

Universidade Federal do Rio Grando do Sul

Faculdade de Medicina

Curso de Nutrição

Representações sociais da obesidade para mulheres em situação de pobreza

Helisa Canfield de Castro

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial
para graduação em Nutrição

Orientadores: Prof^a Jacqueline Oliveria Silva

Prof^a Maria Eunice Maciel

Porto Alegre, 2011

TERMO DE APROVAÇÃO

Representações sociais da obesidade para mulheres em situação de pobreza

Banca Examinadora:

- Prof^a Dr^a Maurem Ramos _____
- Prof^a Dr^a Maria Eunice Maciel _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, em especial meu pai, Helio Antônio Rossi de Castro que dentre outras coisas se dedicou às revisões finais deste trabalho; e a meu esposo, Ígor Machado pela paciência e compreensão diante de um ano muito atarefado;

Às brilhantes e admiráveis mulheres que participaram do grupo focal e que disponibilizaram parte de seu tempo e de suas histórias de vida para compor este trabalho;

Às minhas orientadoras Jacqueline Oliveira Silve e Maria Eunice Maciel pelo apoio e estímulo no desenvolvimento de um tema tão significativo para mim e acredito para sociedade;

“Não existe dietética inocente. Ela informa sobre a vontade de ser e de se tornar; sobre as categorias arquetípicas de uma vida, de um pensamento, de um sistema, de uma obra.”

Michel Onfray

Sumário

Introdução / Justificativa	08
Capítulo I – Revisão bibliográfica	11
1.1 - A obesidade e a transição nutricional	11
1.2 - Aspectos socioculturais da obesidade	13
Capítulo II – Metodologia	19
2.1 – Referências teóricos-metodológicos	19
2.2 – Problema	21
2.3 – Objetivo geral	21
2.4 – Objetivos específicos.....	21
2.5 – Coleta de dados.....	21
2.6 – Universo de estudo	22
2.7 – Análise e tratamento dos dados.....	22
Capítulo III – Resultados e discussão	24
3.1 – Histórias de luta: os sujeitos da pesquisa	24
3.2 – O fenômeno da obesidade no universo reificado e no universo consensual	28
3.3 – Percepções quanto à alimentação	33
3.4 – O excesso da falta: a contradição da obesidade na situação de pobreza	36
Considerações finais	38
Refêrencias bibliográficas	40
ANEXO I- Termo de consentimento livre e esclarecido (UFRGS)	

Introdução/justificativa:

O fenômeno de excesso de peso, ainda que não sendo privilégio exclusivo da contemporaneidade, hoje é encarado como um problema de saúde pública.

Operacionalmente é diagnosticado pelo parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido por intermédio do cálculo da relação entre peso corpóreo [kg] e estatura [m²] dos indivíduos bem como pela distribuição da gordura corporal. Através de tal parâmetro são considerados obesos os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor igual ou superior a 30 kg/m² e indivíduos com sobrepeso aqueles cujo IMC encontra-se em uma faixa entre 25,0 e 29,9 kg/m² (OMS, 1997) ¹. Inúmeras co-morbidade estão relacionadas à obesidade, que é um importante fator de risco, especialmente para doenças cardiovasculares e para o diabetes tipo 2 (Brasil, 2006).

Este agravo de difícil tratamento merece atenção por parte dos profissionais e estudiosos do campo da saúde uma vez que boa parte da população está engordando de modo significativo inclusive em países em desenvolvimento (Coutinho et al, 2008).

Para Bauman (2008) a partir da dinâmica da vida pós-moderna, que tem no consumo seu principal alicerce, podemos identificar a gênese dos fenômenos sociais dentre os quais se destacam as doenças crônicas que acometem boa parte da população.

Do ponto de vista sociocultural a obesidade é um fenômeno que deve ser discutido como resultado das modificações do mundo que possibilitaram a flexibilização, o avanço tecnológico, a precarização das relações de trabalho, o sucateamento das políticas públicas, a fragilização dos vínculos, a ausência de espaços de pertencimento, a agudização de processos de exclusão e a alienação (FELIPPE 2004). Para Yoshimo (2007), a obesidade e o sobrepeso podem ser percebidos como uma condição do corpo

¹ Obesidade e sobrepeso, que na maioria das vezes são utilizados como sinônimos, são conceitos distintos. Sobrepeso significa um aumento exclusivo de peso, enquanto obesidade representa o aumento da adiposidade corporal, ou seja, é uma doença crônica que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura com comprometimento da saúde do indivíduo (Brasil, 2006).

moderno difícil de ser prevenida diante de um cenário que, de um lado estimula o consumo inadequado de alimentos e por outro estimula o sedentarismo.

Em termos macroanalíticos o excesso de peso atual encontra sentido, dentre outras possibilidades, nas origens da chamada transição nutricional. Este processo está fortemente ligado às mudanças nos padrões de consumo de alimentos, mas também a modificações de ordem demográfica e social. Fatores sociais, econômicos e culturais estão presentes, destacando-se o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano e a diminuição do esforço físico e, conseqüentemente, do gasto energético, tanto no trabalho quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos, a qual também parece condicionar o crescimento do excesso de peso (GIGANTE et al, 2004).

Para Coutinho et al (2008) o fenômeno da transição nutricional no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, pode ser caracterizado pela presença da desnutrição, deficiência de micronutrientes, excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes no mesmo domicílio. Conforme os autores, podemos interpretar essas mudanças nos padrões nutricionais da população como um dos maiores desafios para as políticas públicas no momento. Isso exige um modelo de atenção à saúde pautada na integralidade do indivíduo, na promoção da saúde e de hábitos alimentares saudáveis.

O tratamento da obesidade, entretanto, continua produzindo resultados insatisfatórios, em grande parte devido a estratégias equivocadas e ao mau uso dos recursos terapêuticos disponíveis. Observam-se diversas tentativas desafiadoras e muitas vezes insuficientes por parte dos pacientes e dos profissionais da saúde (ABESO, 2009). De acordo com as diretrizes brasileiras para o tratamento da obesidade (2009/2010) “a intervenção dietética é mais bem-sucedida quando aliada a aumento no gasto energético, neste caso com atividade física e a um programa de modificação comportamental”. (ABESO, 2009)

No que tange as medidas que previnam o excesso corporal a OMS recomenda: “...buscar o balanço energético e o peso saudável; limitar o consumo de gorduras; aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.); limitar o consumo de açúcares livres; limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que o sal seja iodado...”(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Ao considerar sua etiologia multifatorial, envolvendo os aspectos genético, ambiental, psicológico, social, endócrino e metabólico, o tratamento da obesidade envolve diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2006). Assim a efetividade de qualquer intervenção perpassa pelo diálogo e pela sincronia entre os saberes profissionais e o saber popular. Promover saúde e prevenir patologias necessita ser calcadas não somente no que pensam e querem os profissionais como também nas percepções da população usuária dos serviços de saúde. Nesse sentido é pertinente identificar como é representada e definida a obesidade em nosso cotidiano; O corpo é classificado na cotidianidade da mesma forma que propõe os profissionais de saúde e os manuais que pelos quais se referenciam? Quais as formas de pensar o fenômeno da obesidade quando voltamos os olhares ao usuário do serviço de saúde? Entender como os indivíduos e coletivos se veem e determinam os fenômenos sociais que os envolvem contribui para a superação do paradigma centrado na díade saúde/doença. É proposta desta monografia abordar a obesidade, a partir de seu reconhecimento por indivíduos e coletivos. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa com mulheres em situação de pobreza no município de Porto Alegre. Como estratégia metodológica foi utilizada técnica de grupo focal. O projeto foi aprovado pela comissão de pesquisa de faculdade de Medicina e pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o número de identificação 21544.

-Capítulo I-

Revisão Bibliográfica

1.1 A obesidade e a transição nutricional

Segundo o consenso latino americano à medida que se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade desponta como um problema mais freqüente e mais grave que a desnutrição (Coutinho,1999). Informações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) revelam que a obesidade atingia na década de 90 7,0% da população mundial e o sobrepeso entre 14,0 e 20,0%. A hipertensão arterial e a obesidade correspondem aos dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo.

