



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FLÁVIA MARIA ARAUJO

**RELAÇÃO INDIVÍDUO-CORPO NA OBESIDADE:
ANÁLISE SOB O OLHAR DE MERLEAU-PONTY**

Londrina
2016

FLÁVIA MARIA ARAUJO

**RELAÇÃO INDIVÍDUO-CORPO NA OBESIDADE:
ANÁLISE SOB O OLHAR DE MERLEAU-PONTY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia
Garanhanhi.

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas

Araujo, Flávia Maria .

Relação indivíduo-corpo na obesidade : análise sob o olhar de Merleau-Ponty / Flávia Maria Araujo. - Londrina, 2016.
153 f.

Orientador: Mara Lúcia Garanhani.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

Inclui bibliografia.

1. corpo - Teses. 2. obesidade - Teses. 3. fenomenologia - Teses. 4. Maurice Merleau-Ponty - Teses. I. Garanhani, Mara Lúcia . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

FLÁVIA MARIA ARAUJO

**RELAÇÃO INDIVÍDUO-CORPO NA OBESIDADE:
ANÁLISE SOB O OLHAR DE MERLEAU-PONTY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Lucia Cecilia da Silva
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Dr. Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 25 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

À MINHA FAMÍLIA PELO AMOR E APOIO INCONDICIONAIS EM TODOS OS
MOMENTOS DA MINHA VIDA.

AO MEU NAMORADO DOUGLAS, PELA PACIÊNCIA DURANTE O
PROCESSO DE ESCRITA, PELAS CONVERSAS INSPIRADORAS E APOIO
INTELECUTAL E EMOCIONAL.

À MINHA QUERIDA ORIENTADORA PRF^a DR^a MARA LÚCIA GARANHANI,
PELOS PRECIOSOS DIRECIONAMENTOS FEITOS DE MANEIRA SEMPRE
ACOLHEDORA E ESCLARECEDORA.

AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA QUE TÃO GENEROSAMENTE
PERMITIRAM QUE EU OLHASSE PARA SUAS VIDAS.

AOS COLEGAS DA PÓS-GRADUAÇÃO, PELO COMPANHEIRISMO E
COMPARTILHAMENTO DAS ANGÚSTIAS E DAS ALEGRIAS DO PROCESSO.

À BANCA EXAMINADORA, DA QUALIFICAÇÃO E DEFESA PELA
DISPONIBILIDADE EM CONTRIBUIR PARA O APROFUNDAMENTO DESTES
TRABALHO.

À COORDENADORIA DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL
SUPERIOR (CAPES) PELA CONCESSÃO DA BOLSA DE ESTUDO.

AO PESSOAL DO GRUPO DE ESTUDOS EM FENOMENOLOGIA, BETO,
ANINHA, LUCIMAR E MARA PELAS TROCAS DE CONHECIMENTO.

A TODOS QUE COLABORARAM DIRETA OU INDIRETAMENTE
MUITO OBRIGADA!

“O Indivíduo fala com o corpo, e com ele se defende.

Com o corpo, ele obtém atenção e cuidados.

Com o corpo, ele exprime seus desejos e fantasias.

Com o corpo, ele enfrenta as situações estressantes.

Com o corpo, também ele se recrimina, ele se culpa”.

Eugênio Paes Campos, 2000.

ARAUJO, Flávia Maria. **Relação indivíduo-corpo na obesidade: análise sob o olhar de Merleau-Ponty**. 2016. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

A obesidade é uma questão de saúde pública no mundo. É um fenômeno que gera complicações, tanto em nível coletivo como individual. A vivência do fenômeno “ser obeso” vem acompanhada de dificuldades nas atividades cotidianas e sentimentos como ansiedade, culpa, tristeza etc. É considerada fator de risco para diabetes mellitus, hipertensão, câncer, entre outras. Tem uma complexa trama de fatores como etiologia, variando entre fatores: genéticos, estilo de vida, questões psíquicas, sociais, culturais e econômicas, além de impactar a forma corporal. A respeito da temática corpo, temos a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty que coloca o corpo em um papel central. Para ele, por meio do corpo o indivíduo existe e se coloca no mundo, com o corpo ele tem sensações e percepções acerca de si mesmo e do mundo. Não é simplesmente o corpo biológico, tem mais de uma expressão, carrega significados e valores individuais e culturais. Cada pessoa vive e sente seu corpo a sua maneira, formando assim seu “corpo vivido”, também agrupa valores e significados no corpo, constituindo assim seu “corpo próprio”. Refletindo sobre a fenomenologia de Merleau-Ponty e obesidade, interrogamos: Qual é o lugar que pessoas obesas dão a seu corpo? Como se relacionam com ele? Assim, o objetivo desta pesquisa foi compreender como indivíduos obesos se relacionam com o seu próprio corpo. Realizada pesquisa qualitativa, analítica e reflexiva, de abordagem fenomenológica. Fizemos entrevistas com cinco mulheres e sete homens, obesos de grau I e II, provenientes do projeto VigiCardio, desenvolvido dentro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL. Realizamos análise de discurso, individualmente e, depois, coletivamente. Construímos três categorias: 1- Corpo obeso como algo não refletido: aborda o momento em que as pessoas não refletem sobre o próprio corpo e não acompanham as mudanças que as tornaram obesas. Foi perpassado por sentimentos como invulnerabilidade, ansiedade e revolta. 2- Corpo obeso como corpo obeso: mostra o momento em que a consciência se volta ao corpo, e as pessoas passam a viver como obesas. Revelou sentimentos como vergonha, tristeza e desânimo. 3- Corpo obeso como potencialidade de cuidados: evidencia as diferentes maneiras de executar ações para a melhora das condições de seu corpo, e também a possibilidade de não fazê-lo. Apesar de muito sofrimento, as pessoas obesas tiveram experiências de superação no momento do cuidado, como controle de doenças associadas, ou pelo simples fato de continuar vivendo com o corpo que tem. Nossas reflexões finais apontam para: forma de vida atual desfavorece o cuidado com o corpo, há dificuldade de várias ordens para o cuidado, mesmo com dificuldades as pessoas continuam tentando cuidar-se e perder peso. Alterar a forma do corpo interfere na identidade, pois a obesidade está próxima a fatos marcantes que geram sofrimento. Para os profissionais de saúde, o desafio é oferecer tratamento sem desprezar a subjetividade das pessoas obesas.

Palavras-chave: Corpo. Obesidade. Fenomenologia. Maurice Merleau-Ponty.

ARAUJO, Flávia Maria. **The relationship between obese pacientes and their own body: analysis by the theory of Merleau-Ponty**. 2016. 153 f. Dissertation (Master's Degree Dissertation) – State University of Londrina, Londrina. 2016.

ABSTRACT

Obesity is a public health issue in the world. It is a phenomenon that generates complications, both collective and individual levels. The experience of the phenomenon "being overweight" is accompanied by difficulties in daily activities and feelings such as anxiety, prejudice, guilt, sadness, etc. It is considered a risk factor for diabetes mellitus, hypertension, cancer, among others. It has a complex web of factors on etiology, ranging from factors: genetics, lifestyle, psychological, social, cultural and economic issues, as well as impact the body shape. Regarding the body theme we have phenomenology of Maurice Merleau-Ponty, which puts the body in a central role. For him, in his body the individual exists and take placed in the world, with the body he has feelings and perceptions about himself and the world. It is not simply the biological body, has more than one expression carries meanings and individual and cultural values. Each person lives and feel your body your way thus forming their "lived body", also groups values and meanings in the body, thus constituting his "own body". Reflecting on the phenomenology of Merleau-Ponty and obesity, we question: What is the place that obese people give their own body? How they relate to it? The objective of this research was to understand how obese individuals relates to their own body. Conducted reflective analytical qualitative study of phenomenological approach. We interviewed 5 women and 7 men, obese grade I and II, from the VigiCardio project, developed within the Graduate Diploma in Public Health, UEL Program. We conducted discourse analysis, individually and then collectively. Built three categories: 1- Obese body as something not reflected: covers the time when people do not reflect on their own body and not accompany the changes that become obese. It was crossed by feelings of invulnerability, anxiety and anger. 2-Obese body as obese body: shows the moment the consciousness back to the body and people start to live as obese. Revealed feelings like shame, sadness, discouragement. 3- Obese body as potential care: highlights the different ways to implement actions to improve the conditions of your body, and also the possibility of not doing it. Although much suffering, obese people had overcome experiences at the time of care, such as control of associated diseases, or simply by continuing to live with the body they have. Our final reflections point to: current form of life discourages the care of the body, it is difficult to several orders for care, even with difficulties people still trying to look up and lose weight. Change the shape of the body interferes with identity, obesity was next important events that generate suffering. For health professionals the challenge is to offer treatment without neglecting the subjectivity of obese people.

Keywords: Body. Obesity. Phenomenology. Maurice Merleau-Ponty.

LISTA DE ABREVIATURAS

MS	Ministério da Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico
OMS	Organização Mundial de Saúde
VigiCardio	Projeto Doenças Cardiovasculares no Paraná
IMC	Índice de Massa Corporal
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
DCNT	Doenças Crônicas Não- Transmissíveis
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
ONG	Organização Não – Governamental
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIH	Nacional Institutes of Health
AVD	Atividades da Vida Diária

Sumário

1-O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA	10
2-INTRODUÇÃO	14
3-PERSPECTIVA TEÓRICA: a obesidade e o corpo obeso	20
3.1- O QUE É OBESIDADE E COMO ELA ESTÁ ATUALMENTE?	20
3.2- ALGUMAS REPERCUSSÕES DA OBESIDADE	27
3.3-POLÍTICAS PÚBLICAS QUE CONTRIBUEM PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE	31
4- APROXIMANDO-SE DA CONCEPÇÃO DE CORPO EM MERLEAU-PONTY	40
4.1 - FENOMENOLOGIA, BREVE INTRODUÇÃO	40
4.2 - MAURICE MERLEAU-PONTY PESSOA, BREVE BIOGRAFIA	43
4.3-MAURICE MERLEAU-PONTY FILÓSOFO, ALGUNS CONCEITOS	45
5- O CAMINHO DO MÉTODO	56
5.1 - TIPO DE PESQUISA.....	56
5.2- LOCAL DA PESQUISA	57
5.3 - PARTICIPANTES DA PESQUISA	57
5.4- PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	58
5.5 - ASPECTOS ÉTICOS	63
6-PERCEPÇÕES DO CORPO OBESO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE	66
6.1 - APRESENTANDO OS INFORMANTES DA PESQUISA	67
6.2 - PERCEPÇÕES DO CORPO OBESO DESVELADAS	72
6.2.1- CORPO OBESO COMO ALGO NÃO REFLETIDO.....	73
6.2.2 - CORPO OBESO COMO CORPO OBESO	85
6.2.3 - CORPO OBESO COMO POTENCIALIDADE DE CUIDADO.....	99
7- ALGUNS APONTAMENTOS FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICES	147
Apêndice A- Roteiro completo para a entrevista	147
Apêndice B- Termo de consentimento livre e esclarecido	148
ANEXOS	150
Anexo A- Aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa	150
Anexo B-Aprovação do VigiCardio pelo comitê de ética em pesquisa	153



O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

1- O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

Terminei minha graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, em 2010, desde que era acadêmica participava de projetos vinculando psicologia e a área da saúde. Iniciei com atendimento em psicologia hospitalar no Hospital Universitário de Maringá. Creio que entrei no projeto pela curiosidade da especificidade da psicologia dentro de um hospital. Quando descobri que tal prática existia, despertou em mim muita curiosidade, pois até então o único contato que tive com instituições de saúde era como paciente ou acompanhante, e em nenhuma dessas situações havia visto um psicólogo atuando nesses locais. Pensava: o que é que vou fazer lá dentro? Bem, resolvi me candidatar e ir ver o que acontecia..... Resultado, gostei muito da prática e percebi que conseguia “sobreviver” dentro da instituição, de fama tão cruel e esmagadora.

A partir deste momento comecei a pensar porque me interessava tanto pela prática em instituições de saúde. Meus professores diziam que cada profissional vai para a prática com que tem maior identificação e isso fazia todo sentido, pois sempre pensava muito em minha própria saúde, meu corpo, observava os sinais que ele me apontava, sempre tive uma relação bastante próxima com ele. Creio que sempre ele falou comigo também. Se algo não ia bem logo aparecia uma dor de cabeça ou de barriga! Pode parecer um tanto esquizofrênico pensar o corpo dessa maneira, como se fosse um ente separado do resto de meu ser, e de fato ele não é, mas creio que por vezes é assim que nos vemos, mente e corpo separados, mas sabemos que não estão, tanto que os estados de um refletem ao outro, estão intimamente conectados.

Depois da graduação, fui especializar-me em psicologia hospitalar no Hospital de Clínicas, em São Paulo. Lá tínhamos algumas aulas de saúde pública, de Sistema Único de Saúde (SUS), e desse modo consegui ampliar, um pouco, minha visão sobre o sistema de saúde no Brasil e os objetivos dele. Percebi que podia atuar em vários níveis de complexidade. Durante minha especialização, e também na graduação, uma das reclamações que mais ouvia dos profissionais com quem tinha contato era a tal da “falta de adesão ao tratamento”, também muitos pedidos para que eu magicamente convencesse os pacientes a fazerem o que a equipe determinava como sendo o “melhor” para a saúde deles.

Isso me intrigava bastante, entre conflitos em defender a autonomia do paciente e negociar com a equipe, pensava muito sobre os motivos de uma pessoa se recusar a realizar um tratamento que “salvaria” sua vida. Alguns eu podia compreender facilmente, outros se mostravam tão subjetivos, específicos do sujeito que havia apenas de aceitar.

Em uma das aulas fiquei chocada quando um professor de saúde pública nos disse que as doenças crônicas são as que mais matam no Brasil e no mundo, mais do que o câncer (embora possa ser considerado crônico), cigarro, álcool, e causas externas. Eu tinha a falsa impressão de que essas outras, por serem consideradas como tragédias ou politicamente incorretas matariam mais. Aprendi também que as causas de doenças crônicas estavam relacionadas com os hábitos de vida e fiquei mais espantada ainda. Com isso ele nos explicou o foco em prevenção e hábitos saudáveis que o sistema tenta promover e eu pude entender melhor.

Mas quanto aos meus “espantamentos”, sempre soube que algumas formas de se levar a vida poderiam levar a doenças. Quando tomei contato com os números eu pude ter a dimensão da situação. Pensava, como isso acontece, se todo mundo, ou quase todo mundo sabe disso? Terminei a especialização e permaneci com várias indagações.....

Algum tempo depois surgiu a vontade de fazer mestrado e conheci o programa de saúde coletiva. Precisaria de um tema a pesquisar.....lembrei-me da reclamação da falta de adesão ao tratamento. Sim, poderia ser um bom tema, mas eu queria ir um pouco mais a fundo, pensava porque não aderem? Lembrei-me de todo meu “espantamento” com as doenças crônicas e pensei: o que faz com que as pessoas tenham hábitos que podem adoecê-las? Será que não tem a dimensão de que tem apenas um corpo? O que pensam sobre o corpo, como sentem esse corpo? E então, pude ir lapidando minha questão, e escolher uma região de inquérito específica dentro de uma condição crônica até chegar ao que apresento hoje: Qual é a relação do indivíduo obeso com seu próprio corpo?

A partir destas reflexões eu precisava de um referencial teórico que abordasse o tema de forma profunda, para que eu pudesse ampliar a compreensão da questão. Fui então em busca dele..... fiz algumas pesquisas e conheci a fenomenologia de Merleau-Ponty. Foi algo novo em minha vida acadêmica. Até

aquele momento não havia tido contato com ele, mas sentia-me bastante próxima dos textos que li tanto pela forma com que ele situa o corpo dentro da existência do indivíduo, como pela ênfase ao papel dela. As sensações e momentos vividos por meio do corpo, mesmo aquilo que é da ordem da emoção é sentido no corpo. Isso foi ao encontro de alguns anseios que tinha em relação à temática. Encontrei nele as palavras de algo que eu sentia mas não conseguia traduzir. Desde então, venho tentando me apropriar do pensamento de Merleau-Ponty. Foi por meio deste referencial que pude ampliar minha compreensão da temática do corpo e da obesidade.



INTRODUÇÃO

2- INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição de saúde que vem mostrando dados expressivos quanto ao número de pessoas que acomete. Segundo Gomes et al. (2010), existem no mundo 1,1 bilhão de pessoas obesas. No Brasil, o sobrepeso afeta 41,1% dos homens e 40% das mulheres, dentre os quais 12,5% dos homens são obesos e 16,9% das mulheres. A obesidade é considerada o fator de risco à saúde mais presente nos países em desenvolvimento e industrializados, por isso é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, uma epidemia global (PÊGO-FERNANDES et al., 2011; GOMES et al. 2010, LESSA 2004).

Na última edição da Pesquisa Vigitel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, realizada pelo Ministério da Saúde - MS, podemos encontrar alguns dados sobre a obesidade no Brasil. No conjunto das cidades incluídas na pesquisa, houve 17,9% de adultos obesos, sem considerar as diferenças entre os sexos (BRASIL, 2015).

Uma das grandes preocupações acerca da obesidade é o fato de ela estar associada a alguns fatores de risco para várias doenças, como cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, alguns tipos de câncer além de ser fator de risco independente para doença arterial coronariana (GOMES et al., 2010).

No que tange às causas da obesidade, há uma complexa rede de fatores na base de sua etiologia, fatores biológicos, psicológicos e sociais. O modo de vida e o avanço tecnológico foram capazes de contornar muitos problemas de saúde que afligiam a humanidade, entretanto geraram outros novos, que até o momento ainda permanecem sem solução. A cultura e o modo de vida contribuem para a manutenção da obesidade.

O excesso e a má distribuição populacional, o ruído, o calor das grandes cidades, a dificuldade de fazer uma simples marcha a pé, a quase ausência de áreas para o exercício esportivo, a angústia constante da persecução do tempo, já atingiram níveis cuja gravidade ainda mal aquilatamos. (MANCINI, 2001, p. 421)

Na atualidade, as demandas ocupam quase toda a energia das pessoas, como trabalho, produção, controle de tempo, etc. O ritmo de vida acelerado faz com que as pessoas tenham seu foco em outras áreas da vida que não o corpo e a saúde. O pouco tempo livre para o cuidado de si mesmo, a oferta de alimentos muito processados e a escassez de espaços públicos para prática de atividade física deixam

poucas brechas para que possamos cultivar qualidade de vida, o que contribui para o aumento da obesidade. Entre outras denominações, ela também pode ser considerada um produto da sociedade moderna (MANCINI, 2001).

Em que pese os fatores psíquicos, a obesidade está, frequentemente, acompanhada de sofrimento e sintomas como ansiedade e depressão, embora não seja um transtorno psiquiátrico. Um dos olhares que pode ser colocado, quanto a sua origem, é entendê-la como o resultado de um conflito psicológico, como a manifestação somática desse conflito. Uma personalidade com dificuldades em lidar com alguns conflitos compensaria essa situação com a hiperfagia. “A obesidade destaca como a relação do obeso com seu corpo está para além da noção de um corpo biológico” (BERG, 2011, p. 185). Um indivíduo obeso pode ter vários sintomas psicológicos que trazem muito sofrimento, afetando sua qualidade de vida. A autoimagem frequentemente se torna negativa, ocorrem dificuldades de relacionamento familiar e conjugal, além de culpa, vergonha, baixa autoestima, angústia e tristeza (COSTA et al., 2012).

Como já demonstrado pela literatura, a obesidade tem uma ampla gama de fatores em sua origem (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; PINHO et al., 2012; LÓPEZ et al., 2014), entre eles encontramos hábitos: alimentares, familiares, individuais, culturais, etc. Em se falando de hábitos, pensamos em ações que se repetem diariamente ou frequentemente. Essas ações rotineiras podem ou não causar danos. A obesidade e o sobrepeso têm aumentado na realidade da população brasileira, indicando que possivelmente existem alguns hábitos que prejudicam sua saúde. Isso nos faz pensar a respeito do quanto as pessoas têm consciência em relação a esses danos e ao próprio cuidado com o corpo.

Atualmente temos muitas informações disponíveis sobre corpo e saúde, como cuidar-se e manter-se saudável, também como perder peso (WANDERLEY; FERREIRA, 2010, LÓPEZ et al., 2014). Não desconsideramos a qualidade das informações, pois são muitos os meios pelos quais são veiculadas e nem todos têm compromisso científico ou ético. Mas o que queremos colocar é que a ação que cada pessoa tem sobre seu corpo está para além da informação. Ela é um dos componentes, mas não basta saber ou não saber o que pode causar danos para determinar a escolha de como o corpo vai ser tratado, pois, de modo geral, as pessoas têm esse conhecimento e, por vezes, continuam com hábitos que lhes prejudicam.

Então, questionamos: o que leva as pessoas a agirem dessa forma? O que, para além de saber ou não quais hábitos são considerados saudáveis, tem influência nas escolhas sobre o cuidado com o corpo? Qual é o lugar do corpo na vida das pessoas? Qual a relação de cada um com ele?

No que tange à temática do corpo, temos a reflexão de Maurice Merleau-Ponty. Para ele o corpo não é mero instrumento do sujeito, é parte integrante dele, é ativo, é sujeito e não objeto. É com o corpo que construímos o espaço em que vivemos, delimitado a partir de suas necessidades. “Só posso compreender a função do corpo vivo realizando-o eu mesmo e na medida que sou um corpo que se levanta em direção ao mundo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 114).

Segundo Merleau-Ponty (2011) há uma interação dialética entre corpo e mundo, só é possível conhecer e estar no mundo por meio do corpo e é no mundo que se toma consciência do corpo, por meio da interação entre eles. Podemos conhecer, interpretar e interagir com o ambiente a nossa volta por meio dos nossos sentidos e de motricidade¹. Merleau-Ponty fala de um conhecimento e expressão próprios do corpo, uma memória de movimentos e hábitos. Isso é comum a todo ser humano, mas o uso que cada um faz de suas potencialidades corporais nos diferencia e torna o corpo um “espaço de expressão” (GICOVATE, 2001, p. 19).

Por meio de hábitos, gestos, movimentos e fisionomias, as pessoas se comunicam e se tornam únicas, evidenciando um espaço de expressão da cultura e dos significados. Assim, podemos destacar que os hábitos em relação à saúde também constituem espaços de expressão da cultura e de significados. Hábitos e gestos têm significados. À medida que adquirimos um hábito, adquirimos significado, segundo Merleau-Ponty (2011). Com isso podemos refletir sobre os hábitos da população que colocam em risco seu próprio corpo e, conseqüentemente, sua vida e autonomia. Emerge desta forma a questão desta pesquisa: qual é a relação que os indivíduos obesos estabelecem com seu corpo?

No estudo de Nunes e Bittencourt (2013), uma das possibilidades que encontramos a respeito dos usos do corpo aparece quando se avalia a posição da pessoa em um mundo individualizado, onde ela se sente sozinha para sobreviver e manter-se, então o corpo precisa ser forte para isso. O mesmo estudo fala das relações sociais que envolvem opressão no trabalho, por exemplo. Frente a isso, o

¹ Motricidade: qualidade de força motriz. Motriz: diz-se de, ou coisa ou força que produz movimento.

corpo passa a ser depositário de frustrações, cria em tamanho o que falta em termos de relações interpessoais e de carências. O comer se torna um momento em que um descontrole é permitido, quando o indivíduo pode sair da situação de opressão e controle. Tudo isso acontece numa tentativa de compensação (NUNES; BITENCOURT, 2013).

Estudos apontam que indivíduos obesos, apesar de estarem informados sobre sua condição, não têm bons resultados com a perda de peso devido à baixa autoestima, pouco contato com seus próprios sentimentos e pouca profundidade em relação ao seu *corpo vivido*, como diz Merleau-Ponty, não há conexão entre o corpo real e o corpo vivido (OLIVEIRA et al., 2010). E se o corpo é um espaço de expressão do ser humano, o corpo do obeso pode ser expressão dessa dicotomia entre corpo real e o *corpo vivido*.

“As codificações do corpo expressam as codificações da sociedade” (LARA, 2011, p. 87). As atividades e os movimentos do corpo expressam a cultura e os códigos da sociedade em que se vive, apesar de serem considerados naturais. Lara (2011) ainda nos diz que o corpo representa muito de como determinada sociedade enxerga e vive suas relações, como conduz sua própria vida, e o corpo não é apenas um produto natural, ele reúne em si “os princípios normativos, a estrutura social, os signos que representam e identificam uma sociedade” (LARA, 2011, p. 90).

Como demonstram os dados apresentados anteriormente, a obesidade e sobrepeso têm aumentado consideravelmente, causam grande impacto na vida do indivíduo e constituem-se em fatores de risco para várias doenças, caracterizando-se como um problema de saúde coletiva. Desse modo, mostra-se a relevância do projeto para o campo, pois pode contribuir com reflexões que sirvam de apoio para uma melhor compreensão do sujeito com o seu corpo, com o cuidar de si. Somados a isto, sabemos que os hábitos constituem-se em uma área de estudo em que ainda cabem esforços para ampliar sua compreensão, pois as razões para que cada pessoa adote um hábito são complexas, multicausais e ainda não totalmente reveladas. Importante verificar a realidade das pessoas para observarmos o que na visão delas determinam suas condutas em relação às suas condições de saúde. É importante entender o lugar que o corpo tem na vida dessas pessoas, pois isso pode influenciar ou determinar práticas como atividade física e também a adesão ao tratamento. Este trabalho pode

contribuir para aperfeiçoar as formas de intervenção e prevenção à obesidade, na medida em que explore e descortine a relação do indivíduo com o próprio corpo.

Esta pesquisa se articula com um projeto maior desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina desde 2011, com parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé, o Vigicardio: Doenças Cardiovasculares no Paraná. O projeto tem como objetivos: analisar a tendência secular e a distribuição espacial das doenças cardiovasculares no Estado do Paraná; estimar o perfil de risco e a prevalência de doenças cardiovasculares; avaliar a relação entre doenças cardiovasculares e níveis de chumbo em sangue; estimar a prevalência e fatores associados à incapacidade funcional; analisar as condições de saúde bucal e a utilização de serviços de saúde; avaliar o acesso aos serviços de saúde e à terapia medicamentosa por pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes e; determinar os fatores relacionados à utilização e não adesão à terapia farmacológica em indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes.

O Projeto Vigicardio desenvolve estudos quantitativos epidemiológicos acerca das doenças cardiovasculares, procurando traçar um perfil epidemiológico para a população que se encontra em risco de desenvolver esse tipo de doença. Como elas vêm aumentando no mundo e se configuram como importante causa de morte, um dos intuitos do projeto é colaborar para melhor controle e elaboração de políticas públicas mais efetivas na prevenção e tratamento às doenças cardiovasculares.

Dentre os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares está a obesidade. Portanto, o presente trabalho se articula com o Vigicardio, trazendo uma perspectiva qualitativa para a questão da obesidade, com o intuito de aprofundar a compreensão sobre essa condição. Essa interface de olhares permite um maior avanço dentro do campo, uma vez que podemos conhecer o fenômeno por vários ângulos.

Assim, partindo do pressuposto de que a relação e o lugar do corpo podem influenciar os hábitos do indivíduo e expressam seus significados, propomos desenvolver esta pesquisa na área de saúde coletiva, com o objetivo de compreender como indivíduos obesos relacionam-se com o seu próprio corpo.

PERSPECTIVA
TEÓRICA: A
OBESIDADE E O
CORPO OBESO



3- PERSPECTIVA TEÓRICA: a obesidade e o corpo obeso

Este capítulo aborda o tema obesidade explicitando características, etiologia, repercussões e política públicas que contribuem para o cuidado do corpo.

3.1- O QUE É OBESIDADE E COMO ELA ESTÁ ATUALMENTE?

Observando o contexto mundial em relação à obesidade, podemos constatar que ela tem se difundido ao redor do planeta. Estima-se que, no ano de 2011, houve 1,6 bilhão de pessoas consideradas com sobrepeso no mundo, na faixa etária acima dos 15 anos, e 400 milhões de pessoas obesas. As estimativas para o ano de 2015 são de 2,3 bilhões de pessoas com sobrepeso e 700 milhões de obesos no mundo (PÊGO-FERNANDES et al., 2011). Alguns pesquisadores têm olhado para a obesidade como uma epidemia global (CONTALDO; PASANISI, 2004; DREWNOWSKI; PECTER, 2004; COSTA et al., 2012).

A obesidade e o sobrepeso vêm crescendo no Brasil desde a década de 70, no período entre 1975 e 1985, aumentou de 17 para 27% entre os homens e de 26 para 38% entre as mulheres (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, et al., 2004). A Pesquisa de Orçamentos Familiares-POF, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em parceria com o MS, nos anos de 2008-2009, apontou que cerca de metade da população brasileira tem sobrepeso, tanto homens quanto mulheres, que 12,5% dos homens brasileiros são obesos e 16,9% das mulheres (PÊGO-FERNANDES et al., 2011). Santos et al. (2014) apontam, a partir de dados do IBGE, que o número de pessoas com obesidade mórbida no país cresceu 400% na última década.

Apesar de apresentar um aspecto bastante característico, não basta apenas olhar para classificar alguém como obeso, a obesidade tem uma definição:

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, acarretando prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor. Além de se constituir enquanto fator de risco para enfermidades tais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II e alguns tipos de câncer. (WANDERLEY; FERREIRA, 2010, p. 186)

O diagnóstico para obesidade é tradicionalmente realizado por meio de parâmetros adotados pela OMS (Organização Mundial de Saúde), utilizando o Índice de Massa Corporal- IMC. Ele mede a proporção de massa corporal, dividindo-se o

peso em quilogramas pela altura elevada ao quadrado em metros (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Para que seja considerada dentro da faixa da normalidade uma pessoa deve ter o resultado de seu IMC entre 18,5 e 25 kg/m², segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica- ABESO (2009). Na faixa de 25,0 a 29,9 é considerado aumentado o risco de comorbidades, entre 30,0 e 34,9 o risco é moderado, de 35,0 a 39,9 é grave e acima de 40 é muito grave.

A obesidade apresenta alta morbidade, pois tem forte associação com outros quadros.

É uma patologia associada à hiperlipidemia e ao diabetes Mellitus tipo II, duas condições intimamente relacionadas com doenças cardiovasculares, que afetam grande contingente da população, além de também ser associada a fatores psicológicos, tais como depressão e stress aumentado, entre outros. (SAVAGE; ADES, 2006 apud COSTA et al., 2012, p. 510)

Também se apresenta como fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, como diabetes, câncer, infarto, doenças circulatórias e respiratórias crônicas, por isso torna-se importante observar informações e ações relacionadas às DCNTs.

No Brasil, tem-se realizado a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, iniciada em 2006 e realizada todos os anos desde então. Segundo os dados da edição de 2011, as DCNTs foram responsáveis por 72% das mortes no Brasil em 2007. No ano de 2006, quando a pesquisa teve sua primeira edição o índice foi de 62,8%. Em nível mundial, a Vigitel 2011 trouxe os dados da OMS apontando que 63% das 36 milhões de mortes ocorridas no mundo, em 2008, foram por DCNT, o que coloca as DCNTs também como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A edição da Vigitel do ano de 2014 mostra que as DCNTs no ano de 2011 foram responsáveis por 72,7% do total de mortes. Considerando as 27 cidades pesquisadas, os resultados mostraram frequência de 17,9% de adultos obesos, sem considerar a diferença entre sexos (BRASIL, 2015). A edição da Vigitel de 2011 apontou entre as 27 cidades pesquisadas, frequência de 15,8% de obesos (BRASIL, 2012, b), comparando com os dados da última edição, observamos que a obesidade segue como uma importante questão de saúde pública. A pesquisa ainda aponta como causa das DCNTs alguns dos hábitos de vida da população (BRASIL, 2012 b).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e a inatividade física. (OMS, 2011 apud BRASIL, 2012 b, p. 17)

A pesquisa Vigitel de 2011 apresentou alguns dados, como por exemplo: apenas 20,2% da população total estudada consome a quantidade de hortaliças e vegetais recomendado pela OMS, 14% da população apresenta total inatividade física, 27,1% assistem à televisão durante 3 ou mais horas por dia, 17% consumiram bebida alcóolica nos últimos 30 dias antes da data da entrevista. Quanto à hipertensão arterial, 22,7% das pessoas referiram diagnóstico prévio, o que piora com o aumento da idade, na faixa de 45 a 54 anos foi 35,3% e na faixa de 55 a 64 anos foi de 50,5%. No que tange ao excesso de peso, o resultado final da pesquisa em todas as cidades consultadas teve prevalência de 48,5% entre os homens e 44,7% entre as mulheres, no que tange à escolaridade, as mulheres de baixa escolaridade tinham mais excesso de peso e os homens de alta escolaridade. A pesquisa mostra que o excesso de peso e obesidade aumentou, no período de 2006-2011 nos homens e nas mulheres.

Os dados da edição de 2014 trazem: o consumo recomendado de frutas e hortaliças na população adulta estudada foi de 24,1%, quanto à inatividade física a pesquisa mostra 15,45% dos adultos fisicamente inativos, 25,3% assistem à televisão 3 ou mais horas por dia, 16,5% consumiram bebida alcoólica nos últimos 30 dias antes da pesquisa e 24,8% referiram diagnóstico prévio de hipertensão arterial.

Assim, a obesidade está disseminada, tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, atingindo *status* de epidemia global (LÓPEZ et al., 2014; CONTALDO; PASANISI, 2004; COSTA et al., 2012). No Brasil, ela supera a desnutrição e se concentra nas regiões de maior renda no país, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, entretanto está emergindo nas regiões Norte e Nordeste (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). A ascensão da obesidade na população brasileira acompanhou algumas mudanças históricas e sociais, mostrando a complexidade desse quadro e a dificuldade que se tem em realizar prevenção e tratamentos eficazes (LÓPEZ et al., 2014).

A prevenção e tratamento da obesidade e seus fatores condicionantes são contemplados em várias políticas e programas do MS, seja de forma focada na obesidade, seja de forma indireta com incentivo a escolhas saudáveis de vida e prevenção às doenças, para as quais ela se constitui fator de risco. Mais à frente neste capítulo, abordaremos algumas dessas políticas.

A despeito da concentração dos estudos sobre obesidade relacionados à dieta e atividades físicas, esses não são os únicos fatores presentes no desenvolvimento dela. A obesidade é uma doença de causa multifatorial, englobando fatores biológicos e comportamentais, além de outros como culturais, políticos, psicológicos, sociais e históricos (WANDERLEY; FERREIRA, 2010, LÓPEZ et al., 2014). As pesquisas para um entendimento mais profundo desses fatores estão em menor número (COSTA et al., 2012).

Entre as causas biológicas da obesidade, podemos citar algumas relacionadas às genéticas e ao sistema neuroendócrino. Quanto à genética a chance de obesidade é aumentada quando os pais são obesos, 50% quando um deles é obeso, 80% quando ambos são, e 9% quando nenhum deles é obeso. Quanto ao sistema neuroendócrino há componentes dele envolvidos no surgimento da obesidade, pois ele é responsável pela sensação de saciedade e apetite (ABESO, 2009).

Entre as causas sociais, temos a modernização da produção e do trabalho que impactou diretamente no estilo de vida das pessoas e incrementou seu consumo energético. O país vem saindo de problemas referentes à falta de alimentação para consequência do excesso, entretanto não se estabeleceu uma tendência fixa entre o excesso e a escassez de alimentos, ambas ainda coexistem.

A transição demográfica que marca a vinda das pessoas para as cidades concentrou a maioria dos trabalhadores no setor terciário, onde não se necessita dispêndio grande de energia para realização de tarefas. A rotina agitada encurtou o tempo para prática das atividades físicas, e a modernização da indústria criou uma grande oferta de alimentos de alto teor de gordura e açúcares (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Os hábitos da vida moderna como comer fora de casa, consumir alimentos industrializados e a oferta de alimentos com alta densidade energética contribuem também para o quadro atual, uma mudança no consumo de alimentos que vem

sendo chamada de Transição Nutricional (LÓPEZ et al., 2014). A transição nutricional se caracteriza por um aumento do consumo de alimentos de alta densidade calórica, são aqueles que contêm carboidratos simples e lipídios, e os alimentos menos calóricos como frutas, verduras e legumes têm uma queda em seu consumo. Isso decorre de fatores relacionados à sociedade moderna, como o apelo que o mercado tem sobre as pessoas e influência para que consumam alimentos supercalóricos, o preço desses alimentos, a educação e a cultura que estimula o consumo (PINHO et al., 2012).

Além disso, os meios de lazer que passaram de práticas de atividade física para longos períodos com televisão e computador, uso de automóvel, tarefas domésticas que exigem menos gasto de energia devido aos aparelhos eletrônicos (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Todo esse contexto contribuiu para o aumento da obesidade na população e para a transição epidemiológica que percebemos, das doenças infectocontagiosas para as crônicas, criando um cenário propício para o aumento progressivo de peso da população.

Observando a transição demográfica do Brasil, podemos ver uma ligação com a transição epidemiológica. A estimativa é de que em 2025 14% da população tenha mais de 60 anos (SCHRAMM et al., 2004), o que trará grande destaque para as doenças crônicas, elas prevalecerão por mais tempo e mais recursos e serviços de saúde serão demandados.

