho roupa, porque minhas roupas não cabem em mim, nem as calças...

(Entrevistada 8)

Quando a gente vai comprar é difícil de experimentar a roupa, da vontade de chorar dá vontade de desistir.

(Entrevistada 4)

aí pedia uma roupa e diziam : tem não , tem numero grande não, ou as vezes você chegava na loja aí você achava aquela roupa linda maravilhosa, aí vem a vendedora com a roupa desse tamanho , horrível sabe

(Entrevistada 4)

As mulheres mais gordas encontram maior dificuldade em encontrar vestuário adequado às suas medidas, em especial os modelos utilizados por mulheres magras. O mundo da moda não tem respondido adequadamente as consumidoras com excesso de peso. O estudo de Cardoso e Costa (2007) procurou analisar a relação e o envolvimento das mulheres obesas com o vestuário e com a moda. Os resultados mostraram que as mulheres obesas agregam um valor de proteção e conforto às roupas. Muitas se mostraram insatisfeitas com as lojas de roupas femininas, alegando que as mesmas utilizam roupas com manequim maior voltadas ao público mais velho. As autoras relatam que as depoentes do estudo também citaram a dificuldade em seguir as tendências da moda devido à escassez da oferta.

Para Mattos (2008), a aparência física estar relacionada às representações que as pessoas possuem sobre o caráter de alguém. O estigma da gordura é, assim, uma construção social que os desqualifica cada vez mais, na medida em que as pessoas atribuem juízos de valores pejorativos ao excesso de peso, identificando o gordo como um indivíduo preguiçoso e descontrolado. Em nosso estudo encontramos em uma das falas a mesma afirmativa:

“ah eles dizem mesmo, que [as pessoas gordas] não fazem nada e que são gulosos mesmo”

(Entrevistada 2)

“a senhora tem que fazer uma ginástica, pra senhora ficar mais magra, a senhora é bonita, mas você se descuida.”

(Entrevistada 5)

Percebemos que o obeso passa a ser estigmatizado na sociedade contemporânea, em vários aspectos da vida, e na medida em que há uma expectativa crescente de que o ser humano magro (“sarado”) é saudável, belo e importante. É nessa perspectiva que Goffman (1988) afirma que só há estigma quando há expectativa social de pelo menos um dos atores envolvidos numa relação. Dessa forma, é possível compreender que um atributo que estigmatiza alguém não é em si mesmo nem honroso nem desonroso, mas é a atitude e a relação que as pessoas tomam em relação à marca corporal que atribui um valor. O estigma, nessa perspectiva, é uma relação entre atributo e estereótipo (*o que sou/o que tenho – o que esperam de mim*).

“O pessoal quando vê uma gorda de longe, como eu te digo por exemplo : Lá vem a Maria e a mãe dela, não o pessoal não diz assim, diz: lá vem a Maria e a gorda, aquela mulher gorda. Pessoal até diz que gorda não tem nome, perde até o nome é gorda, é gorda.”

(Entrevistada 4)

“ficar julgando você pelo seu peso, muda até o endereço, quando dizem assim: ei tu vai lá na casa da fulana quem é a fulana? Aquela gordinha lá da rua tal. Você fica de referência.”

(Entrevistada 5)

A discriminação foi relatada algumas vezes pelas depoentes, no entanto é válido destacar que durante as entrevistas nos deparamos com depoimentos que oscilavam entre o riso e o choro, no que concerne a questão do estigma da obesidade. As colaboradoras falavam de suas dores algumas vezes de forma espirituosa:

Uma amiga minha quando liga aqui fala: diz “beleia”[risos] que é baleia né. Aí eu respondo diz, seca veia”

(Entrevistada 4)

Os meninos [filhos dela] ficam falando e tudo, comentando, fica comentando [risos] é gorduchinha tá cheia de gordura, vai comer fica colocando o prato desse tamanho.

(Entrevistada 3)

“me chamam de gordinha aí eu respondo eu sou gorda porque eu como bem graças a Deus [risos]”.

(Entrevistada 6)

Os risos nestas falas podem representar um mecanismo de proteção, encobrendo um sofrimento emocional, camuflando sofrimentos e frustrações. No entanto, no decorrer da conversa as mesmas mulheres modificam o tom de suas falas e relatam suas vivências em outra perspectiva:

Eu acho que porque , pelo fato das pessoas terem preconceito com os gordos, porque o gordinho é uma pessoa normal para sociedade,em relação a saúde não, mas pra sociedade não é nenhum marginal nem nada, é gordo.

(Entrevistada 4)

Ela [vendedora] me via com um olhar e eu me via com outro, eu tava olhando a visão interior os meus pensamentos e ela via meu corpo o externo, às vezes ali me deixava muito magoada, chateada.

(Entrevistada 3)

Já briguei muito com trocador e motorista de ônibus, que ficavam dizendo não vai passar , não vai passar [na catraca]...isso me dava um ódio.

(Entrevistada 7)

As mulheres passam a ter vergonha do seu próprio corpo diante do que os outros pensam e falam do seu corpo. Goffman (1988, p. 17) afirma que “A vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus atributos é impuro ”.

“você chega até a sentir vergonha de si própria, não querer se olhar, aí deixa a gente muito triste...”

(Entrevistada 2)

As pessoas obesas parecem ser mais vulneráveis a discriminação do que outros grupos. Para Wang e colaboradores (2004), ao contrário do ocorre com outros grupos minoritários, as atitudes negativas para indivíduos com excesso de peso são aceitas e até mesmo incentivadas. As pessoas obesas freqüentemente relatam que são ridicularizadas em público, por exemplo, são abordados por desconhecidos em mercearias que tecem comentários sobre suas escolhas alimentares ou que as repreendem em restaurantes por comerem a sobremesa.

Para esses autores a disseminação deste estigma pode afetar a opinião de indivíduos com excesso de peso acerca deles próprios. A teoria da Identidade Social postula que quando os indivíduos se percebem como membros de um grupo, são levados a favorecer os membros do seu grupo, a fim de manter e reforçar a sua identidade social positiva. No entanto, o grupo de obesos parece ver seu próprio grupo de forma negativa.

A vergonha do corpo expressa por algumas mulheres do estudo refletem também em alguns discursos de menor valia acerca delas próprias. Percebemos em algumas falas que as mulheres carregam concepções do obeso com desvalia, seja na aparência ou na falta de força de vontade para mudar. Assim como ressaltam os autores Lewis e Puymhroeck (2008), o grupo com obesidade possui preconceito em relação a si mesmo e com um outro “igual” e em suas relações interpessoais.

A experiência do preconceito vivida pelo obeso para consigo espelha uma tentativa de, por um lado, excluir de si mesmo sentimentos indesejados e, por outro, estampar a máscara social, que busca esconder e invalidar os potenciais das pessoas que discrimina. Dessa forma, o “outro- gordo” representa freqüentemente o papel de espelho, tornando-se alvo dos sentimentos de baixa estima, de desvalia e de discriminação. Esse é um mecanismo de introjeção-projeção, concernente aos estudos da Psicologia, ou seja, um reflexo de auto-imagem projetada no outro (GASPAR, 2003).