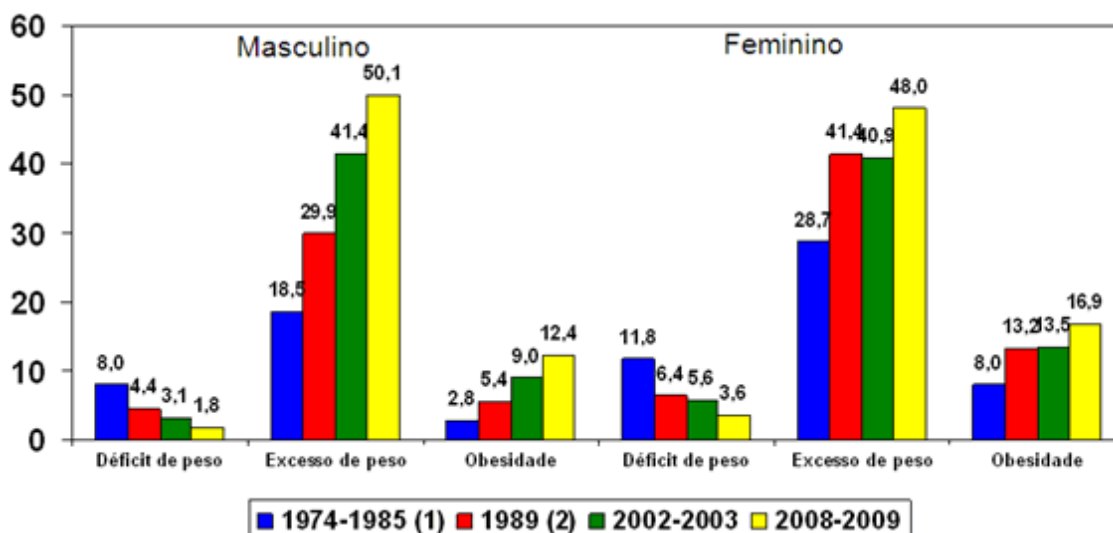
Monteiro e cols. (2000) mostram um complexo aumento da obesidade no Brasil nos últimos 20 anos. Segundo os autores o aumento da prevalência da obesidade no Brasil é significativo e proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda. Dados do Ministério da Saúde de 2006 mostram uma prevalência de 32% para o sobrepeso e 8% para a obesidade (BRASIL, 2006). Assim, 40% da população têm o peso alterado e potencialmente todos os riscos que essa modificação prodispõe. Atualmente, 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros estão obesos sendo esta prevalência mais alta nas regiões Sul e Sudeste do país. Esta tendência de aumento da obesidade foi registrada para os homens e mulheres de todas as faixas de renda, no período de 1974 a 1989. No período seguinte (1989-2003), os homens continuaram apresentando aumento da obesidade independentemente de sua faixa de renda, enquanto, entre as mulheres, somente aquelas com baixa escolaridade e situadas nas faixas de renda inferiores (entre as 40% mais pobres) apresentaram este aumento (IBGE, 2004).

Em 2008 o excesso de peso atingia 33,5% das crianças de cinco a nove anos (uma em cada três crianças), sendo que 16,6% dos meninos também eram obesos; entre as meninas, a obesidade apareceu em 11,8%. O excesso de peso foi maior na área urbana do que na rural: 37,5% e 23,9% para meninos e 33,9% e 24,6% para meninas, respectivamente. O Sudeste se destacou, com 40,3% dos meninos e 38% das meninas com sobrepeso nessa faixa etária. Os resultados são da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da

Saúde (IBGE, 2010). A POF também observou um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população de 20 anos ou mais de 1974 para cá. O excesso de peso quase triplicou entre homens: de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-09. Nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7% para 48%. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens: de 2,8% para 12,4% e mais de duas vezes entre as mulheres: de 8% para 16,9%.

Este aumento é perceptível em todos os estratos de renda da população masculina. Entre as mulheres, o crescimento é mais acentuado entre os 20% de menor rendimento, passando de 14,6% para 45%. A obesidade passou de 2,4% para 15,1%. Entre os 20% de maior poder aquisitivo, o aumento foi de 10,8% para 16,9%, mas houve queda entre 1989 (15,4%) e 2002-2003 (13,5%). **O impacto do excesso de peso corporal na população feminina e de baixa renda no Brasil é notório²**. Dos 6,8 milhões de obesos no Brasil levantados pelo PNSN, 70% eram de mulheres pobres. Ao contrário, mulheres que ocupam cargos de destaque no trabalho apresentam menor risco de obesidade.

Gráfico 1: Evolução de indicadores na população de 20+ anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-75, 1989, 2002-2003 e 2008-2009



² Grifo da autora

Neste novo perfil, a urbanização determinou uma mudança nos padrões de comportamento alimentar que, juntamente com a redução da atividade física nas populações, vem desempenhando importante papel (Coutinho, 2008). Este quadro é caracterizado como o fenômeno da transição nutricional, que tem como consequência a demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, como o diabetes tipo 2, a doença coronariana, a hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. É provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina (Coutinho, 1999).

Partindo da concepção médico-científica atual, que caracteriza a obesidade como uma patologia complexa em sua etiologia multifatorial, cabe aqui analisar os aspectos socioculturais que a envolvem e que cercam o fenômeno social do excesso de peso.

1.2 Aspectos socioculturais da obesidade

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém para Minayo (2006) as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual os grupos e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa relação com a condição humana. Segundo a autora, saúde e doença “*exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total*”. Assim as repercussões do fenômeno do excesso de peso importam tanto nos seus efeitos sobre o corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Para Stenzel (2007) nenhuma outra doença física provoca tanta desaprovação social e simultaneamente transgride as normas e as regras cotidianas mais que a obesidade. Para tanto a autora propõe uma abordagem da doença não como fenômeno exclusivamente biológico, mas sim como um complexo psicossocial sujeito às representações e forças ideológicas da sociedade.

Consideremos a etiologia de certos termos referentes aos corpos ditos “gordos”. Segundo Fischler (1989) eles estão repletos de conotações negativas. Do Latim *crassus*, que significa espesso, grosseiro, deu origem ao termo *grasso* em italiano, *graisse* em francês e *graxo* em português. Quanto a *obése*, ele provém do particípio passado (*obesus*) de *obedere*, que significa consumir, devorar, solapar. Tal fato demonstra que

historicamente a obesidade esteve embuída de significados negativos mesmo que determinados grupos culturais a representem como positivo. O autor sugere que esta dualidade é um fato universal e histórico e propõem uma razão fundamental: através de nossos corpos, em especial de nossa corpulência passam significados sociais profundos. Em termos gerais a “corpulência” ou “gordura” traduz aos olhos de todos a parte da comida que nós nos atribuímos, isto é, a parte que tomamos para nós, legitimamente ou não, na distribuição da riqueza social. Assim, a obesidade quando representada como glotoneria e percebida como devoradora, interfere e viola a regra da divisão dos alimentos. Sendo a divisão da comida, na maior parte das sociedades, simbolizada como a essência do vínculo social e da riqueza dos povos, o obeso, que foge de tais contutas normativas, é visto como infrator (Fischler, 1989).

Pode-se dizer que o corpo obeso é um atributo físico, percebido, interpretado e influenciado pelo sistema social. Valores sócio-culturais relacionados à obesidade podem, por conseguinte, variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos (Ferreira, 2005). Em algumas sociedades a obesidade feminina tem sido caracterizada como símbolo de beleza e maternidade. Mulheres jovens africanas desenvolvem a obesidade com o intuito de incrementar seus atributos físicos e melhorar suas relações conjugais (Sobal, 1991). Alguns estudos também têm demonstrado a relação entre excesso de peso e sucesso econômico, liderança e força. Este é o caso dos líderes políticos da tribo Novo Guinca: homens obesos. Em Bemba, África do Sul, o excesso de gordura nos homens representa além de sucesso econômico, força espiritual (Brown apud, Ferreira 2006). Stenzel (2007) demonstra que na verdade estamos resignificando e de certa forma exacerbando alguns valores outrora firmados. A autora aponta para o século XX como um marco no surgimento de uma representação negativa do excesso de peso e uma crescente preocupação com dietas. Já para Fischler (1989), as representações acerca do obeso são fatos profundamente ambivalentes, de todos os tempos e universal, oscilando, entre aspectos negativos e positivos.

Sobre o fenômeno recai uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história e com a cultura.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o preconceito contra a obesidade é muito forte. A obesidade, enquanto estigmatizadora, produz discriminação, preconceito e exclusão social (Fellipe, 2003). O culto à magreza está diretamente associado à

imagem de poder, beleza e mobilidade social, gerando um quadro contraditório, "esquizofrenizante" (Andrade, 2003). Há, simultaneamente, um apelo ao consumo de alimentos hipercalóricos e a cobrança da magreza com padrão estético e sanitário. Assim como lembra Fischler (1989), neste cenário de lipofobia e busca da magreza tem-se a “*ambivalência do gordo*” que representa por um lado a imagem de alegria, bom humor, gosto pela boa mesa e pelo convívio, e por outro, o corpo que carrega outro estereótipo- o do doente, depressivo, egoísta e irresponsável e sem controle de si. É nesse sentido que Fischler admite que se por um lado o gordo é simpático e extrovertido por outro suscita reprovação e discriminação social. Fellipe (2003) sugere que a partir da análise do contexto sócio-histórico pode-se identificar o atual cotidiano gerador de ansiedades, estresses e doenças sociais, entre elas a obesidade.

Neste contexto os meios de comunicação veiculam ou produzem notícias, representações e expectativas nos indivíduos com propagandas, informações e noticiário em que de um lado estimulam o uso de produtos dietéticos e práticas alimentares para emagrecimento e, de outro, instigam o consumo de lanches tipo *fast food*. Para Serra (2003) não se trata de uma decisão ou ação das empresas midiáticas, elas integram um contexto empresarial e um sistema de crenças em que há uma estreita relação entre uma suposta verdade biomédica e um desejo social e individual.