Observamos que a transição epidemiológica não se completou no Brasil, temos uma sobreposição de doenças infecciosas e DCNT. A maior prevalência de doenças crônicas em relação às infecciosas é característica de países desenvolvidos, devido ao funcionamento dos sistemas de saúde, prevenção e aumento da qualidade e expectativa de vida. No Brasil temos ambos (SCHRAMM et al., 2004).

Com esse quadro de sobreposição, se faz necessário observar tanto a mortalidade quanto a morbidade. Essas doenças têm sido a maior causa de morte no Brasil, porém, à medida que a população envelhece, as doenças crônicas se prolongam, a morbidade também ganha importância. Em 1998, já tínhamos dados de que os anos de vida perdidos por morte prematura por DCNT era de 59% em relação aos demais quadros, e os anos de vida perdidos por incapacidade devido à DCNT foi de 74,4% em relação às demais doenças (SCHRAMM et al., 2004) e, em 2011, observou-se que 58% dos anos de vida perdidos de forma precoce foram

devidos às DCNTs (BRASIL, 2011). As DCNTs foram responsáveis por 72% das mortes no Brasil em 2007, e, em 2006 por 62,8%, demonstrando a permanência do quadro no período em questão (BRASIL, 2015).

Mundialmente, a carga de doença relacionada aos agravos não-transmissíveis tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. A inatividade física juntamente com as dietas chamadas “não saudáveis” têm elevado a incidência das doenças não-transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer, explicando assim a importância destas doenças nas estimativas da carga global de doença. (OMS, 2003, apud SCHRAMM et al., 2004, p. 906)

Como é possível constatar, as DCNTs têm grande importância no cenário nacional, e também a obesidade, pois ela está entre os fatores de risco. Vemos um predomínio dessas condições na atualidade, apesar da transição epidemiológica não estar concluída, elas ainda se mostram mais prevalentes que as demais. Podemos perceber que a obesidade guarda relações com o estilo de vida moderno, e também as transições epidemiológicas, demográficas e nutricionais.

Quando buscamos aspectos históricos relacionados à obesidade, encontramos que no início do século XX ela não era tratada como uma doença. Os obesos eram vistos como pessoas egoístas por se alimentarem mais do que os outros ou covardes, por usarem a gordura corporal para se esconder, considerados imorais ou com déficit de caráter, e unicamente culpados por sua condição (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). A obesidade como conhecemos hoje é relativamente recente, no século XIX uma pessoa era considerada obesa quando acumulava em seu corpo uma quantidade de gordura que lhe causava dificuldades para andar, calçar sapatos e respirar. O fenômeno da obesidade é descrito conforme a época histórica, e a maneira de fazê-lo diz sobre os significados que a sociedade e o período atribuem à obesidade e à forma de se viver o corpo. A obesidade acontece de formas diferentes em lugares diferentes, pois é condicionada pela cultura de cada povo, depende da forma de vida, de trabalho, do tipo de alimentação, do acesso aos alimentos e dos costumes e valores dos coletivos sociais (LOPÉZ et al., 2014).

No período Paleolítico (20.000 até 30.000 anos a.C.), havia algumas formas humanas que poderiam ser as primeiras relacionadas à obesidade. Nas artes podemos encontrar o culto à obesidade das mulheres nas estátuas e esculturas pré-históricas, babilônicas, gregas e egípcias, todas continham formas humanas obesas, femininas. Nesses períodos a fome assolava o mundo, era considerada uma grande

preocupação, então essas representações continham um símbolo de fartura, por isso eram admiradas, havia um contexto ideal para isso.

Na medicina, a obesidade aparece ao lado dos distúrbios emocionais no século XIX, na França, era atribuída a períodos de grande estresse emocional. Ela era associada à perda de um ente querido, ou à possibilidade dela. Durante a Primeira e Segunda Guerra Mundial observaram que as mulheres que tinham os companheiros no campo de batalhas, começavam, de repente a ganhar peso, sem motivo aparente, talvez pelo medo de perder o marido na guerra (VARELA, 2006).

O quadro de obesidade tem, em sua gênese, a presença de um comer compulsivo² que vem sendo associado a dificuldades emocionais em situações estressantes ou traumáticas, acaba fazendo o papel de um escoadouro de conflitos.

Do ponto de vista psicodinâmico, o comportamento de compulsão alimentar é também compreendido como uma associação de eventos da vida de uma pessoa em que a mente encontra - se insuficientemente forte para suportar uma dor, um sofrimento psíquico, e descarrega a tensão de origem emocional em atos repetitivos. Nessa perspectiva, o comer por impulso pode ser a manifestação da dificuldade de uma pessoa lidar com um momento de fragilidade, de estafa, de um trauma, ou com histórias de vida em que predominam situações de vulnerabilidade capazes de desencadear mecanismos psíquicos de compulsão no campo alimentar, com efeitos no estado nutricional. (VIEIRA; TURATO, 2010, p. 427)

O ato de comer é colocado no lugar de habilidades emocionais para resolver conflitos psíquicos, para os quais não há recursos mentais, então eles “escorregam” para o corpo, pois pode ter sido a última forma que restou para lidar com a situação.

Podemos refletir também sobre o estresse e a vida agitada do mundo atual, o que leva as pessoas a ter pouco foco no desenvolvimento pessoal. Esta realidade também pode contribuir para que tenham dificuldade em lidar com algumas situações da vida e acabem utilizando a alimentação como forma de escoar. Isso parece uma via de mão dupla, pois à medida que têm dificuldades em lidar com seus sentimentos e simbolizam isso na comida, ganham mais peso e ficam mais ansiosos. Esta dificuldade de lidar com os sentimentos faz com que eles continuem comendo para “descontar” e assim, entram em um círculo vicioso que só faz aumentar o peso. Esta premissa colocada pelos autores citados anteriormente também se constitui em um pressuposto deste estudo.

² Compulsão *sf*: impulso que leva à repetição de um ato (AMORA 2009). Ocorreria para ajudar a suportar uma dor de ordem emocional, transformando-a em dor corporal (VIEIRA; TURATO, 2010)

3.2- ALGUMAS REPERCUSSÕES DA OBESIDADE

A obesidade traz muitos prejuízos para a vida da pessoa obesa, tanto psíquicos como sociais. No que tange à psique, podemos encontrar sintomas de ansiedade, depressão, baixa autoestima, culpa, vergonha e distorções na imagem corporal (COSTA et al., 2012; WANDERLEY; FERREIRA, 2010). A cultura em que nos encontramos atualmente é um dos fatores que corroboram para que o indivíduo portador de obesidade apresente esses sintomas. Essa cultura tem como uma de suas formas de expressão a mídia que veicula sempre um ideal de corpo magro, com padrões quase impossíveis de serem atingidos (SUDO; LUZ, 2007). Nessa perspectiva, os padrões atuais preconizam que necessitamos mais do que um corpo saudável, um corpo magro. Esse cenário esmaga as necessidades individuais e nivela todos em busca de um mesmo padrão de corpo. Nesse panorama, fica difícil que um indivíduo obeso obtenha realização pessoal com seu próprio corpo, pois ele fica localizado fora do padrão. Assim, embora a obesidade esteja associada à depressão, angústia, ansiedade, preocupação excessiva com a imagem corporal, estar obeso não significa necessariamente ter algum distúrbio psicológico (WANDERLEY; FERREIRA, 2010, LÓPEZ et al., 2014, COSTA et al., 2012).

Cada sociedade deposita uma simbologia no corpo, tenta impor os usos sociais que se faz do corpo, e com isso escolhe modelos e perpetua conflitos. A sociedade modela o corpo em sua maneira de andar, vestir, viver e até morrer. O corpo é o elo que liga o sujeito e o mundo externo (FERREIRA, 2008).

O corpo é socialmente construído e nele se materializa a relação sujeito x sociedade, tornando-se a arena onde acontecem os conflitos simbólicos que refletem questões do nosso tempo. A cultura não é apenas um agrupamento de complexos padrões concretos de comportamentos (costumes, tradições, usos, hábitos), mas um conjunto de mecanismos de controle (planos, receitas, regras, instruções), ou o que os engenheiros de computação chamam de “programas” para governar o comportamento. (FERREIRA, 2008, p. 472)

Dessa forma, temos alguns fatores psíquicos que podem ser potencializados por fatores sociais, eles estão entrelaçados.

A obesidade gera, também, conflitos referentes à autoimagem, o que pode ser fonte de muita angústia na vida do indivíduo.

Para Rogers (1992), autoimagem é a ideia ou imagem de si mesmo, formada das percepções referentes ao próprio indivíduo em sua relação com os outros, com o ambiente e com a vida em geral. “Auto” e “imagem” são duas palavras distintas que, juntas, possuem grande

força. “Auto” pode ser entendido como “por si”, “próprio”, enquanto “imagem” pode ser “figura”, “aquilo que imita pessoa ou coisa”; logo, autoimagem (self) é uma simbolização que o indivíduo faz de si mesmo e assim como se lhe fosse própria. Ao mesmo tempo, a autoimagem também tem influências importantes advindas dos outros, da cultura e do mundo que rodeia o indivíduo. (ROGERS, 1992; COSTA et al., 2012. p. 513)

Como podemos observar, a autoimagem é a ideia que o indivíduo tem de si mesmo, embora sofra influências externas, e ela começa a ser delineada desde a infância. Ela é a visão de si mesmo e acompanha o indivíduo pela vida toda. Então, o obeso tem sua autoimagem baseada nessa figura, como a condição de obeso está em um patamar de doença e exclusão social, a visão que o indivíduo tem de si mesmo pode ser de alguém doente, diferente, excluído, feio, etc.

Um indivíduo obeso geralmente apresenta a autoimagem distorcida, e quando sofre discriminações sente que sua autoimagem está sendo atacada. Essa condição cria dificuldades para que o indivíduo se relacione, tanto nas amizades, de forma amorosa e na própria família, o que, por sua vez, acentua a angústia e ansiedade (COSTA et al., 2012).

O estado de angústia/ansiedade, para a psicologia, reflete o momento em que o indivíduo estreita seu ser, tentando caber em espaços emocionais que lhe são impostos e nos quais ele não consegue se expandir. A presença de um permanente estado de angústia/ansiedade é um fator que provavelmente irá conduzir o indivíduo obeso à maior ingestão de alimentos, comportamento que parece ser o único a diminuir esse estado, principalmente em pessoas mais ociosas. (COSTA et al., 2012 p. 514)

O indivíduo obeso fica tentando se encaixar, “caber” nesse espaço que lhe é imposto. Ele sabe que sua forma de existir não corresponde à forma tomada como ideal, isso gera angústia, tristeza, e ele volta a comer numa tentativa de ocupar um vazio existencial. O comportamento alimentar pode ocupar qualquer espaço. Encontramos relatos de que o impulso de comer acontece após eventos desagradáveis, mas após eventos agradáveis também. Esse comportamento de responder às situações com a alimentação pode estar associado à história de vida do indivíduo (COSTA et al., 2012), entretanto, não difere da tendência social. “Esse consumo muito voltado para a oralidade é característico da sociedade capitalista em que se vive, que é extremamente consumista” (STENZEL, 2003, apud COSTA et al., 2012).

Essa conformação se torna, então, um conflito psíquico interno gerando culpa e baixa autoestima. Somado a isto temos uma cultura em que o corpo obeso é extremamente criticado, isso pode acabar tornando-se o foco central de problemas emocionais que o indivíduo venha a ter. Também temos uma cultura de responsabilização individual, o que provavelmente gera culpa nesse indivíduo.

Desconsiderando as vicissitudes da conformação social, temos um foco individual na responsabilidade sobre a saúde, e no desempenho na mudança da forma corporal. Para a sociedade capitalista, o corpo precisa ser “dócil” para absorver e obedecer às regras da produção. Nesse cenário o autocontrole passa a ser bastante valorizado, no sentido de obediência e eficiência individual. O que é transferido para o cuidado com o corpo, pois a responsabilidade do coletivo e do Estado é suprimida e o indivíduo se vê unicamente responsável pela condição de seu corpo (CARVALHO; LUZ, 2009).

A consequência desse cenário coletivo é a criação de uma responsabilidade individual pelo corpo com consequente sensação de que há culpa pela forma que o corpo tem, por ser obeso. Esse sentimento de culpa pode ser bastante nocivo, pois acentua sentimentos depressivos e cria um “pânico moral”, colocando a obesidade em *status* de maldição (COSTA et al., 2012). Dessa forma a pessoa obesa fica imobilizada e isolada, dificultando ações que poderia ter sobre o próprio corpo.

O descontentamento com o corpo, os comprometimentos na autoimagem e as dificuldades na vida social poderiam ser estímulos para que o indivíduo tentasse mudar sua condição de obeso. Entretanto, ao invés de ser um estímulo, esses sentimentos acabam se tornando empecilhos para a atuação, pois deixam as pessoas em um estado emocional frágil, com pouco controle, o que faz com que tenham dificuldades quando tentam perder peso (SCWARTZ; BROWNELL, 2004).

Além disso, esses conflitos fazem com que indivíduos obesos deixem de desenvolver atitudes de autocuidado, não dando importância para possíveis comorbidades associadas que possam vir a ter (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

A sociedade em que vivemos gera um conflito árduo, pois exige dois comportamentos opostos, ao mesmo tempo que veicula imagens de corpos magros como ideal de beleza e saúde, estimula as pessoas a comerem o tempo todo, com ofertas e propagandas de alimentos ultracalóricos. O acesso a produtos

industrializados é muito fácil e muito difundido. Esse paradoxo é forte e difícil de lidar (COSTA et al., 2012)

A obesidade é vista como uma marca corporal a qual o portador não consegue esconder. Ele é visto como vilão (SUDO; LUZ, 2007), pois não utiliza os recursos que a ciência lhe dispõe para melhorar sua condição, e por outro lado tenta fugir desses estereótipos, optando por uma forma de comportamento oposta, mostrando-se bem humorado e sociável (VIEIRA; TURATO, 2010).

Alguns indivíduos não reconhecem a gordura como algo que seja seu, a percebem como uma intrusa que os atrapalha. Por vezes, essas pessoas não conseguem associar o ganho de peso com a alimentação que praticam, não percebem quanto nem como se alimentam.

A falta de informação sobre formas de levar uma vida saudável não está entre os problemas relacionados à obesidade. As pessoas obesas mostram-se informadas, sabem que estão fora do peso considerado saudável e, também têm consciência de que sua condição favorece o surgimento de comorbidades (COSTA et al., 2012). Entretanto, elas têm muitas dificuldades em controlar o comportamento alimentar, o que aponta para a possibilidade da falta de informação ter pouco impacto nas mudanças de comportamentos das pessoas.

Alguns indivíduos obesos utilizam o mecanismo de negação, apesar de saberem de sua condição e das consequências dela, acabam por ignorar, mas não de uma forma proposital, negligente, e sim, como se essa fosse a única forma, que muitas vezes, encontram para conviver com a situação (COSTA et al., 2012).

A obesidade vem associada, por vezes, com nuances de moral e disciplina, pois aquele que não consegue manter seu corpo em um estado ideal ou seguir uma dieta não tem força para perseverar (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; LÓPEZ et al., 2014; COSTA et al., 2012, SUDO; LUZ, 2007).

Vemos um repúdio à obesidade, por meio da mídia que divulga conteúdos associando o corpo esguio e magro à saúde, como se o corpo obeso não tivesse saúde nenhuma, vivemos tempos de “lipofobia”, como chamam alguns autores (VIEIRA;TURATO, 2010; SUDO ; LUZ, 2007). Hoje a imagem que temos associada à saúde é de um corpo magro, diferente do que se tinha há alguns anos em que o corpo mais robusto era símbolo de saúde e fartura. Criou-se, então, um mercado para um corpo magro com tratamentos estéticos, esportivos, dietas, etc. O cuidado

com o corpo tem se transformado em mercadoria, o que traz ainda menos atenção aos aspectos subjetivos de quem sofre com a obesidade. O indivíduo obeso fica marginalizado, se torna fora do padrão de beleza e saúde, fica rejeitado (WANDERLEY; FERREIRA, 2010, SUDO; LUZ 2007).

A seguir, abordaremos algumas políticas públicas e tratamentos voltados para a obesidade.

3.3- POLÍTICAS PÚBLICAS QUE CONTRIBUEM PARA O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

Alguns autores (PÊGO-FERNANDES et al., 2011; LÓPEZ et al., 2014; WANDERLEY; FERREIRA, 2010; COSTA et al., 2012) apontam que para frear o avanço do quadro de obesidade no país são necessárias políticas públicas, pois o problema é histórico e cultural e não deve ser abordado somente de forma individual.

Frente a isso, na última década, o MS tem realizado algumas ações relacionadas ao assunto. Algumas políticas públicas vêm sendo executadas no Brasil, como forma de intervenção no cenário atual, objetivando diminuir a prevalência de obesidade e minimizar os fatores de risco. Entre elas, temos a Política Nacional de Promoção à Saúde - PNPS, que trabalha com foco nos fatores condicionantes da saúde da população brasileira, tentando promover saúde no sentido de intervir em fatores que são condições para ela. O objetivo dela é mudar a forma como esses fatores interferem na saúde, de maneira geral. Como a obesidade tem suas raízes, entre vários aspectos, no modo de vida da população, essa política pode contribuir para seu controle. As Políticas trabalham vários aspectos relacionados às DCNTs, entretanto devido ao tema do presente trabalho, apresentamos somente as medidas de interesse para a obesidade.

A PNPS foi criada em 2006, sua versão mais atual é do ano de 2014. Dentre os objetivos específicos da Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefine a política nacional de promoção da saúde (PNPS) estão:

Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver; estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis; fomentar

discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde.(BRASIL, 2014, p. 1)

São temas prioritários da PNPS 2014:

Alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. [...] práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas. (BRASIL, 2014, p. 1)

Observamos que a PNPS não é uma política voltada à obesidade, mas pode trazer contribuições à medida que apoia a construção de ambiente saudáveis que propiciem o desenvolvimento humano e estimula debates sobre a produção e consumo saudáveis. Explora temas específicos que podem contribuir diretamente para a redução de alguns dos fatores etiológicos da obesidade, como a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física. A política vem com um enfoque social para o campo da saúde, articulando-se com outras áreas da administração pública, fazendo-se uma política transversal:

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2010, p. 10)

Esta Política traz em seu bojo o conceito ampliado de saúde, não mais culpabilizando o cidadão de forma individual pelo seu adoecimento, e sim considerando que a saúde depende dos modos de vida, e que esses são condicionados socialmente. Desse modo, ela pretende intervir coletivamente para contribuir com a melhoria dos modos de vida e ampliar a possibilidade de escolha do cidadão por hábitos mais saudáveis (Brasil, 2010). Essa maneira de intervir está em harmonia com o fenômeno obesidade que é multifatorial e tem implicações sociais,

portanto para que a intervenção seja efetiva precisa focar a coletividade, exatamente como está proposto.

As ações da PNPS englobam a divulgação da própria política, promover ações relativas à alimentação saudável como a criação do Guia Alimentar da População Brasileira, disponibilização de crédito para produção de frutas e verduras para aumentar a oferta, pactos com setores de comunicação para o incentivo à cultura de alimentação saudável, oferta de refeições saudáveis nas escolas e populações institucionalizadas, etc. (BRASIL, 2010).

Quanto às práticas de atividades físicas, propõe implementá-las nos serviços de atenção básica, capacitar profissionais da saúde para incentivá-las, promover melhorias no espaço público para seu desenvolvimento como construção de ciclovias e espaços para caminhadas, etc. Também visa a promover aconselhamento e divulgação sobre as vantagens de se adotar uma vida saudável, prevenção e combate ao tabagismo e alcoolismo, promover o desenvolvimento sustentável, articular com o Ministério da Educação planos para inserir hábitos de vida saudável na escola, entre outras (BRASIL, 2010).

Temos também o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, feito por meio da parceria entre o MS, instituições de ensino e pesquisa, outros ministérios do governo, ONGs (Organizações Não Governamentais) da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, etc. O objetivo foi traçar uma estratégia para combater as DCNTs no Brasil de 2011 até 2022, entre elas acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, para algumas delas, como já mencionado, a obesidade constitui-se fator de risco (BRASIL, 2011).

Algumas das metas do plano são [...]“reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; aumentar o consumo de frutas e hortaliças [...]”(BRASIL, 2011). Também objetiva atuar sobre a diminuição dos fatores de risco, listados tanto na Vigitel como no Plano, como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, excesso de peso, obesidade (BRASIL, 2011).

O Plano (BRASIL, 2011) também traz uma visão social dos condicionantes da saúde, assim como a PNPS (BRASIL, 2010), política a qual apoia. Assim, propõe ações a nível social, como O Programa Academia da Saúde de 2011, que tem como

objetivo a promoção de atividade física e pretende fazer expansão para 4 mil municípios até o ano de 2015. Também propõe ações de enfrentamento do tabagismo com ações regulatórias, por exemplo, a proibição da propaganda de cigarros, alertas quanto ao risco de problemas contidos nos maços do produto, etc. Na área da alimentação, propõe o regulamento da rotulagem dos alimentos com informações nutricionais mais claras e acordos com a indústria, para a eliminação das gorduras *trans* e redução de sal nos alimentos.

Nesse aspecto, podemos observar que também houve a expansão da atenção básica para melhor acompanhamento dos portadores de DCNT, entre eles, os obesos. A Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, apesar de ser algo mais geral, gera contribuições para a obesidade, pois vê o usuário do sistema de saúde como ser integral, sociocultural e singular, tendo como diretrizes a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e a participação social (BRASIL, 2012 a). Isso faz com que a atenção aos indivíduos obesos tenha maior alcance, pois considera em sua ação aspectos que geram a obesidade e agem sobre eles.

A PNAB teve sua última edição no ano de 2012 e organiza os serviços da atenção básica de maneira a propiciar o atendimento de maneira descentralizada e com capilaridade. Isso significa que o atendimento deve ocorrer próximo à moradia dos usuários, possibilitando melhor vínculo e mais envolvimento com a vida dele. Esta ação visa a uma intervenção mais particular que englobe os vários determinantes da obesidade (BRASIL, 2012 a).

Temos também a Portaria n^o 425, de 19 de março de 2013, que regulamenta o atendimento de alta complexidade na atenção aos obesos. Estabelece critérios de atendimento para portadores de obesidade em hospitais de alta complexidade, cria parâmetros para determinar quais indivíduos devem ser submetidos a tratamento cirúrgico, cria o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade que ocorrerá em hospitais credenciados, etc. (BRASIL, 2013 a).

Também temos a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, criada em 1999 com parcerias de vários setores do governo, focada na diminuição da desnutrição, e no aumento da obesidade e do sobrepeso no Brasil. Ela foi renovada em 2011 e tem por objetivo a melhoria de agravos relacionados à alimentação e

nutrição por meio do incremento da vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de saúde, tudo isso realizado na atenção básica (BRASIL, 2013 b).

A PNAN utiliza o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN para identificar os locais no Brasil onde há doenças e agravos devido à nutrição e alimentação. Propõe que as equipes de atenção básica identifiquem a cultura alimentar, locais de produção e distribuição de alimentos em seu território, criem centros de aconselhamento e diagnóstico no SUS, façam matriciamento entre os profissionais da atenção básica com profissionais de nutrição para melhorar seu desempenho no atendimento aos casos com problemas alimentares por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASFs, entre outros (BRASIL, 2013 b).

Dessa forma, observamos que, diante da complexidade do quadro de obesidade, o MS tem empreendido várias alternativas para esta questão.

Um dos maiores problemas apresentados trata da manutenção da perda de peso, após o tratamento clínico e nutricional. Observando esse fator, outra forma de intervenção, mais agressiva, foi proposta, a chamada cirurgia bariátrica ou gastroplastia. Ela foi recomendada durante a Conferência de Desenvolvimento de Consenso do *National Institutes of Health* (NIH) de 1991. Sendo indicada apenas para indivíduos bem informados, com riscos operatórios aceitáveis, motivados, com obesidade grau III ou grau II com condições pré-mórbidas de alto risco, e somente após passar por uma seleção criteriosa realizada por uma equipe multidisciplinar (MAGDALENO et al., 2009).

Após a realização da cirurgia, o paciente necessita recuperar-se em uma unidade de terapia intensiva, devido à possibilidade de várias complicações que podem aparecer no período pós-operatório, como infarto do miocárdio, insuficiência renal aguda, hiperglicemia, infecção da ferida operatória, hemorragia, infecção urinária, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiência respiratória, etc. (MOREIRA et al., 2013).

O número de procedimentos de cirurgias bariátricas vem aumentando no Brasil, em 2006 foram realizadas 180 mil, e espera-se um aumento progressivo. É uma intervenção que apresenta riscos, mas apresenta eficácia no tratamento da obesidade mórbida. À medida que a cirurgia controla o peso, ela também controla as comorbidades, o que é uma das vantagens do procedimento (MOREIRA et al., 2013; OWERS et al, 2015).

Muitas vezes, a cirurgia pode ser sentida como a última opção para reverter a situação, o que cria altas expectativas de recuperação da sua vida, sua autoestima, vida familiar, social, de trabalho, etc. Essas expectativas aparecem de forma muito importante para o indivíduo, são mais citadas do que a expectativa de melhorar as condições de saúde biológica e diminuir riscos de comorbidades (OLIVEIRA et al., 2014).

As consequências psicológicas da cirurgia ainda não são totalmente conhecidas, o que inspira cuidados em sua realização. A despeito disso, observa-se que os critérios psicológicos para a realização da intervenção têm sido preteridos, talvez pela dificuldade em mensurá-los (MAGDALENO et al., 2009).

Apoiado em alguns estudos (APPOLINÁRIO, 2006; OMALU, 2007; LEAL; BALDIN, 2007), Magdaleno et al. (2009) mostraram que estudos de seguimento pós-operatório de longo prazo de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica apontam como causa de morte no período pós-operatório da cirurgia algumas condições psiquiátricas. Também apresentaram relatos de casos de suicídio de pacientes previamente depressivos, após a realização da cirurgia bariátrica. Esses achados apontam para um desequilíbrio no jogo de forças psíquicas no pós-operatório de tais sujeitos, indicando que os novos sintomas que surgem são basicamente de caráter autoagressivo. Também mostraram relatos de casos onde um incremento da agressividade é referido pelas pacientes após a cirurgia.

Em um primeiro momento, logo após a cirurgia, os indivíduos ficam extremamente satisfeitos e felizes com o resultado, pois a perda de peso é visível, e os sentimentos de vergonha e exclusão social tendem a sumir, o que o ajuda a suportar a fase de dieta líquida. Mas em cerca de um ano após a cirurgia, a possibilidade do peso volta a ressurgir. Esse é um período crítico que necessita acompanhamento para evitar recaídas. O indivíduo pode ficar depressivo ou voltar à compulsão. Por isso, é de grande importância uma avaliação psicológica prévia dos candidatos à cirurgia para detectar qual é a dinâmica psíquica que tem e tentar antecipar as possíveis reações, criando estratégias individuais de atendimento pós-cirúrgico. A presença de profissionais da saúde mental na equipe multiprofissional que cuidará desses pacientes é fundamental, pois é um procedimento que traz riscos, então há de se cuidar para que ele não seja feito com pessoas que

provavelmente irão abandoná-lo depois, expondo-se a um risco desnecessário (MAGDALENO et al., 2009).

Com isso, observamos que a abordagem à obesidade, seja com cirurgia, ou/e com tratamentos clínicos, precisa considerar os fatores psíquicos e a história de vida das pessoas obesas, pois eles têm grande influência no sucesso do tratamento. Vieira e Turato (2010) reforçam a importância de considerar a subjetividade nas práticas nutricionais e a opinião da pessoa sobre sua própria doença, história de vida e os fatores que a influenciam, pois isso pode auxiliar na elaboração de políticas públicas e tratamentos mais eficazes.

A valorização do ponto de vista do paciente sobre a doença oferece contribuições singulares para a ampliação das práticas em saúde e para a formulação das ações e políticas públicas de prevenção e tratamento de agravos metabólicos crônicos vinculados à nutrição. Saberes sobre o manejo das diferentes fases do adoecimento crônico que se determina no contexto sociocultural e na história de vida dos pacientes complementam o conhecimento técnico dos profissionais da saúde e contribuem na condução do processo terapêutico. (VIEIRA; TURATO, 2010, p. 427).

Observamos que há esforço para que ocorra uma modificação dos comportamentos associados à obesidade, entretanto essa não é sua única causa, o que está sendo feito pelas demais? Há incentivo para uma cultura de bem-estar, de aceitação do corpo?

A partir dessas ações, podemos pensar na forma como o cidadão brasileiro vem tratando seu corpo, na relação do indivíduo social e psíquico com o seu corpo biológico. Observamos que o contexto destas políticas traz os hábitos da população. Em se falando de hábitos, pensamos em ações que as pessoas fazem todos os dias, e podem, ou não, lhes causar danos.

A obesidade e o sobrepeso têm aumentado, e as DCNTs ainda são a principal causa de mortalidade no Brasil, levando-nos a concluir que a população brasileira tem alguns hábitos que prejudicam sua saúde. Isso nos faz pensar a respeito do quanto os indivíduos têm consciência em relação a esses danos e ao próprio cuidado com o corpo. Estas reflexões nos conduzem às questões: o que leva as pessoas a agirem dessa forma? Qual é o lugar do corpo na vida das pessoas? Qual a relação de cada um com ele?

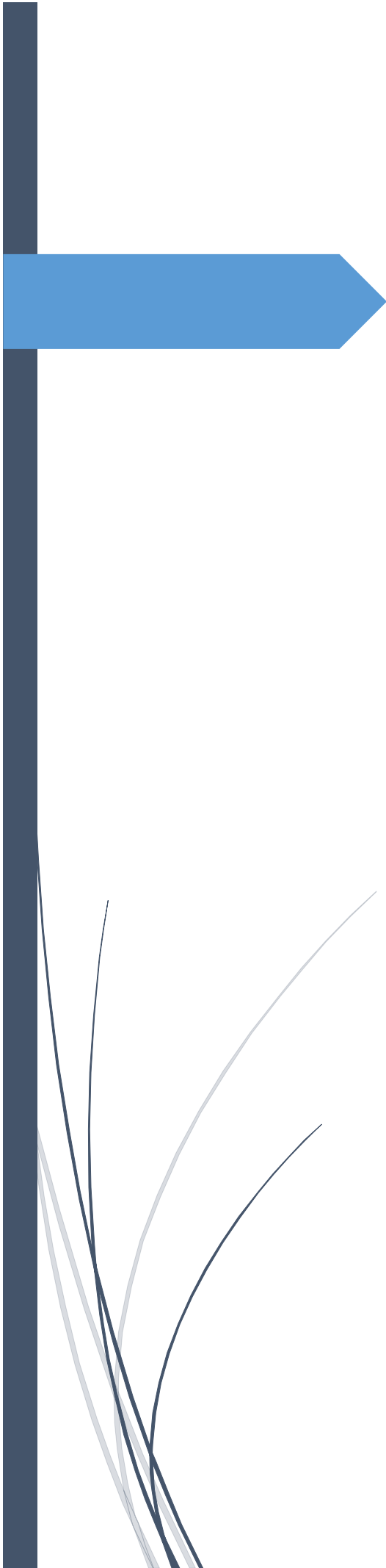
Não desconsideramos os determinantes sociais do cuidado, como o acesso às formas de vida saudável que muitas vezes é dificultado pelas condições econômicas, como alimentação adequada e espaços para prática de atividade física. Entretanto, com esses fatores, acreditamos haver outros, de ordem subjetiva, que tenham também influência na forma de cuidado desses indivíduos, no que irão definir como cuidado de si mesmos.

Frente a isso, passamos a pensar que existe algo na relação com o próprio corpo que contribua para que alguns indivíduos não cuidem de sua saúde, chegando a desenvolver enfermidades, como a obesidade. A escolha de uma ação sobre o corpo depende do conceito de corpo, do lugar que ele tem na vida, o quanto se está conectado a ele. Isso é formado no bojo de fatores culturais e sociais, carregados de valores que impactam a constituição da subjetividade. Ocorre uma absorção de valores sociais do tempo e lugar onde se vive, onde se é constituído enquanto ser humano. Esse contexto perpassa a subjetividade, impactando nos corpos. Por vezes, esta subjetividade provoca até mesmo escolhas inconscientes, escolhas estas sem conhecimento de seus determinantes.

Para que um indivíduo dispense cuidados com o corpo, ele precisa sentir esse corpo como parte de si mesmo, precisa habitar esse corpo. Quando ocorre uma falha nessa conexão ou ela se constitui de outra forma, com outra natureza, pode haver uma negligência com o corpo. O corpo pode ter outro sentido que não constituinte na vida, pode ser apenas o escoadouro de frustrações.

Desse modo, construímos nossa corporeidade baseados nas experiências vividas, nos valores sociais e culturais. Tudo que sentimos e pensamos se dá por meio do corpo. A subjetividade se expressa no corpo, portanto esse processo de escolha de ação sobre o próprio corpo pode ser uma grande fonte de conhecimento para compreensão da vivência corporal.

Nesse contexto, a seguir abordaremos o referencial teórico escolhido para aprofundar esta questão.



APROXIMANDO-SE DA
CONCEPÇÃO DE
CORPO EM MERLEAU-
PONTY

4- APROXIMANDO-SE DA CONCEPÇÃO DE CORPO EM MERLEAU-PONTY

Este capítulo aborda o referencial teórico escolhido para este trabalho, a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. Ele está dividido em três sessões que abordam: uma introdução à fenomenologia, uma breve biografia de Merleau-Ponty e por fim os principais conceitos da obra do autor.

4.1- FENOMENOLOGIA, BREVE INTRODUÇÃO

A fenomenologia é uma corrente filosófica que tem por objetivo o estudo das essências. Ela busca explorar seus objetos em sua essência, antes de qualquer elaboração teórica que se possa ter feito sobre ele. Seu objeto de estudo é o ser humano e o mundo em que ele vive. “A fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 1).

Seu idealizador, Husserl, observava que as ciências humanas haviam adotado métodos com base nas ciências da natureza, e que isso não alcançava seu objeto de estudo, posto que ele é diferente dos objetos das ciências da natureza. Frente a isso, ele propõe uma ciência voltada à experiência humana, a partir do “mundo vivido”, daquilo que se apresenta à consciência (TERRA, 2007).

A fenomenologia relaciona a experiência do ser humano aos fenômenos em sua totalidade, observando-os nas diferentes dimensões que os compõem. O ser humano na perspectiva da fenomenologia é sempre um “ser no mundo”, pois ele vive no mundo, e por meio da linguagem ele mostra o mundo em que está inserido. Por isso a fenomenologia tem uma característica de não estar acabada, está sempre fazendo-se, pois o ser humano não é estático (TERRA, 2007).

Husserl também trabalha a ideia de que mundo e o sujeito são interdependentes, e que todo ato humano é intencional, pois a consciência é sempre voltada ao mundo e é sempre consciência de algo.

Toda consciência está voltada para algo, é consciência de algo, é intencional. Portanto, todos os atos humanos são intencionais. Não existe fenômeno que não seja fenômeno para uma consciência e não há objeto que não seja orientado a uma consciência. A intencionalidade da consciência é um dos princípios fundamentais da fenomenologia (TERRA, 2007, p. 73).

A palavra fenômeno deriva de *phainómenon* que significa mostrar-se, desvelar-se, portanto fenômeno é aquilo que se mostra, que se desvela. A fenomenologia busca compreender os fenômenos, mas sempre a partir da “vivência cotidiana”, busca compreender o ser humano baseado em suas experiências no mundo (TERRA, 2007). Ela não se detém em dar explicações causais, apenas em mostrar o mundo como ele é, como esteve sempre ali. Ela pode ser entendida como:

[...]estudo descritivo de um conjunto de fenômenos tais como se manifestam no tempo e no espaço, em oposição às leis abstratas e fixas destes fenômenos (ARANHA; MARTINS, 1993, apud TERRA, 2007, p. 73).

Nesta abordagem empreende-se uma busca ao retorno de uma relação ingênua com o mundo. Mundo é entendido como algo que sempre existiu ali, antes de qualquer explicação que cientistas, filósofos, sociólogos e psicólogos possam oferecer. Traz uma proposta de retorno ao mundo que existe desde antes do conhecimento, pois toda a ciência que se acumula acontece por meio da visão e das experiências. A existência, para o indivíduo, se dá a partir da experiência vivida por ele próprio, não a partir dos conceitos criados pelas ciências. Na vida do indivíduo, o que determina quem ele é são suas experiências. A fenomenologia busca observar esse conhecimento vivido, propõe voltar às “coisas mesmas”, ao mundo das experiências antes do conhecimento.

Retornar as coisas mesmas é retornar a este mundo antes do conhecimento cujo conhecimento fala sempre, e com respeito ao qual toda determinação científica é abstrata, representativa e dependente, como a geografia em relação à paisagem onde aprendemos primeiramente o que é uma floresta, um campo, um rio.[...]Buscar a essência do mundo, não é buscar o que ele é em ideia, uma vez que o reduzimos a tema de discurso, é buscar o que ele é de fato para nós antes de qualquer tematização (MERLEAU -PONTY, 2011, p 7, 13).