“Se eu emagrecesse mais ficava até mais bonita, bem né.”

(Entrevistada 5)

“uma camiseta que cubra assim nessa altura aqui (na coxa) passando aqui na minha perna pra não ficar assim bem visto assim né o bumbum da gente , a frente, a barriga, porque fica tão feio, eu acho feio eu não gosto não , eu ia vestir uma camiseta assim que me deixasse eu bem, que aí não ia da pra eu ter vergonha.”

(Entrevistada 2)

“eu fico impressionada que tem gente na praia mais gorda que eu e fica de fio dental, [risos] misericórdia, vestem, eu que fico com vergonha, eu não uso. Eu não tomo banho não.”

(Entrevistada 8)

“por exemplo na sua casa quando você vai arrumar a sua casa, você vai querer as coisas mais bonitas que chamem atenção pela beleza e não pela feiúra.”

(Entrevistada 4, 45 anos, respondendo sobre a preferência que as pessoas têm pelo magro em detrimento do gordo).

Essa internalização do estigma da obesidade parece apresentar-se completamente diferente do comportamento de outros grupos marginalizados e portanto merece ser tema de novas investigações.

Wang e colaboradores (2004) em um estudo com 116 pessoas com objetivo de investigar a influência do estigma da obesidade em indivíduos com excesso de peso, sugerem que há várias teorias para explicar porque este estigma aos indivíduos com excesso de peso seja tão disseminado e recorrente. Um ponto importante diz respeito ao fato do peso ser encarado como algo controlável, diferentemente de outros traços estigmatizados tais como a raça e o gênero. A crença de que as pessoas com obesidade são preguiçosas é relatado na literatura e percebido pelo grupo do estudo. Essa crença supõe que os indivíduos com excesso de peso encontram-se nessa situação simplesmente devido à falta de motivação ou a responsabilidade para uma circunstância que esteja sob seu controle.

A Entrevistada 4 nos apresenta uma passagem muito interessante ilustrando a dimensão do preconceito:

“eu gostava de ficar do lado de uma pessoa mais gorda, para me sentir mais magra. Risos. Uma menina que trabalhava aqui era bem gordinha, aí a minha filha dizia: ei vamos levar ela pra praia vamos botar biquíni nela [risos], você vê aquilo no outro sente prazer porque diz não sou só eu que sou gorda tá vendo ela é gorda também”

(Entrevistada 4)

“Eu olho para aquelas pessoas assim bem mais gorda, aí fico meu Deus, ai meu Deus do Céu como é que pode a pessoa chegar o ponto desse jeito, aí eu olho assim pra mim e digo assim até que eu me conformo mais um pouco, porque eu não to desse jeito e tem muita gente que ta assim. Aí eu já me sinto um pouco conformada”

(Entrevistada 2).

Para Maffesoli (1988), o corpo individual necessita do corpo coletivo para ser curado. O autor busca demonstrar que a pessoa só existe devido a sua relação com o outro, social e culturalmente, aprende-se a “dar o troco”, como no velho ditado “olho por olho, dente por dente”. A pessoa com obesidade passa a ser uma das principais estigmatizadoras de uma outra pessoa obesa. Essa concepção irá culminar com preconceito e desgosto individual e coletivo, seja através da palavra ou da expressão corporal.

Em relação ao estigma sofrido pelo grupo de pessoas com obesidade, vale pontuarmos a mídia com uma parcela de responsabilidade na estigmatização da população obesa, uma vez que promove em alguns casos a ridicularização e perpetua uma permissividade humorística em relação a esse grupo. Essa imagem não passou despercebida pelas mulheres do estudo. As mesmas relataram a ausência de pessoas obesas na mídia, bem como a forma caricata como a obesidade é representada na televisão.

“Não tem gordinha [na mídia], sempre é mais os mais lights, escolhem mais as mais magrinhas.”

(Entrevistada 5)

“Com certeza aparece mais na televisão o mais magro.”

(Entrevistada 1)

“ah aparece mais [na televisão] como motivo de piada né... O pessoal faz até comédia com a Dona Lorca daquele do pooode...”

(Entrevistada 4)

No programa televisivo de grande audiência da Rede Globo - “Zorra Total”, encontramos um quadro onde a profissional de saúde com o nome convidativo de Dra. Lorca, personagem vivida por Fabiana Karla recomenda o oposto do que é preconizado para uma alimentação adequada.

O quadro gerou polêmica inclusive no Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. Para a então presidente do Conselho, Nelcy Ferreira Silva, a personagem criada pela atriz transmite uma mensagem errônea ao telespectador sobre a educação alimentar, eixo das ações em programas públicos e privados para combater doenças que afetam a população brasileira como a obesidade, a hipertensão, o diabetes e as doenças cardiovasculares. Para a nutricionista a linha do quadro humorístico em questão desvirtua este preceito e pode confundir o telespectador sem contribuir para o seu aprendizado sobre a importância da educação alimentar.⁷

A mídia impõe um modelo estético a ser seguido, a valorização do corpo, de acordo com esse padrão estabelecido e disseminado pelos meios de comunicação, gera uma percepção negativa acerca do grupo de pessoas obesas. Além disso, esse reflexo vem potencialmente prejudicando a inserção dos obesos na disputa ou concorrência no mercado de trabalho, caracterizando uma desigualdade social (FELIPPE & SANTOS, 2004).

⁷ Mensagem do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) assinada pela presidente da entidade, Nelcy Ferreira da Silva, dirigida ao diretor-geral do programa Zorra Total, Maurício Sherman.

- Familiares *“Ele [marido] sempre me ajudou... sempre ele esteve presente ali do meu lado”*

Outro aspecto importante a ser analisado nessas falas é a questão das repercussões na esfera da vida familiar. Sobre esse aspecto os relatos das mulheres se manifestaram de forma dicotômica. As depoentes retratam a presença do apoio familiar, no entanto os relatos também indicam que os familiares contribuem para a disseminação do estigma. Algumas falas ilustram essas afirmativas:

“Ele [marido] sempre me ajudou sempre me levava no médico, me acompanhava sempre ele esteve presente ali do meu lado, mas nunca fez nenhum comentário que era gorda ou não era, isso nunca atrapalhou nossa vida.”

(Entrevistada 1)

“dentro de casa mesmo, às vezes eu sinto assim que meu filho tem muita vontade que eu seja mais magra para me arrumar para sair do lado dele mais light, em casa eu já senti isso.”

(Entrevistada 2)

“Os meninos [filhos dela] ficam falando e tudo, comentando, fica comentando [risos] é gorduchinha tá cheia de gordura, vai comer fica colocando o prato desse tamanho.”

(Entrevistada 3)

“Fala, minha filha sempre diz, a senhora tem que fazer uma ginástica, pra senhora ficar mais magra, a senhora é bonita, mas você se descuida...”