Em se tratando dos atores mais envolvidos e sobre os quais os dados epidemiológicos recaem negativamente, as mulheres de baixa renda merecem especial atenção. Ao serem analisados temporalmente, os dados mostram o aumento da obesidade apenas entre as mulheres das faixas de renda mais baixas, enquanto que para mulheres de média e alta renda a obesidade parece ser um fenômeno em declínio. Quanto mais pobre a família, maior o gasto com alimentação. A tendência é aumentar o consumo de alimentos mais calóricos e menos nutritivos, já que se compram os mais básicos e baratos (Demo, 2008).

Ainda que a população mais pobre reconheça a necessidade de uma alimentação harmônica e saudável, o consumo alimentar deste grupo de indivíduos está restrito àqueles alimentos que lhes permitam obter o maior rendimento (principalmente econômico) possível. Os alimentos ao alcance dessa população são do tipo industrializados, de produção em massa e baratos. Em termos nutricionais caracterizam-se como fontes de gordura saturada e açúcares simples (Aguirré, 2000). Nas duas favelas estudadas por Yatzimirsky (2006), os alimentos mais preparados foram: fubá,

arroz, feijão, pão e leite de caixinha. A fruta não faz parte da dieta, ingerem pouca verdura e pouca carne, muito açúcar e muita gordura. Não existe uma refeição “completa”, ou seja, com arroz, feijão, carne e salada juntos. Além disso, o estudo demonstrou que o impacto dos alimentos industrializados baratos é expresso no consumo diário de refrigerantes, salgadinhos e biscoitos. As restrições ao acesso de alimentos de qualidade determinam um importante fenômeno que produz corpos desnutridos porque não se alimentam o suficiente e corpos obesos por se alimentar mal, com um desequilíbrio energético importante. Aguirré (2000) afirma que *“os que convivem com a pobreza não comem o que querem nem o que sabem que devem comer, mas, sim o que podem”*. A autora aponta a estreita relação entre obesidade e mulheres de baixa renda como consequência de um processo de autoexclusão de alimentos em favor dos filhos e dos maridos que saem para trabalhar. Em estudo realizado na Argentina a pesquisadora constatou que estas mulheres obteriam a saciedade através do consumo de pães e bebidas gaseificadas ricas em açúcares. Este regime alimentar associado à desvalorização social do corpo favorece um processo de deterioração cujo aspecto mais visível é a obesidade. Desse modo a obesidade, dentro desse grupo, não está somente relacionada ao acesso restrito de alimentos, mas, também com suas condições particulares de gênero, ao conceito que têm de si mesmas, às tarefas que realizam e finalmente ao seu comportamento alimentar.

Ferreira et al (2005) sustentam que a alta prevalência de obesidade entre as mulheres de baixa renda expressa na realidade os novos contornos da pobreza urbana e da exclusão social no país. Em seu estudo com mulheres da favela da Rocinha os autores salientam o papel do alimento enquanto elemento de conforto para a superação dos dilemas diários, das tensões ocasionadas pela falta de recursos, pela violência, pela responsabilidade com a casa e com os filhos. O comer seria nesse sentido um meio de fuga da realidade nada favorável, contendo forte conotação emocional. Orbach (1978) se refere a um sintoma singular que, segundo a autora, ocorre em muitos indivíduos com problemas de excesso de peso: a “fome emocional”. Diferentemente da necessidade de saciar a sensação física ocasionada pela falta do alimento, a “fome emocional” diz respeito à utilização da comida para apaziguar inquietações emocionais. Mulheres com baixa renda em situação de pobreza enfrentam problemas das mais variadas ordens que abalam tanto seu físico quanto seu emocional como baixa escolaridade, gravidez na adolescência, desemprego ou subemprego, violência e

isolamento social, drogadição e alcoolismo, condições de moradia e saneamento inadequadas, não-acesso a saúde e educação.

Estudo realizado por Yatzimirsky em 2006 na favela Maravilha na cidade de São Paulo aponta que a desestruturação da família provoca a desestruturação da comida em razão da migração, do trabalho e da grande mobilidade que ela ocasiona. Pela própria condição de pobreza, a família nuclear se desarticula. As pessoas não comem mais juntas e a alimentação perde seu papel de promotora da convivência. Os moradores da favela pesquisada desenvolvem várias estratégias de sobrevivência, na preparação da comida, nas compras e no acesso a ajuda. Tais estratégias parecem contribuir tanto para a desnutrição entre a população infantil quanto para a obesidade entre a população adulta especialmente as mulheres (Yatzimirsky, 2006). Cavalcanti, Dias e Cavalcanti (2004) observam em seus estudos relações existentes entre o comportamento de seguir uma dieta prescrita por profissional e as crenças culturais sobre saúde. Para os autores, incentivar os “obesos pobres” a comer menos e melhor, a fim de alcançar um corpo que se enquadre nos padrões transmitidos, não seria a tática mais eficiente. Com efeito, apesar de reconhecer a importância e mesmo a necessidade de emagrecer, o obeso não se sente preparado o suficiente para conseguir “resistir às tentações”. Do mesmo modo, constataram que as pessoas que lidam diariamente com os obesos, ou seja, as pessoas de opinião mais influente (familiares, amigos e até desconhecidos) são os principais responsáveis pela pressão social a que esses estão sujeitos, acarretando, inevitavelmente, sinais de depressão e autopercepção negativa nas suas vidas.

Sendo a obesidade um fenômeno comum entre mulheres que vivem em situação de pobreza cabe identificar e pontuar referenciais pelos quais as mulheres entrevistadas foram incluídas no estudo assim como a noção de pobreza que norteará a análise dos dados coletados.

A definição do conceito de pobreza é complexa e envolve enfoques absolutos e relativos. No decorrer do século XX três concepções sobre pobreza foram desenvolvidas: sobrevivência, necessidades básicas e privação relativa.

No Brasil, a metodologia oficial para definição de pobreza usa como referência o Salário Mínimo, isto é, 1/4 do salário mínimo familiar per capita e 1/2 do salário mínimo familiar per capita são os limites abaixo dos quais se define uma família extremamente pobre e pobre, respectivamente. (IBGE, 2008)

Segundo Amartya Sen (2000), a pobreza pode ser definida como “uma privação das capacidades básicas de um indivíduo e não apenas como uma renda inferior a um patamar pré-estabelecido”.

Nas palavras de Demo:

“...Ser pobre não é apenas não ter certas coisas. É principalmente ser destituído de ter e, em especial, de ser, um tipo de exclusão que tem sua origem não só em carências materiais, mas mormente em imposições mobilizadas por processos de concentração de bens e poder por parte de minorias...” (Demo, 2008)

O presente estudo adota a noção de pobreza enquanto privação relativa desenvolvida a partir da década de 80 tendo como um dos principais formuladores o indiano Amartya Sen. Seu conceito para pobreza introduz variáveis amplas, chamando a atenção para o fato de que as pessoas podem sofrer privações em diversas esferas da vida e de que tais privações estão relacionadas ao desenvolvimento do indivíduo.

-Capítulo II-

Metodologia

2.1 Referenciais teórico-metodológicos:

Este estudo considera que a obesidade enquanto fenômeno multifatorial exige uma abordagem para além dos estudos com uso de métodos da tradição clínica e epidemiológica aplicada à nutrição. A literatura socio-antropológica no campo da saúde, amplamente marcada a partir do final da década de 1950, oferece-nos uma possibilidade teórico-metodológica para a análise do fenômeno. Estes estudos desde então pretendiam enfatizar fatores socio-culturais das enfermidades, chamando a atenção para diferenças entre variáveis como classe social, etnia, sexo, que atuam nas concepções e atitudes relacionadas à saúde e à doença (Alves, 2006). Dentre as abordagens qualitativas a fenomenologia é a que tem tido maior relevância na área da Saúde (Minayo,2006). As análises fundamentadas em seus pressupostos têm desvendado as concepções de saúde/doenças como socio-culturalmente específicas e enxergam os fenômenos do mundo social- da vida cotidiana, onde o homem se situa com suas angústias e preocupações em intersubjetividade com seus semelhantes - como espaços a serem compreendidos(Minayo,2006).

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (Turato, 2005).