Desta forma, a fenomenologia propõe descrever, e não analisar ou explicar os fenômenos. Husserl pensava que a fenomenologia poderia ser uma “psicologia descritiva” com uma espécie de desaprovação da ciência (MERLEAU-PONTY, 2011).

Maurice Merleau-Ponty foi um dos seguidores de Husserl. Ele nos diz que o mundo real está dado, e o sujeito dá-se a si mesmo, então o sujeito deve refletir sobre o mundo e descrevê-lo. A percepção do sujeito é cheia de sensações, sons, e imaginação, fantasias, mas a realidade não está nessa percepção, o mundo está ali antes de tudo isso, o homem vive nesse mundo e é no mundo que ele se conhece, mas a sua experiência é dele próprio e não necessariamente a realidade do mundo.

Não há uma verdade intrínseca no homem, o que é o homem, é o homem que vive no mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

O processo pelo qual a fenomenologia tenta chegar à essência de algum objeto é a redução fenomenológica. Ela é um olhar detalhado para a essência do fenômeno. No entanto, “o maior ensinamento da redução fenomenológica é a impossibilidade de uma redução completa” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 10). Para compreender o mundo, temos de romper nossa familiaridade com ele, para evitar vieses. A redução é a fórmula de uma filosofia existencial, pois a fenomenologia é uma filosofia e é por meio da redução que se chega à essência da existência. Entretanto não é possível fazer uma redução completa, olhar exclusivamente para a essência do fenômeno e mais nada. Nós somos um pensamento no mundo, tentando apreendê-lo como um todo, por isso não conseguimos, pois o que procuramos compreender é maior do que podemos alcançar, pois estamos dentro do mundo. Por isso Merleau-Ponty, trazendo Husserl, nos diz que a filosofia nunca está acabada, adquirida, está sempre em processo, em reflexão, que é sua condição inicial, final e constante (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 11).

Merleau-Ponty fala em uma consciência pré-pessoal, uma que existe de forma geral no mundo, e também fala de uma espécie de consciência pessoal, aquela que cada ser humano tem em si, e percebe o mundo por meio dela. Entretanto, a consciência pré-pessoal está presente também em todos e se comunica, pois quando se tem consciência de algo não se é mais um indivíduo único, se é parte do mundo que é único, participa dele (MERLEAU-PONTY, 2011).

A essência, apesar de fundamental, não é o objeto final da filosofia, temos de passar por ela para compreender nosso “engajamento efetivo no mundo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.11), não conseguimos compreender nossa existência no mundo enquanto existimos, por isso precisamos estudar as essências para nos aproximarmos o máximo possível dela, para conquistar facticidade.

O que nos traz as essências são as experiências vivas, mas a experiência é muda, ela é apenas sentida, então precisamos da linguagem para traduzir as essências. Somente temos linguagem quando temos consciência. A linguagem é o que traduz para nós o que temos na consciência, sem ela a linguagem não teria nada a dizer. A essência não é separada da existência, mas a linguagem faz essa separação para que possamos ter uma chance de entendê-la (MERLEAU-PONTY,

2011, p. 12). “Buscar a essência do mundo não é buscar aquilo que ele é em ideia, uma vez que o tenham reduzido a tema de discurso, é buscar o que de fato ele é para nós antes de qualquer tematização” (MERLEAU-PONTY, 199, p. 13).

Quanto à consciência, o pensador diz que “toda consciência é consciência de algo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 15). A consciência não é um pensamento do ser humano que atribui fim às coisas, ao mundo, ela é mais como “um projeto do mundo, destinada a um mundo que ela não abarca nem possui, mas em direção ao qual ela não cessa de se dirigir” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.15) É como uma projeção que o ser humano faz sobre o mundo para compreendê-lo. “[...] a percepção não é presumida verdadeira, mas definida por nós como acesso à verdade” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.14).

Assim, a fenomenologia propõe um olhar para o mundo que busque conhecê-lo em uma forma única de existir, com todas as propriedades das coisas, em como de fato se apresentam, e tenta fugir do que chama de “intelecção clássica, que se limita às naturezas verdadeiras e imutáveis” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.16). Entretanto ela não vê a racionalidade como um problema, apenas diz que é preciso olhar o mundo sob todas as perspectivas, filosófica, científica, psicológica, etc., há de se considerar essas diferentes perspectivas no momento da observação e não se fechar em apenas uma (MERLEAU-PONTY, 2011).

[...] a fenomenologia pode tornar-se uma fenomenologia da gênese. Quer se trate de uma coisa percebida, de um acontecimento histórico ou de uma doutrina, “compreender” é reapoderar-se da intenção total não apenas aquilo que são para a representação as “propriedades” da coisa percebida, a poeira dos “fatos históricos”, as “ideias” introduzidas pela doutrina-, mas a maneira única de existir que se exprime nas propriedades da pedra, do vidro ou do pedaço de cerca, em todos os fatos de uma revolução, em todos os pensamentos de um filósofo (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 16).

4.2- MAURICE MERLEAU-PONTY PESSOA, BREVE BIOGRAFIA

Maurice Merleau-Ponty nasceu em 4 de março de 1908 em Rochefort-sur Mer, na França, e morreu em 1961. Frequentou os liceus³ Janson-le-Sally e Louis-le-Grand para fazer o curso secundário, de 1926 a 1930 foi aluno da Normale Supérieure e formou a “geração existencialista” dos anos 40 e 50.

³ Liceu *sm*: estabelecimento de ensino secundário ou profissional (oficial ou particular). (AMORA, 2009, p. 426)

No período entre 1930 e 1935 lecionou no curso secundário. Em 1938 escreveu a tese “A Estrutura do Comportamento”. Entre 1939 e 1940 foi requisitado como oficial da infantaria. Depois desse período, volta a lecionar no secundário e em 1945 obtém seu título de doutor em filosofia, após a defesa da tese “Fenomenologia da Percepção”.

No ano de 1948, torna-se professor na Universidade de Lyon e divide com Sartre a direção da revista “Os Tempos Modernos”. Entre 1949 e 1952, ocupa o cargo de professor titular de psicologia infantil da Sorbonne.

Em 1952 é eleito para a cátedra de filosofia da Collège de France, nesse período a amizade com Sartre e Simone de Beauvoir fica abalada devido à posição de Sartre como “ultrabolchevista”. A análise de Merleau-Ponty em “As Aventuras da Dialética” criou uma polêmica que durou até a sua morte, em 1961, vítima de embolia. Sartre e Merleau-Ponty se reaproximam quando Paul Nizan, amigo de resistência deles morre. Nessa ocasião, ele preparava o livro “O Visível e o Invisível”, que foi publicado após sua morte pelo amigo Claude Lefort, ainda com alguns capítulos inacabados.

Enquanto lecionava filosofia, ele também se dedicava a publicar livros que faziam crítica ao cenário político da época, como “Humanismo e Terror” no qual critica a guerra fria e analisa a contraposição do stalinismo e trotskismo; “Sentido e Não Sentido” que constitui uma coletânea sobre arte, pintura, romance, ciências humanas, relações entre filosofias existencialista, marxista e hegelista; e em “Sinais” ele passa de uma perspectiva fenomenológica para uma mais ontológica. Antes disso, ele estava muito ligado aos constructos teóricos de Husserl. Nesta nova fase ele passa para uma visão mais ligada à ontologia como região pré-reflexiva. Propõe como objetivo da filosofia voltar às origens da própria reflexão e descobrir seu solo anterior à reflexão e gerador dela, essa região é o “logos do mundo estético” (CHAUI, 1980).

4.3- MAURICE MERLEAU-PONTY FILÓSOFO, ALGUNS CONCEITOS

A filosofia de Merleau-Ponty, em geral, critica o humanismo radicalmente. O que ele chama de humanismo é o pensamento de sobrevoos que separa sujeito e objeto e que põe a filosofia como idealista e objetivista e a ciência como empírica. Para Merleau-Ponty, não há separação entre sujeito e objeto, estão interligados, pois do contrário, tudo se transforma em objeto, e a consciência apenas em um epifenômeno que os percebe. Tudo é sujeito ou tudo é objeto, para ele a filosofia precisa preocupar-se em buscar suas origens, compreender suas origens.

Merleau-Ponty dá uma grande ênfase ao corpo em sua obra, ele não entende o corpo como sendo formado apenas de carne e processos químicos e biológicos, o corpo é muito mais, tem significados e usos diferentes feitos por cada ser humano. Dentro de sua obra temos vários conceitos de corpo. Explicitaremos os corpos conceituados por Merleau-Ponty em sua principal obra, “Fenomenologia da Percepção”.

O corpo não é um objeto do mundo, e sim meio de nossa comunicação com ele, o corpo permanece junto a mim todo o tempo, embora se esconda, pois não posso ver meu corpo todo, não vejo minha cabeça, nem o tórax, para vê-lo precisaria de um segundo corpo, que não seria o meu (MERLEAU-PONTY, 2011). O corpo não é um conjunto de órgãos justapostos no espaço, eu o tenho em uma posse indivisa e sei a posição de cada um de seus membros por um esquema corporal em que eles estão todos envolvidos, ele é “uma maneira de exprimir que meu corpo está no mundo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 147).

O corpo que se move não é o biológico, é o corpo fenomenal, o corpo não como objeto, mas como fenômeno. “Não posso compreender a função do corpo vivo, senão realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levante em direção ao mundo”. (MERLEAU-PONTY, 2011 p. 88).

O corpo guarda a consciência, a reflexividade e também a percepção e a visibilidade, é visível e é tocável. A unidade fundamental do mundo é o mundo sensível. O corpo é vidente, aquele que vê e é ao mesmo tempo é visível, aquele que é visto, e pode ver-se a si mesmo (MERLEAU-PONTY, 2011). Para mostrar a questão do corpo, o autor fala em certo momento dos fenômenos de membros-fantasmas, quando uma pessoa tem uma parte do corpo mutilada, entretanto continua sentindo que aquele membro ainda existe, até mesmo sentindo dor. No que tange a esse

fenômeno, há de se considerar a perspectiva do “ser no mundo”. Merleau-Ponty (2011) fala de um ser engajado no mundo, que está no mundo e vive nele, um mundo “inter-humano”, mas um mundo físico também. O fenômeno do membro-fantasma representa uma recusa da deficiência, e o sentimento de que ele ainda está no corpo deixa o ser aberto a toda as possibilidades que aquele membro lhe dá. A representação desse membro permanece, a despeito da falta dele, o significado daquele membro não morre com ele, perdemos o membro, mas continuamos a contar com ele. O corpo tem muito significado para o ser, “o corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.122).

Ele fala de uma relação dupla entre corpo e mundo. Conhecemos o mundo por meio do corpo, mas o corpo ao mesmo tempo é o pilar central do mundo, pois todos os objetos são construídos para o corpo, voltam-se para ele. Todo objeto se molda ao corpo, funciona como extensão dele, para serem úteis a ele, e quando um objeto se apresenta à mão que não está mais presente, o corpo não pode mais se entranhar no mundo, interagir com ele, o que forma um “silêncio”. Ao mesmo tempo, que uma pessoa mutilada ignora a deficiência, pois continua a contar com o membro perdido, ela também a reconhece, devido a esses “silêncios”. Ocorre, então, um paradoxo (MERLEAU-PONTY, 2011).

O pensador traz o conceito de “O Corpo Próprio”. Para ele o corpo próprio é “habitado por uma potência de objetivação, por uma função simbólica, uma função representativa” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.172), uma potência, uma projeção que opera na constituição das coisas. Consiste em tratar os dados sensíveis como representativos uns dos outros e como representativos em conjunto de um “eidos” que consiste em dar-lhes um sentido, em ordená-los em um sistema, em centrar a pluralidade de experiências em um mesmo núcleo inteligível, em fazer aparecer neles uma unidade identificável sob diferentes perspectivas. Esse poder é a consciência.

O corpo é um objeto afetivo, o Corpo Próprio pode ser diferente de todos os objetos exteriores, o apreendo com um sujeito capaz de ver e de sofrer. O corpo para o sujeito não é apenas um agregado de órgãos juntos no espaço e no tempo, ele tem uma noção de pertencimento, de que é dele, e tem também um “esquema corporal”, um registro, um resumo da sua experiência com seu corpo, associações de imagens,

símbolos e significações ao corpo. O corpo se constrói durante a vida, desde a infância por meio das sensações cinestésicas, proprioceptivas e também das emoções associadas às vivências com esse corpo. Ele também pode ser uma tomada de consciência global em relação à posição do indivíduo no mundo, uma maneira de exprimir aquele corpo no mundo, a forma como ele está no mundo. Há uma diferença entre espaço total e espaço do corpo, se você não tem corpo então você não tem espaço. “[...]não estou diante de meu corpo, estou dentro de meu corpo, ou mais certamente sou meu corpo”. (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 161)

O corpo é feito da mesma carne que o mundo, um está entranhado no outro, em cada um dele há uma interioridade que se propaga para o outro (MERLEAU-PONTY, 2011).

Chegamos então ao corpo vivido, “[...] nosso corpo não é objeto para um “eu penso”: é um conjunto de significações vividas que segue no sentido de seu equilíbrio” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 164). As significações que o corpo tem não são escolhas do indivíduo, ele não escolhe, não pensa que vai dar esse ou aquele sentido a seu corpo, a racionalidade não é a principal qualidade do ser humano, não precisa ser apenas racional para existir. Merleau-Ponty (2011) fala da sensação, daquilo que toca em mim, que passa por mim que eu vivo e que eu significo.

O corpo tem uma relação com o mundo vivido, com o outro e com a cultura, ele expressa essas relações. Essa expressão se dá por meio da linguagem. A linguagem mostra a posição que o sujeito assume no mundo, como se liga a ele e como o significa. A linguagem faz uma mediação entre consciência e experiência, utilizando-se ações e gestos, não somente do aparelho fonador (TERRA, 2007).

“Para mim não haveria espaço se eu não tivesse corpo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 149). A alma está conectada a um corpo e está “espalhada” em todas as partes dele. A experiência de corpo, a sensação corporal é também um fato psíquico, uma representação atribuída ao corpo (MERLEAU-PONTY, 2011). Por causa dessa conexão ocorre o fenômeno do membro-fantasma em amputados, pois a alma e o cérebro estão conectados a todas as partes do corpo, então o estímulo no coto do membro amputado, mesmo que iniciado no meio do caminho, chega ao cérebro (MERLEAU-PONTY, 2011). O autor diz que há uma mistura de fenômenos psíquicos e fisiológicos nesse fenômeno de membros-fantasmas, o sujeito mistura a percepção dos feixes nervosos com as lembranças do membro perdido.

Quando ocorre uma mudança no corpo, como no caso de membros-fantasmas, ou condições limitantes, o sujeito tinha um corpo habitual, aquele que carrega seus sentido e experiências, aquele que vive com ele, aquele corpo que ele habita e com o qual já está familiarizado (ANDRADE, 2008). Quando ocorre mudança o Ser faz um movimento em direção ao mundo, um movimento existencial, tanto naquele sujeito que aceita a mudança ou enfermidade, e passa a existir de novas formas no mundo, quanto aquele que se recusa a encontrar novas formas de existir com aquela mudança e segue em suas dificuldades, ambos realizam um movimento existencial.

Perder partes do corpo significa ter de encontrar novas formas de existir com aquela falta, com aquele silêncio que se cria no corpo. O veículo da percepção e da sensação fica alterado, portanto é necessário encontrar novas formas de perceber, e isso por vezes é bastante doloroso. Forma-se, então, um novo corpo, um corpo atual, que é diferente do corpo habitual a que se estava acostumado, desse modo algumas significações que existiam no corpo habitual não fazem mais sentido para o corpo atual. Frente a isso o sujeito pode encontrar novas formas de existir ou permanecer com a forma do corpo habitual (ANDRADE, 2008). Adquirir ou mudar hábitos é dilatar-se no mundo, quando o corpo compreende algo isso se torna um hábito, e a forma de perceber o mundo muda com o hábito adquirido ou excluído (ANDRADE, 2008).

Merleau-Ponty (2011) também trabalha o conceito de sensação e percepção, ambos muito importantes em sua obra. A sensação segundo ele é uma experiência que temos de nós mesmos, pode ser como um susto porque é súbita. “[...]A maneira pela qual sou afetado e a experiência de um estado de mim mesmo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 23).

A percepção não se apresenta como um acontecimento no mundo ao qual se possa aplicar a categoria de causalidade, ela se apresenta mais, a cada momento, como uma recriação do mundo, uma “re-constituição” (MERLEAU-PONTY, 2011). Temos um perceptivo, uma superfície de contato com o mundo, e todo o saber se instala nesse campo. A percepção é diferente de sensação, ela engloba a sensação e a linguagem. Os órgãos dos sentidos podem ser considerados meios de se ter acesso aos objetos. É por meio da percepção que todo conhecimento chega à consciência, é o caminho de acesso que o ser humano tem ao mundo. Ela ocorre na relação ente corpo e o mundo, por ela é que temos acesso ao mundo e às sensações

de conhecimento, mas ela não é uma ciência do mundo e nem uma posição escolhida para se assumir (TERRA, 2007).

A sensação é uma experiência de si mesmo, uma experiência de mim mesmo e que me afeta, é “a experiência de um choque indiferenciado, instantâneo e pontual” (MERLEAU-PONTY, 2011, p.23). Entretanto, as qualidades sentidas não são propriedades da consciência, e sim dos objetos. A consciência apenas percebe-as, sente-as, elas são objetos para a consciência.

Os elementos que somos capazes de sentir como cores, sons e qualidades são objetos sensíveis, não são sensações em si mesmas. Basta ter visto ou ouvido para se ter uma sensação deles, entretanto apenas conseguimos sentir o que está ao nosso alcance, o que Merleau-Ponty (2011) chama de “campo visual”. O que está fora dele o sujeito não consegue sentir, o campo visual é um fragmento do mundo ao redor do sujeito, ao qual ele tem acesso. “O visível é o que se apreende com os olhos, o sensível é o que se apreende pelos sentidos” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 28).

Entretanto, nem sempre há uma correspondência fiel entre o estímulo recebido pelos órgãos dos sentidos e o registro das sensações que temos no sistema nervoso central. Por exemplo, um som perde volume, dependendo da distância em que nos encontramos de sua fonte, o tamanho de um objeto diminui à medida que nos afastamos dele, e a cor de um objeto varia conforme a luz que se precipita sobre ele. Com isso, podemos perceber que o sensível é suscetível a vieses, não é o registro imediato do estímulo sensorial, pois temos o testemunho da consciência para nos mostrar. Por conta disso, Merleau-Ponty afirma que nossos órgãos dos sentidos não podem ter o mesmo lugar que têm na ciência clássica, de transmissor, deve-se tomá-lo como “um processo em que o texto do mundo exterior é não recopiado, mas constituído” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 31).

Com isso ele conclui que não há um “sensível puro”, no que tange às funções corporais, encontramos o sujeito humano já constituído de significados a que ele mescla com as sensações provenientes dos órgãos dos sentidos. Em termos de funções psíquicas, pensava-se que as funções mais elementares, inferiores, mais ligadas ao corpo estariam mais distantes das funções superiores, as que atribuem sentido às experiências, no entanto, ambas as funções se entrecruzam. O que ocorre é que as funções superiores integram as sensações captadas pelos sentidos ao seu

conjunto de significados. Assim, na determinação do comportamento humano não se pode mais separar a psicologia da fisiologia (MERLEAU-PONTY, 2011).

Dessa forma, os órgãos dos sentidos, o corpo não é mais mero transmissor de mensagens para funções elementares. O que é sensível continua sendo apreendido com os órgãos dos sentidos, mas não de forma apenas instrumental e sim carregando sentido. A experiência de sensação admite movimento e ambiguidade. A sensação se dá ali onde a subjetividade mostra que já existem conjuntos de sentidos e permite ser modelada pelo contexto previamente constituído. A ciência exige classificações do fenômeno sentir, que só existem dentro dela mesma, pois o próprio fenômeno é maleável e não se dobra em categorias rígidas, pois as condições do campo sensorial não têm determinação completa sobre a sensação que se tem deles (MERLEAU-PONTY, 2011).

A percepção tem também como componente a recordação, ela completa a percepção. Quando percebemos algo em um ambiente, forma-se um quadro em que somos capazes de reconhecer experiências anteriores, essas recordações doam sentido a esse novo quadro.

Dir-se-ia a mesma coisa desta “cor da recordação” que, segundo outros psicólogos, termina por substituir-se à cor presente dos objetos, de forma que nós o vejamos “através dos óculos” da memória (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 44)

Entretanto, Merleau-Ponty (2011) nos diz ainda que o reconhecimento proporcionado pelas recordações não deve acontecer após a evocação das recordações, e sim antecipá-las. Primeiro a experiência atual ganha sentido e aí faz voltar à determinada recordação, a uma dada recordação específica e não à outra qualquer. Para que encontremos qualquer unidade de significação ou sentido em algo percebido, essa unidade já tem de estar estabelecida. Nesse sentido, Merleau-Ponty alerta para um falseamento que pode ocorrer.

A ilusão nos engana justamente fazendo-se passar por uma percepção autêntica, em que a significação nasce no berço do sensível e não vem de outro lugar. Ela imita esta experiência privilegiada em que o sentido recobre exatamente o sensível, articula-se visivelmente ou se profere nele; ela implica esta norma perceptiva; não pode, portanto, nascer de um *encontro* entre o sensível e as recordações, e a percepção menos ainda. (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 45)

A percepção é a via de acesso do sujeito ao mundo, ela não é um ato reflexivo, não pode ser controlada pelo sujeito, ela é espontânea, é a manifestação de uma

situação dada, ela é pré-reflexiva, depois ela é encaminhada à consciência para que se forme o conhecimento. É o meio pelo qual o homem conhece o mundo, onde ele e o mundo se conectam, se tornam um. Não pressupõe explicações causais, ela não é julgar nem recordar-se, apesar da recordação ajudar a compor. Perceber é captar o sentido que o sensível tem. Perceber é interpretar os signos que a sensibilidade fornece. Perceber é sempre perceber com o corpo.

Primeiro percebe-se livremente, sem teorização, depois faz-se a reflexão sobre o algo percebido. O percebido é o gérmen do conhecimento, pois ele se transporta para a consciência que, por sua vez, se dá conta da existência dele. A percepção não está sob o controle do indivíduo, ela acontece, e sempre por meio do corpo e não da consciência (ANDRADE, 2008).

Merleau-Ponty (2011) também fala da atenção, como uma função da consciência. A atenção não cria nada, ela apenas revela as qualidades presentes no objeto, podemos não ter consciência dessas qualidades, mas elas já estão presentes no objeto, estão apenas “não reveladas”.

Para que a experiência chegue à consciência, é necessário passar pela linguagem, pois a experiência é muda, e a linguagem a leva até a consciência onde será guardada como conhecimento. A linguagem faz a medição da experiência com a consciência (TERRA, 2007).

A linguagem é portadora do significado, mais do que isso, ela é a geradora do sentido dos pensamentos (TERRA, 2007). Ela revela a intencionalidade de nossos pensamentos. Ela tenta apenas expressar o significado das ideias mudas, ela tenta, pois, não consegue passar com extrema verdade o sentido da ideia, algo sempre vai faltar.

Por meio da linguagem temos a possibilidade do “existir com o outro”, criando uma “intercorporeidade”, uma conexão de todos os corpos, uma existência em extensão, em conjunto, pois somos todos partes do mesmo mundo, e quando exercitamos a linguagem podemos “existir com o outro”, trocando experiências e subjetividades, formando uma “intersubjetividade” (TERRA, 2007).

Outro aspecto importante da obra de Merleau-Ponty (2011) diz da relação entre objeto e meio, é o conceito de Estrutura Horizonte-Objeto. Para ele, os objetos revelam-se e dissimulam-se. O horizonte assegura a identidade do objeto, o horizonte está na visão marginal, é formado pelo que margeia o objeto. Cada objeto é espelho

de todos os outros. Olhar é se entranhar no objeto, ver é entrar num universo de objetos que se mostram e que se escondem (MERLEAU-PONTY, 2011).

Há duas formas de um objeto ganhar características. A primeira ocorre quando ele é visto e o olhar do observador dá características ao objeto. O objeto é constituído por todas as visões possíveis de se ter dele. A segunda vem dos demais objetos, cada objeto fornece características aos outros objetos que estão presentes no horizonte, formando esse horizonte.

O tempo também tem influência na forma de olhar. O objeto é visto de todos os tempos, mesmo que uma casa vista hoje desabe amanhã, é real que ela existe como a vejo hoje (MERLEAU-PONTY, 2011).

Das partes do corpo, quanto mais longe dos olhos mais objetais são e mais visíveis, e quanto mais perto menos visíveis. Então é necessário completar a percepção com o tato ou o espelho, mas isso distorce, porque não é o corpo em si, e sim uma representação, um reflexo dele. Para que se possa revelar uma parte do corpo às outras precisam esconder-se, não podemos olhar o nosso corpo por inteiro a uma só vez, somente se pode olhar para partes dele, enquanto as outras se escondem (MERLEAU-PONTY, 2011).

O ser existe como consciência, se ele deixa definir pelo ato de significar ele passa a existir como coisa, a coisa como aquilo que não conhece, que resulta na absoluta ignorância de si e do mundo, como se fosse um modo de existir do ser (MERLEAU-PONTY, 2011). O ser se fragmenta e se dispersa na existência em si, torna-se um processo no corpo, cujas faces se sucedem, mas não se conhecem. Corpo e consciência não se limitam um ao outro, existem de forma paralela, para o corpo há várias maneiras de ser corpo e para a consciência várias maneiras de ser consciência (MERLEAU-PONTY, 2011).

Merleau-Ponty fala de uma espécie de permanência, utilizando o conceito de recalque freudiano. Ele diz que as emoções novas substituem as antigas no conteúdo, mas não na estrutura. O tempo pessoal sempre permanece o mesmo, como se trocássemos de emoções e experiências, mas o valor dele é sempre igual, como se procurássemos substituir sempre para manter um sentido (MERLEAU-PONTY, 2011)

Merleau-Ponty fala de algo que se mostra, a carne, que é visível, portanto é a visibilidade. Fala também de algo que permanece escondido, o invisível que é o negativo do visível, mas não é o velado que depois se deixa desvelar, é o invisível, “o

espírito selvagem em aderência ao visível englobante que é a carne” (CAPALBO, 2004, p. 123).

Capalbo (2004) traz o ser como algo “vertical”, o ser em existência no mundo, colocado de pé sobre o mundo, que se levante diante do ser, também fica de pé diante do ser. Portanto são duas “verticalidades” mundo e ser, diante um do outro. A visibilidade, a carne, é a superfície de contato do mundo e do ser, é o que do ser se pode ver, pois está em contato com o mundo. Aquilo que do ser não se pode ver é o invisível. A autora ainda diz que não se pode conhecer o ser, sua essência, seu espírito, por inteiro, a possibilidade que temos são aproximações que revelam nuances do ser, mas o desvelamento não revela o ser por inteiro. O que permanece escondido é o invisível, ao desvelarmos um aspecto do ser, tomamos conhecimento de novos outros aspectos, que permanecem velados, escondidos. Como num processo, algo é revelado, que leva a perceber novos aspectos que estão escondidos e não podem, ao menos nesse momento, ser revelados, é o invisível que permanece escondido.

O corpo, portanto:

não é um fato empírico, mas possui significação ontológica pois ele também é habitado pelo invisível, pela negatividade ou espírito. O corpo tem um avesso, uma outra dimensionalidade, uma negação [...] um distanciamento, que é o intocável do tocar, o invisível da visão e o inconsciente da consciência[...]o invisível não se compreende como o velado que se pode desvelar visto que o velamento não termina porque há desvelamento, pois, ao contrário, novos véus se deixam entrever que estavam ocultos até então. O invisível é o espírito selvagem em aderência ao invisível englobante que é a carne. (CAPALBO, 2004, p. 123)

Olhando para a obra de Maurice Merleau-Ponty, observamos o lugar de destaque que ele dá ao corpo. O corpo para ele não é o corpo, são corpos, temos o corpo próprio, o corpo vivido, o corpo habitual e atual. Para ele o ser está no mundo pelo corpo, sente e percebe o mundo através do corpo, porta valores e significado em sua carne.

Podemos perceber que o corpo é sujeito, é ativo, dentro da obra do filósofo, não é simples instrumento para a execução das tarefas necessárias à vida. Pensando nisso, podemos colocar nossa questão de pesquisa em relação com o pensamento de Maurice Merleau-Ponty. Fizemos um esforço, no sentido de compreender como as pessoas obesas se relacionam com o próprio corpo, de entender qual é o lugar desse corpo na vida delas, buscar pelas significações que carregam em si mesmas.

Apoiadas na teoria de Merleau-Ponty, podemos mergulhar no material empírico e tecer algumas compreensões desse fenômeno tão complexo que é a relação indivíduo-corpo.



O CAMINHO DO MÉTODO

5- O CAMINHO DO MÉTODO

Este trabalho visou a investigar a relação dos indivíduos obesos com seu corpo, buscando compreender como se dá esta relação, bem como suas repercussões nos hábitos de saúde e na forma como cuidam de si mesmos. Para tanto, realizamos uma pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas, no campo da saúde coletiva, com indivíduos obesos.

Visto que a obesidade tem origem em um leque de fatores que vão desde os biológicos aos sociais, e dada a magnitude do seu desenvolvimento, ressaltamos os prejuízos que pode trazer para a vida particular de cada pessoa obesa, os gastos em saúde pública e o sucesso ainda incipiente dos métodos de tratamento. Assim, um estudo que traga maior compreensão desse fenômeno se faz necessário e relevante. A seguir, apresentaremos a trajetória percorrida para alcançar o objetivo proposto.

5.1-TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, analítica e reflexiva de abordagem fenomenológica, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, com pessoas obesas.

As pesquisas chamadas exploratórias têm como objetivo ampliar a compreensão do problema estudado, aprofundar o que se sabe sobre ele. Quando se realiza esse tipo de trabalho, geralmente se faz um levantamento bibliográfico, depois entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema de estudo e por fim faz-se a análise. O planejamento delas costuma ser bastante flexível (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa pode ser concebida como “uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, não se preocupando aprioristicamente com princípios, leis e generalizações, mas voltando o olhar à qualidade, aos elementos que sejam significativos para o observador-investigador” (GARNICA, 1997, p.111).

O investigador, dentro da pesquisa qualitativa, é o principal instrumento, ele vive imerso no mundo que deseja conhecer, se debruça sobre a realidade e tenta comunicá-la. O ponto principal da pesquisa é o processo, e não o produto. Não há

neutralidade do pesquisador, visto que ele é parte da realidade que se deseja desvelar. Ela se dedica a estudar fenômenos, e não os fatos. Fenômeno é aquilo que se manifesta, que se mostra, e que se pode conhecer, dependendo da forma como se lança luz a ele (GARNICA, 1997).

A fenomenologia busca compreender a realidade como ela se apresenta, vai a campo despida de qualquer determinação prévia. Busca captar a essência de seu objeto de estudo por meio da redução fenomenológica, se desvincilhando dos preconceitos. O fenômeno nunca é conhecido por completo, mas a trajetória na tentativa de conhecê-lo traz alguma compreensão sobre sua essência (GARNICA, 1997).

5.2- LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Cambé-PR, pois o projeto do qual os informantes são provenientes acontece nesse município.

A cidade que, em 2010, tinha população residente de 93.733 habitantes, segundo o Censo Demográfico (SOUZA et al., 2013), sendo que 98% residem na área urbana. O IDH era 0,793 no ano de 2000, e o índice de Gini era 0,40.

5.3- PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os informantes desta pesquisa foram provenientes da amostra do projeto “VigiCardio- Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações”. O projeto aborda as doenças cardiovasculares, acontece no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina e tem parceria com serviço de saúde do município de Cambé-PR (SOUZA et al., 2013). A prevalência de obesidade global na população do VigiCardio em 2011 foi de 30% (SIQUEIRA, 2014).

Os critérios de inclusão para participarem da pesquisa foram os seguintes: indivíduos obesos em grau I e II, de acordo com a OMS, de ambos os sexos, na faixa de 44 -60 anos, de diferentes classes sociais que aceitem livremente participar da pesquisa. A obesidade é classificada de acordo com a OMS em grau I com o IMC de 30kg/m² a 34,9kg/m², grau II de 35kg/m² a 39,9kg/m² e grau III quando está acima de 40kg/m². Essa classificação baseia-se no índice de massa corporal (IMC) e

no risco de mortalidade associado, proposto por Quetelej em 1835 e adotado pela OMS, desde 1997.

Dessa forma, neste estudo, foi escolhida essa região de inquérito, pois quando os sujeitos estão obesos em grau I e II ainda não se constituiu a obesidade mórbida, situação em que a relação com o corpo já pode estar bastante comprometida dada a gravidade do quadro. Quando a obesidade está em grau I e II, acredita-se que a relação com o corpo já mostre as características que necessitamos captar para aprofundar sua compreensão, somando também sobre questões do início da formação do comportamento que leva à obesidade, o que pode contribuir para uma intervenção precoce e mais eficaz dentro das práticas em saúde. Reunimos homens e mulheres, pois a diferença de gênero é uma área de diversidade, de onde podem vir informações que ampliem a compreensão do fenômeno, dadas as formas de vivência masculina e feminina que nossa sociedade abarca. Encontramos algumas pesquisas qualitativas (NUNES; BITTENCOURT, 2013; COSTA et al., 2012; VIEIRA; TURATO, 2010; OLIVEIRA, 2010; AZEVEDO; LOPES, 2010; LOPES, 2009; FERREIRA; MAGALHÃES, 2006; GONÇALVES; MERIGHI, 2005) que abordam significação e vivência corporal que têm como informante, em sua maioria mulheres, portanto pretendemos analisar também os depoimentos de informantes masculinos.

5.4-PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Inicialmente foram selecionados 118 indivíduos do banco de dados do projeto VigiCardio para a coleta das entrevistas, buscando atender à maior diversidade possível de idade, sexo, situação econômica e social. Esta diversidade visou a ampliar a exploração do fenômeno em estudo. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, este número pode aumentar de acordo com a necessidade de aproximar-se da saturação teórica, por meio da presença de convergências, divergências e idiosincrasias que constituem o fenômeno de estar obeso.

Após selecionadas as 118 pessoas que poderiam participar da pesquisa, o convite foi feito através de contato telefônico, aqueles que não possuíam telefone foram excluídos, apenas 5. Não foi necessário entrar em contato com todos para conseguir os informantes, para isso foram necessários 51 telefonemas. Dentre eles havia cinco telefones errados, cinco pessoas não estavam em casa no momento da

ligação, para as quais não foi feita nova ligação. Doze não atenderam ao telefone após três tentativas, cinco pessoas pediram para retornar o contato em outra oportunidade, o que não foi feito devido ao grande número de possíveis participantes no banco de dados. Frente a isso foi avisado que a ligação seria retornada somente se fosse preciso, e que provavelmente não seria. Nove recusaram-se dizendo que não tinham interesse em participar, dentre os quais foram dois homens e sete mulheres, e quinze aceitaram fazer a entrevista.

Ao final da coleta de dados foram entrevistados, então, 15 informantes, entretanto três entrevistas não foram utilizadas na análise, pois o IMC dessas pessoas estava fora dos critérios de inclusão. Mesmo assim a entrevista foi realizada para que não causasse mal-estar aos colaboradores, o IMC foi calculado apenas após a entrevista, quando foi possível criar um ambiente em que perguntar sobre o peso não seria ofensivo. As entrevistas utilizadas para análise foram 12, cinco mulheres e sete homens.

Quando foi feito contato, explicamos os objetivos da pesquisa, fizemos o convite e agendamos de acordo com a conveniência do informante, horário específico para a realização das entrevistas. Estas foram realizadas no próprio domicílio do informante, buscando ocupar um espaço de maior privacidade possível. Foi solicitado que o informante escolhesse este espaço e comunicasse às outras pessoas da residência sobre o tempo de 30 a 40 minutos em que estaria participando da pesquisa. Esses cuidados visaram a buscar que a entrevista tivesse continuidade, com o menor número de interrupções possíveis. Após a leitura e assinatura do TCLE, a entrevista seguiu com algumas perguntas para caracterização dos sujeitos como estado civil, condições de saúde, profissão, entre outras.

Logo após a caracterização, foram feitas as perguntas específicas. Iniciamos com perguntas simples para introduzir o tema e chegar devagar à questão central: Como está sua saúde atualmente? Em seguida, perguntamos: Como você se sente em relação ao seu corpo? Foram utilizadas informações trazidas pelos próprios sujeitos no momento da entrevista e novas perguntas foram feitas para aproveitar as oportunidades de explorar o fenômeno conforme foram pertinentes. Esta sequência buscou perceber como estava a disposição de nossos informantes para tocar em um assunto que é delicado e evitar provocar sofrimento ao tratar disso. O roteiro das

questões inicialmente feitas aos participantes, durante as entrevistas, encontra-se ao final do trabalho (APÊNDICE 1).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e, em seguida, submetidas à análise de discurso. Dentro dessa modalidade de análise, são considerados os determinantes do sentido do discurso social, filosófico, religioso, etc. O discurso do sujeito não é neutro, não é mera forma de comunicar, é dotado de sentido, permeado pelos valores do tempo e do lugar em que se encontra, é esse sentido que a análise do discurso busca revelar. Nem tudo está explícito no enunciado, por isso se busca o que há por trás dele (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para a Análise do Material Empírico, foi utilizada a técnica da Estrutura do Fenômeno Situado (MARTINS; BICUDO, 2005; GARNICA, 1997). Essa técnica propõe a realização da análise de discurso em dois momentos. O primeiro realiza a análise ideográfica ou individual das narrativas seguidas da análise nomotética ou geral, que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individualmente.