(Entrevistada 5)

“Ele [marido] diz assim: agora não posso mais abarcar como abarcava quando namorava ela (risos).”

(Entrevistada 3)

As relações familiares são fundamentais para a organização e suporte para o enfrentamento das dificuldades da vida. Dessa forma, a família tem uma função importante na promoção de suporte físico, emocional, afetivo, econômico para seus membros. As pessoas se organizam em sua estrutura, a fim de formar uma rede de apoio familiar para “cuidar” e “ser

cuidado” Esse suporte recebido e percebido pelos indivíduos contribui para o enfrentamento de situações estressantes, para o alívio físico e mental. (STUART, 1991). Constatamos que para algumas mulheres esse suporte contribuiu com modos de sobrevivência diante do fenômeno da obesidade:

“A minha família nunca tirou brincadeira comigo não... Nem dos meus filhos não, nem meu esposo nunca comentou nada assim”

(Entrevistada 1)

“Mas assim ele[esposo] me apóia me ajuda muito, ele compra as coisas...ele não se opõe para comprar as coisas, até porque ele sabe o que nós sofremos”

(Entrevistada 4)

No entanto, alguns discursos de nossas depoentes também ressaltam que as mesmas são discriminadas dentro do próprio grupo familiar. Ao invés do apoio, encorajamento e suporte esperado pelas mulheres, algumas falas ainda que mascaradas por piadas e brincadeiras reforçam atitudes preconceituosas. O posicionamento de alguns familiares, utilizando-se de apelidos maldosos, comentários jocosos e a cobrança para mudança de atitudes e comportamentos pode contribuir para o aumento do sofrimento enfrentado pelo indivíduo obeso. Nos relatos percebemos que as mulheres passam a sentir vergonha de si mesmas, procurando isolamento do convívio social e consideram-se como um “peso” para a família.

O estigma enfrentado por essas mulheres também parece ser disseminado no próprio entorno familiar, ainda que aparentemente as falas não demonstrem qualquer sentimento negativo em relação aos familiares. As repercussões na esfera familiar das colaboradoras do estudo destacam a importância da inclusão da família nos programas de assistência e acompanhamento de pessoas obesas.

- Trabalho *“Eu acho que o patrão não quer gente gorda”*

Finalmente, como última dimensão presente nesta temática do estigma e suas repercussões nas distintas esferas da vida, a vivência com as relações de **trabalho** foi relatada por três mulheres do estudo, nas falas percebemos a recorrência do preconceito enfrentado por nossas depoentes:

“Ah o pessoal tem preconceito com gordo, eu acho, eu tenho pra mim que tem, porque eles não falam na sua cara, porque assim, não por eu ser feia, eu não sou feia, mas se eu fosse magra eles queriam. Eu acho que o patrão não quer gente gorda, porque para trabalhar no balcão, ser balconista.”

(Entrevistada 5)

“Eu deixei de trabalhar porque eu passava mal aí a empresa se responsabilizava me mandava para casa, aí eu deixava de produzir. Até porque no meu trabalho, eu trabalha com público, com comércio, trabalhava com os clientes diretamente, e ficava pensando o que eles falavam de mim ...não sei o que eles deviam falar.”

(Entrevistada 4)

“As meninas que trabalhavam comigo diziam, ih agora que a entrevistada 6 chegou, não cabe mais ninguém na sala...”

(Entrevistada 6)

Os discursos retratam o efeito causado pelo estigma da obesidade no ambiente de trabalho dessas mulheres, a postura preconceituosa do empregador ou colega de trabalho, ainda que disfarçada em um tom brincalhão, repercute e influencia negativamente na vida das mesmas.

Segundo Gaspar (2003) em sua obra intitulada: Obesidade e trabalho, atitudes preconceituosas contra trabalhadores obesos são comuns e afetam sua saúde e sua qualidade de vida, sendo esta lesada pelas limitações no atendimento das necessidades físicas, emocionais e sociais deste trabalhador e pela dificuldade do ser humano em lidar com as diferenças. A autora também defende que em meio à discriminação, o trabalhador obeso busca reconhecimento no próprio ambiente de trabalho, visando a construção de um vínculo mais prazeroso entre o que é e o que realiza.

Para Luz (2001) nenhum outro grupo parece sofrer maior rejeição profissional do que o grupo de obesos. Segundo o autor, em um estudo da consultoria Catho realizado com 1.400 executivos, 73% dos presidentes e diretores e 68% dos gerentes de empresas enfatizam que ser gordo é considerado uma razão suficiente para barrar um pretendente a funcionário. O autor ainda afirma que obesos têm menor chance no mercado de trabalho que outras minorias discriminadas, como negros e ex-presidiários.

Stenzel (2002), também contribui com os demais autores relatando que no Brasil, os empregadores consideram os obesos menos desejáveis para a contratação que trabalhadores com peso considerado normal, ainda que ambos possuam as mesmas habilidades necessárias para o cargo. É importante avaliarmos as conseqüências dessas atitudes discriminatórias contra o indivíduo com excesso de peso, uma vez que essas ações também acarretam para essas mulheres a perda de uma possível autonomia financeira e do engajamento no mercado de trabalho.

6.1.4 Trilhando os Caminhos da Cura

A literatura médica é extensa quanto aos diferentes tratamentos para a obesidade, existem várias alternativas terapêuticas que, combinadas, conseguem significativas perdas de peso. Entre as estratégias utilizadas os estudos destacam: as dietas de baixas e muito baixas calorias, a psicoterapia, a terapia comportamental, o exercício físico, e o uso de medicamentos que atuam no controle e regulação da adiposidade corporal (MANCINI & HALPERN, 2000).

No escopo desta última temática, as dimensões do **percurso terapêutico** seguido pelas mulheres do estudo e a perspectiva de **cura** emergiram e permearam as falas.

- **Percurso terapêutico** *“tudo que era coisa que o pessoal me ensinava eu tomava”*

Durante as entrevistas as mulheres do estudo invariavelmente destacavam o percurso terapêutico trilhado. Impulsionadas por familiares, amigas ou profissionais de saúde as

mulheres submetiam-se as mais diferentes modalidades de tratamento do excesso de peso. Essa busca pela perda de peso transitava entre as dietas da moda, acompanhamento médico e o uso de medicamentos.

“Eu já fiz dieta, já emagreci , já engordei, cheguei aos 74 kg, já tomei chá verde, uma menina daqui do bairro tava me dizendo para eu tomar vinagre.”

(Entrevistada 3)

“antes tudo que era coisa que o pessoal me ensinava eu tomava, se a pessoa falasse eu já tava fazendo cheguei a fazer a dieta da sopa, inclusive (risos) tô até com ela ali, que foi adquirida lá do hospital do coração, dizem que foi adquirida lá né, porque dizem que foi feita pra perder peso, pra perder gordura eu tomei ela também. “

(Entrevistada 1)

“Eu já tomei medicamento que vende em revista, eu já tomei plan 30 (chá elaborado a base de ervas de ação laxante e diurética)”

(Entrevistada 6)

“eu tomava fórmula [medicamento - fluoxetina e sibrutamina anorexígenos] eu tomava uma fórmula, duas fórmulas aliás que eu tomava lá, que me ajudou muito.”