A investigação utiliza como principal referência a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1961). Esta teoria é uma entre muitas dentre as quais se destacou como base para a pesquisa social em saúde e se desenvolveu sob influência da fenomenologia. Segundo Alves (2006) a *“teoria da representação pretende trazer para a análise a marca do sujeito que se reporta a um objeto, as estruturas mais amplas de pensamento (ideológico e cultural) e as condições sociais efetivas dos indivíduos e grupos”*. Guareschi (2007) em sua reflexão sobre a imprescindibilidade do ato de representar atenta para o fato de que nós seres humanos, todos representamos. Isto é, somos capazes de prescindir do objeto material ao pensar nele, ao falar dele e ao nos relacionarmos com ele. No entanto jamais podemos perder a consciência de sua existência e mais do que isso da relação existente entre sujeito-objeto. Ainda segundo o

autor, nem todo fenômeno é uma representação social. A Teoria das Representações Sociais e da Comunicação estuda tipos específicos de representações. Ela se preocupa com aqueles fenômenos que de certa forma, por uma razão ou outra, tornam-se sujeitos de interesse público. Ecoam no cotidiano e provocam tensões e ações (Guareschi, 2007). Aproximando-se do fenômeno social da obesidade podemos perceber que indivíduos criam “sistemas de interpretação” como forma de entender o corpo obeso e relacionar-se não somente com esse corpo, ou esses corpos, mas com o mundo que os abriga e com os demais corpos que os acompanham. Essa criação se dá por meio do processo de representação.

Em sua obra Denise Jodelet define as representações sociais como “*uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*” (Jodelet, 1999). Assim, as representações sociais devem ser entendidas como uma estrutura cognitiva relacionada ao objeto-mundo, mas que também está enredada numa dinâmica social e contextual do eu e do outro. Para a autora, os atores sociais buscam tornar familiares fenômenos do mundo da vida atribuindo-lhes significados. Este processo tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Partindo desse raciocínio seguirei três proposições básicas propostas por Jovchelovitch (2008) para o desenvolvimento do estudo:

1- Os processos representacionais são tanto simbólicos como sociais, expressando mundos subjetivos, intersubjetivos e objetivos; Parte-se do princípio que para entender o saber sobre um determinado objeto/fato necessitamos investigar a gênese da Representação Social (RS) e as interrelações Eu-Outro-Objeto, as inter-relações estabelecidas na vida social.

2 - Diferentes modalidades de RS trazem à tona diferentes formas de saber;

3 - Compreender a heterogeneidade do conhecimento implica desmontar a idéia de que o conhecimento acadêmico é o único verdadeiro e superior numa escala relacionada a função social.

Esta escolha busca contemplar o delineamento do estudo quanto ao problema de pesquisa, aos objetivos específicos e aos sujeitos envolvidos na investigação, a saber:

2.2 Problema

Quais as representações sociais da obesidade entre mulheres que vivem em situação de pobreza que frequentam o Centro de Referência em Assistência Social- Unidade Centro/Sul (CRAS) da cidade de Porto Alegre?

2.3 Objetivo Geral

Identificar e analisar as representações sociais da obesidade para um grupo de mulheres em situação de pobreza que frequentam o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) da cidade de Porto alegre.

2.4 Objetivos específicos

- Identificar quais significados, crenças e valores estão envolvidos com a obesidade;
- Analisar como o consumo alimentar é percebido e relacionado ao fenômeno em estudo;
- Estabelecer relações entre as representações da obesidade para o grupo e o discurso acadêmico científico da nutrição;

2.5 Coleta de dados

A coleta dos dados foi feita por meio da técnica de Grupo Focal. Neto e col.(2002) definem o grupo focal como:

“...uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações de um tema específico...(Neto et al,2000)”

Guareschi (1997) aponta que a grande vantagem dos grupos focais é que eles oferecem oportunidade de verificar uma interação sobre determinado tópico, num período limitado de tempo, sendo apropriado para temas referentes a atitudes e opiniões

com enfoque nas representações sociais.

A estruturação do roteiro de debate para o grupo focal deu-se a partir da elaboração de três perguntas abertas. As questões objetivaram abordar, de acordo com o andamento da atividade, o conceito de obesidade para o grupo, o processo pelo qual uma pessoa pode vir a tornar-se obesa e as consequências do fenômeno para o indivíduo.

A identificação e caracterização do discurso acadêmico científico da nutrição sobre o tema foi realizado através revisão de documentos disponíveis na bibliografia. Foram investigados os manuais técnico-científicos, os consensos médicos e nutricionais e as diretrizes terapêuticas sobre obesidade.

2.6 Universo do estudo

O local escolhido para a realização da coleta de dados foi o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) localizado no bairro Nonoai, na zona sul de Porto Alegre. Esse centro é um equipamento de Assistência Social. O CRAS atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e é responsável pela organização e oferta de serviços de Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Além de ofertar serviços e ações de proteção básica, o CRAS possui a função de gestão territorial da rede de assistência social, promovendo a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), cuja execução é obrigatória e exclusiva destes centros.

2.7 Análise e tratamento dos dados

Os dados para a análise foram obtidos por meio da transcrição das falas gravadas durante o desenvolvimento do grupo focal. A transcrição levou em conta a ordem das falas conforme apareceram nos discursos. O material foi analisado a partir da técnica de tratamento denominada “Análise de Conteúdo”. Foram usados nomes fictícios e as idades reais das mulheres participantes da pesquisa.

A Análise de conteúdo pode ser entendida como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências

do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social (Caregnato, 2006). Berelson, um dos criadores do instrumento analítico o define:

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações. (Berelson apud Minayo, 2006)

A análise de conteúdo pode ser quantitativa e qualitativa. Existe uma diferença entre essas duas abordagens: na abordagem quantitativa se determina uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa se “considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem”(Lima,1993).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado. Este deve ultrapassar os significados manifestos e tangíveis pela fala.

Para tanto a análise de conteúdo em termos gerais pretende relacionar a estrutura semântica (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.

Articula os textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processos de produção da mensagem (Minayo,2006).

A construção da análise dos resultados foi baseada em três conceitos fundamentais: *temas, categorias e unidades de análise* (Spink, 1995). Os temas são geralmente conceitos relacionados ao problema de estudo original. No tocante a esta pesquisa considerou-se os temas “obesidade” e “alimentação”. A categoria é um grupo de unidades de análises com os mesmos significados. As unidades de análise emergiram nos grupos focais a partir das falas individuais e diálogos entre os participantes. Conseqüentemente as unidades de análise podem ser uma série de enunciados de um mesmo indivíduo ou um diálogo sobre idéias semelhantes (Spink, 1995).

-Capítulo III –

Resultados e discussão

3.1 Histórias de luta: os sujeitos da pesquisa

Foram realizados dois encontros com dois diferentes grupos de mulheres. Esses encontros ocorreram nas dependências do CRAS e tiveram duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Participaram do primeiro grupo focal 7 mulheres e do segundo grupo, 11 mulheres, todas elas vinculadas ao cadastro único (CU) da assistência social de Porto Alegre. Os dois grupos existiam previamente na instituição sendo sempre coordenados por psicólogos ou assistentes sociais. Nestes espaços as participantes têm a oportunidade de sanar suas dúvidas sobre os programas sociais nos quais estão cadastradas e obter apoio socio-psicológico por parte dos profissionais da rede.

O processo de aproximação com o Centro de Referência em Assistência Social ocorreu de forma gradual culminando com a realização do grupo focal. A pesquisadora inicialmente foi apresentada pela coordenadora do CRAS e brevemente explicou a proposta do estudo. Durante o período de três meses a pesquisadora participou dos grupos como convidada e observadora.

Para o desenvolvimento do grupo focal optou-se por não mencionar as questões-chaves do roteiro de debate explicitamente, mas sim como temas a serem discutidos em grupo. Os temas obesidade, corpo e alimentação foram introduzidos brevemente pela pesquisadora e as ideias sobre os mesmos emergiam espontaneamente. O peso corporal não foi critério de inclusão no grupo, portanto, não foi mensurado. Para realização do estudo foi solicitado o consentimento livre e esclarecido de acordo com o comitê de ética e pesquisa da Universidade.

As participantes frequentam o CRAS quinzenalmente como uma das condicionalidades dos programas governamentais dentre os quais se destacam: PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), Programa BOLSA FAMÍLIA e o NASF (Núcleo de Apoio Socio Familiar). Todas residem nos bairros Campo Novo, Belém Velho ou Cavalhada, bairros de classe popular pertencente à microrregião assistencial centro-sul. A faixa etária do grupo varia entre 25 e 55 anos de idade. Todas possuem mais de dois filhos e algumas são avós e responsáveis legais pelos seus netos.

Dentre as 18 mulheres que participaram do estudo cinco não sabiam ler e escrever.

Na obtenção de informações acerca da trajetória de vida dessas mulheres foi possível identificar que a maioria experienciou e/ou sofreu situações de sofrimentos tais como perda de filhos pela violência, brigas entre familiares com danos físicos e emocionais, doenças psíquicas como insônia e depressão. Estas situações, embora negativas, parecem ser um fator de aproximação e de identidade para estas mulheres. Elas reconhecem seus dramas pessoais através das conversas descontraídas durante o tempo em que passam juntas no CRAS.