Iniciamos com leituras flutuantes de todo o material, para que ocorresse a “contaminação” ou “impregnação” do pesquisador pelas narrativas dos entrevistados.

Após as leituras flutuantes, iniciou-se a análise individual de cada entrevista, procurando por unidades de significado.

As unidades de significado, por sua vez, são recortes julgados significativos pelo pesquisador, dentre os vários pontos aos quais a descrição pode levá-lo. Para que as unidades significativas possam ser recortadas, o pesquisador lê os depoimentos à luz de sua interrogação, por meio da qual pretende ver o fenômeno, que é olhado de uma dentre as várias perspectivas possíveis. (GARNICA, 1997, p. 116)

As unidades de significado recortadas identificam falas que expressam um único significado que contém um único conteúdo. “As unidades de significado (...) também não estão prontas no texto. Existem somente em relação à atitude, disposição e perspectiva do pesquisador”. (MARTINS; BICUDO, 2005, p.99; GARNICA, 1997, p. 117). Como as unidades só existem em relação à disposição do pesquisador, em sua procura, estivemos sempre com a pergunta de pesquisa em mente, como recomendam os autores. Procuramos por unidades que podiam responder à nossa inquietação para a pesquisa, outros pesquisadores com outras perspectivas poderiam ter encontrado unidades diferentes.

Nessa etapa foram construídos quadros por entrevista, contendo uma coluna para as unidades de significados, conforme as falas que a exemplificam, outra coluna com a interpretação do pesquisador da unidade de significado selecionada, e outra para registro de observações e articulações possíveis com referencial teórico adotado. Em seguida foi feita uma síntese do discurso de cada participante da pesquisa. A figura a seguir ilustra os quadros construídos para cada narrativa.

INTERPRETAÇÃO ENTREVISTA H2

Falas/unidades de sentido e significado	Interpretação:	Observações e percepções, referencial teórico
H2 saúde!! Estou só um pouco obeso né!! Pouco, pouco, um pouquinho (risos)	Constata que está obeso	
H2 um lixo (risos) engordando cada vez mais [...]bem ruim! [...]... mas sente cansado não tem vontade fazer as coisas eu pinte a casa aqui eu levei, coisa de um mês.....quase quatro meses (um riso no final da palavra, parecia meio de decepção)trabalha um pouquinho, você começa a perder motivação também...[...]isso, muito ruim, a sente mal né, a autoestima começa, começa cair a autoestima,[...]eu me sentia que nem hoje...[...] um lixo (risos)!...É o que te falei né , em tudo, todos aspecto, sente feio, [...]um lixo né, me sentindo muito mal autoestima tudo começa a mexer[..]a se começa a sentir mal, mal, e se vai caindo cada vez mais no degrau mesmo vai caindo vai caindo vai caindo, e tua autoestima vai lá no lixo também(quando emagreceu e agora que voltou) a me sinto muito feio, é sinto como é que eu cheguei a isso?(quando se olha no espelho)[...]daí eu volto a falar frisar aquilo volta a se sentir um lixo [...] o que eu posso falar é pra você, não sei se supriu né o que você queria, mas é o que eu me sinto realmente o que eu falei é a pura verdade, sabendo que passa né esse processo[...]mas é só que passa mesmo pra poder narrar o que que é! Imagina esse pessoal com 160! [...] , comecei ficar desmotivado, desmotivado.	Sentimentos em relação ao corpo: -total desvalorização -desmotivação pra realizar tarefas -autoestima baixa -está feio -só sabe o que é quem passa pelo processo, um sentimento de isolamento	Sentimento muito forte de desvalorização, sente-se um lixo

No segundo momento, foi realizada a análise nomotética ou geral que consiste na compreensão e articulação dos diversos casos individualmente, mas pensados nesta fase como partes constitutivas do fenômeno de maneira geral. Nesta fase buscamos identificar aproximações, convergências, divergências e idiossincrasias presentes nos discursos individuais dos informantes. Nesta etapa, foi feita a releitura das entrevistas, retomando as unidades de significados interpretadas dos discursos individuais, mas observadas neste momento como fazendo parte do todo. Durante esse processo, houve a percepção de quais unidades de significado circunscreviam uma mesma temática. Então, após a análise dos recortes de todas as unidades de significado reveladas e interpretadas, elas foram unidas em torno de temas. Após encontrar e delimitar a temática de cada grupo de unidades de significado abordadas, foram construídas as categorias que nasceram de um exercício de síntese do tema circunscrito às unidades de significado interpretadas. As categorias abarcam as várias nuances do fenômeno e apontam para a compreensão das formas de relação das pessoas entrevistadas com seu próprio corpo.

É a partir desses agrupamentos que o pesquisador passa a sua segunda fase de análise, a nomotética, quando a investigação dos individuais, feita pelo estudo e seleção das unidades de significado e posterior formação das categorias abertas, é ultrapassada pela esfera do geral. (GARNICA, 1997, p. 117)

As unidades de significado de um texto não devem ser compreendidas isoladamente, o contexto do todo deve ser levando em conta, a todo instante em que se tenta compreender as unidades. Mas, para compreender o todo, temos obrigatoriamente que passar pelo caminho individual das unidades, então a compreensão do todo fica impregnada pela compreensão que se faz das unidades, formando uma rede imbricada de significações (LAWUN, 2007).

As três categorias construídas foram: 1- Corpo obeso como algo não refletido; 2- Corpo obeso como corpo obeso; 3- Corpo obeso como potencialidade de cuidados.

Após a construção das categorias, a análise foi aprofundada utilizando a abordagem fenomenológica sob a luz dos conhecimentos da filosofia de Maurice Merleau-Ponty. Podemos observar que várias pesquisas sobre essa temática do corpo vêm se embasando na fenomenologia e no referencial de Merleau-Ponty (AZEVEDO, 2010; OLIVEIRA, 2010; LOPES, 2009). Talvez pelo destaque que o

autor dá ao corpo dentro de suas formulações. Para ele a percepção que o sujeito tem do mundo passa pelo corpo, se dá por meio dele, e vai além, põe o corpo como parte fundamental da constituição do sujeito, não somente do ponto de vista biológico, mas social e psíquico também: “[...] a consciência do corpo invade o corpo, a alma se espalha em todas as partes, o comportamento extravasa seu setor central” (MERLEAU-PONTY, 2011, p 114).

5.5- ASPECTOS ÉTICOS

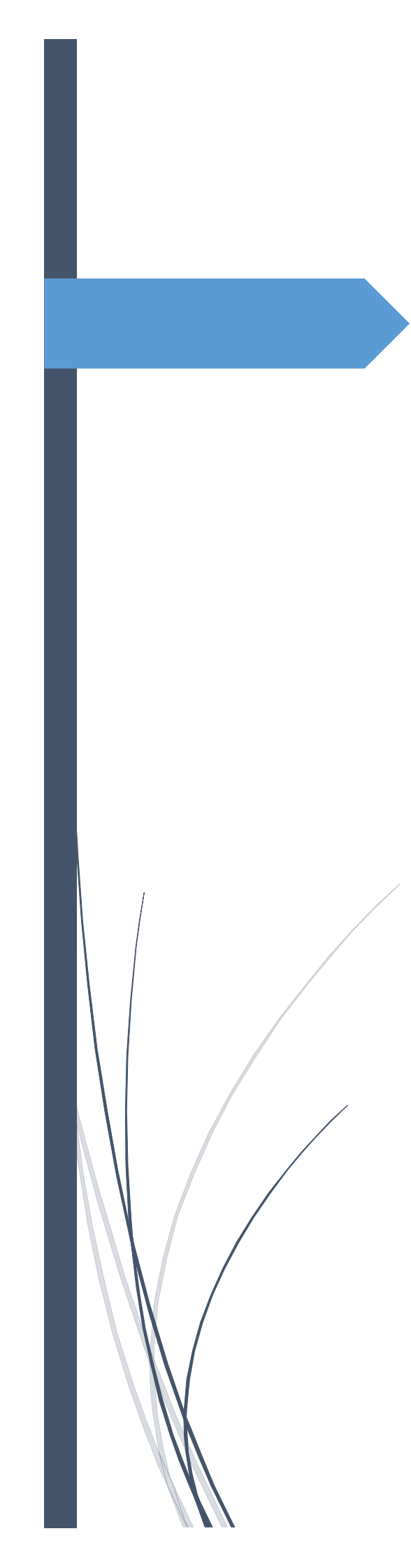
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina CEP-UEL, sob o registro CAAE 36400814.6.0000.5231 aprovado com o Parecer nº 994.096 de 23/03/2015 (ANEXO 1). Todos os participantes da pesquisa foram voluntários e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2).

O projeto ofereceu risco mínimo aos colaboradores, havia apenas a possibilidade de surgirem angústias e sentimentos desconfortáveis durante as entrevistas, devido ao tema tratado que é de cunho bastante íntimo. Não ocorreram episódios de grande angústia ou desestabilizações psíquicas dos entrevistados, apenas leves estados de ansiedade. Frente a essas situações, a pesquisadora ofereceu escuta psicológica adequada e realizou encaminhamento para a unidade de referência para tratamento psicológico, quando da vontade do informante.

Durante a realização das entrevistas, foi detectada necessidade de acompanhamento psicológico para três participantes: M2, M3 e H2. A participante M2 observou por si mesma a necessidade e solicitou encaminhamento para acompanhamento psicológico, o que foi realizado. Os participantes M3 e H2 tiveram postura diferente, a necessidade foi percebida por parte da pesquisadora que ofereceu encaminhamento, a qual ambos se recusaram. Observando as transcrições e gravações das entrevistas, podemos pensar que os motivos que levaram à oferta de encaminhamento não foram desencadeados pela participação na pesquisa, existiam previamente, a entrevista apenas deu evidência a eles.

O projeto VIGICARDIO obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina em 19 de outubro de 2010, com parecer registrado no Sistema

Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos –
CAAE nº: 0192.0.268.000-10 (ANEXO 2).



PERCEPÇÕES DO CORPO OBESO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE

- Apresentando os informantes da pesquisa
- Percepções do corpo obeso desveladas
 - Corpo obeso como algo não refletido
 - Corpo obeso como corpo obeso
 - Corpo obeso como potencialidade de cuidado

6- PERCEPÇÕES DO CORPO OBESO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE

A partir do material empírico, pudemos observar algumas formas de relação que cada um dos informantes tem com seu próprio corpo. Temos clareza de que o fenômeno não está esgotado, pois considerando a complexidade e a diversidade de cada fenômeno, um trabalho não possibilitaria revelar a sua totalidade, principalmente diante da infinidade de possibilidades de subjetividades e de percepções que o ser humano abarca.

Assim, como a fenomenologia aborda os fenômenos em sua totalidade, em sua amplitude, buscando revelar elementos que compõem a sua estrutura em busca de sua essência, traremos algumas nuances constitutivas do fenômeno “ser obeso”, neste estudo. Essas ora se mostraram convergentes, ora divergentes e em outros momentos idiossincráticas, mas fazem parte do fenômeno e, portanto, têm grande relevância para a sua compreensão. Relembramos que fenômeno é tudo aquilo que se desvela, que não se esconde, então nosso intuito é mostrar o que nos foi revelado neste trabalho.

Quando tomamos a relação indivíduo-corpo obeso, nos referimos à posição que o corpo tem na vida dos indivíduos e como ele é tratado, que significados ele carrega, quais possibilidades ele representa, como se coloca no mundo. Desta forma, a imersão no material empírico revelou várias vivências com o corpo, variando desde um corpo que tem o papel de conter os conflitos psíquicos, até o corpo que é fonte de vida, de sentimentos, de movimento e de sustento da família, entre outras.

O capítulo está organizado em duas partes. Na primeira, apresentamos uma síntese de cada informante da pesquisa com o objetivo de nos aproximarmos dos seus significados e representações relacionados aos seus corpos. Na sequência, descrevemos e analisamos as categorias construídas a partir da aproximação dos discursos de todos os informantes da pesquisa. O capítulo busca descrever o esforço empreendido em um círculo hermenêutico de análise, onde informantes, pesquisador e argumentos teóricos se mesclaram em movimentos constantes de ir e vir, ora mais próximos, ora mais distantes, mas sempre com o objetivo de clarear e contribuir com a compreensão do fenômeno em estudo.

6.1- APRESENTANDO OS INFORMANTES DA PESQUISA

Após o processo de leitura, seleção, interpretação e análise das unidades de significado de cada discurso dos participantes da pesquisa, realizamos uma síntese da entrevista de cada um deles, agrupando os principais aspectos revelados acerca do fenômeno em questão. Apresentamos essa síntese dividindo os informantes entre mulheres e homens e iniciamos com as mulheres. Em relação às classes econômicas, a classificação da ABEP variou de 15 a 39 pontos, estando presentes as classes A2, B1, B2, C2 e C1, com maioria de mulheres na B2 (5 pessoas) e de homens (3 pessoas). Entre as mulheres, apenas uma está na classe A2 e entre os homens, um representante está na classe B1, outro, na C2 e um, na C1.

MULHERES

Participante M1: 58 anos, IMC atual 31,59 kg/m², IMC em 2011 33,28, altura 1,52 m, peso 73 kg, ABEP 39.

A entrevistada é professora aposentada, mas ainda exerce algumas atividades profissionais na loja que pertence a seu filho. Começou a ganhar peso acerca de 10 anos, muito tempo antes da aposentadoria. Foi um processo percebido por ela como lento, entretanto após o falecimento de sua mãe, há cinco anos percebeu que houve um aumento significativo de peso. Encontra-se em tentativa de perder peso há três meses, mas ainda não obteve resultado e sente-se bastante desanimada. Com o objetivo de perder peso, promove algumas ações como caminhadas e controle de alimentação, mas sente muita dificuldade em executá-las. Também faz uso de medicamentos para diminuir o nível de colesterol. Começou a executar ações de cuidado com o corpo recentemente, pois passou por consulta médica e alguns exames a que se submeteu apontaram nível de colesterol alto e diabetes. O médico então solicitou algumas ações e ela vem tentando realizar. Tem nova consulta agendada para daqui a alguns meses, para refazer os exames e pesar. Ela emagreceu e não percebeu, ou relatou que pesa menos do que realmente pesa no momento da entrevista. Relata que a condição de seu corpo atrapalha muito nas AVDs e tem muita dificuldade em encontrar roupas que sejam de seu tamanho e que fiquem com boa aparência.

Participante M2: 46 anos, IMC atual 36,56 kg/m², IMC em 2011 era 33,98, altura 1,64 m, peso 98 kg, ABEP 23.

Casada, dona de casa, mãe de duas filhas. Na época em que era solteira trabalhava em supermercado, depois casou-se, engravidou e não trabalhou mais. Relata que quando solteira era magra, apesar de comer bastante. Começou a ganhar peso durante a primeira gravidez e depois não conseguiu perder. Foi uma gestação bastante conturbada, teve várias complicações, sofreu começo de aborto por três vezes, teve diabetes gestacional, mioma, e por conta disso quase perdeu a filha. Para se recuperar necessitou de dieta, repouso e medicamentos. Ela tenta algumas estratégias para perder peso, mas sem sucesso, como caminhadas e chás. Toda a sua família é obesa, as filhas e o marido também. Tem depressão diagnosticada e segundo ela também ansiedade. Trata-se com medicamentos.

Participante M3: 55 anos, IMC atual 35,61 kg/m², IMC em 2011 35,46, altura 1,48m, peso 78 kg, ABEP 23.

Atualmente é dona de casa, mas já trabalhou na lavoura. Relata que sempre foi obesa. Tem esse peso há muito tempo, e desde criança já era “gordinha”. Não está tentando perder peso. Executa cuidados consigo mesma no sentido de melhorar a saúde, não come nada à noite, entretanto o cuidado formal acontece apenas quando sente que vai morrer. Sofreu vários princípios de infarto por conta da hipertensão, mas não faz o tratamento medicamentoso prescrito por profissionais de saúde. Sente muitas dores nos rins, já foi marcada uma cirurgia para ela, mas não compareceu, teve medo de morrer na cirurgia. Ela procura não ficar pensando em doenças, não toma medicamentos, pois acredita que Deus vai curá-la. Parece sentir muita tristeza, oferecemos encaminhamento por conta disso, mas ela recusou. Ela perdeu uma filha em um acidente de carro, e um filho por ferimento por arma de fogo. Segue trabalhando, fazendo as tarefas domésticas, mesmo com muita dor e com os valores de pressão altos.

Participante M4: 55 anos, IMC atual 31,56 kg/m², IMC em 2011 32,96, altura 1,56 m, peso 76,70 kg, ABEP 27.

Casada, dona de casa, tem hipertensão há 20 anos, foi diagnosticada quando engravidou da primeira filha e nunca mais voltou à normalidade. Faz tratamento medicamentoso desde o diagnóstico. Além da hipertensão, refere ter diabetes há oito anos e gordura no fígado. Faz tratamento medicamentoso. Constantemente

recebe orientações para perder peso e fazer exercícios, tenta executar as orientações, mas tem muitas dificuldades. Alguns dias faz, outros não. Seus cuidados são dieta, ginástica e caminhada. Ela é a responsável pelo preparo dos alimentos em sua residência, o que contribui para que consuma mais do que necessita. Quando prepara refeições mais calóricas como lasanha, para a família, acaba por consumir também. Ela já fez várias tentativas para perder peso, às vezes consegue perder um pouco, mas sempre acaba voltando, “efeito sanfona”. Alguns dias sente-se ansiosa e tem muita vontade de comer, então não consegue resistir. Atualmente ainda está tentando perder peso, tenta voltar a caminhar e fazer a ginástica que a Prefeitura oferece. A meta dela é perder 10 quilos, ela conseguiu perder quase 4, entretanto não manifesta satisfação com isso.

Participante M5: 58 anos, IMC atual 32,22 kg/m², IMC em 2011 32,23, altura 1,65 m, peso 85 kg, ABEP 27.

Casada, dois filhos, trabalha como auxiliar de serviços gerais em uma escola. Relata que não tinha problemas com o peso até oito meses atrás, ficando por volta dos 70, 75 kg, quando chegou aos 80 quilos. Acerca de quatro anos fez tratamento com nutricionista e perdeu 15 quilos. Possui relato que mostra uma percepção distorcida de si, entretanto há oito meses passou por algumas situações difíceis, ficando bastante estressada, o que pode ter contribuído para que se lembre de ter ganhado peso nesse momento. Ela também tem problemas com a tireoide que relaciona com o aumento do peso. Está tentando emagrecer, com dieta e exercícios, mas tem muitas dificuldades, não conseguindo ter constância.

HOMENS

Participante H1: 58 anos, IMC atual 30,39 kg/m², IMC em 2011 32,95, altura 1,75m, peso 93 kg, ABEP 30.

Policial que após a aposentadoria tornou-se pastor de Igreja, visitando famílias. Enquanto trabalhava, relata que cultivava hábitos saudáveis em função da atividade que exercia, tinha acompanhamento de profissional de educação física e nutricionista no trabalho, praticava atividade física e tinha uma alimentação regulada. Depois que se aposentou, esses hábitos foram esquecidos, passou a ter uma

alimentação desregrada e parou as atividades físicas. Após nove anos, aproximadamente, de aposentadoria, percebeu que havia ganhado muito peso e que isso estava afetando sua saúde. Em uma ocasião, sentiu-se mal e desmaiou, fez exames que estavam alterados, e estava pesando 101 quilos. Frente a isso, passou a frequentar serviços de saúde e academia, controlar a alimentação, e em um ano perdeu oito ou nove quilos. Teve várias dificuldades no processo de perda e manutenção de peso, como a vontade de consumir alimentos calóricos, mas a preocupação com a saúde foi maior e ele persistiu. Atualmente continua com seus cuidados e pretende perder mais 10 quilos para chegar ao peso que os profissionais da academia consideram ideal.

Participante H2: 55 anos, IMC atual 35,97 kg/m², IMC em 2011 35,17 altura 1,67m, peso 103 kg, ABEP 28.

Aposentado, trabalhava em uma gráfica. Começou a ganhar peso pouco antes de se aposentar. Há três anos fez um tratamento com nutricionista e perdeu 27 quilos, e hoje ganhou tudo novamente e está com 103 quilos. Antes da aposentadoria, relata que pesava de 80 a 90 quilos. Tem baixa autoestima e ansiedade, faz uso de medicamentos para ansiedade e para dormir, mas não faz tratamento psicológico. Foi oferecido encaminhamento para psicologia, mas recusou. Atualmente está tentando emagrecer novamente, mas não tem conseguido resultados. Atribui isso ao fato de estar aposentado e por passar o tempo todo em casa, onde há alimentos disponíveis o tempo todo.

Participante H3: 53 anos, IMC atual 31,50 kg/m², IMC em 2011 31,12, altura 1,71m, peso 92 kg, ABEP 29.

Trabalha no ramo de alimentação há algum tempo, teve outros trabalhos, mas a maioria relacionada à alimentação. Começou a ganhar peso quando se casou, há 27 anos. Antes do casamento frequentava academia, depois parou. Os níveis de colesterol dele estão altos, tem vários problemas de coluna que lhe causam muita dor, entretanto não faz tratamento para nenhuma das condições de saúde e também não segue orientações de profissionais, quando lhe pedem para perder peso ou fazer exercícios. Não mostra desejo de emagrecer nem angústia por estar acima do

peso, não pratica exercícios por conta do trabalho que toma todo o tempo dele. O corpo não é sua prioridade e sim o trabalho.

Participante H4: 46 anos, IMC atual 33,33 kg/m², IMC em 2011 30,47, altura 1,68m, peso 94 kg, ABEP 25.

Motorista de ônibus, não relata doenças. Casado há 20 anos, tem três filhos. Relata ter ganhado peso acerca de dois anos, peso este de 94 quilos. Passou por problemas financeiros acerca de dois anos também, mas a relação desta situação com o ganho de peso não ficou clara. Esses problemas financeiros consomem o tempo livre dele, portanto atrapalham para que execute cuidados com seu corpo. A prioridade dele no momento é resolver sua situação financeira. Gostaria de perder peso e realizar cuidados para isso, entretanto não consegue devido à falta de tempo.

Participante H5: 53 anos, IMC atual 30,35 kg/m², IMC em 2011 31,44, altura 1,77 m, peso 95kg, ABEP 25.

Solteiro, desempregado ou de licença, não ficou claro. Começou a ganhar peso acerca de 12 anos, quando parou de fumar. Acerca de um ano começou a fazer exercícios e caminhadas, com objetivo de perder peso, tem obtido sucesso, conseguiu eliminar seis ou sete quilos. Tem como meta perder mais peso, continua com suas estratégias como controle alimentar e caminhadas. Não mostra angústia em estar obeso.

Participante H6: 58 anos, IMC atual 30,84 kg/m², IMC em 2011 33,63, altura 1,72 m, peso 91kg, ABEP 15.

Aposentado por invalidez, devido a problemas da visão causados pela diabetes. Começou a ganhar peso há 23 anos, o que foi acompanhado de outras doenças, a diabetes descoberta há 23 anos e a hipertensão há nove anos. Deseja perder peso, tem feito tentativas há 9 anos, mas não obteve resultados, apenas estabilizou o peso, mas não emagreceu. Não demonstra angústia pelo peso que tem nem pela dificuldade de perder peso. A diminuição do IMC aponta que não percebeu a perda de peso ou não soube informar.

Participante H7: 53 anos, IMC atual 33,20 kg/m², IMC em 2011 32,91, altura 1,60 m, peso 85 kg, ABEP 21.

É motorista de ônibus, começou a ganhar peso há 20 anos, e atingiu o peso que tem hoje não sabe em quanto tempo, mas se mantém com o mesmo peso há 20 anos. Cuida-se por conta da hipertensão, faz caminhada, controla sua alimentação, mas não tem angústia em relação ao corpo. Está obeso, mas como o corpo não o atrapalha no seu trabalho e não causa grandes danos à saúde está satisfeito. Ele não está tentando perder peso, relata que se perdesse ficaria feliz, mas não está tentando.

Na sequência, analisamos as três categorias construídas a partir da aproximação dos discursos dos informantes da pesquisa.

6.2- PERCEPÇÕES DO CORPO OBESO DESVELADAS

Como nosso objetivo foi desvelar a relação das pessoas com o próprio corpo, apresentamos a análise de forma a mostrar esse lugar do corpo na vida delas, tentando trazer aquilo que o corpo representa e como lidam com ele. Encontramos várias formas de relação com o corpo, por vezes, um mesmo informante apresentou mais de uma forma em sua vivência, e as posições não se mantiveram fixas. A fenomenologia estuda os fenômenos por meio do “mundo vivido” pelo homem, e é a partir dessa posição que mostraremos os fenômenos por nós observados, na perspectiva do sujeito que vivencia, revelando o mundo vivido com seu corpo.

Isso posto, apresentamos a análise dos resultados em três categorias analíticas: 1- Corpo obeso como algo não refletido, 2- Corpo obeso como corpo obeso e, 3- Corpo obeso como potencialidade de cuidados.

6.2.1- CORPO OBESO COMO ALGO NÃO REFLETIDO

Pensando na forma como se estabelece a obesidade, observamos que ela não chega de repente, ela faz parte da forma da vida de cada pessoa, ela se instala pouco a pouco ganhando significados. Resulta dos hábitos cultivados e acompanha o indivíduo o tempo todo, não há como se desvincular dela enquanto se for obeso, ela faz parte desse ser. Está estampada no corpo, nas atividades da vida diária (AVD), nos olhares das pessoas e no entorno. Ela faz parte do que Merleau-Ponty (2011) chama de “corpo vivido”, pois o indivíduo vive com a obesidade e por meio dela. O “corpo vivido” é um corpo que é sentido pela pessoa, o corpo com que ela vive e se expressa. Algo quase da carne, um corpo que não passa despercebido e que sente as experiências da pessoa.

Frente a isso, observamos que alguns dos sujeitos não reconheceram o processo de tornarem-se obesos, não perceberam seu corpo vivido tal como ele estava na atualidade. Foram surpreendidos por si próprios, quando se deram conta de que a obesidade já fazia parte deles. Esta condição mostra que eles não tinham um corpo vivido compatível com o corpo biológico. A vivência do corpo não tinha acompanhado as mudanças físicas ocorridas.

Teve uns tempos que eu pesava 89, de repente fui para 100, aí comecei. H5

O indivíduo sente que se tornou obeso de repente, como se rapidamente ganhasse peso sem notar. Portanto, essa categoria abarca aspectos de negação em relação ao corpo, tais como: “não querer olhar” para o corpo; não prestar atenção nele; não refletir sobre ele; uma “não valorização” e “não percepção” dos sinais que o corpo dá; não pensar sobre o peso; entre outros. Relataram, ainda, que enquanto conseguiam realizar as AVDs, mesmo estando com o corpo obeso, a obesidade não era considerada um problema.

Se for para mim pensar por exemplo, que eu tenho alguma coisa, aquilo ali vai ficar na minha cabeça que eu tenho aquele problema, entende? Daí pode até causar mais coisas pior ainda em mim, então eu penso, eu não tenho nada! Entendeu? [...] isso aí faz mal para saúde da gente, então eu acredito nisso aí sabe, então eu não ponho nada que é ruim na minha cabeça, nada nada!!![...] se eu olhar no espelho falar o louco! Estou obesa, não filha não estou obesa não, sai fora! (risos) [...] Mas eu não ponho nada na cabeça, porque tem gente já, que põe aqui né, fala assim: olha estou obesa, que não sei o que,[...] daí eu não ponho nada! M3

Não, não, eu não tenho nenhuma dificuldade [...] então com o meu corpo no geral eu não tenho dificuldade nenhuma. H4

Nestas situações o indivíduo não se percebe como obeso e não se preocupa com seu peso. Não consegue identificar a fase inicial da obesidade. Observamos também que, por vezes, o indivíduo trata essa condição como normal ou natural. Talvez, isto ocorra porque estão obesos há muito tempo, quase uma vida toda, além do fato de a obesidade acontecer dia após dia, fazendo com que as pequenas mudanças não sejam notadas, ao longo do caminho. Assim, o fato de estarem obesos, em suas percepções, não os afeta negativamente, não tem impacto em suas vidas. Como o que nos interessa na fenomenologia é a experiência vivida do sujeito e não um olhar intelectualizado ou de julgamento sobre sua experiência, consideramos válidas e importantes suas percepções. A percepção é a leitura que ele faz do mundo apoiado em suas unidades de significado e seus valores. Desta forma, se a obesidade tem valor de normalidade, se o corpo próprio dele contém a obesidade com valor natural, então ele não a sentirá como uma doença. O “corpo próprio” traz aquilo que é particular da pessoa, carrega seus significados, suas potências de subjetivação, aquele que existe com ele, está o tempo todo com ele (MERLEAU-PONTY, 2011).

Porque eu sempre fui gordinha desde quando eu nasci [...] quando eu tinha 11 anos eu era gorda, gorda mesmo sabe. Então, daí minha mãe fala, não filha, você não pode olhar muito [...] porque você sempre foi gorda. Nem sempre você foi obesa e também nem magra, então você é normal do jeito que você é agora [...] Se eu fosse magrinha quando eu nasci tudo bem, mas sempre fui gordinha. M3

Não tem problema, e o peso, ah, está normal. H3

Retomemos a fala da entrevistada M3 que se encontra na faixa da obesidade, mas sente seu corpo como normal, pois para ela seu corpo foi assim a vida toda. Para Merleau-Ponty (2011), o sujeito vai viver conforme as suas experiências no mundo, elas vão valer muito mais do que qualquer explicação dada pela ciência. Portanto, se o sujeito vive seu corpo como normal, não é porque a ciência diz que ele está obeso que ele vai passar a viver dessa forma. Diante disso, provavelmente ele não irá procurar tratamento ou mudança de hábitos para deixar de ser obeso, pois isso é parte dele, e não considera esta parte nociva.

Merleau-Ponty (2011, p. 15) fala de uma consciência, que é sempre consciência de algo, ela é “um projeto do mundo, destinada a um mundo que ela

não abarca nem possui, mas em direção ao qual ela não cessa de dirigir-se”. A consciência está sempre indo em direção ao mundo, ela não o possui, não é função dele, é o ser se debruçando no mundo. Deste modo, poderia a consciência dirigir-se em direção ao próprio ser, ao próprio corpo?

Se o ser está no mundo por meio do corpo, se é com o corpo que vive e conhece o mundo, e se a consciência é base do conhecimento (MERLEAU-PONTY, 2011), talvez possamos dizer que sim, a consciência tem essa possibilidade de voltar-se ao corpo do sujeito. Se ela tem a possibilidade de voltar-se ao próprio ser, o ser também teria a possibilidade de não utilizar a consciência para voltar-se a si próprio. Isto explicaria essa nuance do fenômeno “ser obeso”, quando o indivíduo não se percebe como tal, quando ele não tem consciência da condição de existência de seu corpo. Como Merleau-Ponty (2011) coloca, o corpo quanto mais longe dos olhos mais característica de objeto ele tem, pois não é possível olhar o corpo todo. Quando uma parte é olhada, as demais se escondem. Então, uma pessoa não poderá olhar-se a si mesma por inteiro, olhará parte a parte. Talvez, possamos inferir que esse seja um processo gerado pelo sofrimento que essa conscientização possa trazer, constituindo-se como algo defensivo.

Nesse bloqueio da consciência em relação a si mesmo, podemos observar uma forma de manifestação que acaba ajudando a criar essa percepção de não obeso. Para Merleau-Ponty (2011, p.41), “a percepção não é presumida verdadeira, mas definida por nós como acesso à verdade”. Se a percepção não contém a verdade, ela é um acesso à verdade. Desta forma, poderia ela colaborar com o fenômeno de não olhar a si mesmo? Assim, a análise dos discursos dos participantes nos permite dizer que muitos deles acessavam suas verdades, a partir de percepções construídas ao longo de anos e sob a influência de diferentes experiências. Esse achado coloca em pauta a reflexão sobre verdades pouco flexíveis construídas na sociedade e na área da saúde sobre a obesidade e que precisam ser retomadas, considerando tal possibilidade.

Não, dificuldade assim por causa de algum trabalho alguma coisa? Não [...] particularmente para mim está bom! [...] está bom. H6

O entrevistado H6 é obeso, diabético e já perdeu parte da visão, no entanto, segue vivendo da mesma forma que vivia antes da obesidade e da diabetes. Recusa-se a ouvir os sinais e vive no silêncio que ecoa em seu corpo. Merleau-

Ponty (2011) fala que quando se perde uma função corporal não se pode mais penetrar no mundo da mesma forma, um silêncio se forma. Há pessoas que seguem vivendo o mundo da mesma forma que viviam quando ainda tinham a função, e há outras que criam novas formas de interagir e ser-no-mundo sem aquela função.

Entretanto, se olharmos para o corpo de maneira global, poderemos ver um corpo que parece “querer fazer-se ouvir” com as várias doenças que apresenta. É um corpo que clama por atenção e que manifesta diversas condições que necessitam de cuidado.

Portanto, refletimos sobre a permanência da obesidade na vida da pessoa, mesmo quando o corpo parece “gritar, chamar” para algo que não está recebendo atenção. O depoimento de H6 exemplifica isto, ele está obeso, tem diabetes e perdeu parte da visão, e parece não “ouvir”. O entrevistado H7, um homem que mesmo com uma estatura de 1,58 m e peso de 85 quilos sente que está bem. Refere que só vai começar a preocupar-se a partir dos 90 quilos.

Assim, eu vou me preocupar eu tenho que me cuidar, mas se tiver chegando 90, 100 quilos uma pessoa de um metro e 58, um metro e 60, baixinho, com 100 quilos daí já poderia estar até com outros problemas. H7

Merleau-Ponty (2011) fala de voltar-se a uma percepção ingênua de mundo, antes de qualquer categorização e teorização, voltar-se às coisas mesmas, do valor do que é vivido pelo sujeito. Mesmo que parâmetros de saúde digam que o peso que se tem é uma condição que inspira cuidados, o que é vivido é diferente, e muito mais importante do que quaisquer classificações, pois o indivíduo age conforme o seu vivido, e não de acordo com o que ciência lhe diz para fazer.

Uma das razões pelas quais as pessoas vivenciam seu corpo como não refletido pode ser devido ao fato de que reformular o corpo próprio, mudar seu corpo vivido, apresenta dificuldades e pode trazer sofrimento. Esse sofrimento também sofre influências culturais que estigmatizam as pessoas que vivem com obesidade. A forma do corpo tem relação não somente com a saúde, mas também com o que é colocado como belo ou feio. Socialmente, belo é o corpo extremamente magro. Além disso, há preconceitos com pessoas obesas e estigmas. Elas são vistas como preguiçosas ou descontroladas e que vivem com obesidade por escolha própria. Vieira e Bossi (2013) analisaram a associação da ciência e da mídia para difundir

um ideal de corpo, referindo que é belo e saudável somente o corpo esguio, magro, fino, com pouca gordura. Esta condição faz com que as pessoas acreditem que somente serão felizes após atingirem esse ideal. O mundo externo está voltado para servir o corpo, mas um corpo magro. Os assentos em estabelecimentos públicos são pequenos, os espaços em transportes individuais e coletivos são pequenos, os manequins de loja são todos extremamente magros, etc. Para as pessoas obesas, há somente o lugar que é guardado para elas, que é diferente dos demais, assentos diferentes, lojas de roupas especializadas, etc. Isso gera dor, sofrimento e exclusão, contribuindo para que esses indivíduos relutem em conviver com seu corpo atual, tentando permanecer no habitual. “O sentimento de exclusão gerado por uma não aceitação social do corpo caracteriza também um sofrimento concreto” (RODRIGUES; CANIATO, 2009, p.657).

Outro aspecto é que vivemos em uma sociedade que produz pessoas obesas, devido à forma de organização da vida, das longas jornadas de trabalho que dificultam o cuidado consigo mesmo, da oferta de alimentos industrializados em demasia, das propagandas de redes de *fast food*, etc. Essa realidade produz pessoas convivendo com condições que facilitam a obesidade e depois as estigmatizam, como diz Costa (et al., 2012):

A preocupação com o corpo tanto é estimulada como sabotada pelos meios de comunicação, que veiculam ou produzem notícias, representações e expectativas nos indivíduos, com propagandas ou informações que, de um lado estimulam o uso de produtos dietéticos e práticas alimentares para emagrecimento e, de outro, instigam o consumo de lanches e refeições rápidas. Os programas apresentados na televisão mostram constantemente escolhas de alimentos não saudáveis, tais como aqueles de alta densidade energética e bebidas alcoólicas, sem esclarecer sobre as sequelas que seu consumo cotidiano pode acarretar para a saúde. (COSTA, et al., 2012, p. 510)

Outra peculiaridade do fenômeno ser obeso refere-se à crença em Deus. Uma crença de que é Ele quem determina quem fica doente e de que é Ele quem vai curar qualquer doença. Uma crença pode ter um efeito positivo na vida de uma pessoa, entretanto, nesse momento revela-se uma espécie de conformismo e de resignação que tira a autonomia da pessoa em relação ao seu próprio corpo. Como se ele não tivesse escolhas e sua condição de vida estivesse predeterminada.