(Entrevistada 1)

A característica central da situação cotidiana da vida do indivíduo estigmatizado está na possibilidade de sentir-se aceito. Diante da angústia provocada pelas situações nas quais o estigmatizado é exposto, principalmente diante da falta de aceitação social, ele procura continuamente corrigir o seu problema. É comum, portanto, os gordos se lançarem em busca de cirurgias plásticas e bariátricas, exercícios físicos extenuantes e excessivos, dietas rigorosas e utilização de medicamentos para emagrecimento, sem prescrição médica. Em geral, esses recursos não provocam modificações significativas na vida dessas pessoas (MATTOS, 2008).

Lottenberg (2006) nos apresenta essa relação entre o surgimento de novas dietas e a aderência por parte dos indivíduos com obesidade.

No histórico do tratamento da obesidade, periodicamente, novas propostas são lançadas e, na maioria das vezes, com grande aceitabilidade pelo público. O impacto é sempre muito grande quando novas dietas são lançadas no mercado, principalmente, porque representa para o obeso uma nova tentativa ou chance para emagrecer. O marketing utilizado na divulgação, tanto na imprensa escrita quanto falada, é muito grande, envolvendo os indivíduos em uma série de ilusões, sendo a principal, a promessa de perda rápida de peso. Sem dúvida, este é o maior desejo do obeso, razão pela qual, adere com facilidade a novas propostas de tratamento. A disponibilidade de dietas radicais é cada vez maior e, embora variem na forma, mantém sempre o mesmo tema, ou seja, emagrecer sem sacrifício e eleger alguns alimentos como vilões. Normalmente, penalizam o indivíduo obeso e, em longo prazo, diminuem as suas chances de emagrecimento. (LOTTEBERG, p.24)

A autora defende que as dietas alternativas estão associadas ao conceito de ausência de sacrifícios e solução imediata do problema, contribuindo para sua maior visibilidade e aceitação.

Nesse contexto o mercado das dietas, dos produtos e serviços indicados para a perda de peso, como medicamentos e produtos alimentícios da linha *diet, light*, vem crescendo rapidamente em vários países. Este mercado é bastante lucrativo e desenvolve-se em virtude da existência da magreza como padrão estético, o qual também é beneficiado pela divulgação de um “peso ideal”, muitas vezes difícil de alcançar (GONÇALVES, 2004).

As experiências de nossas depoentes em relação à perda de peso foram as mais variadas e demonstraram pouca efetividade. Estimuladas pela mídia, familiares e amigos, algumas das entrevistadas referiram que por um período curto, chegaram a utilizar parte da renda familiar para a compra de produtos para o emagrecimento, destacando os “shakes” e fitoterápicos. No entanto, de uma maneira geral as mulheres relataram que costumavam realizar modificações na alimentação, passando a consumir determinados alimentos ou preparações consideradas apropriadas para a perda de peso.

“Já me ensinaram aquele sopão de verduras que bota só legumes, me ensinaram, passar o dia inteiro só comendo verdura”

(Entrevistada 2)

“eu já fiz também a do limão[dieta] uma vez , só que no meio da dieta eu quebrei a do limão porque eu não aguentava comer tanto limão”

(Entrevistada 1)

O percurso terapêutico trilhado fez com que essas mulheres se submetessem aos diferentes tratamentos. Abordaremos a seguir a concepção de cura desejada pelas mulheres do estudo.

- Cura

“mas é como eu to dizendo, que tem cura, mas se você mesmo quiser.”

Nesta última dimensão destacamos que para nossas depoentes a obesidade é uma doença que tem cura. Essa percepção de que a obesidade é uma enfermidade surge nos relatos a seguir:

“Eu acho que é doença sim, é porque não é uma coisa normal não, e eu acho que tem cura pelo fato de você voltar ao normal perder aquele peso e manter sempre ali haja cura , mas se você se desleixar logicamente que vai voltar tudo de novo, aí... não vai valer de nada, mas é como eu to dizendo, que tem cura, mas se você mesmo quiser.”

(Entrevistada 2)

“Eu acho, eu acho que é doença, mas que tem cura.”

(Entrevistada 4)

“Eu acho, mas tem cura. Para isso precisa de alimentação balanceada e já ouvi o povo dizer que fazer essa alimentação é mentira, é não , porque eu fiz numa gravidez e fiquei magra e porque não pode agora, e eu não caminhava era só alimentação. O peso vai diminuir com a alimentação e a caminhada.”

(Entrevistada 5)

A expressão de cura entre as mulheres entrevistadas está ligada aos conceitos de auto-controle, força de vontade e perseverança. Para as entrevistadas a cura é fortemente influenciada por suas próprias ações:

“Eu acho assim, cabe assim aquela pessoa querer, porque se você tiver o domínio próprio do seu corpo, da sua mente de tudo, eu acho que pode ficar naquele regime do que você conseguiu, eu acho que pode . Tem aqueles que fazem aquela redução do estomago não é, daquela grossura não fica normal, ali se ela disparar foi porque ela não teve domínio próprio sobre ela, então se ela quiser se manter daquele jeito ali pode haver a cura, de ela se manter sempre, né agora se ela relaxar, ela vai voltar ao normal, ao que era ... que era antigamente se ela não se dominar, não tiver domínio sobre o corpo dela, a mente dela, ela volta aí a cura não existe” .

(Entrevistada 3)

“Quando a gente começa a tirar as coisas que a gente gosta logo assim de uma vez é um choque, pra você ali dá aquele choque, mas quando você começa a querer fazer, você vê que não é muito difícil, é quando você começa a ver os efeitos”.

(Entrevistada 4)

“A partir do momento que você tem consciência e você começa a entrar num processo de tratamento eu vou me cuidar, eu já tenho muita consciência que eu preciso mudar, eu ainda preciso mudar muito.”

(Entrevistada 4)

A doença deve ser encarada como um momento de crise defende Canguilhem (2000), sendo muito mais complexa que um simples fenômeno científico, uma vez que está ligada a história de vida das pessoas. A cura significa construir uma nova ordem interna que sugere a transformação em uma forma de funcionar com menor limitação. É importante perceber nas falas que as mulheres que as mesmas se declaram agentes do seu processo de auto transformação e cura.

Na perspectiva das mulheres a cura parece está veiculada aos benefícios à saúde:

“Ah vai me trazer o bem... Ele [médico] já disse até que desde a proporção que eu for perdendo, até me disse nessa ultima consulta que se eu continuar perdendo controlando a pressão vamos testando tirar os medicamentos, até tirar todos.”