A desestruturação familiar é uma constante entre o grupo o que faz com que as participantes enfrentem os problemas cotidianos sem ajuda e apoio de parceiros conjugais. Estas mulheres, em grande maioria, não possuem maridos ou parceiros sendo, portanto, chefes de família e as únicas responsáveis pela manutenção do núcleo familiar. Alguns relatos mostram que para as mulheres que trabalham como catadoras e vendedoras ambulantes as refeições são um momento individual e de acordo com o dinheiro obtido no contexto imediato:

“Os filhos comem no colégio e na rua durante o dia, e eu só vou tomar café de vez em quando... uma senhora que mora onde eu puxo o carrinho, as vezes me dá um café e um pão com mortadela ou espero vim um dinheirinho... se der deu, se não... De meio dia como no centro, sozinha mesmo, hoje foi polenta e osso buco às vezes é cachorro quente...”(Margarida, 45anos, catadora de material reciclável)

Neste cenário, como apontado por Yatzimirsky (2006) a alimentação não mais estrutura o ritmo cotidiano. As pessoas não comem juntas e o alimento perde seu papel de promotor da convivência familiar.

Foi observado que todas frequentam a unidade básica de saúde local por motivos de acompanhamento psicológico, consulta ginecológica e atendimento clínico em geral. A prescrição de medicamentos de uso contínuo aparece como uma das razões pela quais elas remetem-se a unidade de saúde constantemente. Entre os medicamentos citados pelas mulheres destacam-se antidepressivos tricíclicos, ansiolíticos, anti-hipertensivos.

“Eu tomo remédio para me manter neh! No caso tem o para dormir e o para pressão, não consigo ficar sem. Afinal tenho que trabalhar e ter saúde, não posso ficar doente...”(Rosa, 56anos, doméstica)

O significado de saúde está fortemente ligado a ausência de doença. Nesta lógica a necessidade do uso de medicamentos, muitos de uso contínuo, é encarada como um meio que os médicos lhes oferecem para o enfrentamento e a manutenção de suas vidas.

Com relação ao mundo do trabalho todas tem um baixo rendimento estando desempregadas ou trabalhando informalmente. Dentre as ocupações destacam-se catadoras de lixo seco, domésticas e auxiliar de serviços gerais. A informalidade e a falta de vínculo empregatício parecem contribuir para a dinâmica de vida dessas mulheres, voltada para o imediatismo e sem perspectiva quanto ao futuro mesmo muito próximo.

O processo de elaboração das representações sociais implica dizer que todo o sujeito é um ser social (Spink,1995). Isso significa que um indivíduo adulto, inscrito em uma cultura e situação social definida possui uma história individual e social. Na construção da representação do objeto, neste caso a obesidade, as respostas individuais são consideradas manifestações de pertença ou de filiação na qual os indivíduos participam. Fica claro pelo conteúdo das falas que as ações citadas recaem sobre o coletivo. Há, portanto, um sentido de identidade social que une as participantes e que parece estar baseado na condição de pobreza e nas adversidade relacionadas a ela. Nesse sentido tais passagens são ilustrativas do sentimento de grupamento:

“...Nossa vida é complicada...sabe, no posto até que nos dizem o que comer, como fazê certinho, a gente entende, mas nem sempre dá, tem vezes que sim, tem vez que não...”(Violeta, 40anos, desempregada)

“...Agente engorda é com a idade, tá...e depois fica difícil e também agente nem dá mais bola...”(Rosa, 53anos, doméstica)

Entretanto as representações são também parte da expressão intra-individual, uma exteriorização de afeto (Spink, 2005):

“...Eu nem como muito, mas fumo demais e tomo muito café com açúcar e ponho açúcar...parece uma calda...”(Violeta, 40anos, desempregada)

A coexistência de diversidades e o aparente paradoxo no conteúdo das falas, oscilando entre o “eu” e “nós”, podem ser analisados a partir dos apontamentos de Geertz de que o senso comum é um universo essencialmente heterogêneo e contraditório em determinadas situações e que não nos cabe catalogar e buscar algo estável nos conteúdos porque isso não existe (Geertz apud Spink, 1995). Também nos remete a relação dialógica entre o Eu-outro na qual o eu e o outro são interdependentes (Guareschi, 2007). O Eu-outro, Individual-social são componentes indispensáveis para o processo de elaboração de uma representação da obesidade. Afinal, as representações serão fruto das interrelações eu-outro-objeto que se dará num espaço social.

As mulheres durante o debate mostram-se sincrônicas no discurso quanto aos sentimentos e valores atribuídos ao objeto de pesquisa. No momento inicial do encontro em que todos foram convidados a apresentar-se uma das mulheres define o que as une:

“Nós todas somos conhecidas, mesmo morando longe às vezes uma da outra. Por exemplo eu moro lá no Campo Novo ela tá morando aqui para a Cavahada mas a gente se ajuda... quando tenho ajuda com as passagens quando ela tem me ajuda também.... é tudo com problema parecido, temos que vir aqui quase toda semana....tudo farinha do mesmo saco!” (Rosa, 53anos, doméstica)

(risadas)

Fica evidente no conteúdo das falas o sentimento de ajuda mútua e solidariedade das mulheres diante das dificuldades. Dessa forma são criadas redes sociais que conforme Barnes (apud Acioli, 2007) seria “a configuração de vínculos interpessoais entrecruzados de forma inespecífica conectados às ações dessas pessoas e às instituições da sociedade”. O apoio social que as redes proporcionam remete a esse dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada como no caso destas mulheres. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais no auxílio em momentos de dificuldade. Um envolvimento comunitário pode ser um significativo fator psicossocial

no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas (Acioli, 2007).

Spink (1995) sugere que é possível, sob a perspectiva das representações sociais, analisar as práticas individuais, aqui tratadas no plano discursivo, como uma entidade social, contanto que se busque a compreensão adequada do contexto social: a teia de significados na qual o objeto de representação está localizado. Neste caso o indivíduo é um símbolo vivo do grupo ao qual pertence e o oposto também é verdadeiro. Isso, para a autora, seria a grande contribuição de teoria das representações sociais e da abordagem psicossocial, ou seja, a possibilidade de se trabalhar dialéticamente o particular como expressão do universal (Spink, 1995). Os trechos acima citados e os que aparecerão no decorrer desta monografia assumem essa proposição. Procuo demonstrar através do conteúdo das falas que as representações têm além da função cognitiva, uma função social.

3.2 O fenômeno da obesidade no universo reificado e no universo consensual

Ainda que exista certo consenso em dizer que vivemos em uma sociedade lipofóbica e que os padrões de magreza imperem como ideais de corpo e beleza, esses elementos não são tão estáveis e homogêneos em todos os estratos de nossa complexa sociedade contemporânea (Fischler, 1989). Isso significa dizer que esta “lipofobia” é extremamente relativa e que os padrões de beleza ditados pelos meios de comunicação são na verdade absorvidos e interpretados como ideais apenas por determinados segmentos da sociedade. Para estas questões caberiam estudos mais detalhados que possam identificar e comparar diferentes contextos sociais e refleti-los como contextos produtores de diferentes saberes. Como veremos a corpulência parece ainda ser almejada por indivíduos que vivem em situação de pobreza.

Sem dúvida que a percepção social quanto à corpulência mudou comparativamente àquela do século XIX. “*Era preciso ser mais gordo no passado do que hoje para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considerado magro*” (Fischler, 1989). Isso significa dizer que durante a pesquisa foi possível identificar que as representações sobre a obesidade para os sujeitos em questão estão fortemente ligadas às representações do séc. XIX, quando a corpulência em termos de gordura corporal era algo almejado e valorizado positivamente. Mais ainda, que além de

todos os outros desafios diários, essas mulheres precisam elaborar social e cognitivamente uma “convivência harmônica” entre estas representações típicas do século XIX e as representações impostas pela conjuntura social na qual estão imersas sob o paradigma estético da magreza.

A valorização do corpo obeso é implícita no grupo. Embora não mensurado pode-se perceber que algumas das mulheres estavam acima do peso e muitas conviviam com comorbidades associadas a esse excesso como a hipertensão e o diabetes tipo II. Se o corpo magro associa-se à privação de alimentos, à fraqueza e à doença; opostamente o corpo obeso passa a estar vinculado às noções de suficiência alimentar, força e saúde. A obesidade das mulheres em situação de pobreza não está relacionada somente com a restrição de alimentos em quantidade e qualidade. A condição de obesa também encontra encoragem nas condições particulares de vida, nas concepções que elas têm de si mesmas, nas tarefas que realizam e em seu comportamento alimentar:

“Eu trabalho pra fora, tem dia que me doi o corpo todo de tanta canseira....daí eu chego e não vou comer verde neh!?!...como demais e exagero mesmo...”(Calêndula, 38anos, servente)

No que se refere à alimentação, por exemplo, é evidente no conteúdo das falas a noção de que a dieta passa a significar algo como “*sustância*”, algo que as mantenham fortes e saudáveis para o enfrentamento do cotidiano; que lhes proporcione, mais do que tudo, energia. Nesse sentido estão excluídos frutas e vegetais que além de tudo não representam algo acessível do ponto de vista econômico³.