Eu sempre peço para Deus, não, eu tenho esse problema e eu tenho que sarar, mas sem remédio! [...] se eu tenho, Deus vai me curar assim mesmo [...] Graças a Deus, parece que eu amanheço atacada mesmo, parece que a dor.....some.[...] some de repente!...]eu não tomo remédio!! [...] mas daí eu penso, não vou pensar nada não, isso aí se for alguma doença há de ir embora se Deus quiser! [...] eu penso em Deus, penso Deus me tira essas coisas ruins da minha cabeça, afasta esse mal de mim! M3

A entrevistada M3 é uma mulher, de 58 anos, está obesa e tem várias doenças associadas, como hipertensão e muitas dores. Ela não se submeteu a uma cirurgia que lhe foi agendada e já teve alguns princípios de infarto. Não faz exercícios, não faz dieta e também não toma os medicamentos que lhe são prescritos. Acredita que Deus irá curá-la de qualquer problema que possa ter. Na experiência vivida dela, Deus a socorre quando ela pede, pois há dias em que a dor dela cessa. No corpo próprio dela, Deus é sua fonte curativa, e não os medicamentos, aos quais ela recorre apenas quando sente que vai morrer. O corpo vivido dela sempre se recupera quando pede a Deus, então ela não faz tratamento medicamentoso, pois sempre consegue sentir-se melhor orando a Deus. Esse aspecto do fenômeno não foi mencionado por outros participantes da pesquisa. Observamos e destacamos que a experiência espiritual, tal como é vivida por cada pessoa, influencia suas percepções e maneiras de construir suas verdades. Assim, este aspecto tem impacto na vida das pessoas e faz parte do fenômeno ser obeso.

O corpo também pode ser colocado em um lugar de instrumento, como aquilo que o mantém vivo e que traz o sustento da família, mas sem o valor que isso agrega. O corpo é percebido com significado de máquina, que é usada conforme a necessidade. Nesta situação o corpo fica em segundo plano, pois outros aspectos da vida têm prioridade, como o trabalho, a família, etc. Merleau-Ponty (2011) fala que o corpo é o veículo do ser no mundo, em alguns momentos isso pode ser mostrado de forma apenas instrumental, sem o corpo com o valor de ser, apenas de instrumento, entretanto não deixa de ser uma significação presente na vida das pessoas.

Você mesmo, você se anula, você é simplesmente algo que pode ficar esperando!
H4

Está exagerado, mas não tem como ficar cuidando disso agora, agora é uma época que não posso descuidar de outras coisas, o corpo vai continuar assim [...] não tem como pega uma hora para mim ficar lá, uma hora e depois para você ir na academia [...] a minha prioridade nem é tanto minha saúde eu acho. H3

Podemos observar que, entre as mulheres, não houve nenhuma fala nesse sentido de utilizar o corpo apenas como instrumento, colocando-o em segundo plano por conta de outras prioridades da vida, como o trabalho. No entanto, deixamos esta perspectiva em aberto, pois talvez na continuidade das entrevistas, provavelmente isso poderia ser revelado também no discurso delas. Isto poderia ocorrer diante da inserção atual da mulher no mercado de trabalho.

O tempo é outra questão que influencia a percepção do corpo obeso não refletido/percebido. Ele dá a impressão de que com o passar do tempo todos irão ganhar peso, o que cria a ideia de que ganhar peso está dentro da normalidade, está saudável ainda. Merleau-Ponty (2011) diz que a sensação é a experiência que tenho de mim mesmo, e a percepção é a leitura que tenho das sensações. Com o passar do tempo, as sensações que o “ser obeso” traz tornam-se habituais, e por consequência a percepção que se tem delas ocorre de forma natural, faz-se uma leitura de corpo saudável.

Alguns mostraram que o passar do tempo trouxe isso de fato, e que apesar disso não sentiram diferença do corpo atual com o corpo habitual. O corpo habitual, conforme Andrade (2008), é aquele com o qual já estamos habituados, acostumados, é parte de nós, e o atual é aquele que construímos após algum processo de mudança, aquele atual, o último com que temos de viver.

No momento em que as pessoas olham para seu corpo considerando apenas alguns aspectos e não todos, observamos aquilo que Merleau-Ponty (2011) chama de visível e invisível. Para ele o corpo é aquele que é visto e aquele que vê, para que possamos ver uma parte temos de esconder a outra, há aspectos que se revelam e outros que se escondem. Quando uma pessoa olha para seu corpo e não se dá conta dos sinais que ele lhe dá, por exemplo, sinais de adoecimento, ela está olhando para outros aspectos, assim os sinais de adoecimento permanecem escondidos. Quando a doença se instala, ela constitui mais um sinal de revelação, então a pessoa pode neste momento passar a se ver portador destes sinais/sintomas, seu corpo deixa de ser invisível. Mesmo diante desta situação, encontramos pessoas que ainda não deram crédito às informações disponíveis a respeito do seu corpo adoecido, tampouco o que era importante fazer para manter seu corpo saudável.

Não no início não, porque no início você vê, há 23 anos atrás a gente nem tinha uma orientação assim certa né! A você ia no médico falava, mas você achava que aquilo ali não ia resolver o problema e acabava não fazendo. H6

Abordaremos também alguns sentimentos vivenciados pelas pessoas obesas que se relacionaram com seu corpo de maneira não refletida. Os sentimentos têm origem no corpo ou na relação que as pessoas estabelecem com seus corpos. Retomando o conceito de Merleau-Ponty (2011) de “corpo próprio” como portador de significados, carregando os determinantes da cultura em que está inserido, assim os sentimentos que o corpo desperta têm relação com o meio em que o indivíduo vive. Um corpo que seja mais aceito em sua cultura trará sentimentos de satisfação e prazer, e um corpo que está fora do que a cultura determina como bom, saudável ou belo, provavelmente trará sentimentos de insatisfação e desprazer.

O sentimento é um dos componentes do corpo vivido do sujeito, porque aquilo que sentimos, sentimos com o corpo, está entranhado na carne. A sensação é uma experiência de si mesmo, então ajuda a compor o corpo próprio a dar o significado particular a cada corpo para cada pessoa. A sensação e os sentimentos estão presentes em dois conceitos importantes de Merleau-Ponty e têm influência na ação do indivíduo sobre seu próprio corpo (MERLEAU-PONTY, 2011).

O fenômeno ser obeso tem vários aspectos, portanto os sentimentos relacionados a ele são bastante variados. Foi possível observar sentimentos que ora faziam os participantes da pesquisa sentirem-se mal, ora sentirem-se bem. Os sentimentos têm grande importância no fenômeno, pois têm relação com o bem-estar geral do indivíduo e o quanto ele está ou não adaptado ao corpo que tem. Além disso, os sentimentos são um componente da relação dos indivíduos com o próprio corpo. Conforme o que sente, a pessoa terá uma vivência com ele, se gosta dele, terá sentimentos de satisfação, terá uma experiência mais agradável. Se não gostar dele, terá uma experiência de desprazer e insatisfação. Assim, relacionaremos alguns sentimentos que emergiram nesta condição de corpo obeso não refletido.

Um sentimento relatado foi o de invulnerabilidade, como se ele não fosse afetado pelo ambiente em que vive e pelas escolhas que faz. Muitas vezes, apesar da obesidade e de outras doenças associadas, o indivíduo ainda tem a possibilidade de continuar realizando suas tarefas, seu trabalho, então firma-se neste sentimento

de conseguir manter-se forte. Esse resultado apareceu mais entre os homens. Talvez isto ocorra porque o corpo deles carrega valores culturais distintos, de que o homem precisa ser forte, ser o provedor, então não pode parar nem por um momento para cuidar de si mesmo. No entanto, deixamos suspenso este achado, pois não sabemos se, na continuidade da coleta de dados, encontraríamos também este aspecto entre as mulheres. Este aspecto suscita a possibilidade de outros estudos que possam explorar de maneira mais profunda a construção social e cultural de valores sobre a fragilidade do corpo feminino e da força do corpo masculino, para além da constituição física.

Não é isso aí porque você, você acha que os outros ficam doente, você não né,e não classifica isso aí como uma doença hoje em dia, eu classifico como um tratamento. H7

Outro sentimento que se revelou foi a ansiedade que provoca o comer não refletido. Consideramos que esta ação de alimentar-se de maneira despercebida das necessidades reais do corpo em relação aos alimentos, tanto em quantidade como em qualidade, também parte de uma percepção do corpo não refletida. A ansiedade tem sido um fator que faz com que os indivíduos se alimentem de maneira excessiva, numa tentativa de diminuir o estado ansioso, entretanto sem relacionar com as causas da ansiedade e tampouco com a escolha correta dos alimentos.

Como já trouxemos, Costa et al. (2012) dizem que a ingestão de alimentos parece ser o único comportamento que consegue diminuir a ansiedade. Também trazem que a alimentação pode estar relacionada tanto a eventos agradáveis quanto desagradáveis, então tem a capacidade de preencher qualquer espaço, qualquer conflito. Veremos, nas falas a seguir, a manifestação desse comportamento de usar alimentação para aplacar conflitos e preocupações.

Meu problema é esse, eu desconto tudo na comida! [...] tenho muita ansiedade. M2

Eu acho também que o meu peso é por causa da ansiedade[...]no final da tarde é que às vezes eu exagero, cada vez que eu penso numa coisa, até na própria gordura, puta eu estou gorda, eu vou lá e pego um negócio na geladeira [...] fico pensando em algum problema aí eu vou lá, pego uma bolachinha, pego uma fruta! M1

Ansiedade faz eu roer o dia inteiro, é um doce, um chocolate, um cafezinho toda hora...[...] o estômago, ansiedade ataca o estômago, faz com que você começa a fulminar os olhos, pedir, roer [...] não melhora, dá vontade comer mais, nunca supre, parece que nunca supre. [...] não dá aquele bem-estar, estou saciado! H2

O entrevistado H2, um homem aposentado, demonstra um sentimento de vazio, um espaço que precisa ser suprido, ser preenchido, mas como isso não ocorre, ele tenta suprir esse vazio com alimentos em excesso. Observamos que ele faz uso não intencional do corpo como uma forma de escape, de suprir necessidades que ele nem sabe claramente quais são. Podemos refletir que, talvez, o vazio possa estar relacionado com a falta de emprego após a aposentadoria, pois ele mudou a sua forma de interação com o mundo e ainda pode não ter se habituado a isto. Criou-se um vazio, que ele sente no corpo e no corpo tenta preenchê-lo, sem conseguir, porque esta falta tem outras raízes para além do corpo, apenas é vivida nele.

A ansiedade também provoca um comer compulsivo. Depois de comer vem a culpa por ter comido. O comer compulsivo, conforme já trouxemos na perspectiva teórica, é “comer mesmo sem vontade” (NUNES; BITTENCOURT, 2013, p. 150). Seria uma forma de lidar com o sofrimento de origem emocional em um momento em que a mente não está forte o suficiente para isso. Então a dor psíquica é transformada em dor corporal e contida por meio do ato de alimentar-se repetitivamente. A percepção do que é comer muito ou comer pouco fica confusa, porque a quantidade ingerida para a satisfação biológica é diferente para a satisfação emocional, a fome de ordem emocional permanece insatisfeita (VIEIRA; TURATO, 2010).

Fica com a consciência pesada [...] devia ter evitado não ter comido, mas aí já foi né!
M4

Na hora que você está comendo você não pensa, mas depois vem um sentimento de culpa, puxa mas porquê que eu comi isso?? [...] parece que a comida resolve, mas depois já vem aquele drama de consciência, porque que eu fiz isso? Que bobeira, não me resolveu nada [...] outro dia eu até tento dar um equilibrada mas se acontece a mesma situação eu volto fazer a mesma coisa.M1

Tem que ser bastante porque pouquinho não resolve, tem que estar com a sensação de estar bem cheia para dar uma acalmada [...] depende do dia fico até pior porque fico com meu estômago muito cheio, às vezes dói, mas geralmente melhora. M2

A entrevistada M2 come para se acalmar e precisa comer muito, pois pouco não resolve, e isso é vivido com tanta intensidade na vida dela que o estômago pode doer, mas ainda assim continua comendo. O corpo aqui se mostra como uma válvula de escape. Está em um lugar de objeto onde são despejados os conflitos e

problemas do dia a dia. O corpo próprio dela talvez seja algo para se usar, e não algo para se viver.

Ainda em relação à alimentação desvelou-se um sentimento de revolta, pois as pessoas percebiam que, mesmo fazendo dieta e tendo controle, ainda assim não conseguiam perder peso. E, quando observavam outras pessoas se alimentando em quantidades maiores sem ganhar peso, sentiam-se injustiçadas e revoltadas. Consideramos nesses casos, que embora as pessoas expressassem controle da alimentação, algo permanece obscuro diante da ausência de resultados. Portanto, consideramos que existem aspectos não refletidos, podendo estar relacionados à qualidade ou quantidade dos alimentos, aos sentimentos e aos problemas pessoais ou sociais, entre outros.

Tenho amigas magérrimas, a gente sai ela come eu não sei quantos algodão doce, eu não como, vamos tomar café, come dez, um monte de vezes mais do que eu, tanto que elas mesmo fala, nossa mas você come muito menos [...] eu sei o tanto que eu tenho que comer eu não sou exagerada mais para mim parece que faz um efeito....[...] em relação às pessoas que estão junto comigo e come, eu como menos do que todas, e para mim um negocinho que eu como já faz o efeito e elas continuam magras deve ser metabolismo....ai eu não sei o que que é! [...] então, eu falo Meu Deus do céu, como que pode? Né! Como que pode!!! M1

Ainda em relação à ansiedade, observamos que ela já existia antes da vivência do fenômeno “ser obeso” na vida dos entrevistados. Ela tinha outro foco e era menos intensa. Não temos como afirmar se a obesidade surgiu por outros fatores ou pela própria ansiedade, mas podemos observar que a ansiedade potencializou a obesidade, contribuindo para um maior ganho de peso. Isto nos leva a pensar que a ansiedade seja uma característica presente na vivência do indivíduo obeso e, quando ela já existia anteriormente, poderia estar mais como fator de base do que como consequência da obesidade.

É, era menor né! [...] bem menor! Não chegava tomar remédio, às vezes só para dormir, eu era muito ligado no trabalho, vinha para casa com o trabalho na cabeça, tudo que tinha pra fazer, focado então tomava remédio pra dormir[...] ansiedade é o fato de querer acabar o serviço logo e o equipamento não rende mais que aquilo, você querer ir embora e já passou do teu horário de ir embora e tem que entregar o serviço. H2

Podemos observar que um corpo não refletido é um corpo que não constrói a percepção sobre alguns dos seus aspectos, é um corpo que vive o corpo atual como se fosse o corpo habitual. Não refletir sobre o corpo é não perceber os sinais de

início da obesidade e do adoecimento como tais. É perceber esses sinais como normais, e como são percebidos dessa forma, não precisam de reflexão ou de ação.

No entanto, observamos que esta percepção de naturalização do corpo obeso não é uma constante na vida das pessoas. Elas, em algum momento, mudam de posição e incluem em seu corpo próprio a noção de que algo precisa ser feito para mudar essa forma de ser, seja por motivo de saúde ou estético. Esta realidade oscilou na vida dos informantes desta pesquisa. Alguns passaram algum tempo sentindo-se dessa forma, mas depois passaram a perceber que precisavam fazer algo para mudar.

Quando uma pessoa não reflete sobre seu corpo, ela não vive o seu corpo. O seu “corpo vivido” não acompanha as mudanças que se fazem presentes. Ela não coloca sua consciência nesse aspecto de seu corpo. Para Merleau-Ponty (2011), a consciência tem sempre um objeto, ela é sempre consciência voltada para alguma coisa, então ela pode ser focalizada em vários aspectos, e não ser focalizada em outros, podendo estar ou não voltada para a obesidade.

Refletindo sobre esse processo, do lugar onde cada pessoa joga a luz de sua consciência, podemos inferir que esta ação está permeada por diferentes sentimentos. Quando se tem consciência de algo, entra-se em contato com isso, e criam-se maiores implicações com aspectos do próprio ser, compreendendo esses aspectos como partes deste ser. Esse contato pode ser prazeroso ou doloroso, gerando sentimentos fáceis ou difíceis. Como a obesidade tem um *status* de doença, geralmente os sentimentos são difíceis.

Após o momento da não reflexão, as pessoas começam a entrar em contato com seus corpos, adquirindo maior consciência sobre esta realidade, assumindo-se como obesos e vivenciando as vicissitudes desse fenômeno, assunto da próxima categoria.

6.2.2- CORPO OBESO COMO CORPO OBESO

Nesta categoria trabalhamos as percepções dos informantes a respeito de seu próprio corpo, no momento em que ele é percebido como obeso, quando já foi superada a fase de fuga, da não reflexão e conseguem olhar para seu corpo e perceberem-se obesos. Os resultados revelaram diferentes maneiras para vivenciar esse fenômeno. Dentre as percepções que se mostraram com relação ao corpo vivido obeso, nenhum ganho, vantagem ou benefício foi citado. Nenhum informante colocou como prazeroso viver o corpo obeso. No entanto, algumas experiências de superação foram relatadas e serão tratadas oportunamente.

Assim, esta categoria trata da formação de consciência em relação a si mesmo, que emergiu frente aos momentos em que: doenças associadas à obesidade foram diagnosticadas; compara seu corpo presente com recordações do passado; ouve comentários de outras pessoas; vivencia dificuldades no cotidiano e; vivencia condições relacionadas ao mundo do trabalho. A categoria abrange também as dificuldades que o corpo obeso traz para a vida, a associação da obesidade com fatos marcantes na história pessoal, e os sentimentos que permeiam a vivência com o corpo obeso. Esses têm papel importante no momento em que as pessoas perceberam-se obesas, trazendo, em geral, sofrimento.

O diagnóstico de doenças associadas à obesidade foi um dos momentos em que alguns indivíduos entraram em contato com o fenômeno que estão vivenciando. Esse momento oportunizou sair da fuga do próprio corpo, principalmente frente à ameaça à vida que se tornou mais concreta e real. Esse período foi vivenciado com uma sensação de choque. As pessoas passaram a valorizar os sinais do corpo somente quando ele se encontrava comprometido. As doenças mais presentes foram: problemas renais, hipertensão, diabetes mellitus, taquicardia e ansiedade. Quase todos os entrevistados apresentaram ao menos uma.

Daí eu procuro médico (risos) na hora que eu vejo que eu estou indo mesmo, mas enquanto isso não! [...] Uma vez chegou até 30 eu fui parar na Santa Casa, fiquei ruim, peguei aquela tontura que Deus me livre, me segurei eu olhava assim parece que estava tudo turvo !!! Falei meu pai do céu eu estou ruim! [...] fiquei internada lá no 24 horas, o dia inteiro só no soro, até a noite, fui sair de lá umas 9 e pouco, ainda a pressão estava 17 por 10 [...] estava alta ainda, só soltaram porque eu fiquei falando

quero ir embora, não quero ficar aqui! [...]Vixi Maria! Já umas três vezes que acontece isso comigo! Eu ficar internada. M3

Você só fica atenta quando acontece[...] a gente acha que você nunca vai chegar lá, sabia que tinha engordado, não achava que essas doenças vinham, porque é uma coisa silenciosa, você não percebe.M1

Antigamente eu não tinha diabetes eu lembro que não preocupava com isso né, não pensava em emagrecer, agora depois dos problemas de saúde sempre eu estou pensando em manter o peso. H6

Quando algo mais grave surge na vivência do corpo, um diagnóstico de doença, uma crise, então ocorre uma nova percepção da experiência vivida, um novo significado é incluído ao corpo próprio, mas somente depois de um choque. Um corpo atual diferente do corpo habitual começa a ser formado, um corpo atual que contém o ser doente por conta da obesidade.

A despeito do volume de informações sobre saúde disponível atualmente, o que prevalece é a experiência que forma o corpo vivido. Enquanto algo não deslocar o indivíduo para a vivência desse corpo como um corpo obeso que precisa e merece cuidados, a pessoa segue com a vivência habitual. Quando o indivíduo começa a tomar posse de sua vivência como obeso, isso pode ser incluído em seu corpo próprio de maneira a agregar valor de cuidado ao corpo. O corpo próprio dele passa a ser algo a ser cuidado.

Entretanto, esse processo não acontece sem sofrimento, pelo contrário, muitas vezes foi acompanhado por sentimentos bastante difíceis, mas a questão principal foi a capacidade de olhar para si sem fugir.

Reagiu, parar de fuma [...] foi o momento que eu comecei engordar um pouquinho [...] eu parei de fumar uns 12 anos, que eu fiquei gordinho depois que eu parei de fumar uns 6 anos, 6 anos gordinho, 100, 105 quilos. H5

Outra maneira de voltar à consciência para o corpo ocorreu na comparação de si mesmo, no passado e no presente. Eles fizeram reflexões a respeito de como se percebiam antes da obesidade e como se percebiam atualmente. Há alguns anos atrás, quando podiam comer e não ganhavam peso, seja porque eram mais jovens ou porque

praticavam mais atividades. Ficou evidente também a preferência pelo período de vida anterior à obesidade.

Eu comia bastante só que eu trabalhava fora então eu acho que não, não acumulava tanto. M2

E aí você começa lembrar o que era, o caminho que está indo[...]e não achava feio, não tinha essa preocupação, mas agora a gente já percebe, então percebe o que era e como está hoje né[...]Jera bem fininho (risos) bem fininho. H1

Bem melhor quando emagreci, bem melhor, a disposição é outra, não tem nem que pensar[...] bem diferente! A vontade era outra outra! [...] dormia melhor[...] melhorou, para tudo né melhorou. H2

O constatar da obesidade foi acompanhado da percepção de suas dificuldades no cotidiano. O processo de ganhar peso é vivido pelas pessoas como algo contínuo, no qual frequentemente ganham peso e não perdem. Ganhar é fácil, perder é difícil.

Você está sentindo que está inchando cada vez mais...[...]sim!!! Sempre estar acompanhando a balança [...] quando você vê já foi! Aí você vai pesar, você vê a aumentei só um quilo, passa um mês a aumentei só dois quilos, está entendendo? H2

Porque para ganhar, ganha rápido [...]é a hora da dificuldade, (risos) [...] perder que é o difícil! M4

As pessoas mostraram conhecimento sobre as consequências do ganho de peso, corroborando o estudo de Costa et al. (2012) que relata a variedade de informações que são disseminadas a esse respeito. O que aponta para o fato de que somente a informação não se mostrou suficiente para que evitassem ganhar peso. Os sentimentos, conflitos e hábitos envolvidos também tiveram influência nesse processo nesta pesquisa, assim como os encontrados pelos autores citados anteriormente.

Houve um informante que esteve em conexão com seu corpo vivido, durante a vida. Podemos ver que o corpo atual formou-se a partir das mudanças ocorridas nos corpos habituais. O corpo vivido acompanhou as mudanças ocorridas.

Já faz muito tempo que estou nesse peso, o acompanhamento maior que você faz é através dos exames que a empresa solicita[...]porque chegou ser isso na juventude 62, 65 ficou um tempo 67, depois que foi subindo, e chegou nisso aí, [...]é, por exemplo, ao longo todo da vida adquirir esse peso, foi aumentando chegou nisso aí há uns 20 anos. H7

Esse informante está com o peso estabilizado, não está perdendo, mas também não está ganhando, está convivendo com o fenômeno ser obeso. Adquiriu o peso com o passar do tempo. Ele viveu esse corpo, viveu os vários corpos que teve e adaptou-se a eles. Ele não demonstra angústia em estar obeso. Sabe de sua condição e tenta cuidar-se, deseja perder peso, mas não é algo que traga sofrimento intenso para sua vida. Ele não faz cobranças estéticas e, talvez, este seja um dos motivos para que tenha conseguido viver seu corpo com mais tranquilidade.

A esse peso, uns 20 anos mais ou menos[...] vai lá está nesse patamar, 83, 80 chega 85 oscila de 2, 3 quilos, então não passa disso, não diminui, nem cai, e nem aumenta[...] está nisso aí estabilizado há muito tempo [...] não tem como você falar que não, você está sendo demagogo porque você observa através da sua roupa que você vai aumentando, você usava calça jeans apertada depois vai para calça social [...] não tem como você não ver que você está ganhando peso. H7

Os informantes relataram diversos aspectos que podem contribuir para a formação do corpo obeso. Apresentam percepções próprias acerca do que os fazem ganhar ou perder peso. Os informantes olham para o mundo e para si mesmos e percebem motivos diferentes daqueles apontados pela ciência e pelos profissionais de saúde. Vieira e Turato (2010) também apontam em seus resultados que algumas pessoas têm a percepção de que não é a alimentação que as faz ganhar peso.

Não é por extravagância [...] não tem horário certo para as coisas [...] a gente sente pesado, mas é por causa disso aí mesmo [...]eu acho que academia tem que ser um negócio igual a um almoço, jantar, tem que ter aquele horário [...] não é uma hora da tarde, depois vou 10 horas da manhã, depois vou 9 horas da noite, acho que não, não funciona não. H3

A eu não sei se eu tenho problema de fígado, porque eu tenho né, qualquer coisa me ataca cabeça, ataca tudo, aí é onde que eu engordo, sei lá se é isso [...] é de engordar, eles me falam que é de engordar, o nervo, aí ela sobe, sobe. M5

Comentários de outras pessoas revelaram-se também como disparadores para entrar em contato com a obesidade, possibilitando que olhassem para seus corpos de maneira diferente. Mas foi uma maneira colocada pelos entrevistados como ruim, pois alguns comentários, por vezes, soaram como maldosos e/ou preconceituosos, trazendo incômodos e sofrimentos. Vieram tanto de familiares, de colegas de trabalho como de outras pessoas próximas.

Meu genro dá risada, meu genro fala porque ele se controla bem [...] Ai você engordou! Tem uma sobrinha minha que é enfermeira falou para mim fazer redução de estômago [...] ele começou a dar risada de mim...[...] costura a boca Dona M5. M5

Podemos observar que o corpo obeso desperta motivos de risos e piadas, bem como comentários invasivos e, por vezes, até agressivos: “costura a boca”. Estas situações colocaram as pessoas frente aos seus corpos obesos. Por um lado, ajudam a constituir o corpo vivido, mas trazem sofrimento e estigmas.

Então fica falando falando... dá impressão assim que você não emagrece porque você é uma comilona porque você não faz nada. M1

As observações feitas pelos outros levaram a sentimento de fracasso, pois transmitem a ideia de que a pessoa obesa não está fazendo nada para melhorar sua situação, que é preguiçosa.

Outra maneira de tomar consciência do corpo obeso foi frente às dificuldades cotidianas, tais como: dificuldades para as atividades da vida diária - AVD, como caminhar, realizar tarefas domésticas, tomar banho, encontrar roupas que sirvam e que fique bem, sentir mais calor e ter maior sudorese. O reconhecimento dessas dificuldades mostra a vivência com o corpo obeso no mundo, como esse corpo interage com o ambiente em que está inserido. Atividades feitas todos os dias carregam e imprimem no corpo marcas, constituindo um corpo vivido para o sujeito.

Eu detesto comprar roupa, nada fica bom! [...] sinto dificuldade mais para amarrar (o sapato) [...] parece que transpiro mais sabe, parece que antes não era assim, qualquer coisa que você faz você sente mais calor [...] dificuldade na hora de subir uma escada, por exemplo, você sente que se cansa. M1

Te afeta em movimentos, por exemplo, lavar as costas, você já não faz com tanta tranquilidade [...] abaixar para amarrar os sapatos já não é aquela coisa mais tranquila, sempre tem essa bola de boliche te atrapalhando aqui (passando as mãos na barriga). H4

Em relação ainda às dificuldades, os informantes relataram que o corpo quando se constitui como obeso ganha uma vivência nova, à qual o indivíduo tem de se adaptar. Então, as dificuldades estão relacionadas a essa adaptação ao novo corpo. Entretanto, para as pessoas que conseguiram perder peso, o corpo novo ao qual necessitam adaptar-se é o corpo mais leve. Assim as dificuldades estão relacionadas ao corpo

“antigo”. Observamos que as falas são todas no passado, sobre as dificuldades que tinham e que agora não têm mais.

Eu já não estava conseguindo nem amarrar os sapatos (risos) [...] uma situação que deixava a gente desconfortável é estar visitando as pessoas, as famílias você chega transpirando suando [...] tinha dificuldade, cansava muito para ir a pé [...] o sono meu era picado e com isso roncava [...] para tomar banho era um sacrifício, esfregar a sola do pé tinha que escorar [...] dificuldade que eu tinha, de entrar no carro de sair. H1

Algumas atividades profissionais também contribuíram para o ganho de peso e para a percepção do corpo obeso. Atividades profissionais ou pela ocupação do tempo da pessoa, evitando que ela cuidasse de seu próprio corpo, ou porque proporcionam contato com alimentos não saudáveis, ou ainda por imporem comportamentos mais passivos e sedentários induzindo à obesidade. Esta realidade nos leva a refletir o quanto o indivíduo também utiliza o trabalho como desculpa para não assumir o corpo obeso. Não toma para si a organização do próprio tempo e não estabelece prioridades individuais. No entanto, não desconsideramos a forte influência desta questão na vida das pessoas.

E o meu trabalho não era, não movimentava muito. H5

Você pode ir lá que chega tudo magrinho e sai tudo maior que eu (risos) se você ficar ali, cozinha, se você ficar aqui com nós você multiplica seu corpo por 2, 2 e meio. H3

Outro aspecto interessante do fenômeno ser obeso revelou-se nas falas dos entrevistados, a obesidade esteve relacionada com alguns fatos marcantes na vida delas. Relataram que o início do processo de tornar-se obeso ocorreu próximo a outros acontecimentos marcantes em suas vidas, em geral algo que trouxe sofrimento e angústia. Isso mostra que estão vivendo seu corpo como forma de conter sofrimento. Estão expressando esse sofrimento no corpo. Seu corpo vivido é um corpo de sofrimento. Ocorre a expressão da intensidade do sofrimento no corpo, como se o corpo precisasse estar grande, inflado para comportar todo o sofrimento, quase uma expressão no sentido literal de “conter e comportar” feita por meio do corpo.

[...] quando o sofrimento reside na materialidade do corpo, ou seja, em seu funcionamento orgânico. Porque as manifestações psicossomáticas acometem os sujeitos em sua economia afetiva, exigem alternativas de apreensão teórica e de intervenção clínica que não se limitem à leitura do corpo como organismo. (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011, p. 176)

Entretanto, essa ligação do início da obesidade com outros acontecimentos significativos não foi feita pelos indivíduos. Isso se revelou no momento em que houve a imersão no material empírico, evidenciando-se nas falas. Podemos refletir que a vivência dessa possível associação se dá de forma inconsciente, sem a percepção das pessoas. A consciência não está voltada aos acontecimentos da vida e nem ao corpo, pois estão vivendo o sofrimento pelo corpo e não estão percebendo.

Merleau-Ponty (2011) diz que a consciência é consciência de algo, ela pode voltar-se em um momento a um aspecto, e em outros momentos a outros. Nesse momento, percebemos que a consciência dessas pessoas não está lançando luz à ligação de seus corpos com seu sofrimento. Esses acontecimentos marcantes foram variados, entre eles: mortes de entes queridos, gestações de alto risco, perda de emprego, mudança de emprego e aposentadoria. Esta última, apesar de ter uma conotação positiva para algumas pessoas, traz angústia para outras, pois implica mudança em sua rotina e em sua função enquanto ser humano, além de ampliar as possibilidades de se alimentar mais, pois permanecem mais tempo em casa.

Ela faleceu, faz 4 anos (mãe) [...] uns 8 anos, 8, 9 anos que eu estou engordando assim, agora que eu estou com peso bem maior foi uns, acho que de uns 5 anos para cá. M1

Chega na casa do outro é almoço [...] a gente esqueceu as atividades físicas, esqueceu o controle da alimentação e por isso que nós chegamos aonde chegamos nos 101 quilos [...] não, quando trabalhava é porque já era natural [...] a carne gorda eu sempre gostei mas era esporadicamente a gente comia e tal então não via problema nenhum. H1

Quando eu aposentei a vida mudou muito, aposentando, salário melhorou então você começa a fazer extravagância, frequentar churrascaria[...]dei uma parada de trabalhar começou aumentar cada vez mais. H2

Para o informante H2, antes da aposentadoria, os hábitos costumavam ser diferentes dos que são cultivados depois dela. O período de trabalho costumava ser mais ativo, então acabava criando uma tendência em se exercitar mais, controlar mais a alimentação e a saúde. Nesse período ainda não havia a obesidade e também não havia dificuldades em cuidar-se, destacando que a sua atividade profissional exigia esforço físico. Esse aspecto apresentou divergências, pois outros informantes revelaram que o trabalho, para eles, contribui para a manutenção da obesidade, pois toma todo o tempo dificultando que façam os cuidados para perder peso. Também

mudanças de emprego podem influenciar no peso, pois interferem nas possibilidades de cuidado, em termos de tempo para praticar exercícios, recursos financeiros, etc.

Era tranquilo era tranquilo, e era a situação normal [...] a gente media pressão, minha pressão sempre foi 11 por 7, é pressão normalizada sempre tinha esse acompanhamento então era tranquilo, era algo natural, se tornou natural[...] porque quando a gente estava na ativa, no quartel você fazia atividade física isso é normal porque todos que vão para o quartel faz atividade física, todos que estão lá faz atividade física.H1

Sim! Eu tinha mais tempo livre [...]Jera que eu, era um pouco diferente que eu tinha um tempo para jogar bola, eu tinha um time que eu participava. H4

Foram experiências introduzidas em suas vidas, as quais eles precisaram incluir em sua forma de ser. O mundo anteriormente conhecido ganhou novos contornos com essas experiências e como o indivíduo conhece o mundo com o corpo, o corpo sofreu o impacto desse mundo novo que se revelou à sua frente. Diante disto, as pessoas vivenciaram facilidades e/ou dificuldades, enfrentando esses novos contornos que o mundo lhes trouxe. Para os informantes desta pesquisa, foram experiências de sofrimento que mais contribuíram para o ganho de peso. Se fossem experiências de felicidade, talvez o impacto pudesse ter sido diferente.

Outro aspecto revelado foi que algumas pessoas viviam com o corpo obeso, tentando ter uma vida normal. A expressão tentar chama atenção, pois traz a ideia de que viver com o corpo obeso não é sentido como normal, caso contrário não seria uma tentativa. Na fala a seguir a participante deseja um retorno ao corpo habitual, aquele que sentia como normal, que tinha antes de tornar-se obesa.

Aaaa eu tento fazer ela ficar normal né ela ser normal. M2

A percepção da própria alimentação revela-se, também, como fator que faz ganhar peso. Mostrando a percepção do corpo vivido como obeso por meio da dificuldade em controlar o consumo de alimentos.

Mas eu não consigo, tem vez que eu fico assim chamando para comer o arroz, tem vez que eu passo tempo sem comer arroz [...] a eu como muito pão, eu gosto muito de pão, então é isso, é o que mais atrapalha meu. M5

Coisa assim eu como, eu sou comilão [...] belisco daqui e dali. H4

Já, comida também, um churrasquinho a gente come um pouco a mais. H3

Os discursos dos informantes evidenciaram uma gama de sentimentos difíceis e intensos em relação a seus corpos, quando se percebem e se assumem como obesos. Esses sentimentos passam a ser parte de seu corpo vivido como obeso. Merleau-Ponty (2011) diz que sentimos com o corpo. Observamos a desvalorização do corpo, olhado e sentido como feio, denotando baixa autoestima. As dificuldades em realizar as AVDs favoreceram a desmotivação.

Horrível, eu me sinto horrível, feia, com esse estômago alto, o rosto cheio [...] eu detesto principalmente por causa do tamanho, da gordura [...] olha, eu olho no espelho sim, mas eu detesto! (Risos) a eu olho falo Meu Deus do céu!M1

Eu me sinto mal, eu me olho no espelho e não gosto de mim eu acho que estou muito gorda [...] me incomoda não me sinto nem um pouco bem!!! [...] dá um desânimo na hora que eu vejo aquilo (fotos antigas) [...] então é bem frustrante! [...] a gente sente triste né. M2

Quanto ao vestuário também vivenciaram um sentimento de isolamento, pois têm dificuldades em encontrar roupas que lhe sirvam. Sentem-se privados, sem opções, pois não podem usar o que tem vontade, precisam usar o que serve. Sentem-se ridículos e frustrados, pois têm sempre de lidar com o que vestir. Vivem sentimentos de derrota, vergonha, preocupação e tristeza.