(Entrevistada 4)

O depoimento anterior vai ao encontro do discurso biomédico em relação ao tratamento da obesidade. Para Zanella (2005) alguns estudos aleatórios e prospectivos afirmam veementemente que a perda de peso intencional minimiza o efeito de várias complicações clínicas associadas à obesidade, bem como pode prevenir ou retardar o início das mesmas.

No entanto é válido destacarmos que o conceito de cura para essas mulheres não está ligado à obtenção de um “corpo sarado”, o modelo midiático não parece ser o almejado pelas mulheres do estudo. Algumas das entrevistadas citaram suas metas em relação ao peso desejável:

“Ah pelo menos uns 70Kg... é menos né o certo? Mas Uns 80kg eu acho que já ficaria bem ...pra mim.”

Entrevistada 1

“Ah eu queria ficar com 60kg, estava bom!”

Entrevistada 2

O peso considerado aceitável para o grupo de mulheres do estudo, esta relacionado ao peso que as torne aptas a realizar suas atividades diárias, que proporcione a redução no uso de medicamentos. Os discursos não parecem implicar necessariamente na busca do modelo hegemônico de corpo magro, como ideal de beleza. As mulheres do estudo buscam certo “padrão de normalidade” e dessa forma sentirem-se mais aceitas pela sociedade.

Ao concluirmos a última dimensão **cura** nos parece legítimo refletirmos sobre o atendimento dispensado a essa mulheres. A obesidade tratando-se de um fenômeno multifatorial requer acompanhamento que compreenda o indivíduo em sua singularidade. Concordamos com Teixeira (2003) quando enfatiza que se faz necessário ser oferecida uma assistência especializada, onde esse grupo de usuárias seja considerado como seres humanos integrais, contando com escuta qualificada e atuação diferenciada para melhor atender ao grupo.

7. CONCLUSÕES

A obesidade é um fenômeno complexo que tem acometido na contemporaneidade parcela importante da população mundial. Os dados apresentados na revisão bibliográfica deste estudo destacam o crescimento histórico na prevalência desta enfermidade no Brasil. Nesse contexto epidemiológico vale destacar que a prevalência do excesso de peso no país tem sido mais significativa entre a população feminina, adulta e nos estratos de menor renda.

A complexidade desse fenômeno no universo feminino se revela para além dos dados epidemiológicos. As histórias de vida dessas pessoas ultrapassam a amplitude de seus corpos e nos revela que as mesmas são muito mais do que *pesam*. São mulheres que vivenciam um fenômeno e toda sua multidimensionalidade. A realização desse trabalho propiciou captar a riqueza interativa entre sujeito e objeto, fato somente possível devido à natureza qualitativa do estudo.

Diante do material empírico desta pesquisa percebemos a árdua tarefa que se nos apresentava, a de transcrever para um plano linear (escrita) a riqueza tridimensional das percepções e vivências das mulheres. Neste exercício buscamos apresentar a auto-percepção do grupo em relação ao corpo e à obesidade; reconhecer a etiologia da obesidade tal como percebida pelas mulheres; compreender as dimensões mais relevantes do processo que vivenciam e identificar a influência da obesidade em distintas esferas da vida.

Os resultados demonstram que a obesidade encontrada nas mulheres do estudo através da classificação biomédica do índice de massa corpórea superior a 30 kg/m², não reflete a percepção que as mesmas possuem sobre seus corpos. As mulheres não se classificam como *obesas* e parecem mais inclinadas a adotarem palavras como *gordas ou gordinhas*. O termo *obesa* recebe uma conotação negativa e representa um estágio de agravamento no qual as mulheres ainda não se reconhecem. A insatisfação corporal também foi percebida nos relatos das mulheres do estudo, associada à negação do corpo avantajado. A insatisfação corporal parece estar veiculada a forma como a mídia valoriza o corpo magro e o elege como padrão a ser seguido por todos os indivíduos. Outro ponto relevante diz respeito à influência do discurso médico na percepção de corpo das depoentes. Percebemos a dependência do saber médico na determinação do ganho de peso das mulheres entrevistadas.

A pesquisa mostrou que a gênese da obesidade decorre de múltiplos determinantes. Na perspectiva das mulheres a etiologia do ganho de peso ocorreu durante a vida adulta e possui sendo destacado pelas depoentes: o uso de medicamentos, o excesso alimentar, acontecimentos da vida e sofrimentos vivenciados pelas mesmas.

Sobre as mulheres de nosso estudo “pesam” não apenas a gramatura de seus corpos, mas também os estigmas e discriminações atribuídos a sua aparência. O estigma se traduz em olhares recriminadores, insultos, comentários jocosos e significa a impossibilidade de inserção no mercado de trabalho formal. O estigma da obesidade permeia as distintas esferas da vida das informantes do estudo, principalmente em suas relações interpessoais, sociais, familiares e de trabalho. Além disso, ele atinge a dimensão do próprio grupo das informantes, em relação a si mesmo e ao outro igualmente obeso. Percebemos que as informantes do estudo transitam entre vítimas e algozes do estigma da obesidade, seja como um mecanismo de projeção ou de proteção.

Finalmente emergiu das falas de todas as depoentes o percurso trilhado na busca do emagrecimento, motivadas pelos sintomas imediatos do excesso de peso ou por profissionais de saúde e apoiadas por amigos e familiares, as mulheres se submeteram as mais diferentes modalidades para redução de peso. Com exceção da cirurgia bariátrica, as informantes citaram as mais variadas formas de emagrecimento, transitando entre tratamentos com profissionais de saúde e uso de medicamentos; tratamento sem auxílio desses profissionais e com utilização de dietas indicadas por amigas ou veiculadas na mídia.

A compreensão da obesidade a partir da perspectiva de um grupo de mulheres obesas, usuárias de um Centro de Saúde da Família, proporcionou o reconhecimento do caráter multidimensional deste fenômeno, entendendo que esse processo ultrapassa o aspecto biológico e imediato e relaciona-se com as dimensões sociais, históricas, culturais e políticas.

Entendemos que a tradição qualitativa não autoriza extrapolar os resultados deste estudo para outros grupos e contextos. Contudo, diante da riqueza da vivência das mulheres acerca do objeto de investigação, acreditamos que esta investigação possa contribuir para uma ampliação da consciência do fenômeno da obesidade por parte das pessoas que vivenciam o processo, bem como para os profissionais de saúde que acompanham esse grupo.

É necessário que haja maior valorização dos diversos fatores envolvidos nos quadros de obesidade, em especial os que dizem respeito aos significados, percepções e opiniões que configuram a constituição da subjetividade e singularidade deste grupo de pessoas que vivenciam o excesso de peso e buscam atendimento no serviço público de saúde. Tal compreensão é fundamental para a proposição de planos e estratégias de atendimento no campo das políticas de saúde.