Não se pode negar a influência das inúmeras prescrições da medicina e da nutrição no sentido de regular o corpo e legitimar o excesso de peso como uma patologia. Tais medidas em sua grande maioria estão baseadas no paradigma biomédico centrado na doença; em sua prevenção ou cura, deixando de incorporar a mudança de um estilo de vida condizente com a realidade que cerca todo indivíduo.

As percepções que os sujeitos da pesquisa têm de seus corpos e de suas dietas parecem em desarmonia com o discurso nutricional-biomédico de nossa sociedade que

³ Observa-se que a representação do alimento como fonte de energia, fez com que as mulheres da pesquisa prefiram e consumam na maioria das vezes vegetais, estes são os chamados “vegetais do grupo C” ricos em carboidratos como, por exemplo: a batata, a beterraba e a cenoura.

recomenda entre outras medidas comer em quantidade razoável, sem exageros e, sobretudo, manter um corpo magro.

A prática da nutrição tem seu discurso baseado em diretrizes e normas dentre as quais destaca-se a iniciativa da OMS para prevenção da obesidade. Para tanto o órgão internacional propõe:

“Buscar o balanço energético e o peso saudável; limitar o consumo de gorduras; aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e oleaginosas (amêndoas, castanhas etc.); limitar o consumo de açúcares livres; limitar o consumo de sal (sódio) de todas as fontes e assegurar que o sal seja iodado” (Brasil, 2006).

Na elaboração de o que seriam as “regras” para uma boa alimentação as mulheres referem “o comer em pouca quantidade e limitar o número de vezes que se come”(Azaléia, 49anos):

“Eu como uma vez por dia só...às vezes até esqueço de comer, não tenho fome..”(Calêndula, 38anos, servente)

Embora algumas reproduzam o discurso normativo da dietética:

“Eu como seis vezes por dia e de pouquinho em pouquinho...como a doutora mandou...mas é por que eu passo o dia em casa e cuido de criança em casa mesmo...”(Alfazema, 55anos, aposentada)

Poucas das participantes têm acesso a atendimento com nutricionista e as que o tem parecem reproduzir o discurso apesar de explicitarem as dificuldades em seguir o que é prescrito. As dificuldades dizem respeito à inadequação financeiras para comprar os alimentos prescritos, a inviabilidade diante da rotina diária fora de suas residências e principalmente a quantidade estabelecida para cada refeição:

“A doutora disse que tem que ser pouquinho, mas quem consegue?!”(Violeta, 40anos, desempregada)

Tal fato somente evidencia o distanciamento existente entre o discurso praticado pelo profissional de nutrição e os indivíduos que se encontram em situação de pobreza e que necessitam de atendimento nutricional.

No desenvolvimento do debate é identificado que a obesidade diferentemente do discurso nutricional que a prescreve como “*um agravo a ser tratado*”, não é representada como patologia, mas sim como um atributo, ou simplesmente uma característica do corpo, desejável ou não. Em nenhum momento do debate foi identificada a expressão “doença” ou “doente” associada ao campo semântico da obesidade. Importante também mencionar que a maioria das participantes evoca o termo “gorda” ou “gordinha” ao referirem-se à obesidade. Como mencionado anteriormente embora não tenha sido mensurado o peso, pode-se perceber visualmente que nenhuma das participantes estaria enquadrada no que os critérios médico-nutricionais classificariam como obesidade mórbida. O que se percebeu foi o excesso de gordura corporal, não sendo determinante para o estudo a classificação do grau de obesidade.

Para as participantes do grupo, ser “gorda” seria uma condição necessária diante da situação de privação relativa de bens e possibilidade:

“Tento engordar e nunca consigo...eu queria ser um pouco mais gorda....”(Azaléia, 49anos, diarista)

“Eu sou gordinha e nem tô... me gosto e gostam de mim lá em casa...”(Calêndula,38ano, servente)

Dentro dessa lógica é compreensível ser dotada de certa “corpulência” para que se possa “carregar” a forte carga física e emocional que experienciam diariamente. Como sugere Bonet (2006) seus corpos não são um “corpo-objeto”, como propõe o discurso normativo da dietética, mas sim um “corpo-sujeito”; a forma como elas estão no mundo. É nesse sentido que o autor argumenta que não experimentamos nosso corpo como um objeto externo, mas nossa experiência pessoal é vivida “em” e “como” corpos e parafraseia Csordas ao citar: nós não *temos* um corpo, *somos* um corpo (Csordas, apud Bonet, 2006).

Estudos anteriores com mulheres das classes populares e com excesso de peso identificaram que as mesmas não se percebiam obesas (Ferreira, 2005). Neste caso, para essas mulheres, o corpo é visto de forma utilitária para o trabalho e representa a

necessidade de força física para as funções que desempenham (Ferreira, 2005). Tais representações revelam as noções de corpo, pessoa e trabalho, cujas analogias enfatizam a idéia do corpo utilitário, apto à execução das atividades rotineiras e do trabalho informal.

Ao ser debatida a questão de como uma pessoa poderia torna-se “gorda” revela-se o fatalismo e a possibilidade de desvincular a alimentação do processo:

“Depende da estrutura da pessoa....tem gente que tem tendência a ser gorda daí não adianta, pode até comer pouco que é gordinha”
(Margarida, 45anos, catadorora de material reciclável)

No entanto ao desenvolverem mais o debate observa-se que a comida é apontada como o principal fator que torna uma pessoa obesa:

“Quando se come de mais a gente engorda mas não muito, se temos bastante coisa para fazer e nunca paramos...”(Rosa, 53anos, do lar)
(quando questionado como o corpo fica obeso?)

“Se agente come errado, neh!...tem que ser pouquinho, mas quem consegue?!” (Calêndula, 38anos, servente)
(quando questionado como o corpo fica obeso?)

No entanto para estas mulheres que passaram e passam pela situação de privação e fome a relação com o excesso e a abundância de comida parece ser almejada, uma vez que simboliza a fartura e o distanciamento da situação outrora vivenciada.

O peso, parâmetro imprescindível na prática nutricional, não parece estar relacionado a uma determinada aparência negativa e/ou a sensação de estar doente, mas sim parece comprovar a capacidade de alimentar-se em quantidade que as satisfazem. A representação da obesidade não estaria encorada em critérios como peso ou índice de massa corporal (IMC), mas em sua relação com os outros e com suas experiências de privações passadas. Neste sentido, o “peso ideal”, assume critérios totalmente divergentes dos critérios científicos oficiais pautados, sobretudo em medidas antropométricas padronizadas nas relações entre tais medidas. A perda de peso seria mais uma exigência dos profissionais de saúde do que propriamente uma demanda das

mulheres.

“Eu tava vendo uma reportagem na tv, nesses programas do domingo... mostrava uma mulher de 22 anos que é modelo, tem filho e tudo. Ela era gorda, gente normal, sabe!? e é bem feliz, tá, não tinha problema nenhum”(Rosa, 53anos, do lar)

A mídia teve um papel importante na apresentação e discussão do assunto. Observa-se que os programas destinados ao público das classes mais baixas incorporam de certa forma tais representações positivas da obesidade para este segmento e veiculam uma imagem de sucesso a mulheres “gordas”:

3.3 Percepções quanto à alimentação

Na rotina alimentar das mulheres participantes da pesquisa observa-se a estreita relação entre o que é consumido e as condições sócio-econômicas. As escolhas são pautadas predominantemente pelo valor monetário do gênero alimentício. As mulheres compram os alimentos privilegiando a relação valor/quantidade consumindo assim alimentos mais calóricos e os que lhes proporcionam mais quantidade de comida de acordo com uma determinada quantia de dinheiro.

Conforme identificado no estudo o ingresso nos programas sociais de transferência de renda possibilitou com que essas mulheres tivessem acesso não somente a cestas-básicas como também condições financeiras para compra de alimentos o que representa não a solução, mas uma melhora em relação às situações vividas no passado. Mesmo assim, diante dessa limitação na aquisição de alimentos cria-se certa lógica que tenta justificar e elaborar social e cognitivamente tais “escolhas”. Nesse sentido os alimentos *devem* ser calóricos e em quantidade suficientes e se justificam por manter um corpo em sua difícil situação cotidiana.

“...Eu como açúcar, pão...como de tudo que dá, também com o que eu faço e com tudo que eu passo durante o dia só assim para ficar de pé...da onde vou tirar força!?!...”(Bromélia, 32anos, ambulante)

A análise é feita sob a luz do *princípio de incorporação* desenvolvido por Claude Fischler segundo o qual ao alimentar-se o indivíduo incorpora, no plano real e imaginário, todas as propriedades do alimento. Os alimentos nos proporcionam, portanto, não somente a energia que nosso corpo consome como se torna o corpo em si, a própria substância deste corpo (Fischler, 1995). A “escolha” por massas, polenta e açúcares, alimentos que correspondem à chamada “*sustância*”, representam *energia e força*. Assim o acúmulo desses alimentos no corpo seria de certa forma, encarado como positivo frente à incerteza no futuro. É nesse sentido que as camadas populares, atentas à força corporal, preferem alimentos nutritivos, energéticos e baratos (Yatzimirsky, 2006).

Quando se procura entender o papel desempenhado pelos alimentos na vida das pessoas, percebe-se que ele é não apenas uma fonte de nutrientes para a sobrevivência, mas também uma fonte de gratificações emocionais e um meio de expressar nossos valores e relações sociais (Cassotti et al, 1998). A comida é grande fonte de prazer, um mundo complexo de satisfação, tanto fisiológica, quanto emocional, que guarda grande parte das lembranças da nossa infância. Diante das diversidades experienciadas pelos sujeitos da pesquisa a comida parece estar ligada a um mecanismo de compensação pelo “trabalho arduo”. A rotina sufocante e os desprazeres diários devem ser compensados e neste caso a comida, como fonte de prazer e satisfação, exerce um papel determinante:

“...Agente fica cansada com a correria do dia, chego em casa dez horas da noite. Por exemplo ontem levei meu neto na escola, fui trabalhar, fui na consulta...cheguei em casa tarde daí comi duas massas miojos e dois ovos...”(Alfazema,55anos, aposentada)

“...Se dé eu como até as panela, quando fico nervosa...” (Rosa, 53anos, do lar”

“...Me ataco e começo a comer, comer porcaria, eu trabalho com vendas na rua e quando levo disaforo me boto a comer...”(Bromelia, 32anos, ambulante)

Da Matta (1984), quando analisa a alimentação dos brasileiros, faz uma distinção importante e esclarecedora entre alimento e comida: para nós, brasileiros, nem

tudo que alimenta é sempre bom ou socialmente aceitável. Do mesmo modo, nem tudo que é alimento é comida. Alimento é tudo aquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva; comida é tudo aquilo que se come com prazer. Seguindo essa lógica Fischler propõe o paradoxo do omnívoro segundo o qual do ponto de vista biológico o homem é uma criatura capaz de comer de tudo, no entanto, uma vez dotado de autonomia, liberdade e adaptabilidade faz escolhas e elege o que comer e o que não comer (Fischler, 1995). No universo consensual das mulheres em situação de pobreza alimentos do tipo integrais, ricos em fibras, comum na prática prescritiva do nutricionista, não são aceitáveis do ponto de vista alimentar uma vez que não possuem as características organolépticas as quais se espera. Tomemos como exemplo o caso do arroz, o qual se espera ser branco e com consistência mole para ser comido por serem humanos:

“eu até comprei aquele arroz integral que a doutora mandou, mas daí cozinhei e cozinhei e o troço ainda ficou duro...eu até que tentei comer mas não deu e daí eu dei pros cachorro.”(Azaláia 49anos,diarista).

“alface? Além de não ter gosto, não alimenta agente...o que alimenta é arroz, feijão, polenta, massa...”(Rosa, 53anos, do lar)

“Comer bem é comer uma comida que sustenta, que fica na barriga.” (Azaléia, 49anos, diarista).

A comida para as mulheres do grupo é representada ora como forma de sobrevivência, ora com fonte de prazer. Verduras, mesmo sendo aceitáveis como comestíveis, não são consideradas comida que alimenta, nem mesmo que dá prazer sendo nesse contexto, rejeitadas.

Percebe-se que a alimentação é reveladora de uma moral e de uma ética de um indivíduo e de uma sociedade. Assim a frase “diga-me o que comes e te direi quem tu és” de Brillat-Savarin de 1825 parece atemporal ao nos lembrar que a comida e o comer englobam mais que simples estímulos à fome fisiológica e que seriam uma reação a diferentes apetites e às realidades que os enquadram (Stenzel, 2008)

3.4 O Excesso da Falta: a contradição da obesidade na situação de pobreza

Entre os mitos da alimentação, existe um que parece valer tanto para as camadas mais altas quanto para as mais pobres: o da abundância (Yatzimirsky, 2006). Mais do que uma “ligação” simbólica, percebe-se que um dos critérios de satisfação do paladar é a “abundância”. Tal preposição fica mais clara ao analisarmos os tipos de restaurantes mais frequentados na sociedade brasileira- “à quilo ou rodízio”. Mas o que isso representa no caso das populações que estão na situação de pobreza? Os grandes buffets e rodízios são certamente inacessíveis a ela. Mas um dos prazeres, quando se tem um mínimo de dinheiro, será procurar a quantidade, e não a qualidade.

Os indivíduos não são caixas pretas ou mesmo vazias que elaboram seus pensamentos sob uma base inerte. Neste aspecto, as ideias que as mulheres têm sobre a obesidade é percebida conforme a realidade em que vivida. Para as mulheres participantes do grupo focal, a condição de fome assim como a condição de obeso nem sempre é percebida como uma produção da pobreza, mas, antes como um fatalismo que habita o seu mundo. Devido a sua condição econômica, o corpo é usado intensamente e, portanto a atenção dada a ele diz respeito a supri-lo com uma quantidade relativamente grande de alimento.

Tais privações - dos mais variados níveis - sofridas por esses sujeitos precipitam um quadro em que diante da possibilidade de extravazamento em termos alimentares elas o fazem como uma forma senão de compensação de garantia de prazer e satisfação imediatos:

“...Exageramos de uma vez só....muito refri...”(Azaléia, 49anos, diarista

É possível perceber durante o desenvolvimento das discussões que mesmo as mulheres que dizem não ter passado fome na vida, diante das circunstâncias e do contexto de proximidade em que vivem analisam este fenômeno como um fantasma a rondar sua casa e seus corpos. Apesar de não anunciar explicitamente a condição de “faminto” fica claro em algumas falas:

“Eu como uma vez por dia e só a noite...”(Margarida, 45anos, catadorora de material reciclável)

“As criança fritam a casca da batata... é o que tem...” (Margarida, 45anos, catadorora de material reciclável)

Neste cenário se reflete o quão desejado vem a ser a “corpulência” e que na verdade ela representa o distanciamento da fome. A obesidade, neste sentido, pode ser vinculada ao “excesso de faltas” vivenciados pelos sujeitos.

Faltas estas relacionadas às condições de vida precárias e devem ser entendidas como o reflexo de um contexto de desigualdade social, fazendo com que essas mulheres convivam sem muitos elementos típicos das sociedades urbanas. Privações de renda, privações de direitos, privações morais, privação de trabalho são algumas das muitas “faltas” que impossibilitam o exercício liberdade (SEM,2000)

Não procuro referir-me somente a elementos materiais, mas também à falta de estrutura emocional adequada resultante de um modelo de desagregação e exclusão social que interfere negativamente nas realizações destas pessoas. O que é característico do grupo é a inexistência (falta) de circunstâncias que propiciem o desenvolvimento da cidadania conforme o modelo de estado moderno.

Ainda assim essas mulheres, mais que sobreviver, parecem adaptadas a um estilo de vida próprio que se desenvolve no interior deste segmento social. A criação deste “modo de vida” diz respeito a estratégias também alimentares como a de recolher a “*chepa da feira*”, “correr a um supermercado quando anunciado um produto com preço reduzido e arrecadar doações”. É perceptível o apoio e as redes criadas que garantem a convivência e a superação diária dos problemas.

-Considerações finais-

Os obesos de baixa renda ainda são pouco estudados quanto às suas dificuldades, opiniões e peculiaridades (Ferreira, 2005). Entretanto, é para esta camada social, com suas características próprias, que as doenças correlatas à obesidade podem trazer prejuízos e custos sociais mais altos. Reafirmo o fato outrora mencionado de que o impacto da obesidade na população feminina de baixa renda no Brasil é notório. Dos 6,8 milhões de obesos no Brasil levantados pelo PNSN, 70% eram mulheres pobres, o que exige uma política pública específica para este grupo.

A realização do grupo focal mostrou-se um instrumento capaz de captar as construções cognitivas e, portanto, individuais e paralelamente, relacioná-las e compreendê-las num determinado contexto social com interações culturais específicas.

Igualmente frutífera foi a análise do tema a luz da Teoria das Representações Sociais, que possibilitou compreender a obesidade em seu nível fenomenológico. A partir de seus pressupostos a obesidade foi entendida assim como ela é pensada e articulada em um contexto específico.

Identificou-se através das falas das participantes bem como pela convivência, ainda que curta, que existe uma estreita relação entre seus mundos internos e externos no que diz respeito ao modo de pensar e explicar a obesidade e que esse processo mental se transforma em ambiente físico. Um ambiente em que serão expressas as práticas condizentes a elaboração mental que as precede. Portanto existe uma dimensão simbólica, valorativa e social.

A partir desse estudo pode-se perceber que as representações da obesidade para o grupo estão muito distantes do que é representado no discurso da nutrição, embora muitas reproduzam o discurso, não é assim que experienciam na prática. Essa falta de sincronia talvez possa estar na gênese das inúmeras intervenções ineficazes que se observa no tratamento da obesidade para mulheres em situação de pobreza. Tal fato demonstra a necessidade de os profissionais de saúde, incluindo aqui a figura do nutricionista, buscar a compreensão dos aspectos sociais que tornam a corpulência ou a gordura corporal algo desejado por certos indivíduos. Para tanto seria necessário o desenvolvimento de práticas e prescrições que estejam embasadas nos aspectos socio-culturais dos indivíduos. Isto é perceber as circunstâncias e contextos específicos que fazem com que certas pessoas ajam e/ou pensem de tal forma e não de outra. Também a

dinâmica social e familiar, a história íntima, particular, dá contornos próprios e específicos à obesidade e precisam ser levados em conta durante o tratamento.

No desenrolar da pesquisa foi percebido que as representações sociais dos indivíduos sobre saúde, doença e padrão corporal nem sempre se manifestam da mesma forma para membros de uma mesma cultura e que as diferenças sociais produzem diferenças nas concepções sobre a tríade saúde/corpo/alimento. As representações seriam para tanto arbitrárias e relacionais ao contexto sócio-cultural.

É necessária a conscientização por parte dos profissionais que somente informação e racionalidade científica não promovem a redução da prevalência de obesidade, sobretudo frente a um segmento da sociedade que sequer teve e tem em termos de educação formal, a possibilidade de compreender tais argumentações. O “pensar” a obesidade e as práticas alimentares envolvidas requer uma abordagem compreensiva e interpretativa que possa aprofundar-se no sujeito incluindo aqui sua dimensão socio-cultural.

Procurei, nas páginas anteriores, evidenciar uma realidade! O fenômeno da obesidade especificamente localizado na situação de pobreza. Um fenômeno que é real e que, no entanto muitas vezes passa despercebido por nós, profissionais de saúde. Enfatizo que ainda que se pretenda a análise sob a ótica da saúde/doença, a obesidade seria apenas um dentre os muitos agravos que acometem estes indivíduos. A questão da pobreza e dos inúmeros elementos que ela carrega é extremamente complexa e acredito não estar esgotada diante de tais reflexões.

-Referências Bibliográficas-

- ACIOLI, S. **Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos dos conceitos.** Revista Informação & Informação. 2007, v. 12, n. e s p. Londrina, PR. p1-12.
- AGUIRRÉ P. **Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza.** In: Pena M, Bacallao J, organizadores. La obesidad en la pobreza – un nuevo reto para la salud pública. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000. p.13-25.
- ANDRADE, A.; BOSI, M. L.M. **Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino.** *Rev. Nutr.* [online]. 2003, vol.16, n.1, pp. 117-125.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO** - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009
- BAUMAN, Z. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria.** Rio de Janeiro : Zahar, 2008. 199 p
- BRASIL. **REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade.** Brasília, 2006. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 12)
- BONET. O. **O Corpo e as Emoções entre a natureza e a cultura.** II FORUM DE LINGUAGEM: LINGUAGEM, NATUREZA E CULTURA. UFRJ. Maio de 2006
- BROWN PJ, Kenner M. **An anthropological perspective on obesity.** In: Goodman AH, Dufour GH, editors. Nutritional anthropology – biocultural perspectives on food and nutrition. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1999. p. 347-58.
- CASSOTTLI; RIBEIRO, A; SANTO, C; RIBEIRO, PRISCILA. **Consumo de Alimentos e Nutrição:dificuldades práticas e teóricas.** Revista Cadernos de Debate Unicamp, Vol. VI, 1998
- CAVALCANTI, A., DIAS, M. & CAVALCANTI, C. (2004). **Obesidade, cultura e desigualdade social: dietas médicas para emagrecer obesos pobres.** Disponível em: <http://www.naya.org.ar>.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out.dez. 2006.
- COUTINHO, W. **Consenso latino-americano de obesidade.** *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 1999, vol.43, n.1, pp. 21-67.

COUTINHO, J. G; GENTIL, P. C. and TORAL, N. **A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.2, pp. s332-s340

DAMATTA, R. **O que faz o Brasil Brasil?** Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1985.

DEMO, P. **Pobreza Política.** Disponível em: <http://pedrodemo.sites.uol.com.br/textos/pproma.html> acesso em maio de 2011

FERREIRA, V. A; MAGALHAES, R. **Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha,** Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, dez. 2005.

FELIPPE, F.; SANTOS, A. M. **Novas demandas profissionais: obesidade em foco.** *Revista ADPPUCRS.* Porto Alegre, n.º 5, p. 63-70, dez. 2004

_____. **O Peso social da Obesidade,** *Revista Virtual Textos & Contextos*, n.º 2, dez. 2003.

FIGUEIREDO, M. **Reflexões sobre o enfoque interdisciplinar no tratamento clínico da obesidade.** *Revista ABESO Ed n.º 48 Ano 48 Dez/2010*

FISCHLER, C. **Obeso benigno, obeso maligno.** In: Sant'Anna DB, organizador. *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais.* São Paulo: Estação Liberdade; 1989. p. 69-80.

FISCHLER, C. **El (h)omnívoro : el gusto, la cocina y el cuerpo.** Barcelona : Anagrama, 1995. 421 p.

GIGANTE, D. et al. **Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP.** *Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional*, São Paulo, v. 6, n. 13, maio/ago, 2004.

GUARESCHI, P. **Representações sociais da política e ideologia.** *Rev. Sociedade em debate.* Pelotas, v. 3, no 3, set. 1997. p. 49-70.

GUARESCHI, P. **Psicologia Social e Representações Sociais: avanços e novas articulações.** In: Veronese, MV, Guareschi, P. (Orgs.) *Psicologia do Cotidiano: representações sociais em ação.* Rio de Janeiro: Vozes; 2007. p17-40.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003.** Rio de Janeiro, 2004.

_____. **POF 2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional.** *Comunicação social.* 20/06/2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1

_____. **Mapa de Pobreza e Desigualdade 2003**. Comunicação Social 18/12/2008
Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1293&id_pagina=1

JODELET, D. **Os processos psicossociais da exclusão**. In: SAWAIA, Bader. As artimanhas da exclusão. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura**. Petrópolis: Vozes, 2008. 344 p.

LIMA MADS. **Análise de conteúdo: estudo e aplicação**. Rev Logos 1993;

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. 406 p.

MONTEIRO, CA, D'A Benicio MH, Conde WL, Popkin BM. **Shifting obesity trends in Brazil**. Eur J Clin Nutr 2000 54: 342-6

ORBACH, S. *Fat is a Feminist Issue: A Self-help Guide for Compulsive Eaters*. New York: Berkeley Book, 1978.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, M-C. **A comida dos favelados**. Estud. av., São Paulo, v. 20, n. 58, Dec. 2006

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras. 2000

SERRA, G. M. A; SANTOS, E.M dos. **Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito**. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003 .

STENZEL, L. **O significado do excess de peso corporal no cotidiano**. In: Veronese, M.V, Guareschi, P. (Orgs.) Psicologia do Cotidiano: representações sociais em ação. Rio de Janeiro: Vozes ; 2007. p88-118.

SOBAL J. **Obesity and socioeconomic status – a framework for examining relationship between physical and social variables**. Med Anthropol 1991; 13:231-47.

SPINK, M. J. (1995). **Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais**. In P. A. Guareschi and S. Jovchelovitch (Eds.), Textos em representações sociais. 2nd ed. Petropolis, R.J.: Vozes.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol.39, n.3, pp. 507-514.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization; 1997. (Report of a WHO Consultation on Obesity).

_____. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Geneva, 2003.
(WHO Technical Report Series, n. 916).

YOSHIMO, N.L. **O corpo “em excesso” e o culto da “boa forma”.** In: Canesqui, A.M. (Org.) **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos.** São Paulo: Fapesp; 2007. p111-128

Eu, _____ declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente trabalho de conclusão de curso intitulado “*REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA OBESIDADE PARA MULHERES DE BAIXA RENDA*” desenvolvido por HELISA CANFIELD DE CASTRO estudante de nutrição da Universidade Federal do Rio grande do Sul. Fui informada, ainda, de que a pesquisa é orientada por JACQUELINE OLIVEIRA SILVA, professora doutora do departamento de medicina social da mesma universidade.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Minha colaboração será de forma anônima por meio da participação em um grupo focal que se caracteriza pela discussão focalizada e informal em um grupo de tamanho reduzido. Fui informada, para tanto, do propósito de obter informações qualitativas e em profundidade sobre os temas da obesidade e da alimentação”. O acesso e a análise dos dados coletados por meio da gravação e transcrição das falas dos participantes se farão apenas pela pesquisadora e seus orientadores.

Porto Alegre, ____ de _____ de ____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Coordenadora Responsável pela Pesquisa Profa Dra Jacqueline Oliveira Silva

Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecília- Porto Alegre - RS - Brasil

CEP 90035-003- Fone: (51) 3308-5327

Comissão de ética e pesquisa de UFRGS contato:(51) 3308 3629