Eu não me sinto bem hora nenhuma! Principalmente a hora que você quer se vestir, você quer botar uma roupa que você gostaria, você não põe o que você quer, você põe aquilo que te serve.H4

Assim no me vestir uma roupa, só me preocupo se a roupa não querer servir, apertadinha [...] a se preocupar com a estética[...] me achava bem feinho gordo (risos curtos), gordo, barrigudinho, você se sente mal, você fica constrangido.H5

O corpo vivido, a partir desses sentimentos de desânimo, tristeza, dificuldades em encontrar roupas, etc. constitui-se em um corpo vivido para o sofrimento. A experiência que essas pessoas têm com o corpo é de sofrimento, o corpo é sentido como a fonte dele. Isso tem impacto na autoestima, pois faz esses indivíduos não gostarem de si mesmos e de seu próprio corpo.

Atualmente a cultura que temos ao redor do corpo é de uma busca incessante pela magreza como padrão estético. Com isso, o processo natural de envelhecimento e transformações no corpo passou a ser algo combatido, e o pior, é uma luta que será

sempre perdida, pois mudar de corpo e envelhecer são partes inerentes da condição humana.

A ansiedade que domina as mulheres quando estão gordas ou com celulite mostra essa tirania. Antes, as filhas sonhavam em ser parecidas com as mães, queriam usar roupas parecidas. Hoje, acontece exatamente o contrário, as mães é que desejam ter a aparência mais jovem. Estar em forma e não envelhecer é a obsessão número um de hoje (LIPOWETSKY, 2002, apud FERREIRA, 2008, p. 479).

O autor fala de uma ditadura da magreza, em que os modelos a se buscar não são mais os de vivência e sabedoria, e sim de magreza. Uma sociedade com menor valorização da estética poderia proporcionar às pessoas uma experiência mais positiva em relação a si mesmas. Outra perspectiva bastante negativa fez-se presente.

Á é tipo assim, cheguei ao final né, resta esperar o bater das botas, é mais ou menos assim, seria bem a coisa né.H2

Os sentimentos de abandono, desânimo e o desejo de morrer aqui expressados colocam a pessoa numa posição existencial em que não lhe resta nada a fazer em sua vida. Mostra-se desanimado, ansioso e tem muita dificuldade em perder peso. Com pessoas que estejam vivenciando estes sentimentos, a atuação dos profissionais da área da saúde precisa ser diferenciada. Fica difícil fazer intervenções para melhorar a saúde, pois estas pessoas parecem ter desistido de si mesmas, então há de se intervir de outra maneira antes de tentar uma dieta ou prática de atividade física. Precisamos compreender que o serviço não tem controle sobre as variáveis da vida das pessoas e que o sentimento é o imperativo.

Um sentimento de culpa também foi revelado entre os participantes da pesquisa. A culpa por estar vivenciando o fenômeno da obesidade, por sentir-se como único responsável por ter um corpo obeso. Costa et al. (2012) também encontraram resultados que mostram sentimento de culpa pelo fato de ser obeso. Essa experiência de culpar a si mesmo pode agravar ainda mais os sentimentos depreciativos. Esse sentimento de culpa é potencializado pela sociedade que discrimina o obeso, agravando ainda mais seu sofrimento e dificuldades em perder peso (COSTA et al., 2012).

É por falta de opinião mesmo, eu admito que eu não tenho opinião! [...] igual parar de fumar, eu vivo brigando com as pessoas que fumam, se você quiser você para! Igual eu, se eu quiser eu também faço uma dieta. M2

A entrevistada M2, que além de culpar-se por estar obesa, também sente culpa pela obesidade das filhas, pois é ela quem prepara o alimento para a família toda.

Estou procurando fazer a minha parte [...] eu sei que tem que mudar, tem que mudar! E depende de mim (risos) depende de mim só. M1

É, criar vergonha e fazer, não comer, comer o que não faz mal, comer mais salada né [...] eu falo assim meu Deus, a gente tem que criar vergonha e fazer!!!!né! M5

Desanimei na verdade, porque cada vez que você vai pesar em vez de diminuir está aumentando!! [...] eu não tenho força de vontade sabe não consigo não! (fazer dieta)[...] não sei se é um pouco de eu, eu não sei se é não, é um pouco de fraqueza da parte da gente. M2

Esses discursos evidenciam os sentimentos de que lhes faltam vergonha e determinação, querendo dizer energia para tomada de decisão. Sentem-se constrangidos e sem recursos para enfrentar o tratamento. Assim, a culpa e a responsabilidade recaem sobre o indivíduo. Esta realidade dificulta quando tentam perder peso. O que não significa que para perder peso não seja necessário empenho do próprio sujeito, mas quando ele se coloca em uma posição de único culpado, cria-se um sentimento difícil de suportar. Quando a culpa é relativizada e compartilhada, gera alívio e possibilita atribuir outros significados ao corpo.

Outro sentimento que permeou a relação com o corpo obeso foram os medos de ficar doente por conta do excesso de peso e medo de morrer. Também um medo de entrar em depressão por pensar muito nas doenças e no peso.

Pode dar um infarto de repente, muita gordura pode dar que Deus o livre um colesterol [...]eu tenho medo [...]porque eu pensei, vai que eu opero e não volto! Coisa ruim é assim, você pode entrar em depressão. M3

O medo parece que é medo de ficar com fome [...] medo de sentir fome e achar que eu não vou aguentar [...] mas é bem revoltante pensar que a gente não consegue, porque sozinha mesmo eu não consigo[...]o problema é que quero, mas ao mesmo tempo parece que não quero! Não sei explicar direito, mas acho que você entende (risos). M2

Refletindo sobre a fala de M2, vemos transbordar um sentimento que ela chama de “medo de ficar com fome” referindo-se a outro medo, possivelmente um medo de não estar nutrida, preenchida. Remete a uma carência como se houvesse um vazio existencial que precisasse ser preenchido, a comida parece substituir os sentimentos ou atenção, vivência que lhe falta.

Merleau-Ponty (2011) diz que a linguagem expressa a intencionalidade dos pensamentos. Nessa fala da M2, podemos ver o quanto ela tem dificuldade em controlar seu peso e pensa sempre em desistir, quando diz que está desanimada e que somente aumenta e não diminui. O sentido de seu depoimento transborda e nos traz a noção de que ela sente que não tem mais solução, de que tudo o que faz é em vão, e que no fim a culpa é somente dela mesma. Esse sentimento de M2 pode indicar um reflexo de um discurso coletivo, uma produção social, de que um indivíduo sozinho poderia transformar a condição de seu corpo e perder peso por seus esforços individuais.

Essa perspectiva desconsidera alguns fatores desencadeantes e mantenedores da obesidade que não estão sob o controle de uma única pessoa, como a própria forma de organização social que desfavorece o cuidado como a falta de tempo, dificuldade de acesso a alimentos saudáveis, etc.

Temos assim um estigma sobre as pessoas obesas que facilmente se torna disseminado, de que permanecem obesos por vontade própria, e a culpa é delas (COSTA et al., 2012, WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Isso é nocivo tanto do ponto de vista individual, devido ao sofrimento que gera, como do ponto de vista coletivo. Cada pessoa que leva adiante esse preconceito contribui para a perpetuação dele e cria um sofrimento geral, pois muitas pessoas perseguem esse corpo ideal e conseqüentemente se culpam por não obtê-lo.

Em contrapartida, houve uma fala em que a participante faz menção à cultura de que todos precisam ser magros, mas não magros para ter saúde, magros para atingir padrões impostos. Merleau-Ponty (2011) fala que o corpo carrega os significados da cultura, como na cultura em que estamos inseridos o belo é o extremamente magro, o significado que o corpo obeso carrega é o de ser feio.

Então, ai esse assunto está até enjoando já, sabia? Porque é tanto falar que tem que emagrecer que tem que emagrecer, que acaba até enjoando você, que eu já nem ligo mais para o que estão falando que tem que emagrecer [...] mas esse negócio de ficar falando falando falando... dá impressão que todo mundo tem que ser magérrimo e não é todo mundo assim!!! M1

Com essa fala ela demonstra que percebe a padronização dos corpos que tem sido feita e aponta para o fato de como isso não é natural, porque as pessoas são

diferentes. Esse olhar mais crítico sobre a situação pode ajudar a sair das amarras que tentam ser colocadas sobre os corpos e aliviar o sofrimento, pois ajudam a diminuir a culpa, quando alcançam a noção de que isso é algo socialmente construído. Com esse reconhecimento de que a cultura impõe padrões de magreza que vão além da saúde e da realidade de muitas pessoas, elas têm possibilidades de crescer, pois tomam consciência de que não é necessário atingir padrões de extrema magreza para estar saudável. Além de proporcionar aceitação das diferenças existentes entre as pessoas e aceitação de si mesmo, tira a obrigação de perseguir esse objetivo freneticamente.

Os entrevistados também relataram sentimentos de solidão, pois consideraram que as outras pessoas que não têm vivência com o fenômeno não podem compreendê-los. Desta forma, vivenciaram um mal-estar generalizado que permanece.

Mas é só que passa mesmo pra poder narrar o que que é! H2

Na obra de Merleau-Ponty (2011) encontramos os conceitos de sensação e de percepção. A sensação é colocada como uma experiência de si mesmo, o que é sentido, o que é possível captar com os órgãos dos sentidos. A percepção acontece quando se faz uma leitura dos sentimentos, do que é captado do mundo baseado em experiências anteriores. Essas “conclusões” são levadas à consciência, formando conhecimento.

Podemos refletir que os indivíduos têm uma percepção de si mesmos, por meio das sensações de seu próprio corpo. Por exemplo, a sensação que têm quando andam, quando se sentam, fazem com que percebam o espaço que ocupam no mundo, o tamanho que suas roupas devem ter para que lhe sirvam, etc. Isso faz com que eles sintam a forma de seus corpos, se entranhando nas coisas do mundo e percebendo que o mundo está para servir ao seu corpo, tudo está para ser extensão de seu corpo. Merleau-Ponty (2011) diz que quando tocamos, manuseamos, olhamos para os objetos com o corpo nos entranhamos com o mundo, fazemos parte dele.

Quando um profissional de saúde explicita um discurso sobre o corpo do outro, o indivíduo tem sua própria percepção do que ouve, tem a sensação do que está sendo dito, e depois faz a sua própria leitura. Nessa situação ocorrem dois olhares diferentes sobre o mesmo discurso, um feito pelo profissional e outro feito pela pessoa que recebe

o atendimento. Enquanto estão lhe dizendo que é obeso, pode acontecer de não perceber-se como tal, ou de não perceber que isso seja ameaça a sua vida, pode não perceber a obesidade como uma doença.

Dessa forma, começam a perceber que tem um corpo novo, que o corpo mudou e que agora ele não é mais o mesmo que sempre foi. Esse processo pode ter sido mais lento, menos lento, mas no momento atual tem um corpo novo. Ganham um corpo atual, que é diferente do corpo habitual. O corpo próprio dessas pessoas precisa ser reformulado, revivido, assim como a imagem corporal, pois esse corpo novo tem formas, condições e limitações às quais os indivíduos não estavam habituados, então, precisam aprender a viver o corpo da forma como está atualmente, precisam viver a diferença entre o corpo habitual e o corpo atual. E precisam cuidar deste corpo. A próxima categoria trata das ações de cuidado que as pessoas empreendem, a partir do momento em que assumem o corpo obeso.

6.2.3- CORPO OBESO COMO POTENCIALIDADE DE CUIDADO

Quando o corpo obeso começa a ser vivido como tal na experiência, adentra a percepção do indivíduo. Ele começa a refletir e a introduzir novas potências, entre elas o cuidado com o corpo. Desse modo, essa categoria aborda o corpo obeso no que tange às suas potencialidades de cuidado, levando em conta que a obesidade é uma forma de ser, mas também é uma condição que inspira cuidados com a saúde. Essa perspectiva faz-se pertinente, principalmente considerando as repercussões e complicações advindas da obesidade, como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor, dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II e alguns tipos de câncer (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Nesta pesquisa, abordaremos o cuidado sob a perspectiva dos indivíduos que foram informantes. Desta forma, consideramos cuidado toda ação que tiver o intuito de proporcionar atenção e melhorias na condição de seus próprios corpos.

Eu cuido, eu não tomo remédio [...] só tomo quando dá uma dor de cabeça, o máximo que eu tomo é dorflex, nada mais, mas em casa é um prato de comida e não é mais do que isso. H3

Apresentaremos as formas de cuidado e de não cuidado reveladas, bem como as dificuldades para a realização do cuidado.

Observamos que muitos dos informantes tiveram ações de cuidado com o corpo. Embora, muitas vezes, não tenham conseguido obter os resultados que desejavam, não deixaram de realizar ações por eles compreendidas como cuidadosas. Por vezes, continuaram com o mesmo corpo, mas o cuidado foi vivenciado. Testemunharam períodos de oscilações, alguns dias com maior ânimo, outros dias não. Por vezes, alguns dias não conseguiam executar cuidado algum, nem por si mesmo, nem sob as orientações de profissionais.

Subiu, e eu ainda faço um pouquinho de regime, eu tento fazer, faço academia no clube [...] eu vou comprar um shake, ver se eu tomo, ver se ajuda [...] agora eu vou tentar ir no clube de novo. Amanhã mesmo acho que eu vou começar [...] para ver se perde peso! [...] mas agora eu parei um pouquinho, ia mais em seguida, ia três, quatro vezes por semana, agora eu vou uma, duas, sabe.....eu tenho que pegar mais sério, ir quase todo dia. M5

As próximas falas mostram o momento da tomada de decisão para mudar sua forma de viver o corpo. A preocupação com a saúde aparece como fator determinante para iniciar o processo de mudança. Após alguns exames alterados, surge a realidade de que a saúde está sendo prejudicada. Dar continuidade à saúde também é o determinante, pois o cuidado com o corpo vai superando a vontade de consumir alimentos que os façam ganhar peso. Lembramos que esse é um processo lento e difícil, revelou-se apenas em duas pessoas dentre as 12 entrevistadas.

Daí que a gente caiu em si e começou tomar esses cuidados [...] percebeu essas alterações e aí a gente começou a cuidar [...] é mais em função da saúde mesmo, do cuidado com a saúde com o corpo [...] não é fácil a gente deixar aquilo que gosta, mas a gente sabe que é necessário então vamos lidar de forma natural, pesa mais a preocupação com a saúde, com o corpo [...]vai superando o desejo e a vontade de comer as coisas proibidas (risos). H1

No momento em que tomaram consciência de que precisavam de cuidados, os medos e os preconceitos foram deixados para trás e começaram a cuidar do próprio corpo. Mas, nesse momento, enfrentaram muitas dificuldades. Não podemos afirmar exatamente o que fez com que essas dificuldades fossem superadas, pudemos perceber que provavelmente não está somente na dependência da tomada de consciência com o corpo, pois esta atitude todos apresentaram em algum momento.

Por exemplo, o entrevistado H7 que revelou uma experiência de maior aceitação com seu corpo também vivenciou dilemas e dificuldades em seu processo de cuidado. Observamos que, quando os fatores culturais estéticos estão envolvidos, a experiência fica mais sofrida, pois o padrão de corpo da sociedade atual é quase inalcançável. Constitui um padrão que desconsidera completamente o biotipo de cada pessoa, coloca uma lei de que todos têm de ser iguais. Mas, como é algo extremamente disseminado em nossa cultura, acaba por “colar” nas pessoas e é isso que elas perseguem. Quando o objetivo é apenas manter a saúde, aparentemente, a dificuldade fica menor, pois não se estabelece um padrão de corpo a ser atingido.

Tem que estar bem da cabeça, porque tem gente que o biotipo dele é esse aí, não é uma desculpa, eu não fico arrumando desculpa pra mim, mas eu também eu não posso exagerar, fome para querer emagrecer [...] não vou ficar é fissurado, pôr aquilo na cabeça que eu tenho que emagrecer, que eu tenho que emagrecer [...] eu vou me preocupar assim, se eu começar ganhar muito peso eu vou ver. H7

Não foi possível aprofundar qual é a diferença entre o indivíduo que toma consciência e passa a praticar ações de cuidado e o que toma consciência e continua a não praticar o cuidado. Podemos inferir uma possibilidade de que a personalidade do indivíduo e suas condições de vida possam influenciar esse processo. Aquelas pessoas que mostraram boa autoestima e estruturação mental mais estável, menos ansiosas, puderam valorizar seu corpo e senti-lo como parte de si. Talvez sejam os indivíduos que conseguem ter uma ação sobre o corpo mais positiva, e não usá-lo somente como escoadouro, além de lidar com seus conflitos psíquicos na mente, com menor transferência para o corpo.

A partir do momento que você passa, ultrapassa essa barreira você fala não [...] de repente você quer arrumar alguma desculpa, então hoje em dia não arrumo [...] então eu sou hipertenso, você assumiu! [...] você tem que ir, se você for é benéfico para você mesmo, se você não tiver nada é dez, se tiver, você procura uma coisa (tratamento) [...] para mim não tem problema, se precisar ir lá no posto de saúde. H7

O entrevistado H7, um homem, tinha várias resistências em cuidar de si mesmo, em admitir que era hipertenso, até que isso foi derrubado e passou a executar seu cuidado de maneira mais tranquila. Ele relatou fazer dieta e caminhadas, mas não manifestou preocupação em perder peso. Embora também não esteja ganhando, seu peso está estável há alguns anos. Ele não tem objetivos estéticos com o cuidado, apenas de saúde. Apesar de estar obeso, ele consegue executar todas as suas tarefas sem dificuldades, faz o cuidado e sente-se saudável, por isso não se preocupa em perder peso. O que queremos ressaltar é que ele faz o cuidado com a sua pressão arterial, com o peso, sem ficar ansioso por não perder peso e sente-se bem.

O processo de perder peso é gradativo, ocorre um pouco a cada dia, então, quando o indivíduo olha e anseia apenas a meta final, ele se frustra e tende a desistir. Mas, quando olha para as metas intermediárias pode fortalecer pequenos resultados e isto ajuda a ganhar ânimo, pois ele sente que está progredindo e ganha força para continuar. Entretanto, os informantes desta pesquisa tinham em sua maioria metas estéticas e não comemoravam os resultados intermediários, apenas se frustravam por não estarem ainda no ponto em que desejavam. Essa nuance do fenômeno mostra uma cultura do imediato

em que tudo deve acontecer rapidamente, sem paciência para estar em um processo que leva tempo, para entender e aceitar que o corpo tem seu próprio tempo.

Entre as experiências que se revelaram como cuidado em saúde, os tradicionais tratamentos com profissionais da área foram citados por quase todos os participantes da pesquisa. No entanto, quase todos relataram dificuldades nesta relação com os serviços de saúde. Alguns disseram que não procuraram tratamento em serviços de saúde por não terem esse hábito desenvolvido, o que fez com que somente após a conscientização da obesidade tomassem esta atitude.

Era meio complicado, era meio difícil a gente ia adiando.....acabava não participando [...] no médico aí você tinha que falar o que você sentiae algumas coisas que você sentia é parecia que era normal....nem lembrava de falar pro médico. H1

Essa fala mostra um momento de procurar um profissional e seguir as orientações dele para perder peso, mostrando também um sucesso. Entretanto em outro momento esse mesmo sujeito relata dificuldade e volta a ganhar peso.

Outra situação relatada foi quando a pessoa sente dor e procura um serviço de saúde, toma os medicamentos prescritos, mas sua dor continua. Nessas situações ela então desacredita na capacidade resolutiva do serviço e não quer mais ser atendida, podendo criar uma percepção de que nenhuma outra demanda será atendida.

Porque médico para dor na coluna eu já fui várias vezes, me dá lá um infralax, tandrilax, tudo que é lax!! Tudo que termina em lax eles dão para você tomar (risos curtos) e não resolve. H3

Dentre as pessoas que se cuidam utilizando os serviços de saúde, houve variações entre algumas perspectivas. Tivemos aqueles que frequentavam sem problemas e com tranquilidade, e tivemos também aqueles que frequentavam, mas precisaram fazer um esforço para isso, não era considerado algo normal, foi um hábito que foi sendo adquirido pela necessidade.

Há um paradoxo nessa relação com os serviços de saúde, por um lado as pessoas sentem-se bem, gostam de frequentar os serviços, pois são bem recebidas, mas ao mesmo tempo, não gostam, porque o tempo de espera para ser atendido é prolongado.

Também revelou-se que o fato de ir ao serviço pode gerar ansiedade pela expectativa do que vai ser dito e pelos resultados de exames.

É uma preocupação porque eu fico pensando, Meu Deus do Céu!! Vou chegar lá, se esse exame estiver muito alterado como que vai ser, mas como ele é muito bacana assim para conversar com a gente ele me deixa à vontade. M1

Eu se sinto bem [...] o postinho aqui sempre [...] é uma pessoa que recebe bem a gente, tudo, a única coisa que eu odeio ir no postinho é que fica esperando muito [...]você chega lá vai fazer os exames eles marcam daqui uns quatro, seis meses mais ou menos, consulta é mesma coisa. M3

Posto mesmo [...] depois de tantos anos você vai de forma normal [...] fica até melhor para cuidar de você [...] venho no posto de saúde, é demorado, a gente tem alguma reserva[...] se eu tive (preconceito), eu humano com a maturidade.....não tenho esse problema. H7

Pessoas com doenças crônicas costumam frequentar serviços de saúde, pois seu cuidado deve ser contínuo. No fenômeno da obesidade, também observamos essa prática. No entanto, a vivência nos serviços de saúde se dá de forma diferente para cada pessoa, sendo influenciada pelas expectativas, motivações e autonomia de cada um. Muitas vezes, vivenciaram também um tratamento preconceituoso e punitivo. Enquanto seres que buscam alcançar uma nova condição para seu corpo, muitas vezes sentem-se lesados quando ficam em filas de espera horas a fio e são tratados de forma rude.

Você vai lá e vê que a pessoa vem ali te atender assim, como se tivesse prestando um favor pra você, e vão lá pra dentro, e conversa. H4

Sempre fala, tem que perder peso, tem que malhar! É sempre a mesma palavra (risos). M4

Uma das informantes apresentou-se bastante refratária a qualquer tipo de tratamento prescrito por profissionais de saúde. Ela faz seu próprio cuidado, altera a alimentação por conta própria, às vezes, passa períodos inteiros sem comer para perder peso e não toma os medicamentos prescritos. Justifica que se tomar poderá se tornar dependente deles a vida toda, e isso ela não quer.

Eu não quero ser dependente de remédio [...] se você pôr na sua cabeça você vai ser dependente para o resto da tua vida! Então eu não quero isso para mim [...] Eu nunca tomei remédio, pro rim não! Nada, nada nada! [...] se Deus quiser eu não vou ser dependente de remédio. M3

Essa informante coloca uma situação difícil, pois ela teve alguns princípios de infarto por conta de ser hipertensa, entretanto não quer utilizar tratamento medicamentoso para essa condição. Ela também não faz uma alimentação controlada, apesar de vários profissionais já terem lhe solicitado isso. Entretanto ela tem algumas particularidades, ela é diferenciada dos demais. Os outros informantes revelaram sofrimento e tristeza relacionados com o corpo, também revelaram sofrimentos provenientes de outros aspectos da vida que acabam desembocando no corpo. Mas ela apresenta um nível de sofrimento muito intenso, por conta do luto de dois filhos que faleceram precocemente e tragicamente, então ela demonstra falta de vontade para viver e desafia os limites de seu corpo o tempo todo. Entretanto, na percepção dela, não utilizar medicamentos é algo positivo, então está realizando cuidado.

Assim, cabem reflexões e recomendações aos profissionais de saúde que trabalham com pessoas obesas. Quando um tratamento para reduzir o peso é oferecido a essas pessoas, a percepção de que a obesidade não é nociva a elas tem de ser considerada, pois para algumas pessoas a obesidade é simplesmente sua forma de ser no mundo. Comumente o assunto é abordado de maneira impositiva, sem espaço de escuta, sem entendimento a respeito da integralidade do seu ser, apenas colocando a ela uma forma de corpo a que é obrigada a atingir para proteger sua saúde, além de ditar o comportamento que deve ter para isso. Quando ocorre dessa forma, o tratamento acaba por tornar-se uma agressão, pois desconsidera completamente o ser dessa pessoa. Há de se pensar também nos objetivos desse tratamento, o discurso frequentemente é ancorado nos fatores de risco, de que a obesidade é um risco à vida. Entretanto, é necessária certa cautela ao oferecer tratamento, refletir se há questões referentes a padrões de corpo aceitos culturalmente permeando a prática profissional junto a essas pessoas.

Para abordar esse assunto, é necessário antes de tudo o acolhimento de sua condição de existir, a aceitação e o reconhecimento das diferentes percepções das pessoas obesas. Somente depois do desprendimento de julgamentos é que poderemos oferecer um ambiente de segurança para desvelar as várias formas de ser e permitir maiores transformações.

A doença, as prescrições e os medicamentos — todo este aparato médico — deve adquirir sentido na dinâmica subjetiva, não dizendo respeito apenas à enfermidade como objeto de investigação biomédica, mas, sobretudo, à sua experiência subjetiva e aos destinos dos afetos em jogo (WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011, p.176)

Existem muitas ações que auxiliam na perda de peso, mas o que precisa ser transformado é a posição que se assume ao dialogar com pessoas obesas, é a relação que a sociedade tem com o corpo delas.

Identificou-se ainda a base ideológica que vem sustentando o conceito de saúde, já que “parecer bem” determina o “estar-bem”, e neste movimento a dor passa a ser valorizada e normatizada como imperativo para alcançar a imagem desejada. (RODRIGUES; CANIATO, 2009, p.648)

Um sentimento revelado na vivência do corpo obeso foi a ansiedade que provocou maior vontade de se alimentar. Frente a ela, algumas ações de cuidado foram realizadas, no intuito de tentar ficar mais calma e diminuir essa vontade de comer. Entretanto ainda não obteve êxito.

E o médico falou que quando eu começasse com esse remédio, ia dar uma melhorada mais por enquanto.... [...] a vontade de comer comida ainda não. M2

Mais recente eu comecei tomar remédio pra ansiedade [...] estou tomando êxodos!10 miligramas pra ansiedade, às vezes tomo um rivotril pra dormir, não estava conseguindo mais dormir também. H2

Crenças foram apresentadas anteriormente como algo que contribui para o não cuidado, pois se espera que Deus irá curar qualquer problema, sem nenhum tratamento. Mas como a crença é algo particular, o indivíduo pode escolher, então ela está a serviço da vontade humana, e, portanto, pode caminhar em qualquer direção. Isso posto, observamos que a crença também pode ajudar a pessoa a ter um cuidado consigo mesmo, com seu próprio corpo, pois o corpo é visto como um presente de Deus, e por isso é preciso zelar por ele. A vida como um todo seria um presente, por isso há cuidado e gratidão por ela.

Eu cuido da minha saúde, eu cuido desse corpo que Deus me deu, um corpo que Deus me deu pra que eu cuidasse, pra que eu zelasse (risos). H1

Também passa essa crença para pessoas de quem é referência, ele serve de exemplo para as pessoas da sua comunidade em que atua como pastor, pois cuida de si.

Famílias de Igreja, eles têm uma certa, se morrer é porque Deus quis, se ficou doente é porque Deus quis, essa situação você tem que trabalhar, Deus realmente está acima de tudo, mas Deus nos deu condições pra cuidar desse corpo [...] para que a gente tenha longevidade, é uma vontade de Deus, mas pra isso nós temos que cuidar[...] existia assim uma certa resistência com relação a medicamentos, achando que era falta de fé tomar medicamentos e hoje a gente procura passar que o medicamento também é uma provisão de Deus! Que faz nascer uma planta lá e permite que pessoas vão lá e transforme aquilo em um medicamento.H1

A fé pode ser benéfica para a saúde no que tange à qualidade de vida e obter sentido para a vida, provocar emoções positivas e promover estilos de vida saudáveis. Entretanto pode também prejudicar ou agravar sintomas, à medida que impede algumas formas de tratamento, provoca culpa e vergonha, ou serve de justificativa para ausência de cuidados (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Isso corrobora o conceito de percepção de Merleau-Ponty (2011) em que o conhecimento do mundo se faz apoiado nos valores que a pessoa já carrega, é uma releitura da realidade. Isso se aplica à religião no sentido de que a percepção que se tem dela é algo bastante particular. Cada doutrina pode ter uma série de dogmas, mas cada pessoa os interpreta de maneira particular. As falas, nesse momento, mostraram uma percepção que contribui para a manutenção e melhoria da saúde.

Outra situação que foi revelada é a procura por cuidados apenas quando se sentiam doentes, quando não conseguiam mais seguir com seu dia a dia. E a obesidade, algumas vezes, não foi motivo de cuidado, ela por si só não conseguiu fazer com que os indivíduos olhassem para seu corpo. Alguns passaram a se preocupar consigo mesmos apenas quando surgiram outras doenças associadas, então o cuidado passou a ser em torno delas e não da obesidade.

Você não está sentindo bem aí você vai lá fala estou sentindo uns problemas que está vindo já uma semana, um mês, então aí é uma coisa [...] eu penso assim, você está bem continua trabalhando, não melhorou, precisar do médico se vai no médico. H3

Agora que nem o médico agora falou, explicou tudo os problemas então você cria uma consciência [...] então é assim é claro que você sabe que se você engordar, se você for sedentária vai acontecer alguma coisa [...] mas você só fica atenta quando acontece[..] a gente acha que você nunca vai chegar lá.M1

As orientações recebidas por profissionais da saúde, amigos, familiares também apareceram de forma expressiva. Quase todos os informantes receberam algum tipo de

orientação, todos sabiam mencionar o que fazer para perder peso. Entretanto percebemos que estar orientado sobre o que fazer para perder peso não foi o fator de maior impacto para o sucesso, pois os informantes, mesmo sabendo o que fazer, apresentaram dificuldades. Além disso, há questões de outra natureza perpassando essa ação. Conforme trouxemos, há grande concentração de estudos sobre obesidade em dietas e atividades físicas (WANDERLEY; FERREIRA, 2010, LÓPEZ et al., 2014), isso corrobora a nossa reflexão de que a informação está disponível, entretanto somente ela não faz com que as pessoas consigam perder peso.

Alimentação mais controlada, menos sal, atividade física não ficar só parado, fazer uma caminhada [...] é o que recomenda [...] tem que controlar o peso [...] cientificamente é comprovado os médico te pede para perder peso [...] pela minha altura, pela minha idade, e pelo meu peso, o peso tá fora . H7

Ele falou que eu tenho que emagrecer [...] eu também estava na nutricionista, então ela me orientava o que dá o pico do açúcar, o que que ajuda. M1

Como quase todos receberam orientações e prescrições de profissionais de saúde, tinham estratégias para perder peso. Mesmo aqueles que não relataram ter recebido orientações também tinham estratégias de cuidado que executavam por si só. Embora todos tivessem estratégias para perder peso e cuidar de si, também tiveram muitas dificuldades em executá-las. Os relatos evidenciaram um movimento alternado onde alguns dias conseguiam e em outros não. Mesmo os que conseguiram perder peso tiveram dificuldades. Então, podemos dizer que os indivíduos tiveram sucessivas tentativas de perder peso.

Há um ano e pouco para cá que eu vim equilibrando isso, de comer bem menos [...] hoje eu ponho aquilo, eu tenho consciência do tantinho de comida que eu devo comer [...] eu queria assim, com arroz feijão mesmo com comida, eu queria ser zero à noite. H4

Eu faço ginástica pela prefeitura [...] faço alongamento [...] falam que a atividade física é bom então eu estou fazendo [...] procuro fazer bastante salada e procuro não fazer fritura. M2

As falas anteriores corroboram os achados da literatura (PINTO; BOSI, 2010) em que as pessoas obesas relataram várias tentativas para perder peso. Costumam aderir a várias dietas diferentes, veiculadas na mídia ou encontradas por meio de colegas, na esperança de ser sua solução. Entretanto não conseguem manter-se executando as

dietas por longo período e elas acabam não gerando o efeito desejado, o que as coloca de volta nesse movimento de sempre estar tentando perder peso.

Foram revelados, também, alguns acontecimentos na tentativa de perder peso. Por vezes, as pessoas não se alimentam e conseguem perder peso, mas logo voltam a ganhar. Também tentam perder, mas conseguem apenas manter o peso que têm. Vivem um fenômeno conhecido como “efeito sanfona”, emagrecendo e voltando a engordar sucessivamente. Esses achados corroboram Nunes e Bittencourt (2013) que também encontraram em seus resultados a presença desse fenômeno. O “efeito sanfona” perpassou a vida, acompanhando o desenvolvimento da pessoa e constituindo-se uma vivência constante. Em algumas fases esteve obesa, em outras conseguiu perder peso, e assim sucessivamente. Esse processo de perder e ganhar pode ser exaustivo e gerar frustração, pois quando ocorre a perda, a pessoa pode pensar que logo vai ganhar novamente.

Você sente que perde um pouco a barriga, mas depois para recuperar é fácil, se tomar lá umas 3, 4 latinhas de cerveja que já recupera. H3

O que eu estou fazendo está servindo para manter, eu pretendia emagrecer um pouco mais [...] de repente eu emagrecia, aí um tempo depois voltava. H6

Percebemos, também, uma forma peculiar de cuidar e observar os sinais que o corpo apresenta. Olhar de maneira própria e atribuir significados próprios a esses sinais. Valorizar uma sabedoria do corpo e cuidar dele desenvolvendo uma ação guiada pelo próprio corpo e não pelo que diz a ciência e/ou os profissionais da área da saúde.

Quem sabe é o corpo da gente! Entendeu? Daí eu não tomo, que nem o remédio para pressão, eu tomo só quando eu vejo que eu estou mesmo ruim [...] quando precisa de remédio é assim, eu olho para o asfalto [...] é mesma coisa quando está aquele sol, entendeu? Tudo tremendo [...] daí eu sei que a pressão está alta [...] parece que a boca está enrolando [...] eu sinto aquela quentura no corpo, inteirinho! [...] E as duas vistas já começa formigar, parece você não está enxergando nada! Eu sei que a pressão está ficando alta [...] observo tudo! M3

Outra perspectiva do fenômeno encontrada foi a busca por promessas de soluções instantâneas, no anseio de conseguir perder peso mais rapidamente. Algumas alternativas começaram a se tornar atrativas. Mas não encontramos nos relatos entre os entrevistados nenhuma situação em que foi tomada alguma medida drástica. Em alguns

casos, em que essas alternativas foram consideradas, em pouco tempo foram abandonadas.

A gente vê fazendo propaganda um monte de coisa parece que é milagroso né! Aí eu falo vou comprar [...] acho que se eu tomasse remédio para me tirar esse apetite alguma coisa [...] tem uma embalagem de chá verde aí, mas eu não consigo tomar porque é muito ruim [...] vou fazendo assim essas coisas que eu imagino que não vai fazer mal eu vou tentando mais eu vou só comprando e vai ficando no armário.[...] a gente já perdeu uma prima com essa história de tomar remédio pra emagrecer [...] só que ela morreu magrinha né, mas morreu, e foi descoberto que era por causa do remédio que estava tomando. M2

Por vezes, algumas situações isoladas foram vistas como soluções, a resolução do conflito da obesidade é atribuída totalmente a elas. Situações comuns, mas que recebem a função de resolver o problema. O entrevistado H3, um homem aposentado, relata que o fato de estar o tempo todo em casa ajuda ele a comer o dia todo, porque a comida está disponível.

Eu teria que arrumar uma ocupação e mudar a alimentação, com ocupação você consegue mudar alimentação com mais facilidade, você parado você não consegue, [...] Quando você trabalha leva uma frutinha, é a fruta e aquilo e a água que se tem pra tomar, não tem a coisa te atentando, se consegue monitorar melhor. H2

Nesta pesquisa também olhamos para o cuidado como possibilidade de realizar um “não cuidado”, o que constituiu sempre uma escolha. Por vezes, o cuidado foi considerado mais difícil ou trabalhoso do que permanecer com o corpo obeso. Então, nestes casos o indivíduo optou por não fazê-lo conscientemente, sem fugas. Em algumas situações, podemos inferir que houve impedimentos de ordem psíquica, econômica e/ou social que também influenciaram na realização do cuidado. Como uma nova rotina de trabalho que diminuiu o tempo para cuidar de si mesmo (WANDERLEY; FERREIRA, 2010), alimentação fora de casa (LÓPEZ et al., 2014), o comer compulsivo para descarregar dores e sofrimentos psíquicos (VIEIRA; TURATO, 2010), entre outros.

Não sei se é nervoso, ansiedade porque parece que com a ansiedade, você come mais [...] eu acho que come. M5

Aspectos emocionais revelaram ter influência na alimentação de forma compulsiva. Por vezes, não conseguem controlar essa situação, mas há o reconhecimento de que isso existe. Perceberam que os conflitos emocionais repercutem em seu corpo, pois têm

forte impacto sobre o comportamento alimentar. Também a rotina de trabalho e problemas a resolver podem influenciar seus hábitos diários.

A gente sabe o que comer, como comer, mas tem uma coisa que parece que puxa para o lado errado sabe! [...] a ansiedade, o nervoso sei lá o que como que chama isso, e aí eu tenho vontade de comer. M2

O tratamento que vocês vão ter que se fixar mais é no estresse das pessoas, no cansaço [...] minha cabeça roda em torno de tudo, tanto da administração como da organização, aqui em casa, então é difícil [...] com tudo que eu tenho na cabeça eu não sei se o peso está no corpo ou está na mente! [...] é psicológico muita coisa. H3

A pressão é ruim porque o médico falou, isso aí é porque você já é nervosa e daí a pressão sobe. M3

Observamos também recusa em seguir o cuidado prescrito pelos profissionais, mesmo na presença de problemas considerados difíceis de lidar. A entrevistada M3 tem insônia, mas não quer medicamentos para dormir. Ela encontra uma posição que seja confortável e segue cuidando-se por si mesma.

Ele queria dar uns remédios para dormir, mais tudo porque ele falou assim, você está dormindo muito pouco, porque é 3 horas só de relógio que eu durmo [...] de barriga para cima mesmo eu não consigo dormir, eu tenho que dormir sempre de lado, sempre. M3

A entrevistada M3 exemplifica a situação de ficar entre o cuidar e o não cuidar. Nestas situações apenas quando se sente diante de um problema mais sério é que busca o cuidado. Assim, o cuidado não é contínuo, apenas emergencial.

Quando eu vejo que eu estou passando mal, daí eu vou lá e procuro o posto...tomo o remédio também, “captopril” para pressão, não é todo dia não, é de vez em quando [...] tomei injeção tudo, tomei uns comprimidos que o médico mandou depois nunca mais eu fui. M3

Ela também se recusou a realizar uma cirurgia por medo, incluindo o medo de morrer. Isto nos leva a crer que, por vezes, o tratamento e o cuidado mostraram-se muito ameaçadores para os indivíduos, fazendo com que eles o recusassem, mesmo permanecendo com dores e/ou outros incômodos.

Não fui! Porque não é coisa assim, que não tinha o médico, tinha o médico aquele tempo, mas eu não fui porque eu fiquei com medo! M3

Uma dificuldade curiosa na realização do cuidado foi encontrada na experiência de H1. Ele sofreu preconceito por cuidar-se. Nestas situações o ato de cuidar de si mesmo

é colocado como incompatível com a função de cuidar do outro também, e acaba se tornando um preconceito.

Veio falar comigo assim, você acredita que o pastor da Igreja tal frequenta academia!! Vai na academia todo dia, aí eu falei o que é que tem? A quer mostrar que tem corpo, quer sair, a preocupação dele é com ele, com o corpo dele, não se preocupa com o outro [...] era, cuidar de si mesmo, em detrimento dos demais da função dele [...] tem gente que ainda tem esse preconceito, tem essa situação ainda que não tem necessidade de você cuidar do seu corpo né. H1

Observamos aqueles que não gostaram de frequentar serviços de saúde por outros motivos, seja porque apesar do peso aumentado sentem-se bem, conseguem trabalhar e realizar as atividades domésticas, seja porque demoram muito para ser atendidos nos serviços de saúde, porque sentem que não precisam e porque ocuparão o lugar de quem precisa.

As dificuldades de acesso ao SUS por conta de longas filas de espera têm origem no “descompasso entre a demanda e a oferta de serviços” (IPEA, 2009). Esse excesso de demanda é proveniente do desencontro entre três âmbitos diferentes do setor saúde. A esfera governamental que decide qual será o orçamento para a saúde, a esfera de autoridades locais que decidem como será ofertado o serviço de saúde, como será usado o orçamento e do próprio serviço que atende à população, dos profissionais que decidem quais são as prioridades do paciente, o que pode colocá-los em filas desnecessárias (IPEA, 2009).

Nesse aspecto da dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, temos uma questão importante, pois gera consequências, como o desprestígio social do SUS. Desse modo a população acaba desacreditando na resolutividade do sistema, o que ocorreu com alguns de nossos informantes que relatam não gostar de frequentar serviços de saúde porque demora muito para conseguir atendimento. Além do fato de que o tempo prolongado gera mal-estar para o usuário e sua família, estresse para a equipe, e em alguns casos diminui muito as probabilidades de cura (IPEA, 2009).

Esse negócio de médico não é comigo! Porque a gente cansa! [...] procura médico aí demora mês, quando vai consultar a doença até já foi embora [...] a única coisa que eu odeio ir no postinho é que você fica esperando muito, chega lá vai fazer os exames eles

marcam daqui uns 4, 6 meses [...] Consulta é mesma coisa marca lá uns 3 4 meses [...] Então é por isso que eu tenho raiva. M3

Então não vou ficar sentado sem ter nada! Depois se eu não sinto nada eu vô num posto de saúde ou vô numa Santa Casa também estou tomando espaço, não vou ficar tomando espaço de outro que está precisando. H3

O entrevistado H3 tem dores na coluna frequentemente e colesterol alto, apesar disso sua percepção é de que está bem e não precisa de cuidados. Aparenta mais resistência em suportar dores. Essa tendência revelou-se predominantemente masculina. As mulheres não aparecem como assíduas frequentadoras de serviços de saúde, mas não apresentam resistência ou preconceito. Isso demonstra uma resistência maior em cuidar de si mesmo, de admitir que precisa de cuidados, embora as duas pessoas dentre os informantes que conseguiram resultado perdendo peso e não ganhando novamente foram dois homens.

Não, não tenho hábito de frequentar médico, posto de saúde. H5

No posto de saúde [...] para mim é bom! [...] vou! Sempre que precisa, tem que trocar receita, tem que pegar remédio [...] tem que estar sempre indo. M2

Dentro dessa mesma perspectiva de resistência, encontramos o cuidado consigo deixado ao acaso. Alguns sentimentos fazem com que conclua que não precisa de cuidados com o corpo.

Eu levo a vida assim, que é o destino, que cuida de mim (risos) [...] eu não tenho problema de médico nada, mas eu me sinto bem, então eu não procuro [...] sinto bem, [...] não precisava se preocupar não [...] eu não vou falar para você que eu me sentia mal, eu não me sentia. H3

O entrevistado H3 está obeso e sofre de dores da coluna constantemente, mantém a percepção de que não necessita de cuidados. Ele promove também um afastamento de que está acima do peso, mas um afastamento “proposital”, pois por vezes há consciência da necessidade do cuidado, mas ao entrar em contato com isso terá de agir, mas como não quer, ou pensa que não tem possibilidades de agir, ou será muito difícil, afasta-se.

Eu não posso parar para pensar! Se eu parar para pensar eu sou obrigado a levanta e sair, sair caminhar todo dia, sai fazer alguma coisa, ir no médico, então se eu parar pra pensar eu tenho que abandonar o resto, não tem como....não é assim eu vou parar pra pensar. H3

Alguns fatores constituem-se entraves para que as pessoas consigam ter uma alimentação balanceada. A vida social é um desses fatores, pois eventos com amigos e familiares envolvem sempre comida. Os problemas no orçamento familiar que impedem o acesso a alimentos saudáveis, academia e fazem com que todo o tempo livre seja utilizado para trabalhar, tentando compensar o desequilíbrio.

No caso da dívida, você está sempre pensando em trabalhar para pagar aquilo a tua mente só pensa nisso [...] eu não acho um tempo para lidar com isso sabe[...]se eu tenho aquela liberdade aquele tempo para não ficar ali de repente eu estaria numa pista de caminhada que tem próximo aqui. H4

Eu gosto de mexer na cozinha, eu gosto de assar uma carne sempre eu gostei de preparar alimento de convidar pessoas [...] normalmente quem é obeso ou perto da obesidade tem uma vida social bem participativa, ativa [...] preparar almoço para amigos para família, então eu não via problema nisso num primeiro momento. H1

Há também outra situação, em que o corpo e a saúde não são prioridades para o indivíduo nesse momento, ele tem outras metas e outras preocupações, o corpo vai ficando em segundo plano.

Está exagerado, mas não tem como ficar cuidando disso, agora é uma época que não posso descuidar de outras coisas, o corpo vai continuar assim [...] não tem como pega uma hora para mim fica ir na academia [...] a minha prioridade nem é tanto minha saúde eu acho. H3

Preocupação ela é uma dominante, 24 horas, você deita, fecha o olho, dali a pouco se abre o olho mesma coisa tem ali entendeu, aquilo monta em você e fica, dia inteiro, é um fardo que você fica carregando para lá e para cá, louco pra jogar ele fora, mas não acho um meio. H4

Assim, observamos que, apesar de receberem orientações de profissionais de saúde, as pessoas, muitas vezes, não as executavam, por vários motivos. Eles foram orientados a praticar atividades físicas, ter uma alimentação mais regrada, mas a falta de tempo, cansaço após o dia de trabalho, o estresse, a falta de companhia para se exercitar e também a descrença na perda de peso foram os fatores citados.

Não tem como eu saí caminhar [...] eu penso que precisa fazer [...] no final ficou por isso mesmo [...]correr atrás das coisas [...] às vez eu chego em casa 11 horas da noite, então eu só tenho tempo para tomar um banho e dormir. H3

Há 23 anos atrás a gente nem tinha uma orientação certa, ia no médico falava mas se achava que aquilo ali não ia resolver o problema e acabava não fazendo [...] eu ficava será que vai resolver? H6

É na verdade eu vou fazer ginástica com muita preguiça! Torcendo para que alguém fale que não vai ter aula hoje, mas vou, estou tentando [...] tenho muita preguiça de andar, e principalmente se for sozinha! [...] a gente sabe que é bom, mas não faço! Não tenho força de vontade não consigo não! M2

Na fala de M2 é possível perceber uma falta de autonomia para o cuidado com o corpo, está sempre dependendo de outras pessoas para realizar o cuidado. O que mostra uma falta de motivação para cuidar de si mesma.

Foi possível também observar que ocorre um olhar diferenciado para os motivos do ganhar peso, talvez numa tentativa de compreender a origem da obesidade em seus hábitos. A experiência vivida da pessoa é que diz a ela o que a faz ganhar peso, e o que o faz perder peso, não é a ciência. Não estamos questionando a validade da experiência dessa pessoa, apenas mostrando que é ela quem vai determinar o que percebe.

Mas não é questão de comer, que eu estou falando, eu acredito mais, e outra idade também [...] eu pesava 75 quilos, que foi quando eu casei, eu sinto diferença. H3

Isso demonstra uma espécie de liberdade em escolher no que acreditar e o que fazer com o próprio corpo. Os indivíduos reconheceram a importância de cuidar de si mesmo e tentam sempre melhorar, sempre tem algo a ser melhorado no corpo. Por isso percebemos que continuam tentando cuidar-se, mesmo com as dificuldades. Pois, como diz Terra (2007), o ser humano não é estático, é um devir, não está acabado, mesmo com a dificuldade os informantes continuaram cuidando do seu corpo, eles estavam sempre em movimento.

A gente sabendo do quadro de hipertensão que eu tenho particular, eu evito muita coisa, fritura, salgado fora de casa, essas coisas aí. H7

Quando a pessoa passou pela experiência de ter sido magra no passado, ou ter conseguido perder peso depois de muito esforço, e no momento atual voltou a ganhar peso, sente que para voltar a cuidar-se irá precisar de muita força de vontade, para recuperar o peso anterior. Sabe que vai ter de passar por tudo que fez novamente, sente-se como se tivesse tido um enorme trabalho, obteve sucesso, mas perdeu tudo. Sente como uma repetição em sua vida.

Não é fácil bater é uma hora de caminhada por dia, tem que estar com uma força de vontade violenta [...] e a coragem pra voltar você não tem, não encontra, saber que tudo que você sofreu, passar por tudo aquilo novamente. H2

Mas tem que... tirar isso da cabeça né e começar de novo a caminhada. M4

Alguns valores e hábitos pessoais e familiares foram encontrados como uma barreira para cuidar-se, seja um cuidado autônomo ou acompanhado nos serviços de saúde. A saúde para estes indivíduos representava somente remediar o que estava errado. Também relataram que comer muito era um sinal de saúde, como um hábito de alguns anos atrás. Essa forma de pensar revelou-se somente nos homens. Assim, observamos que, mesmo que se tenham informações, as pessoas guardam e respondem ao que aprenderam com a família. Mais uma vez, a experiência vivida atua de maneira mais forte que a ciência, é como diz Merleau-Ponty.

Meu avô morreu com não sei tantos anos fumando até morrer [...] Sabe que isso era saúde, poder comer de tudo [...] quando viam uma criança gordinha diziam a que lindo! H1

Fui criado assim, meu pai falava se você não precisa você não vai porque tem outro que está precisando, às vezes não consegue ser atendido porque você estava lá, e você não precisava [...] não é só eu que penso assim, se você pegar um pessoal da minha idade, homem, mulher não [...] você vai ver que é quase tudo a mesma resposta [...] cabeça de homem diferente de mulher. H3

Mas sei lá é tudo gordo!! (suspiro) Meu marido também é, está com 103, 104 quilos [...] ela gosta de comer bastante também, não sei se já é uma coisa hereditária, porque ela (filha) também é bem gordinha [...] nosso problema é esse, a gente é de comer bastante, eu faço comida saudável mas a gente não é de pegar aquele pouquinho, a gente come muito, é todo mundo assim gosta de comer. M2

A informante M2 relata que teve uma gestação de alto risco, estava com diabetes gestacional e teve mioma durante a gravidez. Nesse período precisou fazer uma dieta por conta da diabetes e conseguiu, não sentiu dificuldades, tanto que a filha nasceu saudável. Ela sentiu essa dieta como diferente das outras que tentou fazer, a filha era um motivo para cuidar, ela sozinha não é.

Fazia direitinho [...] quando eu estava grávida eu tinha medo de perder a menina e aí parece que tinha mais força de vontade entendeu, porque eu tinha uma razão ali bem forte para poder ficar bem, acho que foi isso! M2

Essa cultura de procurar atendimento de saúde somente quando está mal, quando sente que está precisando pode ter alguns efeitos negativos, pois faz com que a pessoa

nunca sinta necessidade. Na fala de H6 transborda uma impressão de que ele não tem o direito de precisar de cuidados, até irá atrapalhar outros que precisam mais do que ele. Apesar de estar com os níveis de colesterol altos, obeso e com frequentes dores na coluna, ainda assim não procura serviços de saúde, nem mesmo quando tem crises de dor. Um fato que corrobora a forma de ele agir sobre o corpo é que o colesterol aumentado e a obesidade não provocam dor, então ele não sente que precisa de cuidados, a percepção dele é de que está bem. Como a percepção é influenciada pelas impressões, pelos significados que o indivíduo já tem, isso vai ao encontro dos valores que ele construiu.

As pessoas entrevistadas sempre estiveram tentando perder peso e cuidar de si, então ao longo desse processo foram obtendo alguns sucessos, seja quando conseguiram perder alguns quilos, seja no fato de se sentirem bem, e mesmo com a obesidade conseguirem continuar executando seu trabalho, suas tarefas domésticas, enfim sua vida. Desse modo relataram experiências de superação em relação ao corpo.

Dois entrevistados conseguiram perder um volume grande de peso e não retornaram ao peso inicial, mas isso não significa que somente eles obtiveram sucesso, os demais também vivenciaram situações exitosas, no processo de compreender o corpo obeso.

Eu acredito que daqui uns meses já vou ter resultado, eu estava muito sedentária, agora eu estou fazendo exercício, pelo menos caminhando, uma alimentação [...] agora estou tranquila porque parece que eu estou bem consciente, então eu faço tudo direitinho. M1

A entrevistada M1 está consciente e empenhada em seu processo de perda de peso, em cuidar de si, sente que está fazendo algo por si mesma e isso traz um bem-estar, um sentimento de superação. Ela está fazendo atividades em benefício de si mesma, algo que não fazia antes. Então, apesar de ainda não ver os resultados, pode se alegrar por ter força para sair de uma situação de sedentarismo e ir para uma situação de maior atividade.

Esse momento de M1 mostra um início de mudança do seu modo de ser, sua forma de viver o corpo e de estar no mundo começa a ganhar novos contornos. Poderíamos

pensar que seu corpo próprio ganhou aspectos de um corpo que precisa de cuidados, e seu corpo vivido começa a ganhar experiências de um corpo mais ativo.

As experiências de sucessos no tratamento de doenças associadas também foram consideradas de superação, pois trazem bons sentimentos para as pessoas.

Eu melhorei pelo menos essa parte né, eu chorava à toa [...] essa parte deu uma boa melhorada, ainda choro, mas é bem menos, consegui para de comer unha. M2

Ele ficou muito feliz com isso, a o resultado das carótidas deram perfeitas nenhuma placa, a de esteira ele falou que era 50% a mais de resistência de uma pessoa da minha idade. M1

E consegui vim para 93 quilos [...] no início de 2014 eu estava com 101 quilos aí eu cheguei a 93 agora, pesei na última avaliação, um ano mais ou menos. H1

Conseguir realizar as tarefas de casa e conseguir trabalhar, mesmo sendo obeso, também foi visto como experiências de superação. Estas conquistas fizeram com que as pessoas se sentissem mais fortes, não doentes. Conseguir realizar tarefas que exigem esforço físico também foi uma experiência de superação.

Sim eu trepo em escada para fazer as copas das árvores, subo em árvore normalmente, tenho muita disposição para isso, tranquilo [...] eu trabalho, é exige do físico. H4

Não, por enquanto não, está tudo bem ainda assim, faço tudo o serviço, cuido de tanta coisa e está indo bem. M4

Trabalho de motorista, dentro do espaço do ônibus que eu dirijo, qualquer carro que eu dirijo eu fico confortável [...] a engenharia já proporciona [...] o mesmo ônibus que uma pessoa grande eu dirijo. H7

Uma peculiaridade do fenômeno ocorreu com a entrevistada M3, o corpo visto como sinal de prosperidade, que não falta alimento. Também se sente forte, pois com todas as doenças que já lhe foram diagnosticadas ainda está viva e consegue caminhar, mais do que as pessoas mais jovens do que ela.

Eu falo que beleza!!! (quando vê fotos) (risos) [...] então ela fala assim, você viu? Eu estou magrinha, você está bem cheinha! Graças a Deus que pelo menos é sinal que tem comida dentro de casa! (risos) [...] é que eu sou muito forte filha porque senão.....era pra mim já estar ó, vixe Maria!![...] já estar dentro do buraco (risos) Deus me perdoe credo [...]que nem eu sempre ando com minha nora, ela tem 45 anos, eu estou com 50 e pouco, ela sente cansada, esse problema da falta de ar, ela usa até bombinha, eu falei ó, você tá mais morta do que eu filha (risos)! M3

Na fala de M3 fica bastante evidente que a experiência vivida diz a ela que está bem, que inclusive está melhor que algumas pessoas mais jovens. Ela não está angustiada pela forma de seu corpo, não é algo que a faça sofrer, ela tem outros sofrimentos, mas o corpo não é um deles. Isso exemplifica o que a fenomenologia nos diz, para olharmos os fenômenos como são, sem teorizações prévias, captar a essência do fenômeno (MERLEAU-PONTY, 2011). Essa foi uma informante que mostra isso, seria um erro antever que ela estaria sofrendo por estar obesa, pois não está, precisamos ir até ela e ver quem ela é.

Os dois entrevistados que conseguiram emagrecer e não voltaram mais ao peso inicial observam a diferença e sentem-se melhor com o corpo atual, que está mais leve. Há uma diferença entre esses e os demais, pois eles não se sentem abatidos e não dizem que não conseguem emagrecer. Reconhecem que o processo tem suas dificuldades, mas não dizem que não conseguem. Eles ainda têm a meta para perder mais peso, mas já estão satisfeitos com o que conseguiram. Ainda se encontram dentro da obesidade, mas mesmo assim estão satisfeitos.

Você começa fazer a comparação do que era e do que é, a gente olha no espelho no momento vou me preparar pra sair de casa, e percebe que não tem mais aquela coisa (mostrando a barriga). H1

Antes eu estava com 100 e algumas coisinha, aí já consegui eliminar [...] uns 5 quilos né, 6 quilos [...] daí depois com muito custo, com caminhada foi abaixando um pouco o peso [...] também dei uma melhoradinha [...] agora estou bem! Melhorando né, tem que melhorar mais, tentando volta uns 90. H5

Os dois informantes que conseguiram perder peso fizeram uma transformação em seu corpo próprio, agora ele contém expressões de felicidade, de saúde, de sucesso, com isso também fizeram modificações em seu corpo vivido, com experiências de sacrifício, esforço e satisfação decorrentes desse sacrifício. Estão em processo de mudar sua maneira de ser no mundo com o corpo, e estão apreciando esse processo.

Os sentimentos de que o corpo é bom, que viver com o corpo que tem é bom também foram revelados.

A é bom..[...] é bom, eu acho bom, o corpo que eu tenho. M5

Outra peculiaridade da relação indivíduo-corpo é a posição dele no meio de trabalho, em atividades que exigem esforço físico. Ficou aparente a necessidade de cuidar dele. Um dos informantes, um ex-policial, viveu essa experiência. Relata que acabava se tornando uma competição sobre quem fazia mais exercício.

Era alimentação da própria corporação, balanceada feita ali com orientação de nutricionista, por isso a gente mantinha o corpo [...] um tentando ser melhor que o outro, há uma certa competição para que um faça mais atividade física do que o outro, que um consiga correr mais, nessa idade de 18 anos, isso entra como uma disputa [...] tinha algum policial que não se cuidava, era deixado de lado, ninguém quer trabalhar com um policial que não consegue correr atrás de um bandido, ou fugir de um bandido(risos). H1

O mesmo entrevistado H1 viveu a experiência de após a aposentadoria sentir mais vontade de consumir alimentos calóricos, o que não ocorria tanto na época em que trabalhava, então passa o tempo todo controlando sua vontade e tem conseguido.

Depois que saí a gente adquiriu o hábito de jantar em função dessas visitas aí nas casas das pessoas, mas então hoje é controlado [...] foi diminuindo essa coisa de salada hoje não, hoje eu almoço fora justamente por causa disso pra comer salada, comer um arroz integral, então a gente procura estar com esse cuidado[...] mas essas coisas que a gente realmente gostava a gente cortou . H1

As pessoas continuam vivendo com o corpo obeso, inclusive essa é sua forma de viver, podem sentir dores, ter dificuldades na vida social, nas tarefas do dia a dia, com o preconceito, com os próprios sentimentos, mas seguem vivendo e trabalhando mesmo com tudo isso, e isso lhes traz um sentimento de superação.

Mas está bom, até que se levanta e fala, tem ar hoje, então está bom (risos). H3

Quando conseguem perder peso, os indivíduos sentem-se melhor, sentem que estão voltando ao normal, e quando as pessoas observam que perderam peso sentem-se bem. Percebem os benefícios de cuidar-se e quando não acreditavam nas orientações que receberam, passam a acreditar. Ficam felizes quando conseguem abandonar vícios.

Só que depois né agora está voltando tudo ao normal [...] o normal é ter destreza, você estar com o corpo leve, ter aquela destreza para fazer qualquer coisa, correr você não vai sentir cansada [...] colocar uma roupa e se sentir bem, vestir a roupa e sair tranquilo sem ter problema nenhum. H5

Aí depois que eu comecei a fazer eu senti que realmente melhora, vai melhorando [...] parece que estabilizou a diferença foi essa né que não engordei mais, [...] agora está

melhor!!! Melhor [...] fica com mais disposição[...] já fumei já bebi e aí por minha conta mesmo eu parei! H6

O significado do corpo, o lugar que ele tem na vida das pessoas pode ser também um reconhecimento de algumas experiências de superação. Pois ele é o sustento da família, traz aquilo que é necessário para viver, e pode estar gordo, ou magro, mas funciona e permite a vida.

O que ele representa? A é uma faca de dois gumes né, que para mim ele é tudo né! Para mim a saúde que eu tenho cara, é isso que me movimenta que me traz o pouco ou o muito traz para dentro de casa tal, é ele que me locomove tudo funciona né. H4

Aaa sei lá, acho que tudo assim, na minha vida é tudo é, porque sem ele eu não vivo, ou ele meio gordo ou meio (risos) né mais eu acho ele legal, o meu corpo. M5

Outro aspecto do fenômeno ser obeso revelado foi a dificuldade em comemorar pequenas vitórias. A informante M4 tem a meta de perder 10 quilos, ela já perdeu quatro, mas não se alegra com isso. Ela faz dieta, faz exercícios duas vezes por semana, mas tem muita dificuldade em executar seus cuidados, tem dias que não consegue fazer, mas sempre está tentando. Apesar de ter perdido quatro quilos, não se mostra satisfeita, seu estado geral é de frustração, por não ter conseguido ainda perder os 10 quilos. Sente-se gorda, feia, não gosta de tirar fotografias. Quando conta sobre o peso que já perdeu, não demonstra alegria ou satisfação, conta com desânimo. Talvez ela não perceba que para chegar aos 10 quilos primeiro tem de perder um, depois dois, e assim por diante.

Essa é uma experiência de superação que não é sentida como superação, é sentida como outra frustração, perdeu quatro quilos, mas foca-se no fato de que não perdeu 10 ainda. A percepção dela pode estar permeada pelo conceito de que perder peso é perder muito peso, e perder pouco peso não tem valor, então ela não sente satisfação nisso, o que dificulta o processo, pois sempre terá de começar perdendo pouco até chegar a perder muito.

A eu estava com quase 80 quilos, faltavam umas graminhas para 80, aí já diminuiu né, 76,700 [...] quando tira fotografia fala nossa eu estou gorda mesmo, só quando tira foto que vê! [...] incomoda! [...] às vez quando encontra tem pessoa que se sabe que é sincero, fala nossa como você está gorda!!Como você engordou [...] a gente pensa, nossa eu estou mesmo né só os outros falando que a gente vai pôr na cabeça que tá mesmo. M4

Essas “experiências intermediárias” de sucesso podem ser muito benéficas para o sujeito que tenta perder peso. Ele não chegou ainda na meta final, por isso diz-se que são metas intermediárias, pois elas podem trazer um sentimento de bem-estar, de sucesso, podem fazê-lo pensar que consegue atingir sua meta final. Pois, se ficam focadas apenas na meta final, elas se sentem muito distantes de seus objetivos. Então, a pessoa tende a desanimar, mas se comemorar as metas intermediárias ela tem uma injeção de ânimo para continuar. A informante que teve essa experiência não deu valor a esse “sucesso intermediário”. Talvez seu desânimo seja porque olha somente para a meta final. Apenas relata que precisa perder peso, e que tem muitas dificuldades, e sente-se mal, em momento nenhum comemora ou fica satisfeita com o que já conseguiu.

A análise dessa categoria evidencia que existem várias experiências que compõem as percepções de cuidado com o corpo obeso, destacando as ações que se aproximam de uma perspectiva de não cuidado. As experiências de cuidado, de fazer algo pelo corpo, independente da forma a ser feita ou pelos motivos que são feitos revelaram-se favoráveis. Entre os fatores que dificultaram as pessoas realizarem seu cuidado, podemos citar problemas orçamentários, falta de tempo, ansiedade, muita vontade de comer, etc. No entanto, lembramos que esses fatores atrapalharam, mas não impediram as pessoas de continuar tentando melhorar o cuidado com seu corpo, mesmo com essas barreiras.

Os participantes da pesquisa apresentaram formas diferentes de cuidar-se e também de não cuidar-se. Quanto aos cuidados houve práticas guiadas por profissionais de saúde e outras guiadas pela experiência do indivíduo. Apenas dois homens obtiveram sucesso e estão satisfeitos consigo mesmos. Uma mulher obteve sucesso, mas ainda não está satisfeita. Também foi apresentada uma experiência de escolha, em que o corpo não foi prioridade no momento, e também o cuidado apenas para manter a saúde, não visando à perda de peso.

Os entrevistados vivenciaram dificuldades de ordem psíquica, econômica e falta de tempo para realização do cuidado. A maioria dos participantes já recebeu orientação de profissionais de saúde, pedindo para perder peso, por vezes a seguindo, por vezes não. Os homens relutaram mais em procurar serviços de saúde do que as mulheres. Eles têm

consciência de que estão obesos e têm doenças associadas, mas relutaram em procurar por serviços de saúde para tratamento. Provavelmente por questões culturais de que cuidar-se e frequentar serviços de saúde seja uma atividade de característica feminina. Os homens, mesmo de diferentes classes sociais, têm a mesma cultura em relação a isso.

Mesmo não obtendo os resultados que desejavam, tanto homens como mulheres continuaram tentando se cuidar, e os homens relutaram mais em procurar serviços de saúde do que as mulheres. Crenças se mostraram ora influenciando para executar cuidado, ora para não executá-lo. Como alguns cuidados conduziram a sucessos, e como as pessoas sentiram que conseguem viver mesmo sendo obesos, executando as suas tarefas cotidianas, o corpo obeso também possibilita experiências de superação.



ALGUNS
APONTAMENTOS
FINAIS

7- ALGUNS APONTAMENTOS FINAIS

Durante a realização desse trabalho pude estabelecer contato com várias pessoas que aceitaram participar como informantes, sem nada ganhar por isso, apenas pela boa vontade de colaborar com a compreensão do fenômeno que vivenciam.

Essas pessoas permitiram-me entrar em suas casas e conhecer um pouco de suas vidas, o que trouxe satisfação para mim, enquanto pesquisadora, mas também enquanto pessoa. Enquanto ser humano que teve a chance de se relacionar com outros seres humanos e observar o quão fantástico pode ser o mundo subjetivo do outro.

Com esse processo, pude ampliar minha compreensão do fenômeno da obesidade, e sentir um pouco, juntamente com os participantes o quão complexo e difícil ele pode ser.

Após terminar a pesquisa, e o mestrado por consequência, pude confirmar que a curiosidade que sentia no início de minha vida acadêmica pelo trabalho de psicologia junto à saúde permanece viva. Também pude reforçar a importância do trabalho do psicólogo junto às pessoas obesas, pois os componentes emocionais se fizeram presentes a todo o tempo. Senti também que as pessoas ficavam mais seguras em falar comigo no momento em que lhes dava a informação sobre qual era minha formação acadêmica.

Também pude ver a importância de respeitar a história de cada pessoa, sua riqueza e complexidade. E, apesar de por vezes ficarem doentes têm muitas potencialidades a serem desenvolvidas.

Pude observar que as atitudes humanas não são simples. São permeadas por uma série de aspectos de naturezas diferentes, como sociais, pessoais e emocionais, então não se deve fazer julgamentos.

Sempre recebi durante minha formação acadêmica a noção de respeito as vivências e escolhas do outro, e nesse trabalho observei que isso é fundamental para com as pessoas obesas, tanto no convívio como no tratamento. Creio que posso, hoje, mais do que antes, compreender um pouco mais e respeitar o modo de vida dessas pessoas.

Algo que ficou bastante claro foi como os padrões estéticos têm efeito nocivo, de sofrimento sobre as pessoas obesas, como há poder nessa ideia coletiva de que ser bonito é ser magro, e a força com que isto penetra e esmaga as subjetividades das pessoas. Aprofundei minha reflexão sobre isso e passei a ver que a beleza é algo também, subjetivo, e que há espaço para múltiplos e diferentes tipos de beleza, basta aceitá-las.

Não retiro a necessidade de cuidados. Aliás pude perceber a sua grande importância. Acrescento que devemos nos esforçar para ver e aceitar as potencialidades e belezas que essas pessoas têm. A beleza em aceitar-se a si mesmo, a beleza em nunca desistir após dificuldades, a beleza de lidar com suas próprias escolhas quanto ao seu corpo e de ser feliz com seu corpo vivido.

Após olhar para as outras pessoas, olho também para mim mesma, e percebo que fui tocada, e que além dos outros, posso aceitar a mim mesma na minha forma de ser, no meu corpo vivido e no meu corpo próprio.

A seguir deste novo lugar que ocupo após a experiência com os informantes traçarei alguns apontamentos finais. A trajetória percorrida para compreender como as pessoas se relacionam com seu corpo obeso possibilitou uma aproximação com várias percepções e significados desse corpo obeso que se revelaram neste trabalho. Foram explicitadas por meio das categorias discutidas anteriormente, expressando um processo de ganho e perda de peso que se alterna na vida das pessoas.

Inicialmente percebemos que as pessoas se relacionam com seu corpo como algo não refletido, não percebendo o ganho de peso em seu “corpo vivido”, evidenciando ausência de percepção da transição entre “corpo habitual” e “corpo atual”. Ocorre, também, ausência de percepção das necessidades reais desse corpo, principalmente em relação à alimentação, gerando excesso. Sentimentos tais como invulnerabilidade, ansiedade, culpa e revolta permearam essa etapa. Entre os vários aspectos relacionados à negação do corpo atual, chama atenção a espiritualidade como forma de fuga do cuidado consigo mesmo.

Em determinado momento, sentem-se surpreendidos diante de acontecimentos que o colocam frente a essa nova realidade do seu corpo, constatando e assumindo que ganharam peso. Entre estes acontecimentos

destacaram alterações de exames, diagnósticos de agravos de saúde associados à obesidade, comentários de outras pessoas, comparação de seu corpo no presente e no passado. Nesse momento, eles se aproximam das partes do seu corpo, pelo distanciamento que tais acontecimentos provocam de seu corpo atual, funcionando como um espelho para completar a percepção. Quanto mais longe dos olhos as percepções do corpo se tornam mais objetivas e mais visíveis. Assim, o processo de “não olhar” e depois “olhar” é permeado por sentimentos, tais como: vergonha, frustração, tristeza, derrota, solidão, medos entre outros. Ao perceber seu corpo atual, também evidenciaram as dificuldades nas atividades diárias, no trabalho, no vestuário, na vida social, entre outras.

Quando ele integra em seu “corpo próprio”, portador de símbolos e significados, a obesidade desperta a necessidade de cuidados. Então, começa a ter ações de cuidado voltadas para esse corpo obeso. Vem um período de convivência com as dietas, os exercícios, as mudanças de hábitos e juntamente as dificuldades em executá-los. Vivência nesta fase, experiências ora frustrantes ora exitosas, permeadas por sentimentos: insatisfação e satisfação, tristeza e alegria, desânimo e ânimo, entre outros.

Ficou evidente, também, que a relação com o próprio corpo em pessoas obesas é perpassada por sentimentos, fatores sociais, hábitos, acontecimentos marcantes em suas vidas, e por vezes, esses fatores não são percebidos pela própria pessoa. Essa relação não é estática, pode mudar ao longo da vida, pode ser uma relação de cuidado, de não cuidado, de reflexão e de não reflexão, de uso do corpo como objeto e de corpo agindo como sujeito. É uma relação de ir e vir, de círculos que se abrem e se fecham em várias possibilidades.

Pudemos nos aproximar, também, de algumas nuances entre homens e mulheres que convivem com seus corpos obesos. Observamos que homens e mulheres possuem valores diferentes e são influenciados por questões sociais distintas. Em nossa pesquisa, os únicos informantes que conseguiram perder e manter o peso sentindo-se satisfeitos foram dois homens. Constatamos que para as mulheres estar obesa é uma condição mais dolorida, sofrida, afetando sua autoestima mais do que para os homens. Em nossa pesquisa, encontramos um único homem em sofrimento intenso. A questão estética constitui maior preocupação para elas. As mulheres manifestaram ansiedade, culpa, vergonha, medos e tristeza,

mas apesar disso, apresentaram maior determinação para continuarem tentando emagrecer. Os homens se preocuparam mais com a saúde, mas têm ainda relutância em frequentar serviços de saúde, precisam empreender esforços de superação para adquirir esta prática, o que não ocorre com as mulheres. Quando os homens decidiram perder peso, isso esteve mais relacionado com a saúde, as mulheres tiveram influência estética mais forte.

Embora os informantes da pesquisa fossem de classes econômicas diferentes, a análise dos resultados não possibilitou observar maneiras distintas de se relacionarem com seus corpos que estivessem associadas diretamente com suas classes sociais. Observamos comportamentos diferentes entre a mesma classe e comportamentos semelhantes entre classes diferentes. Assim, as classes econômicas neste estudo somente tiveram a função de contextualização dos informantes, sem a intencionalidade de associações. Sugerimos que outras pesquisas com desenhos metodológicos específicos possam ser desenvolvidas com este objetivo.

Observamos que o ganho de peso esteve relacionado com ansiedade, pois ela pode levar o consumo de alimentos para além da necessidade biológica do corpo. Esse sentimento esteve atrelado à percepção do corpo como algo não refletido, pois as pessoas se alimentavam em excesso para suprir faltas em sua vida e para acalmar-se. Isso provocou um comer compulsivo tentando preencher os “vazios” que lhe eram desconhecidos, levando a sentimentos de insatisfação. Assim, o comportamento alimentar torna-se algo mecânico e repetido, desencadeado principalmente pela ausência da compreensão de seu sentido.

Podemos refletir que esse sintoma pode estar relacionado com características pessoais e precisa ser cuidado, ser tratado, pois a ansiedade gera estresse e preocupação. Ela retira a tranquilidade, instala um estado constante de agitação, o que faz com que uma pessoa ansiosa esteja sempre comendo para tentar aplacar a ansiedade.

Os conflitos do dia a dia, as marcas de sofrimento e traumas difíceis de elaborar também se mostraram relevantes neste estudo. Foi possível observar que tais situações desembocam diretamente no corpo. Assim, presencia-se um descuido com esse corpo, que não é proposital, mas muitas vezes inconsciente. Ele representa o meio que o indivíduo encontra para lidar com essas situações que lhe

trazem sofrimento. Por vezes, traumas muito fortes impactam a vontade de viver, e nessas circunstâncias o sentido de cuidar do corpo desaparece.

Foi possível observar nos casos estudados que o início do ganho de peso ocorreu no mesmo período em que algo marcante aconteceu em suas vidas, algo que os fez sofrer. Entretanto, as pessoas não perceberam isso, não conseguiram fazer a relação entre o fato e o início do ganho de peso. Isso mostra que o sofrimento tem sido vivido no corpo e, muitas vezes, as pessoas estão inconscientes nesse processo. Isso é um aspecto do fenômeno que precisa ser cuidado, pois quando não se tem a compreensão do sentido do sofrimento, de que ele está atrelado a sua própria história as possibilidades de compreensão dessa história ficam vedadas, pois não se sabe para onde direcionar o cuidado.

Outro fator que merece reflexão é a influência social para o ganho de peso. Deparamo-nos com uma sociedade capitalista que estimula o consumo desenfreado, provoca hábitos sedentários, por meio de jornadas de trabalho estafantes que consomem a energia que poderia ser destinada à prática de atividade física e reforçam um padrão de beleza baseado no corpo magro. Além disto, estimula a alimentação por meio de produtos industrializados em excesso e o hábito de alimentar-se fora da residência, também relacionado à falta de tempo, entre outros. Essa cultura tem algo perverso, pois contribui para o surgimento e manutenção da obesidade, criando um ambiente propício a ela, mas depois coloca um estigma sobre as pessoas obesas. A mídia veicula frequentemente imagens de corpos padronizados, magros, passando a ideia de que todos precisam ser dessa forma. Frente a isso, aquele que não consegue atingir o padrão vive marginalizado, é visto como feio, preguiçoso, fica isolado e culpado pelo formato de seu corpo, que é diferente do que “deve” ser. Isso gera sentimentos de sofrimento e acentua a dificuldade em modificar a forma do corpo, quando isso é desejado ou necessário para melhorar a saúde. Esse processo se dá com mais intensidade sobre as mulheres, por meio da exploração da imagem do corpo feminino e do estímulo ao uso de produtos e procedimentos estéticos.

Outro fator a ser considerado a respeito da cultura é a tendência ao imediatismo e ausência de tolerância para vivenciar processos longos, devido à velocidade da rotina, da produção, dos acontecimentos. Esse cenário é desfavorável ao processo de perda de peso, pois este é lento e com resultados que não são

perceptíveis em curto prazo. Esta realidade cria desânimo. Desse modo, o desejo imediato de perder peso será sempre frustrado, o que colabora para que haja desistência. Observamos o chamado “efeito sanfona”, pois se consegue perder alguns quilos, ocorre frustração, novo ganho, e conseqüente culpa e desânimo. Depois volta a perder e, assim por diante, em um círculo vicioso.

A cultura familiar também emergiu nesta pesquisa, revelando que hábitos cultivados desde a infância como o comer em excesso são expressivos na constituição do corpo próprio da pessoa obesa. E, quando empreende tentativa de mudança, os hábitos familiares e sociais geram dificuldades, principalmente em eventos acompanhados de refeições. Essas ocasiões constituem-se em algo a que podemos chamar de “mundo proibido” para o obeso, lugares e situação onde ele não pode estar. São lugares onde não será bem recebido devido ao formato de seus corpos, como praias, clubes, etc. Estabelecimentos comerciais que não pode entrar, pois não encontraria roupas que lhe sirvam etc.

Ficou evidente que a obesidade traz consigo várias repercussões para a vida da pessoa obesa, tanto o mundo proibido que impacta em suas relações sociais e interpessoais, como do ponto de vista psíquico. Os prejuízos são altos, pois surgem vários sentimentos que causam sofrimento: baixa autoestima, vergonha de si mesmo, frustração, tristeza, ansiedade, etc. Além do cansaço, a vontade exagerada de comer, a falta de ânimo para se exercitar e para fazer dietas, as dificuldades em comprar roupas e as doenças associadas. Esses motivos e outros levam as pessoas a desejarem um corpo diferente e a perderem peso.

Apoiada em Merleau-Ponty (2011) podemos dizer que perder peso significa diminuir o tamanho do corpo, perder alguns pedaços de si mesmo. Isto se faz no silêncio, naquela parte do corpo perdida, aquele pedaço que não é mais capaz de interagir com o mundo, porque não existe mais no corpo biológico, mas ainda existe no esquema corporal e no corpo próprio. Assim, ele pode seguir vivendo como se aquela parte ainda estivesse ali. Talvez por isso as pessoas ainda mantenham os hábitos anteriores, pois é uma maneira de manter seu corpo próprio.

Com a mudança do corpo, o indivíduo não pode mais interagir com o mundo da mesma forma que interagira antes, então ele precisa encontrar uma nova forma de ser, uma nova forma de se entranhar no mundo. Precisa quase construir uma

nova identidade corporal. Talvez por isso seja tão complexo perder peso, pois essa transformação envolve muito mais do que números em uma balança.

Ser obeso é a forma de ser do indivíduo, é parte da identidade dele. Merleau-Ponty (2011) diz que o corpo é o veículo do ser no mundo, então concluímos que mudar a forma do corpo, deixar de ser obeso significa ter de encontrar uma nova forma de ser. Quando o indivíduo não consegue encontrar, ele volta a ganhar peso, pois permanece com a mesma identidade, a mesma alma entranhada no corpo.

O corpo é o meio do ser no mundo, se ele muda de corpo suas sensações mudam, passa a ter um corpo próprio diferente, carregando valores diferentes. A percepção que ele tem do mundo muda, e talvez por isso ela sinta o mundo diferente também, porque seu veículo no mundo mudou. Se pensarmos no que nossa cultura coloca, ser obeso é ruim, há muitas desvantagens sociais, há riscos para a saúde, e ser magro é bom, melhor para a saúde, fácil de encontrar roupas, as pessoas não olham com desprezo. Entretanto, isso não quer dizer que se tornar magro seja fácil, pois mesmo que culturalmente estejamos saindo de algo que é ruim, para algo que é bom, o ruim é a forma de ser particular do indivíduo, e mudar a forma de ser é um processo que precisa ser construído, lentamente. Enquanto isso não se completa, o indivíduo sente-se perdido, sozinho, caindo.

Isso a que chamamos ruim, chamamos de doença é a forma de ser dele, é dessa forma que vive o mundo. Talvez possamos dizer que é sua essência, e trocar de essência gera uma grande crise. Assim, os indivíduos acabem voltando ao corpo habitual com tanta frequência, pois não fizeram ainda a transição da sua forma de ser. E há outro fato a considerar, se quiser manter a perda de peso, nunca mais poderá retornar à forma de ser obeso, pois se retornar ganhará peso novamente, o que constitui uma perda, um silêncio na vida desse ser. O luto pelos corpos atuais e habituais precisa ser feito ao longo do processo, pois quando ganha peso perde o corpo magro, e quando perde peso, perde o corpo obeso. Há perdas e lutos em todo o processo.

A compreensão do ser obeso, apoiada nos conceitos de Merleau-Ponty, traz a ideia de que não se deve fazer pré-julgamentos, sendo necessário olhar para esse fenômeno como ele se mostra, em todas as suas nuances reveladas, devido à sua variabilidade e complexidade. Merleau-Ponty com seus conceitos de corpo próprio,

vivido, atual e habitual, nos leva a compreender que o corpo é algo construído pela própria pessoa em seu esquema corporal, por meio das sensações e das percepções. O corpo biológico é dado pela ordem natural, mas o corpo com o qual as pessoas vivem e relacionam-se é distinto, não é esse, aliás, são outros corpos construídos individualmente, mas inseridos em uma cultura e perpassados pelos seus valores.

Se o corpo com o qual as pessoas obesas vivem não é somente o biológico, para pensar em intervenções para a saúde necessariamente, então, deve haver espaço para esses outros corpos. A intervenção e o cuidado devem atender também aos corpos próprios, vividos, atuais e habituais. Também esses devem ter suas demandas atendidas de maneira integral. Há de se buscar desviar da tendência em ter como foco somente o corpo material e biológico.

Para Merleau-Ponty (2011, p. 227), “doença e saúde não são modalidades da consciência ou da vontade, elas supõem um passo existencial”. O filósofo coloca que os fenômenos da saúde e da doença são nuances da forma de ser de um corpo, portanto ambas fazem parte da vida. Essa ideia precisa ser incorporada aos profissionais da saúde, para que se tenha uma intervenção mais eficaz.

Outro desafio apontado é não ter mais como foco a doença e a busca incessante por querer corrigi-la a qualquer custo mediante o padrão do homem adulto e sadio, como tece críticas Merleau-Ponty ao se referir ao pensamento clássico. Mas sim, olhar para o doente e reconhecê-lo como um sujeito, um corpo vivo situado no mundo de suas experiências. Experiências vividas que devem ser levadas em consideração, em vez de serem ignoradas. Reconhecer que cada ação possui sentido e intencionalidade e que não pode ser vista com desprezo. (Mendes et al., 2014, p.1603)

Conforme já citado, há muitas políticas e tecnologias para o cuidado da saúde e do corpo. Entretanto, podemos perceber também que há ainda muito a se fazer nesse aspecto, pois cuidar de pessoas obesas tem sido uma missão difícil e com pouco sucesso na modificação da forma corporal. Este trabalho propicia ao profissional de saúde aprofundar sua compreensão dos corpos vividos, próprios e da importância dessas outras dimensões do corpo, para que possa incluí-la em sua prática profissional e melhorar sua ação em campo. No sentido de que, quando o profissional percebe a presença dos diferentes corpos, ele tem a possibilidade de abrir espaços para eles em sua atuação. Quando a importância dessas vivências é considerada e espaços são abertos, as pessoas podem trazer para os serviços de

saúde suas vivências e percepções. Dessa forma elas podem ser acolhidas, escutadas e tratadas.

Essa forma de atuação a que nos referimos requer algumas mudanças, mas elas não têm relação com protocolos, formas de organizar os serviços ou aparato tecnológico, pertencem a outra ordem, à ordem do humano. Tem base na postura do profissional frente a essa pessoa obesa, talvez a variável mais difícil de modificar. Seria um trabalho mais em nível de sensibilidade e empatia do que de técnica e racionalidade. Requer valorizar os diferentes corpos e reconhecer como influenciam o cuidado consigo mesmo. Dar a importância para as percepções individuais, pois é por meio dela que se conhece o mundo, as percepções são a via de conhecimento. É preciso legitimar essa via.

Necessitamos de uma postura menos prescritiva e mais compreensiva, levando em conta na prática profissional o mundo subjetivo, pois este tem influência no corpo e precisa de um espaço para existir. Sem isso, o profissional pode estar em uma política de humanização, de acolhimento de trabalho multiprofissional e sua prática permanece a mesma, engessada.

Dada a diversidade dos fatores que perpassam a relação das pessoas com seu corpo obeso, essa é uma condição que precisa de abordagem integral, requer intervenção em vários fatores e de diferentes naturezas. Para isso, uma equipe com profissionais de diferentes formações é crucial, para constituir a rede necessária a essa intervenção. O problema precisa ser abordado sob vários ângulos. Frente a isso, reiteramos a importância das equipes multiprofissionais, a exemplo dos NASFs.

Defendemos, também, a utilização de abordagens coletivas e trabalhos com grupos. O grupo pode servir de apoio para a pessoa obesa que, muitas vezes, vive isolada e à margem em um mundo proibido. Por meio de grupos, ela tem a possibilidade de criar um mundo novo entre pessoas em condições semelhantes, nos quais será mais aceita e poderá compartilhar suas vivências de maneira mais confortável. Entretanto, trabalhar com grupos exige formação para isto, para que o grupo não se torne mais um mundo proibido ou espaço de lamentação.

Os grupos também têm papel informativo à medida que trazem informação sobre cuidados com o corpo, informações provenientes da ciência. Entretanto, como é possível perceber, o discurso da ciência enfrenta grandes dificuldades no que

tange à capacidade de influência no cotidiano das pessoas. A ciência concorre com a mídia que traz a perseguição à magreza, com o estímulo ao consumo desenfreado. A mídia tem um apelo da fantasia, das promessas de felicidade ao executar determinado comportamento, algo que a ciência não consegue atingir.

Sugerimos, que, para aproximar o discurso científico, mais do que trazer informações sobre cuidados, os grupos possam trazer experiências mais próximas à vivência das pessoas obesas. Podemos pensar em imagens de corpos onde haja identificação com o corpo atual, habitual, e o “corpo ideal” aquele que é perseguido pela maioria das pessoas. Várias imagens a serem trabalhadas para o reconhecimento de qual delas reflete o corpo habitual, qual delas reflete o “corpo ideal” e se realmente é necessário chegar a esse ideal.

Dessa forma a vivência corporal pode ser aproximada e contribuir para que as pessoas olhem para seus corpos, que voltem a consciência para eles, entrando no processo descrito pelas categorias, saindo de um corpo não refletido rumo a um corpo de cuidados. Com isso se pode inserir o discurso científico, apontando possibilidades de caminhos a trilhar para chegar ao corpo desejado de maneira mais próxima da vivência. Como nos trouxe Merleau-Ponty (2011), a experiência é predominante, não a ciência, trazendo a experiência dessa pessoa para a atuação profissional, abrindo espaço para ela, talvez, poderemos conseguir permissão para intervir nela.

Essa forma de intervir coletivamente é benéfica, mas em meio ao coletivo, cada pessoa deve ser respeitada e atendida em suas necessidades individuais. O papel do profissional que atua como líder também tem relevância para o sucesso da proposta. Limites, tanto corporais como psíquicos, devem ser respeitados e trabalhados, em um movimento plural e singular ao mesmo tempo.

Sem o apoio profissional adequado as pessoas obesas podem se prender ao corpo não refletido, a um mundo não refletido. Na ausência de um espaço de reflexão, o indivíduo não faz o percurso descrito neste trabalho, primeiro rejeitar, depois aceitar e cuidar de seu corpo obeso.

Percebemos, também, muitas variáveis de ordem psíquica perpassando a relação com o corpo das pessoas obesas, portanto, chamamos atenção para a necessidade do psicólogo como participante dessas equipes multiprofissionais. Para

acolher a demanda emocional com escuta qualificada e dar espaço aos vários corpos vividos pela pessoa obesa. Os sentimentos tiveram muito impacto na vivência com o corpo e na ação sobre ele, também trouxeram muito sofrimento, portanto a necessidade de um profissional que saiba como lidar e tratar esses sentimentos fica evidente. A emoção muitas vezes empurrou as pessoas para comportamentos de comer em excesso e para usar o corpo como forma de comportar o sofrimento, frequentemente de forma inconsciente. Para o sucesso do cuidado que visa ao atendimento integral do ser humano obeso, a perda de peso e a melhoria da saúde, os sentimentos têm de ser considerados, acolhidos e tratados.

Propomos oficinas com os profissionais que trabalham com essas pessoas, com a temática do corpo e da aceitação, para desenvolver senso crítico e empatia com essas pessoas. Sem suporte para que o profissional desenvolva essas habilidades, a prática ficará centrada na doença, e a culpabilização da pessoa obesa será perpetuada.

Em relação ao assunto, chamou nossa atenção o fato de nenhum de nossos informantes ter relatado experiência com equipes multiprofissionais. Vários relataram que frequentam a UBS de sua região, mas nenhum citou contato com essas equipes e nem com trabalhos em grupo.

Observamos, também, que as pessoas têm dificuldades em valorizar as vitórias intermediárias alcançadas no processo de cuidado e tratamento. Por exemplo, quando conseguem perder alguns quilos, dois ou mais, não têm entusiasmo com isso, não se sentem satisfeitos. O estado geral é de desânimo e frustração, porque não conseguiram chegar à meta final desejada. Talvez, se colocassem mais ênfase nesses ganhos intermediários poderiam se fortalecer e tornar-se mais ativos no seu processo de cuidado. Comemoram apenas as vitórias individuais no controle das doenças associadas, como a diabetes, por exemplo. Nesses casos, encontramos pessoas que mostraram satisfação.

Apontamos algumas estratégias que podem ser desenvolvidas, tais como: comemoração de pequenas metas conquistadas, buscar atividades que trazem prazer, ter foco na saúde e não na estética e trabalhar a família para que possa ser um ente de apoio, quando surgem dificuldades com as dietas, atividades físicas e nos momentos de desânimo. Também acolher a história de vida dessas pessoas e

reconhecer os sofrimentos encarnados no corpo, buscando maneira de lidar mentalmente com a dor, retirando-a do corpo.

Outro ponto relevante trata da autonomia do indivíduo e do respeito às escolhas conscientes. O desafio de respeitar a autonomia, mas sem deixar de propiciar espaços que possibilitem a passagem de um corpo não refletido para um corpo refletido. Existe a possibilidade de ultrapassar a dominação dos padrões estético e ter uma visão crítica, alcançando o limite da necessidade de saúde e o limite da dominação dos corpos. Nessa circunstância, pode-se estar fora do padrão estabelecido socialmente, mas se encontra satisfeito com seu corpo, consigo mesmo. As ações não são realizadas pela fuga provocada pelo sofrimento intenso.

Entretanto, dependendo do grau da obesidade, em algum momento essa pessoa poderá ter sofrimento e não estar satisfeito consigo mesma, por conta das dificuldades que a obesidade pode trazer para sua vida. Como por exemplo, as AVD, dificuldades em encontrar roupas, dificuldades em caminhar, etc. Nesse momento pode surgir tristeza, mesmo estando consciente da ditadura da magreza. Para esses momentos, o acolhimento e o cuidado devem estar presentes.

A obesidade é uma condição complexa e ainda permanece como um desafio para a psicologia e as demais ciências da saúde, e não somente à saúde, a sociedade como um todo. Como vimos, a obesidade tem se mostrado uma consequência do estilo de vida da sociedade moderna, portanto a responsabilidade em buscar uma solução a ela é geral.

Lançamos, também, o desafio do diálogo entre o setor saúde e o de comunicação, o diálogo entre as ciências da comunicação e o jornalismo, a fim de divulgar realidades de empresas que oferecem produtos extremamente calóricos ocultando as consequências do consumo de seus produtos ou explorando o *slogan* de produtos naturais.

Algumas iniciativas já se fazem visíveis, como a Lei nº 11.265, de 2006 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura. Levantamos aqui a necessidade das providências a se tomar, mas longe de apontar a solução definitiva, que provavelmente não exista, e sim, talvez uma rede de iniciativas de vários setores sociais.

Ao final deste trabalho, olhando para os resultados que encontramos, podemos observar quão complexo é o fenômeno ser obeso. Seu surgimento envolve desde condições sociais de vida e de trabalho, até hábitos pessoais, cultura familiar e vivência de conflitos psíquicos e situações traumáticas.

Sempre quando se fala em condições do corpo atreladas à saúde, aos riscos, ao tempo e qualidade de vida, há tendência em se pensar em como intervir. Cremos que só será possível pensar intervenções efetivas quando antes aceitarmos as peculiaridades do indivíduo que vive a obesidade. Pois, viver a obesidade é uma forma de vida, uma maneira de se entranhar no mundo segundo Merleau-Ponty (2011). Aceitar também que pode haver outros aspectos da vida que interessem mais às pessoas do que empreender uma cruzada para mudar a forma de seu corpo. Não esqueçamos de que esse é um processo com muitas dificuldades, biológicas, sociais e psíquicas. Então, para que o indivíduo se decida a mudar seu corpo, ele terá de enfrentar um ambiente inteiro desfavorável a isso, e também mudar sua forma de subjetivar o corpo e de lidar com suas próprias questões. Isto leva tempo, aliás, é para sempre, não somente um único período de esforço, é um comprometimento para a vida, é uma mudança de estilo de vida se desejar que os efeitos sejam duradouros.

Por outro lado, considerando que a obesidade se constitui em ameaça à vida, não uma ameaça imediata, mas um risco à qualidade e ao tempo de vida das pessoas, quem está à volta teme pelo portador, sente angústia em ver a vida dele em risco. Nesse aspecto, não podemos deixar de pensar nos profissionais de saúde que oferecem tratamento a essa condição. É sabido que muitas vezes, eles acabam por se tornarem prescritivos demais, atropelando a subjetividade do sujeito que está ali. Entretanto, talvez seja, para um profissional que deseja manter a vida de seu paciente, angustiante presenciar essa condição de vida, que todos os dias se faz presente e mostra-se tão resistente às intervenções.

Ideal seria modificar ao menos um pouco de nossa organização social para que todos pudéssemos dispor de mais tempo e condições para cuidar de nossos próprios corpos, mas, enquanto esperamos por isso, o desafio que a obesidade nos apresenta é equilibrar as angústias e o desejo de ver a vida preservada com a complexidade do fenômeno. Oferecer tratamento sem esmagar as diferentes formas

de ser, sem desqualificar a experiência vivida do sujeito e viver a obesidade é sua forma natural de existir, que é sua forma de aliviar o sofrimento.

Este trabalho abre a possibilidade para a realização de novos estudos, como por exemplo, o aprofundamento da relação com o corpo em classes econômicas e sociais diferentes. Esperávamos que essas circunstâncias apontassem para percepções de corpos distintas em classes sociais distintas, entretanto o que nos foi revelado foi o oposto, as classes não tiveram impacto nessa relação.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil**. 2008.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade (ABESO) 2009/2010**. Itapevi: 2009.

ANDRADE, N. H. S. D. **A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética segundo o referencial de Merleau-Ponty**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

APÓSTOLO, J.; VENTURA, A.; CAETANO, C.; COSTA, S. Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. **Revista Referência**, v. 2, n. 8, p. 45- 49, 2008.

APÓSTOLO, J. L. A.; FIGUEIREDO, M. H.; MENDES, A. C.; RODRIGUES, M. A. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 348-353, 2011.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1067-1070, 2010.

BERG, R. Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 14, n. 2, p. 183-196, 2011.

BRASIL. Lei no 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F, 4 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012. a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília : 2012. b.

BRASIL. **Portaria Nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, D.F., 15 de abr. 2013. a. Seção 1, pt. 1, p.59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília:2013. b.

BRASIL. **Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, D.F., 13 de nov.2014. Seção 1, pt 1. p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: 2015.

CAMPOS, E.P. Grupos com Hipertensos. In: MELLO FILHO, J. (org). **Grupo e Corpo: Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.p. 243-252.

CAPALBO, C. **A filosofia de Maurice Merleau-Ponty. Historicidade e Ontologia**. Londrina: Edições Humanidades, 2004.

CAREGNATO, R.C.A ; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CHAUÍ, M. S (Org). **Maurice Merleau-Ponty, textos selecionados: coleção os pensadores**. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1980.

CONTALDO, F.; PASANISI, F. Obesity epidemics: secular trend or globalization consequence? Beyond the interaction between genetic and environmental factors. **Clinical Nutrition**, v. 23, n.3, p. 289-291, 2004.

COSTA, R. D. C.; GABRIEL, D. C.; COSTA, M. J. D. C.; GONÇALVES, M. D. C. R.; OLIVEIRA, S. C. P. D.; ASCIUTTI, L. S. Repercussões sociais no hábito alimentar dos obesos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 509-518, out/dez 2012.

DREWNOWSKI, A; SPECTER, S. E. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. **American Journal Clinical Nutrition**, v.79, n.1, p. 6-16, 2004.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 2, p. 483-490, 2006.

FERREIRA, F. R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 26, p. 471-483, 2008.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p.109-122, 1997.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo S.A: Editora Atlas, 2008.

GICOVATE, S.V. **Corpo, espaço de significações e saberes: um estudo sobre Merleau - Ponty e algumas considerações sobre Rudolf Laban**. Londrina: Editora UEL, 2001.

GOMES, F.; TELO, D. F.; SOUZA, H. P.; NICOLAU, J. C.; HALPERN, A.; SERRANO JR, C. V. Obesidade e doença arterial coronariana: papel da inflamação vascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 2, p. 273-279, 2010.

GONÇALVES R; MERIGHI, M,A.B. O climatético: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Revista Brasileira da Enfermagem**,v.56, n.6, p.692-697, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estado de uma nação:** textos de apoio: a economia das filas no sistema único de saúde (sus) BRASILEIRO. Brasília: Ipea, 2009.

LARA, L,M. **Corpo, Sentido Etico-Estético e Cultura Popular**. Maringá: Eduem , 2011.

LAWN, C. **Compreender Gadamer**. Petrópolis: Vozes, 2007.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LOPES, D. F. D. M. **Mulheres docentes de enfermagem de uma universidade pública: a percepção a respeito da corporeidade em sua atuação profissional**. 2009. 161 fls.Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LÓPEZ, J. N.; RAMÍREZ, J. P.; SÁNCHEZ, P. M. La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1721-1729, 2014.

MAGDALENO JÚNIOR, R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 73-78, 2009.

MANCINI, M. C. Obesidade, seriedade e sociedade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 45, n. 5, p. 421-422, 2001.

MARTÍNEZ, Y.; RUIZ-LÓPEZ, M.; GIMÉNEZ, R.; PÉREZ DE LA CRUZ, A.; ORDUÑA, R. Does bariatric surgery improve the patient's quality of life. **Nutrição Hospitalar**, v. 25, n. 6, p. 925-930, 2010.

MARTINS, J. BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**: São Paulo: Editora Moraes EDUC-Editora da PUC-SP, 2005.

MENDES, M.I.N.S; ARAÚJO, A.C; DIAS, M.A; MELO, J.P. Reflexões sobre corpo, saúde e doença em Merleau-Ponty: implicações para práticas inclusivas. **Movimento**, v. 20, n. 4, p. 1587-1609, 2014.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2010.

MOREIRA, R.; CAETANO, J.; BARROS, L. M.; GALVÃO, M. Diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e de risco no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 168-175, 2013.

MOTRICIDADE. In: AMORA, Antonio. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Saraiva, 2009. p.475.

NUNES, M.O.; BITTENCOURT, L.J. No rastro do que transtorna o corpo e desregra o comer: os sentidos do descontrole de si e das “compulsões alimentares”. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.17, n.44, p.145-57, 2013.

OLIVEIRA, V. A. D.; RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A. D.; TEIXEIRA, C. R. D. S.; ZANETTI, M. L. Obesidade e grupo: a contribuição de Merleau-Ponty. **Vínculo**, v. 7, n. 1, p. 45-54, 2010.

OLIVEIRA, V. A. D. OLIVEIRA, V. A. **A percepção do corpo de mulheres com diabetes mellitus e obesidade**. 2010. 128 fls. Dissertação (Mestrado em Ciências) -Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

OLIVEIRA, D. M.; MERIGHI, M.; JESUS, M. A decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica à luz da fenomenologia social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 970-976, 2014.

OWERS, C. E.; BARKLEY, S. M.; ACKROYD, R. Gastric band port site fixation: which method is best? **Journal of Obesity**, v. 2015, n., p., 2015.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, n., p. 126-135, 2007.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; BIBAS, B. J.; DEBONI, M. Obesity: the greatest epidemic of the 21st century? **São Paulo Medical Journal**, v. 129, n. 5, p. 283-284, 2011.

PINHO, C. P. S.; DINIZ, A. D. S.; ARRUDA, I. K. G. D.; LIRA, P. I. C. D.; CABRAL, P. C.; SIQUEIRA, L. A. S.; BATISTA FILHO, M. Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 3, p. 341-351, 2012.

PINTO, M.S.; BOSI, M.L.M. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 443-457, 2010

RODRIGUES, A. A.; CANIATO, A. M. P. "Corpo-mercadoria", sob controle e punição: prenúncios de uma subjetividade aniquilada? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 9, n. 2, p. 647-687, 2009.

ROGERS, C. R. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

SANTO, M. A.; RICCIOPPO, D.; PAJECKI, D.; CLEVA, R. D.; KAWAMOTO, F.; CECCONELLO, I. Preoperative weight loss in super-obese patients: study of the rate of weight loss and its effects on surgical morbidity. **Clinics**, v. 69, n. 12, p. 828-834, 2014.

SCHRAMM, J. M. D. A.; OLIVEIRA, A. F. D.; LEITE, I. D. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHWARTZ, M. B; BROWNELL, K. D. Obesity and body image. **Body Image**, v.1, n.1, p. 43-56, 2004.

SIQUEIRA, D.G.B. **Prevalência de obesidade e fatores associados em adultos de 40 anos e mais: estudo de base populacional**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

SOUZA, R. K. T. D.; BORTOLETTO, M. S. S.; LOCH, M. R.; GONZÁLEZ, A. D.; MATSUO, T.; CABRERA, M. A. S.; REMONDI, F. A.; YONAMINE, C. Y. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 435-444, 2013.

SUDO, N; LUZ, M.T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1033-1040, 2007.

TERRA, M. G. **Significados da sensibilidade para o ser-docente-enfermeiro/a no ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty**. 2007. 223 fls. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

VARASCHIM, M.; NASSIF, P. A. N.; MOREIRA, L. B.; NASCIMENTO, M. M.; VIEIRA, G. M. N.; GARCIA, R. F.; SUE, K. M.; CRUZ, M. A. Alterações dos parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes obesos com diabetes melito tipo 2 submetidos à derivação gastrojejunal em y de Roux sem anel. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 39, n. 3, p. 178-182, 2012.

VARELA, A. P. G. Você tem fome de quê? **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n. 1, p. 82-93, 2006.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 5, p. 308-314, 2004.

VIEIRA, C. M.; TURATO, E. R. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 425-432, mai/jun, 2010.

VIEIRA, C. A. L.; BOSI, M. L. M. Corpos em confecção: considerações sobre os dispositivos científico e midiático em revistas de beleza feminina. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 843-861, 2013.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

WINOGRAD, M.; TEIXEIRA, L. C. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 14, n. 2, p. 165-182, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO COMPLETO PARA AS ENTREVISTAS

ACOLHIMENTO:

-Manter contato visual;

-Pedir que coloque o celular no modo silencioso, avisar as pessoas da casa para não interromper;

-Fazer a entrevista de forma informal;

-Explicar a pesquisa e objetivo, como cheguei até a pessoa;

-ASSINAR TERMO DE CONSENTIMENTO:

-OPÇÕES DE PERGUNTA

AQUECIMENTO: Como está a sua saúde atualmente? Qual foi a última vez que você se pesou? Quanto foi? Há quanto tempo está com esse peso? Qual a sua altura?

QUESTÃO PRINCIPAL: Como você se sente com o seu corpo? 3- Vamos pensar juntos? Tem alguma dificuldade com seu corpo? (Quando vai sair, trocar de roupa como você se vê?)

EXPLORAR OS SENTIMENTOS

4- As pessoas falam algo sobre você? O que?

FECHAMENTO: já teve contato com serviços de saúde? Como foi? Como sentiu-se lá??Está fazendo algo para retomar o peso, ou se pensa em fazer?

Gostaria de acrescentar alguma coisa depois de nossa conversa, tem algo que ainda quer comentar?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

‘RELAÇÃO INDIVÍDUO-CORPO NA OBESIDADE: ANÁLISE SOB O OLHAR DE MERLEAU-PONTY’

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“A RELAÇÃO DO INDIVÍDUO OBSESO COM O SEU CORPO”**, a ser realizada em Cambé-PR. O objetivo da pesquisa é **“OBSERVAR A FORMA COMO OS INDIVÍDUOS TRATAM SEU CORPO”**. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma **RESPONDENDO A UMA ENTREVISTA EM SEU PRÓPRIO DOMICÍLIO CONFORME HORARIO AGENDADO DE ACORDO COM SUA DISPONIBILIDADE COM PERMISSÃO PARA GRAVAÇÃO E TRANSCRIÇÃO.**

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. **(Após a gravação os registros serão destruídos, poderão ocorrer eventuais publicações dos resultados onde será preservado o seu anonimato).**

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Os benefícios esperados são **CONTRIBUIR PARA APROFUNDAR O CONHECIMENTO SOBRE COMO ACONTECE A OBESIDADE NA VIDA DAS PESSOAS E AUMENTAR A EFICÁCIA DO TRATAMENTO E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE TRATAM DISSO. O SENHOR (A) NÃO CORRERÁ NENHUM RISCO À SUA SAÚDE DURANTE A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS, CASO DECIDA PARTICIPAR.**

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (**FLÁVIA MARIA ARAUJO, TELEFONE (43)99805866 OU (43) 33672830 OU PELO E-MAIL ARAUJOFLAVIA.M@GMAIL.COM**), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

RG:86993945

_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

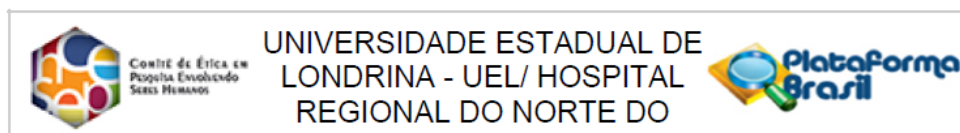
Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXOS

ANEXO A- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RELAÇÃO DO INDIVÍDUO OBESO COM SEU CORPO

Pesquisador: Flávia Maria Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36400814.6.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 994.096

Data da Relatoria: 23/03/2015

Apresentação do Projeto:

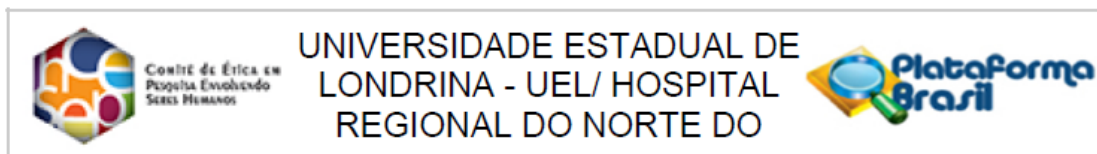
A autora comenta que a obesidade e o sobrepeso vêm aumentando no Brasil e no mundo chegando a níveis de epidemia. Essas condições são fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis, que são a maior causa de morte no mundo. Afirmar também que a obesidade e o sobrepeso são gerados pelos

hábitos de vida da população, como a má alimentação, falta de prática de atividade física, etc. Observa-se, com isso, que os indivíduos colocam sua

saúde em risco, pois não cuidam de seu próprio corpo. A partir desse contexto podemos pensar a relação que os brasileiros têm com o próprio corpo, uma relação que causa danos e os levam ao adoecer. A temática apoia-se no pensamento de Merleau-Ponty. Este coloca o corpo como portador da cultura e dos significados da sociedade em que se insere, não sendo apenas uma construção biológica.

O projeto pretende investigar a relação, indivíduo e seu corpo, e se ela tem influência sobre os hábitos de vida da população. Para isso será feita uma pesquisa qualitativa exploratória de tipo fenomenológica, por meio de entrevistas com sujeitos portadores de obesidade, observando como se dá a relação deles com o próprio corpo. Os dados coletados serão analisados por meio do método da Análise do Discurso à luz da filosofia de MerleauPonty.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 994.096

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como os indivíduos portadores de obesidade se relacionam com o próprio corpo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto oferece risco mínimo aos colaboradores, podem surgir angústias e sentimentos desconfortáveis durante as entrevistas. Caso isso ocorra, a pesquisadora se compromete a oferecer escuta psicológica adequada, e se necessário realizar o encaminhamento para a unidade de referência para tratamento.

Benefícios:

Considerando que, a obesidade tem alta prevalência na população mundial e brasileira, além de um grande impacto na vida do indivíduo portador e constituir-se em fator de risco para várias doenças crônicas, esperamos contribuir para a compreensão de questões subjetivas que permeiam esse fenômeno. Dessa forma, pretendemos colaborar para o preenchimento de lacunas na produção do conhecimento desta área, conduzindo à possibilidade de impactar na proposição de medidas de prevenção, alcance de uma maior adesão à tratamentos e promoção do autocuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atendeu a todas as pendências listadas no parecer CEP 838929.

Recomendações:

Não há.

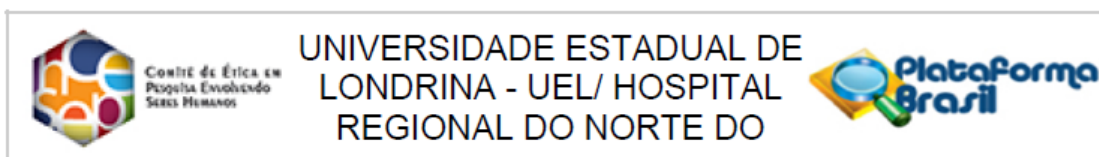
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 994.096

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:



Este é seu parecer final de aprovação de deve ser impresso e apresentado nos locais envolvidos nesta pesquisa.

LONDRINA, 22 de Março de 2015

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
UF: PR Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br

ANEXO B- APROVAÇÃO DO PROJETO VICICARDIO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

 <p>Universidade Estadual de Londrina</p> <p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</p>	
<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268</p>	
<p>Parecer de Aprovação Nº 236/10 CAAE Nº 0192.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 368859</p>	<p>Londrina, 19 de outubro de 2010.</p>
<p>PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA</p> <p>CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA</p>	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">"DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES."</p>	
<p>Situação do Projeto. APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p>Atenciosamente,</p>  <p>Prof.ª Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL</p>	
<p><small>Campus Universitário: Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), km 389 - Fone (84) 371-4000 FAX - Fax 328-4443 - Caixa Postal 6.001 - CEP 86051-998 - Internet: www.uel.br Hospital Universitário-Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 66 - Vila Operária - Fone (84) 351-5900 FAX - Fax 337-4841 e 337-7-07 - Caixa Postal 701 - CEP 86028-448</small></p> <p style="text-align: center;"><small>LONDRINA - PARANÁ - BRASIL</small></p>	