É fundamental a continuidade de estudos que busquem apreender aspectos simbólicos e subjetivos, acerca da obesidade, com intuito de ampliar seu campo de investigação acompanhando a característica dinâmica desse fenômeno. Entendemos que alguns pontos desta investigação necessitam ser aprofundados, dentre eles destacamos a importância do papel da família nesse processo, compreendendo-a como suporte social para quem vivencia a obesidade.

Na conclusão desta dissertação pude perceber o quanto o pesquisador qualitativo precisa entregar-se ao projeto e junto com ele desconstruir e construir novamente seus pressupostos e conhecimentos. Durante toda minha vida acadêmica, anterior a Residência em Saúde da Família e ao Mestrado em Saúde Pública, estava mais voltada a desenvolver estudos centrados nos aspectos objetivos dos fenômenos, baseado em números, quantidades e ancorados na teoria das ciências naturais. A finalização desta investigação significou uma construção pessoal de iniciação na formação em pesquisa qualitativa como área acadêmica, permitindo agregar ao meu passado educacional e científico, constituintes de minha subjetividade, a riqueza do olhar das ciências sociais e humanas, valorizando o espaço das emoções, vivências, percepções e dessa forma vislumbrando novas possibilidades de desenvolver o conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUBAKARI, A.R. *et al.* Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations: a meta-analysis. **Obes Rev.**, jan 2008.

ALMEIDA, G. A. N. de; LOUREIRO, S. R; SANTOS, J. E. dos. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. **Psicol. Reflex. Crit.**. Porto Alegre, v.15, n.2, p.283-292, 2002.

ALMEIDA G.A.N *et al.* Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.1, p.27-35, 2005.

ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Rev. Nutr.** v.16, n.1, Campinas, Jan./Mar. p. 117-125, 2003.

ARNAIZ, M.G. Pensando sobre el riesgo alimentario y su aceptabilidad: el caso de los alimentos transgênicos. *Revista de Nutrição*, v. 17, n. 2, p. 125-149, 2004.

BANDINI, L., FLYNN, A. Nutrição Excessiva In: MACDONALD,I.A., ROCHE, M.; Nutrição e metabolismo - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.293-308.

BASKIN,M.L; FRANKLIN, J. A.; ALLISON,D.B., Prevalence of obesity in the United States, **obesity review**, v.6, p.5-7, jul., 2005

BASTOS, N.M.G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 2 ed. Fortaleza, 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, p. S181-191, 2003.

BATISTA FILHO, M.; ASSIS, A.M de; KAC, G. Transição nutricional: conceitos e características. In KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P.(ORG) **Epidemiologia Nutricional** Editora Fiocruz/ Atheneu,Rio de Janeiro, pag. 445-460, 2007

BAUMAN ,Z. **Vida para consumo** - A transformação das pessoas em mercadoria. Editora Zahar, Rio de Janeiro, 2007.

BERMUDEZ O.I, TUCKER K.L. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19 p. S87-99, 2003.

BICUDO, M. A. V. **Sobre a fenomenologia**. In BICUDO, M. A. V. & ESPÓSITO, V. H. C. (org.) *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. 2ª ed. Revisada - Piracicaba: Editora. Unimep, 1997.

BLEIL, S.I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate*, Campinas, v. 6, p.1-25, 1998

BOLTANSKI, L. **La découverte de la maladie**: la diffusion du savoir medical. Paris: Centre de Sociologie Européenne, 1968.

_____. **As Classes Sociais e o Corpo**. Editora Graal, 1979.

BORDO, S.R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de foucault In: JAGGAR ,A. M. e BORDO, S.R. **Gênero, Corpo, Conhecimento**, Editora Rosa dos Tempos, 1997.

BOSI, M. L. M. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 107-115, 2000.

BOSI, M. L. M, *et al.* Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **J Bras Psiquiatr**, n.55, v.2, p.108-113, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. Resolução N. 196/96. Decreto N. 93.9333 de janeiro de 1987. **Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. *Bioética*, v.4, n.2, supl. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 210 p., 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** .Brasília: da Saúde, 2006 b. 108 p. (cadernos de atenção básica, n. 12).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Promoção da alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade** Anelise Rizzolo de Oliveira Pinheiro, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 183 p.

CAMPOS, L. de A., LEITE A. J. M., ALMEIDA P. C. de. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n. 5, p.531-538, set./out., 2006.

CAMPOS, C.C. da C. **Corpo-Mídia ou Corpo-Suporte?** – representações do signo corpo em publicidades de perfumes. Dissertação de mestrado da Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação da Universidade Estadual Paulista, Bauru,145p. 2005.

CAHNMAN, W.J. The Stigma of obesity. **Sociological Quarterly**, v.9, n.3. p.283-299, 1968.

CANTEIRO, E. E. L. (2003), **Evolução da mortalidade infantil e práticas associadas ao primeiro ano de Vida** - Um estudo no território de Vizela, Dissertação de Mestrado em História das Populações, Universidade do Minho, 207 p, 2003.

CARDOSO,A.J.M. ; COSTA T.A.T. O "peso da moda": A relação e o envolvimento das mulheres obesas com o vestuário e a moda . **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. Porto, n. 4 p.54-67, 2007

CARNEIRO, H. **Comida e Sociedade**: Uma história da alimentação. Rio de Janeiro, Ed Elsevier, 2003. 185p.

CARR, D. & FRIEDMAN, M. A. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. **Journal of Health and Social Behavior**, n.46, p.244-259.,2005

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

CHAUÍ, M. Convite à Filosofia. In CHAUÍ, M. Percepção, unidade 5, capítulo 2. p.132-133. São Paulo, Ed. Ática, 2005.

COHEN, R.; CUNHA, M. R. **A Obesidade** . São Paulo, Publifolha , 2004.

CORREIA, S.K.B.; DEL PRETTE, Z.A. P ; DEL PRETTE, A. **Psico-USF**, v. 9, n. 2, p. 201-210, Jul./Dez. 2004

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. BOSI, M.L.M. , MERCADO, F.J. (ORG). 608p. editora vozes, cap 2, 2004.

ESCODA, M. S. Q. Política social e de nutrição; In: Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais: A Determinação Social da Fome e a Intervenção do Estado, Cap. III (mimeo). UFRN, 1989. Revisão 8/2000.

ESPÓSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa**: modalidade fenomenológica-hermenêutica. Relato de uma pesquisa. In BICUDO, M. A. V. & ESPÓSITO, V. H. C. (org.) *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. 2ª ed. Revisada - Piracicaba: Ed. Unimep, 1997.

FALEIROS, V.P. A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais. 7.ed. São Paulo: Cortez; 1995.

FELIPPE, F.; SANTOS, A. M dos. Novas demandas profissionais: obesidade em foco. **Rev. da ADPPUC**, Porto Alegre, n. 5, p. 63-70, dez. 2004.

FERNANDES A.M. dos S.; LEME, L.C. P.; YAMADA, E.M.; SOLLERO, C. de A. Avaliação do índice de massa corpórea em mulheres atendidas em ambulatório geral de ginecologia. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, n.2, v. 27, p. 69-74, 2005.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In ALVES, P. C.; MINAYO, M.C. de S. (org). **Saúde e doença: um olhar antropológico**, cap 8, 1994. p. 101-111.

FERREIRA, V. A. Obesidade & Pobreza: o aparente paradoxo dissertação Mestre em Ciências na área de Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública, 138 p. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

FISCHLER, C. (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Trad. Mário Merlino. Barcelona: Anagrama. Paris, 1990.

FLANDRI, Jean-Louis; MONTANARI, Massimo In: **História da Alimentação** segunda parte – O mundo clássico. Pag 108.

FRASER, M. T. D e GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia. **Revista de Psicologia da Educação da USP** Ribeirão Preto, v.14, n.28, p.139-152, março, 2004

FREITAS, Maria do C. S. de,. Educação nutricional: aspectos sócio-culturais. Revista de Nutrição, Campinas, v. 10, n.1, p. 45-49, jan./jun. 1997.

GALLEGO, J.C. observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación Rev. Esp. Salud Publica , Madrid, v. 76, n. 5,p. 409-422, sep./-oct, 2002 .

GALLO, M.F; GRIMES D.A; SCHULZ K.F; HELMERHORST, F.M. Combination estrogen-progestin contraceptives and body weight: systematic review of randomized controlled trials. **Obstet Gynecol**. n.2, v.103, p.359-73, feb. 2004

GASKELL, G.: Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, Martin & Gaskell, George: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis: Vozes, p. 64-89. 2003

GODOY, G; BOSI, M.L.M Entre o mito e a ciência: ocorrência de gravidez não planejada a partir do discurso de mulheres usuárias da rede pública In **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. BOSI, M.L.M. , MERCADO, F.J. (ORG). 608p. editora vozes, cap 6, 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GASPAR, F.M.P **Obesidade e Trabalho**: histórias de preconceito e reconhecimento vividas por trabalhadores obesos.1ª Ed. São Paulo, Vetor, 2003. 136p.

GONÇALVES, C. A. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero Mnome – **Revista Virtual de Humanidades**, v. 5, n. 11, jul./set., 2004.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) Coordenação de índices de preços. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 80p, 2004a.

JORDÃO, I.S. C.; KAC, G.. Determinantes da retenção de peso pós-parto segundo a cor da pele em mulheres do Rio de Janeiro Revista Panamericana de Salud Pública, Brasil, v.18, n.6, p. 403-411. 2005.

KAC, G, et al. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **Am. J. Clin Nutr**, v. 3, n.79, p.487-493, mar., 2004.

KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. , COELHO, M. A. S. C.,. Secular trend in age at menarche for women born between 1920 and 1979 in Rio de Janeiro, Brazil. **Annals of Human Biology**, n.27, p.423- 428. 2000.

_____. Factors associated with abdominal obesity among childbearing-age women. *Rev Saude Publica* v. 35, n.1, p.46-51. 2001.

KAC, G.,VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G., VALENTE J. G.. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.19, p.S111-S118, 2003.

KANDEL, Liliane. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In THIOLENT, Michel J. M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. Texto 3. 2. ed. São Paulo: Ed. Polis, 1981. p. 169-189.

KOMESAROFF, P., Being 'Fat' in Today's World: A Qualitative Study of the Lived Experiences of People with Obesity. **Ctr for Ethics in Med Society**, 2008

LAQUATRA, I. . Nutrição para o controle de peso. In: MAHAN, K. , ESCOTT-STUMP,S. Krause- alimentos, nutrição & dietoterapia , 11 ed. São Paulo: Roca, 2005.p. 534-565.

LEÃO,M.M.; CASTRO, I.R.R. de. In KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P.(ORG) **Epidemiologia Nutricional** Editora Fiocruz/ Atheneu,Rio de Janeiro, pag. 519-541, 2007

LEWIS, Stephen T. & PUYMHROECK, Marieke Van. Obesity-Stigma as a Multifaceted Constraint to Leisure. **Journal of Leisure Research**. v. 40, n. 4, pp. 574-588, 2008.

LIMA,E.da S.; OLIVEIRA, C.S. ; GOMES, M. do C. R. Educação nutricional: da ignorância alimentar a representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro (1980-98). **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p.603-635, maio/ago. 2003.

LOTTENBERG, S.A. In: MAGNONI,D.,CUKIER, C., Perguntas e respostas em nutrição clínica –. São Paulo: Roca. 2001. p. 296-306.

_____. Tratamento dietético da obesidade. **Einstein**, São Paulo, v.4, p.S23-S28, 2006.

MAFFESOLI, L. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

MAHAN,L.K & ESCOTT-STUMP,S. Controle de peso. In __. Alimentos, nutrição & dietoterapia;10 ed. São Paulo: Roca , 2002.

MANCINI, ; HALPERN Tratamento Farmacológico da Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v.46, n.5, out, 2002.

MARIATH, A. B. *et al* . Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 897-905, abr. , 2007.

MATTOS, R.S. Nasci de novo: Sobrevivendo ao estigma da gordura – um estudo de caso sobre obesidade. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 248p, 2008

MINAYO, M.C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In MINAYO M.C de S & DESLANDES S.F (organizadoras). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2002. p. 83-107.

MONDINI, L., MONTEIRO,C. A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. **Rev. Bras. Epidemiol**. Vol. 1, Nº 1, p28-39 , 1998.

MONTEIRO, et al. M. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. p.247-255, 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

MONTEIRO, C.A, MONDINI L, COSTA R. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev. Saúde Pública**. v. 34, p. 251-8. 2000.

MOURA, E.C. *et al.* Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006) **Rev. bras. epidemiol**; v.11, supl.1, p.20-37, maio, 2008.

NATANSOHN, L. G. O corpo feminino como objeto médico e "mediático". **Rev. Estud. Fem.** v. 13, n. 2, Florianópolis Maio/Ago, 2005.

NOVAES, J. V.; VILHENA J. de , De cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra

OLIVEIRA, S.P. de & THÉBAUD-MONY, M. Hábitos e práticas alimentares em três localidades da cidade de São Paulo (Brasil). **Rev. de Nutr** , Campinas, v. 1, n.11, p. 37-50, jan/jun., 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- BRASIL. 2003. Disponível em: <<http://opas.org.br/nutrição>>. Acesso em: abril/ 2006.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE e OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 2003. Relatório conjunto dos especialistas da OMS/FAO em dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas. Disponível em <<http://www.paho.org/Portuguese/HCP/HCV/rimsa13-20-p.pdf>> acesso em: março/2007.

PEREIRA, W.D. **Corpo e significado: percepções de portadores de diabetes mellitus tipo 2** dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. 154p

PINHEIRO, A.R. de O.; FREITAS, S. F. T. de; CORSO .Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.17, n.4, p.523-533, out./dez., 2004.

PINTO, M. S.. Elas têm fome de quê? Obesidade em mulheres da comunidade da Expectativa Sobral - CE. . 56 f. Monografia (Especialização com caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral, 2007.

POPKIN B.M.; DOAK C.M. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. **Nutr Rev** . n.56, p.106-114., 1998.

POPKIN, B. M., The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal of Nutrition*, n.131 p.871S-873S, 2001.

RANG.H.P *et al.* In: *Farmacologia*. Capítulo 26: Obesidade. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2004. p. 450-461.

RITO, R. V. V. F. **Obesidade e gravidez**: mulheres obesas e seus hábitos alimentares durante a gravidez. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ROMANELLI, G. o significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Simpósio: transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas* v. 3, n 39, p. 333-9, jul./set. capítulo 3, Ribeirão Preto, São Paulo, 2006

ROSENBERG, M. Weight change with oral contraceptive use and during the menstrual cycle: results of daily measurements. **Conception**. n.6, v. 58, p.345-349, dec.,1998

SAMPAIO, H. A. de C. Nutrição e Obesidade. In: H.A.de C.SAMPAIO ; M. O. D. SABRY **Nutrição em doenças crônicas prevenção e controle**. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 4 , p. 67-88

SANTOS, C.R.A dos . A alimentação e seu lugar na história: Os tempos da memória gustativa. *História: Questões & Debates*, Curitiba, n. 42, p. 11-31, 2005a.

SANTOS, L.A. da S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.** Campinas, v.18, n.5, Sept./Oct. 2005

SAWAYA A. L. *et al* . Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Estud. Av.**, v. 48, n.17, p. 21-44, maio/ago., 2003.

SERRA, G.M.A, SANTOS, E.M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Rev C S Col** , Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.691-701, 2003.

SOBAL, J. Obesity and socioeconomic status – a framework for examining relationship between physical and social variables. **Medical Anthropology**, v.13, n.3, p. 231-247. 1991.

SILVA, D. O. e. O fiel da balança na história do corpo obeso de mulheres de baixa renda - Manguinhos, Rio de Janeiro. , Rio de Janeiro; s.n; 1995. 122 p. dissertação de mestrado Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre

SILVA, A. C. da. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estud. av.**, São Paulo, v. 9, n. 23, Apr. 1995 .

SMEETS, Monique A.M et al. **journal of psychosomatic Research** , n.5 v. 46, p.465-477, 1999.

SOUZA, S.M.A. O *et. al.* Obesidade e Cirurgia Bariátrica: significados para o ex-obeso. Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Maranhão, São Luís, 2005

ST-ONGE, M., KELLER, K. L., HEYMSFIELD S. B. Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights.

STUART, M.E. An analysis of the concept of family. In WALL, A.L.;FAWCETT, E. **Family theory development in nursing**: state of science and art. Philadelphia, Davis, p.31-42. 1991

SWINBURN B. *et al.* Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Public Health Nutrition. v. 7, n. 1, p. 123-146 , feb., 2004.

TEIXEIRA, M.J. Fome de Vida: Vivências e Percepções de Mulheres Obesas Portadoras do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 160p. 2003.

THORBURN, A.W. Prevalence of obesity in Australia. **obesity rev**, v.6, n 3, p. 187-189, aug., 2005

TONIAL, S.R., **Desnutrição e Obesidade**: Faces da Desigualdade Social no Acesso aos Alimentos e nas Representações do Corpo. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Publica. Fundação Oswaldo Cruz. 2001.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M.L.M Programas de comercialização de alimentos: uma análise das modalidades de intervenção em ninterface com a cidadania **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 4, n.16, p.387-397, out./dez., 2003

VASCONCELOS, N.; SUDO, I.; SUDO, N.. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia **revista mal-estar e subjetividade**, Fortaleza , v.4, n. 1, p. 65 – 93, mar., 2004

VASCONCELOS , V.L, SILVA G. A. P . Prevalências de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos, no Nordeste do Brasil, 1980-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, v 5,pg 1445-1451, set-out, 2003

VASCONCELOS, F. A. G. Fighting hunger in Brazil: a historical analysis from Presidents Vargas to Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 439-457, 2005

WANNMACHER, Lenita. *Uso racional de medicamentos - Obesidade: evidências e fantasias* fev.2004.Disponível em: <<http://opas.org.br/medicamentos>>. Acesso em: 19 mar. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 1990. (WHO Technical Report Series 797).

_____. Obesity – preventing and managing the global epidemic. Geneva; 3-5 June, 1997. WHO. Geneva, 1998.

_____. Obesity and overweight. Global strategy on diet, physical activity and health. 2003.

ZANELLA, M.T. In CLAUDINO, A.M; ZANELLA, M.T. - **Guias de transtornos alimentares e obesidade** cap. 26, p.235-242, São Paulo, Manole, 2005.

ZOTTIS, C. & LABRONICI, L. M. **O corpo obeso e a percepção de si**, monografia apresentada a Universidade Federal do Paraná, curso de enfermagem, 2003

APÊNDICES

APÊNDICE I : Roteiro da Entrevista**Dados Gerais:**

Nome:

Naturalidade:

Estado Civil:

Peso:

IMC:

Cor:

Ocupação:

Numero de filhos

Altura:

Idade:

Escolaridade:

Renda familiar

Perguntas Norteadoras da Investigação:

- 1) Percepção do corpo ;
- 2) Etiologia da obesidade na perspectiva das mulheres;
- 3) Conseqüências para a vida;

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Soraia Pinto aluna do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Muito mais do que Pe(n)sam : percepções de usuárias com obesidade de um Centro de Saúde da Família do município de Fortaleza – Ceará.**” sob a orientação da profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

Com este trabalho pretendemos observar o que as mulheres pensam sobre obesidade bem como suas possíveis interferências na vida das pessoas afetadas por este tipo de agravo na população estudada. Para tanto, realizaremos a verificação de seu estado nutricional com utilização do peso e altura em dados colhidos nos prontuários, bem como estaremos realizando uma entrevista individual. Gostaria de acrescentar que não será necessário nos encontrarmos em outro ambiente que não sua casa ou o centro de saúde da família e não haverá nenhum gasto extra. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio da entrevista que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade da pesquisadora, respeitando todos os preceitos éticos, garantindo sigilo absoluto e anonimato quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Informo também que a Sra. tem o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar a pesquisadora sua desistência. O participante poderá entrar em contato com a pesquisadora, Maria Soraia Pinto, pelo telefone: (85) 3463-9607, caso necessário.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza-Ce, ____/____/____.

(Assinatura ou digital) da voluntária do estudo	Maria Soraia Pinto (Responsável pelo estudo)

ANEXOS

ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 667/08

Fortaleza, 07 de novembro de 2008

Protocolo COMEPE n° 217/ 08

Pesquisador responsável: Maria Sorai a Pinto

Dept°./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/ UFC

Título do Projeto: "Muito mais do que pensam: percepções e experiências de usuárias com obesidade de um Centro de Saúde da Família do Município de Fortaleza-CE"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 06 de novembro de 2008.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC