UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

LARISSA DE FARIAS ALVES

REPRESENTAÇÕES DO *COMER IDEAL* E DO *COMER SAUDÁVEL* EM PACIENTES OBESOS COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA EM GOIÂNIA/GOIÁS.

GOIÂNIA
2016

sistema de bibliotecas ufg

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **[X] Dissertação** **[ ] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Larissa de Farias Alves

Título do trabalho:

REPRESENTAÇÕES DO *COMER IDEAL* E DO *COMER SAUDÁVEL* EM PACIENTES OBESOS COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA EM GOIÂNIA/GOIÁS.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [x] SIM [ ] NÃO[1]

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Larissa de Farias Alves
Assinatura do (a) autor (a)

Data: 10 / 11 / 16

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

LARISSA DE FARIAS ALVES

REPRESENTAÇÕES DO *COMER IDEAL* E DO *COMER SAUDÁVEL* EM PACIENTES OBESOS COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA EM GOIÂNIA/GOIÁS.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (Mestrado) da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás como requisito final à obtenção do título de Mestre em Antropologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Janine Helfst Leicht Collaço

GOIÂNIA
2016

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

de Farias Alves, Larissa
Representações do comer ideal e do comer saudável em pacientes obesos com indicação de cirurgia bariátrica em Goiânia/Goiás [manuscrito] / Larissa de Farias Alves. - 2016. 139 f.

Orientador: Profa. Dra. Janine Helfst Leicht Collaço .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Goiânia, 2016.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. antropologia. 2. alimentação. 3. representações sociais. 4. obesidade. 5. segurança alimentar. I. Helfst Leicht Collaço, Janine, orient. II. Título.

CDU 572

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

ATA DA SESSÃO DE JULGAMENTO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE **LARISSA DE FARIAS ALVES**

Aos trinta dias do mês de setembro de 2016, às 14 horas, na Sala de Defesas da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, realizou-se a sessão de julgamento da Dissertação de Mestrado da mestranda **LARISSA DE FARIAS ALVES**, intitulada *REPRESENTAÇÕES DO COMER IDEAL EM PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE.* A Banca Examinadora foi composta pelas seguintes Professoras Doutoras: Janine Helfst Leicht Collaço (FCS-UFG/presidenta), Joana Aparecida Fernandes da Silva (UFG/membro), Denise Oliveira e Silva (FIOCRUZ/Brasília/membro). A candidata apresentou o trabalho, as examinadoras a arguiram e ela respondeu às arguições. Às 16:30 horas, a Banca Examinadora passou a julgamento em sessão reservada, pela qual foram atribuídos à mestranda os seguintes resultados:

(✓) **Aprovada** ( ) Reprovada
Dra. Janine Helfst Leicht Collaço _____

(x) **Aprovada** ( ) Reprovada
Dra. Joana Aparecida Fernandes da Silva _____

(✓) **Aprovada** ( ) Reprovada
Dra. Denise Oliveira e Silva _____

Resultado Final Aprovado, alterar o título: Representações do comer ideal e do comer cotidiano em pessoas com indicações de cirurgia bariátrica em geral/ios. Recomenda-se publicação

Reaberta a sessão pública, a presidenta da Banca Examinadora proclamou os resultados e encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ata, que vai assinada por mim, Aline David dos Santos, secretária do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, e pelos membros da Banca Examinadora.

Aline David dos Santos _____
SIAPE: 1466036

Secretaria Geral do Programa de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Sociais PPG/FCS/UFG

Aos meus amores, Bruno e Gael.

Para meu porto seguro, pai, mãe e irmã.

Minha gratidão, amor e admiração.

AGRADECIMENTOS

Dentre todas as pessoas que colaboraram para esta pesquisa, quero começar agradecendo àqueles que formam a parte mais importante. Aos interlocutores, pacientes atendidos no Hospital das Clínicas e Unidades de Saúde da Família, que dedicaram um pouco do seu tempo para conversarmos, muito obrigada pelo voto de confiança.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo suporte financeiro. Ao Hospital das Clínicas e seus funcionários, assim como à Prefeitura de Trindade.

Agradeço, em especial, à professora Janine por acreditar que era possível antes mesmo que eu acreditasse. Obrigada por tudo, você me deu alicerce para construir uma nova vida e, por isso, sou eternamente grata.

Aos docentes do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás, por mostrar com singeleza um mundo maravilhoso de conhecimento. Em especial, aos professores Joana Aparecida e Luis Felipe, obrigada pelas observações, contribuições e conselhos para esta pesquisa, colocados com tanto carinho e respeito.

Agradeço às professoras Joana e Denise por aceitarem o convite de participação da banca de defesa.

Aos amigos:

À Tanieli, que é parte de mim e princípio de tudo. Espero ter você ao meu lado sempre.

À Silege, por permitir que eu não parasse de questionar – obrigada por seu conhecimento e amizade. À Aline, que é uma das pessoas maravilhosas que conheci na vida e apoiadora desta pesquisa. À Analu, que teve tanto cuidado com este texto.

Aos colegas de turma de mestrado, pelas contribuições acadêmicas, pelo suporte emocional e pelos imprescindíveis momentos de descontração. Amigos e colegas que espero que permaneçam após essa experiência.

E finalmente, àqueles sem os quais nada seria possível. Aos meus pais e ao meu companheiro, obrigada pela paciência e ajuda que deram para que eu não desistisse. Ao meu filho, obrigada por conseguir me dividir com a pesquisa.

O Cântico da Terra

"Eu sou a terra, eu sou a vida.
Do meu barro primeiro veio o homem.
De mim veio a mulher e veio o amor.
Veio a árvore, veio a fonte.
Vem o fruto e vem a flor.

Eu sou a fonte original de toda vida.
Sou o chão que se prende à tua casa.
Sou a telha da coberta de teu lar.
A mina constante de teu poço.
Sou a espiga generosa de teu gado
e certeza tranquila ao teu esforço.
Sou a razão de tua vida.
De mim vieste pela mão do Criador
e a mim tu voltarás no fim da lida.
Só em mim acharás descanso e Paz.

Eu sou a grande Mãe Universal.
Tua filha, tua noiva e desposada.
A mulher e o ventre que fecundas.
Sou a gleba, a gestação, eu sou o amor.

A ti, ó lavrador, tudo quanto é meu.
Teu arado, tua foice, teu machado.
O berço pequenino de teu filho.
O algodão de tua veste
e o pão de tua casa.

E um dia bem distante
a mim tu voltarás.
E no canteiro materno de meu seio
tranquilo dormirás.

Plantemos a roça.
Lavremos a gleba.
Cuidemos do ninho,
do gado e da tulha.
Fartura teremos
e donos de sítio
felizes seremos"

(Cora Coralina)

RESUMO

Como caráter multidimensional, a alimentação está inserida em um espaço intersticial, um sistema de valores próprios de cada cultura, cujas complexidade e ininteligibilidade começam a ser compreendidas nos limites das disciplinas. Sendo assim, esta pesquisa utiliza das perspectivas da antropologia do consumo, antropologia da saúde e doença e antropologia da alimentação para analisar discursos de pessoas atendidas em serviços públicos de saúde e compará-los com os discursos hegemônicos biomédicos atuais sobre o *comer*. A estratégia metodológica foi o estudo qualitativo etnográfico observacional (participativo) e, como ferramenta, entrevistas semiestruturadas e abertas foram realizadas no Hospital das Clínicas (Goiânia, Goiás) e Unidades de Saúde da Família (Trindade, Goiás). Fundamentalmente, a pesquisa tem o objetivo de analisar as categorias, os fatores condicionantes, os valores e os significados que envolvem a representação do *comer ideal* e/ou *saudável* de pessoas que se encontram em processo de mudança alimentar sob orientação de nutricionistas e que passaram por processo de adoecimento e têm, atualmente, diagnóstico biomédico de obesidade.

Palavras-chave: antropologia, obesidade, alimentação, comida saudável, segurança alimentar.

ABSTRACT

As a multidimensional character, eating is inserted into an interstitial space, a system of values specific to each culture, whose complexity and incomprehensibility begin to be understood within the limits of disciplines. Thus, this research uses the perspectives of consumption anthropology, health and disease anthropology and food anthropology to analyze speeches of people assisted in public health services and compare them with current biomedical hegemonic discourses about eating. The methodological strategy was the observational qualitative ethnographic study (participatory) and, as a tool, semi-structured and open interviews were carried out at Clinical Hospital (Goiânia, Goiás) and Family Health Units (Trindade, Goiás). Fundamentally, the research aims to analyze the categories, influence factors, values and meanings involved in the representation of the ideal and/or healthy eating of people who are in a dietary change process under the guidance of nutritionists and who went through some disease process and currently have a biomedical diagnosis of obesity.

Keywords: anthropology, obesity, food, healthy food, food security.

LISTA DE SIGLAS E ABREVISTURAS

ABESO	Associação Brasileira para os Estudos de Obesidade e da Síndrome Metabólica
ANOG	Ambulatório de Nutrição em Obesidade Grave
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
EPI	Equipamento de Proteção de Identidade
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HC/UFG	Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índica de Massa Corporal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa dos locais de observação de campo.....29

Quadro 1 – Relações sociais e elementos materiais e imateriais que envolvem o 'comer' dos interlocutores, a cada década.....101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do IMC.....60

Tabela 2 – Critérios de indicação para cirurgia bariátrica.....62

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **12**

INTRODUÇÃO **14**

1 PROBLEMATIZANDO EXPERIÊNCIAS DE CAMPO **22**

1.1 Negociações e constrangimentos **22**

1.2 Campo e poder **24**
1.2.1 Os poderes do campo 29

1.3 Conhecendo os interlocutores **32**

2 TEMPO, ESPAÇO E FATORES QUE ESTABELECERAM AS REPRESENTAÇÕES DO COMER **37**

2.1 O imaginário de uma vida no campo **37**

2.2 Representações do comer ligadas a memória afetiva **42**
2.2.1 Elementos materiais da comida da roça: discutindo o 'arroz, feijão e carne' 42
2.2.2 Elementos imateriais da comida da roça: discutindo a fartura 45

2.3 Em busca de uma vida melhor **46**

3 CONSTRUÇÃO SOCIAL DO INDIVÍDUO PACIENTE **52**

3.1 Discutindo noção de pessoa e corpo **53**

3.2 Construção social da obesidade **58**

3.3 O fenômeno da dor **65**
3.3.1 O sintoma motiva[dor] 67
3.3.2 O estigma da obesidade: a dor moral 69
3.3.3 Rupturas sociais: a dor emocional 74

4 DESLOCAMENTOS DE DISCURSOS SOBRE O COMER **81**

4.1 Discutindo o conceito de comida saudável **81**
4.1.1 Comida saudável 83
4.1.2 Comida ideal 89

4.2. A moral em torno dos alimentos **92**

4.2.1 Quantidade, variedade e qualidade 93
4.2.2 Comensalidade 97

4.3 A ilusão do poder de escolha 103

CONSIDERAÇÕES FINAIS 115

REFERÊNCIAS 122

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 129

APÊNDICE B – SEMIESTRUTURA PARA ENTREVISTAS 131

APÊNDICE C – INFORMAÇÕES ADICIONAIS DOS INTERLOCUTORES 132

APRESENTAÇÃO

Este texto está orientado de acordo com as linhas de raciocínio para análise de dados de pesquisa realizada como critério de conclusão do curso de Antropologia Social/PPGAS/UFG. A primeira parte do texto compreende a descrição do processo de criação do problema e a construção pessoal da identidade de pesquisadora. A segunda parte é composta pela análise e discussão dos dados coletados em campo.

Algumas categorias[1] foram selecionadas para a construção de teorias no decorrer do texto. Ao falarem sobre comida, os interlocutores envolveram categorias de *corpo doente, dor, nervoso, peso ideal, fartura, comida da roça, comida de rua, comida saudável, comida ideal e comida gostosa.* De acordo com o contexto, os capítulos foram divididos em:

Introdução – Para iniciar o tema, na introdução são definidos os principais conceitos que serão usados no decorrer dos demais capítulos, assim como a definição do objeto de estudo e descrição do recorte analítico.

Capítulo 1 – Capítulo dedicado à construção do objeto, elaboração do problema inicial, negociações e constrangimentos que envolveram a entrada em campo. O início do texto compreende a delimitação e introdução ao tema e subtemas que envolvem a alimentação do grupo analítico, descrição metodológica da pesquisa e apresentação do conteúdo, com o intuito de aproximar o leitor ao campo pesquisado. Descrevo a entrada em campo como um ritual de passagem e transformação pessoal de profissional de saúde para antropóloga. O eixo direcionador desta parte da dissertação é o discurso de poder que maneja as relações deste processo. Apoio-me nas referências sobre metodologia de pesquisas etnográficas para a construção desse capítulo.

Capítulo 2 – A partir do recorte de tempo e espaço, este capítulo é dedicado ao levantamento dos dados empíricos coletados através de observação, contato com intermediários e conversas com os participantes do grupo de pesquisa. A linha temporal e espacial que conduzem as representações do comer é abordada nesse capítulo. Levando em consideração que o ato de comer é complexo e não deve ser analisado de maneira fragmentada, trago nesse capítulo alguns fatores que influenciaram na construção das representações do *comer* de um tempo e espaço colocados com distanciamento. Discuto ainda

[1] Durante todo o texto, uso o termo "categorias" para indicar como os interlocutores classificam sua alimentação e através delas analisar meu objeto. Geertz (2008) dedica-se a explicitar como a tradução entre linguagem do antropólogo e linguagem do 'nativo' – termo usado pelo autor – se efetiva na prática: levando em consideração que o antropólogo só consegue perceber as formas simbólicas que os 'nativos' usam para perceber, o autor preconiza que se busque a compreensão destas categorias através de um pendular constante entre as categorias 'nativas' e as que o antropólogo utiliza para realizar os seus objetivos científicos.

o contexto político-econômico que influenciou o processo de deslocamento geográfico e social.

Capítulo 3 – Baseando-me em pesquisas antropológicas sobre as noções de corpo, saúde e doença, e a partir de semelhanças identificadas nos discursos dos pacientes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Goiânia-GO) e nas Unidades Saúde da Família (Trindade-GO), reflito como o *corpo obeso* é construído socialmente, levantando questões sobre o estigma da gordura em nossa sociedade. Através de pesquisas na área, pretendo refletir sobre o fenômeno da dor presente no corpo desses indivíduos e eventos críticos de rupturas sociais que fazem parte do processo de adoecimento.

Capítulo 4 – Este capítulo foi construído também através de uma linha temporal, porém a discussão se volta para as novas construções (após o período de transição de identidade social vivido pelos interlocutores). Discuto também os reguladores destas novas representações e a moralidade que envolve o *comer*. Por fim, relaciono ainda a idealização de 'melhores condições de vida' com o verdadeiro poder de escolha que motivou estas pessoas e influenciou as representações de comida. Todo o capítulo é construído retomando as ideias anteriormente discutidas, traçando um paralelo entre a experiência do adoecimento e a incorporação do conceito de "saudável" nos discursos dos interlocutores.

Considerações finais – Por fim, o encerramento do texto é feito de uma maneira que resume e evidencia as principais ideias e teorias abordadas em todos os capítulos. Nesta parte do texto, é colocado de forma objetiva o resultado das análises feitas com os dados coletados em campo.

INTRODUÇÃO

"O que comer significa para você? "

Esta pergunta era feita sempre no último momento das entrevistas realizadas com as pessoas que tive o prazer de conhecer durante a pesquisa. Se você também tentou respondê-la, pode imaginar a complexidade e a profundidade deste objeto de estudo: o *comer*. Comer é um ato espontâneo e 'natural' sendo, na maior parte das vezes, não reflexivo. Apesar de cotidiano, o *comer* é envolvido por teias de significados que entrelaçam o 'natural' ao social e ao cultural[2]. Ou seja, as ações individuais são orientadas por representações sociais[3] e influenciam as escolhas alimentares dando a um ato fisiológico um significado social.

O ato de comer é um sistema complexo de relações e sentimentos. Cada pessoa com quem conversei traduziu um emaranhado de categorias e classificações para explicar como sua vida alimentar caminhou até àquele momento. A definição de "comer" no dicionário da língua portuguesa é bem ampla - e não deveria ser diferente. "Comer: 1. levar à boca e engolir. 2. Carcomer, roer, consumir. 3. Eliminar, ganhar (pedras em jogo de tabuleiro). 4. Possuir carnalmente. 5. Tomar refeição, alimentar-se habitualmente. 6. Roubar. 7. Comer com os olhos, encarar atentamente; desejar com avidez" (FERREIRA, 2010).

A racionalidade biomédica[4] ocidental conceitua, tradicionalmente, o *comer* sendo o ato vital que consiste na ingestão de nutrientes provenientes de alimentos. Em 2014, o Ministério da Saúde publicou o Novo Guia Alimentar para População Brasileira, onde faz uma ressalva a este conceito, considerando a alimentação como

---

[2]Mesmo considerando que a 'cultura' é alguma coisa que as análises antropológicas inventaram, é um tanto quanto difícil falar sobre uma pesquisa etnográfica sem definir o conceito de cultura. Por isso, trago aqui o conceito semiótico de cultura defendido por Geertz na sua descrição densa. Clifford Geertz assume a cultura como sendo "as teias de significado, que o próprio homem teceu, e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície. Todavia, essa afirmativa, uma doutrina numa cláusula, requer por si mesma uma explicação" (GEERTZ, 2008, p. 4).

[3]Retomando as reflexões de Émile Durkheim, entendemos por representações sociais ou representações coletivas a manifestação da vida psíquica do sujeito coletivo (sociedade); seria, então, a 'alma da sociedade' (DURKHEIM, 2007). A representação social pode ser melhor definida como a construção mental da realidade que permite a compreensão e a organização do mundo, bem como a que orienta o comportamento. Os elementos da realidade, os conceitos, as teorias e as práticas são submetidos a uma reconstituição com base nas informações colhidas e na bagagem histórica (social e pessoal) do sujeito, permitindo, dessa forma, que se tornem compreensíveis e úteis. Nesse processo, as representações sociais tomam um objeto significante, introduzindo-o num espaço comum, digerindo-o de forma a permitir sua compreensão e sua incorporação como recurso peculiar ao sujeito (MOSCOVICI, 2003; GARCIA, 2005).

[4]Ao citar racionalidade biomédica, estou considerando o saber científico construído através do referencial analítico mecanicista que compõe o imaginário da medicina oficial ocidental e suas diversas áreas de especialização e atuação.

> algo que diz respeito à ingestão de nutrientes, mas também aos alimentos que contêm e fornecem os nutrientes, a como alimentos são combinados entre si e preparados, a características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares, influenciando assim, a saúde e o bem-estar (BRASIL, 2014, p. 15).

Para alguns autores que pensam a alimentação na antropologia, o *comer* é um complexo fenômeno humano, sendo composto por bases fisiológicas, porém norteado e delimitado por normas sociais. Os estudos antropológicos e sociológicos não são feitos analisando fatos isolados; assim, o conceito de comer não aparece separado do conceito de sistema alimentar e cultura alimentar. Tendo função comunicadora, de inclusão e exclusão social, a cultura alimentar, na perspectiva antropológica de Contreras, trata-se do

> conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas herdadas e/ou aprendidas que estão associadas à alimentação e são compartilhadas pelos indivíduos de uma dada cultura ou de um grupo social determinado (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 29).

Já na constituição dos sistemas alimentares, há a intervenção de fatores que implicam representações e imaginários sociais envolvendo escolhas e classificações. O sistema alimentar pode ser considerado:

> O complexo das relações interdependentes associadas à produção, distribuição e consumo dos alimentos que foram se estabelecendo ao longo do tempo e do espaço com o objetivo de resolver as necessidades alimentares das populações humanas. Desse modo, reconhece-se a relação entre as diferentes forças que atuam nos fluxos de mercadorias que vão desde os produtores até os consumidores e se aceita que os sistemas alimentares são realidades dinâmicas e que existem elementos de continuidade e de mudança na evolução de processos sociais que delimitam as formas pelas quais os alimentos são produzidos, distribuídos e consumidos (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 36).

Esses conceitos não são definições únicas e consensuais na área. O importante é destacar que existe consenso sobre a existência de uma relação constante entre representações de grupos sociais, o comestível e a ação do indivíduo. Lévi-Strauss (2004) e Leach (1983) afirmam que a primeira característica universal dos comensais humanos é a instalação de um sistema classificatório que define a ordem do comestível e do não comestível. Este processo não pode ser reduzido a vantagens biológica, ecológica ou econômica separadamente (SAHLINS, 2003). A necessidade de comer está inserida em um sistema de valores próprio de

cada cultura e, nesse sentido, é importante observar o que se come, mas também como se come, quando, com quem, onde e quem prepara.

Como caráter multidimensional, a alimentação está inserida em um espaço intersticial cujas complexidade e ininteligibilidade começam a ser compreendidas nos limites das disciplinas. Esse é um tema caracterizado por uma 'atitude interdisciplinar', a qual permite reunir imagens fragmentadas do ser humano biológico e do ser humano social. Ao comer, o ser humano não ingere apenas símbolos nem tampouco apenas nutrientes; o espaço alimentar já não é apenas um 'fato social total', nos termos de Mauss (1950), mas sim um 'fenômeno humano total', nos termos de Morin (1973). Assim, o *comer* não deve ser analisado de outra maneira senão como consequência de fenômenos biológicos e ecológicos e também como fator estruturador de organização social.

A base para a construção da antropologia da alimentação deu-se através do enfoque estruturalista de Lévi-Strauss na antropologia social, e do culturalismo simbólico na semiótica de Barthes (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 55). Como a linguagem, afirma Lévi-Strauss, a cozinha é uma atividade universal, presente em qualquer sociedade humana, e está configurada por um sistema de traços culinários que contrastam e se inter-relacionam. A máxima difundida por Lévi-Strauss "se bom para pensar, então bom para comer" nos introduz ao postulado culturalista, assim como ao materialismo cultural. Ao invés de se deter nas diferentes fases da atividade alimentar e nos processos sociais relativos, a perspectiva estruturalista se dirige às normas e convenções que governam os modos como os produtos alimentícios são classificados, preparados e combinados entre si (LÉVI-STRAUSS, 1992[1958]).

Assim como uma linguagem, a dieta tem normas de exclusão, oposições significativas, normas de associação sobre como os pratos podem ser conformados e normas de uso. Alimentar-se é uma conduta que se desenvolve além de seu próprio fim, sendo o alimento um signo e uma necessidade, e ambos estruturados: substância, técnicas de preparação, hábitos – citando os elementos da semiologia de Barthes (1990). O argumento básico de Barthes é o de que onde há significado, há sistema. Mary Douglas (1979) coincide com Barthes ao defender que os alimentos e, em particular, as refeições constituem sistemas de comunicação, um protocolo de imagens e costumes que manifestam a estrutura social e simbolizam as relações sociais.

Grande parte do matiz linguístico dos estruturalistas é posteriormente abandonado por pensadores marxistas nas décadas de 70 e 80. Esses autores tentarão descobrir as estruturas complexas que condicionam as relações sociais de poder nas quais estão sobrepostas as

transições alimentares e os modos como os processos de acumulação do capital influenciam as transformações que ocorrem no sistema alimentar. Nessa linha, onde encontram-se Goody, Mennell e Mintz, as explicações são baseadas na reconstrução histórica da produção, distribuição e consumo diferencial de alimentos. Isto não impede, entretanto, que, na década de 90, sob influência da corrente pós-moderna, a atenção à linguagem e o seu papel na construção do discurso e da identidade volte a adquirir importância nas explicações de problemas de ordem alimentar (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 65).

As pesquisas antropológicas atuais discutem, geralmente, sobre as consequências que o 'estilo de vida moderno' impõe ao sistema alimentar. O senso comum, a mídia e os profissionais de saúde passam uma denotação negativa da alimentação na sociedade ocidental contemporânea, atribuída ao tempo escasso das refeições, à superalimentação de algumas populações, à inclusão de alimentos *não saudáveis* nas refeições diárias etc., sugerindo a ideia da diluição dos parâmetros alimentares (COLLAÇO, 2004). Este discurso ganha ainda mais poder se aliado ao aumento dos casos de doenças vinculadas à alimentação – tendo como principal exemplo a obesidade.

Atualmente, a população brasileira possui, entre os adultos, a frequência de excesso de peso de 48,5%, sendo maior entre homens (52,6%) que em mulheres (44,7%); destes, a frequência de adultos obesos já é de 15,8% (BRASIL, 2012a). Estes dados refletem uma tendência na população ocidental, a qual, a partir da industrialização, vem sendo chamada de sociedade de consumo ou sociedade de abundância[5]. A propagação destes discursos faz com que o comensal comece a questionar suas próprias práticas alimentares e busque aconselhamentos diversos. A crescente busca por orientações alimentares capazes de prevenir ou controlar o aumento do peso corporal vem acompanhada de um dilema: entre os que procuram uma intervenção nutricional, 95% fracassam na manutenção de sua dieta de emagrecimento e voltam a engordar, formando um quadro pernicioso para a saúde pública a médio e longo prazo (BRASIL, 2012a).

---

[5]Tradicionalmente, a Antropologia considera a sociedade de abundância como aquela sociedade que não tem restrições ou à qual nada falta (SAHLINS, 1976). Este pensamento, se mal interpretado, pode induzir à ideia de que é a falta ou a restrição que criam o desejo de consumo como uma forma de compensação ou que o consumo 'exagerado' é derivado da produção maciça de bens – principalmente após a Revolução Industrial. Esta ideia já foi desconstruída pela própria Antropologia, que ultrapassou esse pensamento defendendo o fim da colagem consumo e capitalismo. Obras importantes criticaram a oposição entre mercadoria e presente e desconstruíram a visão de que os bens de massa são dessocializantes (APPADURAI, 2008), colocando-os como parte importante da cultura material e considerando o consumo moderno um processo de objetificação ou projeção social no mundo externo e a sua reincorporação (MILLER, 2013). Assim, o consumo foi entrelaçado às propriedades culturais simbólicas e não ao capital (McCRACKEN, 2003; MINTZ, 1985).

Tive oportunidade de acompanhar de perto esse *dilema* atual através da atuação como nutricionista. Neste período, surgiram questionamentos pessoais sobre o alcance das práticas biomédicas no comportamento cotidiano do indivíduo (consequência da atuação fragmentada da maioria dos profissionais de saúde na sociedade ocidental). A partir daí busquei informações em outras áreas de conhecimento, e, como era de se esperar, cada olhar (ou fragmento) sobre o indivíduo tinha [ou não] respostas diferentes. Esta busca me levou a uma outra pergunta: como posso compreender o que o *comer* significa para aquelas pessoas que procuram intervenção em sua própria alimentação?

Entender o *comer*, portanto, não é como entender outros fatos sociais. O ato de comer envolve todas as dimensões do ser humano e do sistema em que ele está inserido, podendo ser avaliado sob uma perspectiva que ultrapassa o tríplice olhar. A comida que nos chega à boca tem vida própria e influências políticas, econômicas, ambientais, culturais, emocionais e, apenas em parte, nutricionais. A característica prismática desse objeto enriquece este trabalho pois, por meio da fala dos interlocutores, posso discutir aqui sobre saúde, corpo, noção de pessoa, influências políticas e econômicas no nosso dia a dia, moral e culpa, estigma, relações tempo e espaço e tantas outras vertentes que meu olhar não conseguiu captar – característica que me permite classificar esta pesquisa como a interseção da perspectiva da antropologia da alimentação, antropologia da saúde e antropologia do consumo.

Esta pesquisa foi desenvolvida no decorrer do curso de mestrado em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Faculdade de Ciências Sociais, no período de março de 2014 a dezembro de 2015. Para ingresso no curso, a proposta inicial foi baseada na ideia de um olhar antropológico para o ato de comer de pessoas que buscavam serviços de reeducação alimentar. Através das disciplinas ministradas no curso e das reuniões de orientação, a pesquisa tomou forma e culminou para a análise de categorias e conceitos sobre o *comer ideal* e *saudável* de pessoas que se encontram em processo de mudança alimentar sob orientação de nutricionistas responsáveis pela assistência a pacientes que aguardam a realização da cirurgia bariátrica ou são candidatos ao encaminhamento para a mesma.

Os dados foram coletados com o objetivo de conhecer as variáveis envolvidas nas práticas alimentares dos pacientes atendidos pelo Hospital das Clínicas/UFG - Goiânia (HC/UFG) no período de março a abril de 2015. No período de setembro a dezembro de 2015, os dados foram coletados na Unidade de Saúde da Família – Trindade/ Centro (USF/Centro) – tipo de unidades responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes ao Hospital das Clínicas (HC/UFG). Retornei ao HC/UFG apenas em novembro de 2015 devido à paralização dos serviços de atendimento no hospital.

Com os fatos vistos e ouvidos, trago aqui para o plano da escrita o que foi observado, vivido e ouvido. Este é um processo muito importante e não pode ser norteado por conclusões particulares, pois o resultado do trabalho tem influência tanto no processo de comunicação interpares - isto é, no seio da comunidade profissional -, como no de conhecimento propriamente dito (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998). Mas por mais que o pesquisador entenda a linguagem cultural do grupo estudado, a tradução da 'cultura nativa' em 'cultura antropológica' não é totalmente limpa; ela passa, necessariamente, pelos conceitos e representações do pesquisador. Assim, mais que um empreendimento descritivo, proponho para a dissertação um exercício interpretativo de refletir a comida e a obesidade de outras maneiras.

A fusão de teorias de cunho biológico e social do ser humano trouxe indagações ainda maiores que as possíveis respostas. Sendo assim, reformulo a dúvida inicial e, através do curso de mestrado em Antropologia Social, ela se torna o "quê" desta pesquisa: se comemos guiados por normas sociais, o que pessoas que procuram aconselhamento dietoterápico entendem por uma *comida ideal* e/ou *saudável*? A estratégia para pensar sobre esta questão é, então, classificar as categorias da representação sobre o *comer ideal* dessas pessoas, conhecendo suas trajetórias e valores envolvidos em sua alimentação.

Para atingir os objetivos aqui propostos, o método etnográfico foi o que conduziu a pesquisa, a qual teve como estratégia metodológica o estudo qualitativo etnográfico observacional (participativo). Desde Malinowski, o trabalho de campo nas pesquisas sociológicas é norteado pelos métodos da pesquisa etnográfica: a partir de uma descrição (etnografia), a análise da instituição observada é feita (etnologia). Este método constitui-se no exercício de olhar e ouvir, impondo ao/à pesquisador/a um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ela estudado através da sua participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada lhe apresenta (ROCHA & ECKERT, 2008).

A pesquisa de campo teve seu planejamento baseado por recorte empírico e privilegiou a condição de participantes de programas de reeducação alimentar na seleção inicial. O critério de seleção foi observar e ouvir pessoas que procuram ou são encaminhados a atendimento nutricional com a intenção de mudança dos hábitos alimentares para redução do peso corporal, formando um grupo apenas analítico[6]. Critérios como gênero, eixo temporal, idade, classe social e parentesco seriam definidos durante o processo de

[6] O primeiro pensamento era estudar grupos de orientação alimentar que realizavam reuniões para degustação de dietas e trocas de experiências. O poder do campo me levou para o HC/UFG e para a USF/Centro.

reconhecimento de campo, e algum(s) critério(s) só seria(m) motivador(es) de seleção da amostra caso, durante as entrevistas, tivesse sido evidenciada a influência deste(s) no processo de mudança do hábito alimentar ou na formação do conceito de *comer ideal* – o que não foi necessário.

A intenção deste tipo de seleção foi não prever quais variáveis estariam presentes no consumo alimentar desse grupo (baseando-me no senso comum, em paradigmas pessoais ou ainda nos resultados de estudos anteriores) para tentar encontrar o princípio regulador dessas representações e não induzir o processo de análise. Leach (1996) aponta em seu trabalho a importância dos padrões estruturais que se repetem, afirmando que, para o antropólogo, o fator de verdadeira importância analítica sempre será o princípio regulador, as leis de funcionamento em detrimento da análise de "peças isoladas". O recorte final foi definido em estudo de pacientes obesos que foram indicados a cirurgia bariátrica e estavam em acompanhamento dietoterápico.

Em qualquer estudo social o planejamento inicial é baseado nas normas metodológicas da etnografia, porém, na fase em que o pesquisador inicia o campo, podem haver mudanças em algumas linhas previamente traçadas, como por exemplo, no recorte de espaço. Este é um acontecimento comum nas pesquisas etnográficas, e não é usual este tipo de projeto contemplar hipóteses iniciais de pesquisa, uma vez que estas emergem na medida em que a investigação avança com a aproximação ao universo a ser pesquisado (ROCHA & ECKERT, 2008).

Dito isso, fica justificada a diferença entre campo planejado e campo pesquisado. Para escolha inicial de entrada em campo, tentei contato com grupos de apoio e reorientação alimentar que realizavam reuniões de acompanhamento coletivo, como por exemplo, os Vigilantes do Peso[7]. Nesta etapa, a internet foi um acessório central (através de sites de busca, fiz o primeiro recorte de objeto selecionando os locais onde grupos de controle do peso se encontravam), mas apenas um grupo foi localizado em Goiânia. Eu havia traçado um roteiro orientador, porém a falta de acessibilidade[8] e bloqueio feito entre mim, o informante e o grupo Vigilantes do Peso me compeliram para outras possibilidades de recorte.

---

[7]O "Vigilantes do Peso" faz parte da *Weight Watchers*, uma organização mundial que participa ativamente de fóruns científicos globais de disciplinas relacionadas ao controle do peso. Este grupo realiza reuniões semanais com seus associados para orientações dietéticas e controle da dieta dos pontos. Para mais informações: <http://vigilantesdopeso.com.br/sobre-empresa>. Acesso em 27 de fevereiro de 2015.

[8]Explicarei no próximo capítulo como decorreram os contatos e as tentativas de entrar neste campo, assim como suas dificuldades.

Através do contato com colegas nutricionistas, cheguei finalmente ao meu grupo de estudo. Fui informada que a doutora Viviane[9], nutricionista e professora da faculdade de medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), estava com um grupo de atendimento a obesos graves que faziam reuniões periódicas, além dos atendimentos individuais. Assim, o meu grupo de estudo definiu-se: eu estudaria os pacientes do ANOG (Ambulatório de Nutrição em Obesidade Grave) no Hospital das Clínicas (HC/UFG). No final do ano de 2015, por motivo de greve dos servidores da UFG, me afastei deste campo. Nesta fase, ter contato com outras nutricionistas foi fundamental, pois continuei o campo nas unidades de atendimentos que encaminhavam os pacientes ao hospital – USF em Trindade, Goiás.

As observações foram concedidas mediante autorização da professora coordenadora do ANOG, da nutricionista responsável pelos atendimentos às USFs/Trindade e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (Sistema CEP/CONEP). As entrevistas foram realizadas e gravadas subsequentemente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) pelos entrevistados, conforme as normas da resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os dados foram obtidos através de entrevistas diretas semiestruturadas e abertas, onde havia um roteiro de inquietações (Anexo 2).

Assim, o olhar foi direcionado pela teoria, mas guiado pela força que o campo pode exercer no pesquisador, que nada mais pode fazer a não ser ter a sensibilidade de identificar todos os elementos e objetos múltiplos que formam a complexa rede das relações sociais[10] daqueles locais.

---

[9]Todos os nomes utilizados no decorrer do texto são fictícios com o intuito de preservar os participantes da pesquisa.

[10] Apesar das relações de poder que envolveram o campo terem sido analisads e discutidas no capítulo 2, as dimensões das relações sociais criadas em campo não foram aprofundadas nesta pesquisa para não comprometer o objetivo inicial, deixando uma oportunidade de análises posteriores.

1 PROBLEMATIZANDO EXPERIÊNCIAS DE CAMPO

1.1 Negociações e constrangimentos

Uma etnografia se inicia com um processo de negociação da(o) antropóloga(o) com indivíduos e/ou grupos que pretende estudar, transformando-os em parceiros de seus projetos de investigação (ROCHA & ECKERT, 2008). A minha primeira tentativa de negociação foi por telefone. Consegui o número através do site dos Vigilantes do Peso e liguei para a regional de Goiânia. Do outro lado da linha uma voz acolhedora atende dizendo: "*Bom dia, você quer emagrecer*? ". Ao explicar o motivo do meu contato a voz acolhedora se transformou prontamente em uma voz autoritária e me informou que o grupo não estava interessado em pesquisas, visto que uma doutoranda em psicologia havia feito pesquisa anterior e os participantes reclamaram de constrangimento. Ainda assim, insisti neste campo mandando e-mail para sua fundadora, em São Paulo, mas não obtive nenhuma resposta.

Entrei em contato, então, com a professora Viviane (ANOG/HC/UFG) via *e-mail*. Após duas reuniões, encaminhamento de uma carta de apresentação e da aprovação do comitê de ética, a resposta que ganhei foi para tentar o contato na semana seguinte. O interessante nesta tentativa de entrada em campo é que no primeiro encontro marcado, a professora não estava no local combinado e na segunda tentativa, após espera, tivemos uma reunião em uma sala 'privada' para que eu explicasse o projeto. Nossa conversa foi interrompida repetidas vezes por estudantes que entravam na sala – "alunas de doutorado em saúde", disse Viviane - e, devido projeto delas, o grupo de obesidade não estava fazendo mais as reuniões em grupo, mas ainda eram realizados atendimentos individuais para orientação alimentar.

Neste período, aproveitei o material que havia conseguido até então e comecei a refletir sobre as artimanhas que o campo estava colocando. Senti assim o poder do campo começando a afetar a pesquisa. A primeira tentativa de entrada em campo (com a coordenadora dos Vigilantes do peso) havia fracassado baseada no medo do constrangimento; a segunda tentativa no grupo do HC inicialmente também envolveu constrangimento, partindo do intermediário para a pesquisadora. Como sinaliza Vagner Gonçalves da Silva, as "elaborações antropológicas resultam, entre outras coisas, dos constrangimentos da inserção do antropólogo no campo e do encontro com determinados tipos de informantes ou interlocutores" (SILVA, 2006).

Talvez este mesmo sentimento levou a professora Viviane a usar técnicas e instrumentos (adiamentos das reuniões, espera, demonstrar desinteresse durante a conversa,

exigência de documentos etc.) para constranger e promover a ruptura do meu papel como pesquisadora principal - uma forma de definir, na primeira impressão, os papeis de cada um nesta relação que estava começando a se formar. Relação que evidentemente seria hierarquizada, sustentada pelo discurso de poder biomédico e justificada pela posição acadêmico-social. Mal sabia ela que eu já estava no meu próprio processo de ruptura[11]. A partir daí o campo me mostrava a possibilidade de pensar sobre as posições sociais e a formação de identidade que existiam naquele local.

As oportunidades e os espaços que se abrem ao antropólogo durante o processo de entrada em campo e como são mediados pela interação de todos os marcadores de sua identidade, pelos eventos e atores com os quais se depara, além de serem constrangidos por uma série de contingências ambientais e históricas, são um bom material de análise e reflexão. Qual identidade minha foi lida em ambas tentativas de entrada? A nutricionista que constrange, a antropóloga pesquisadora? Arrisco dizer que todas elas contextualizadas, analisando sob a ótica dos atores e representações sociais do 'eu' de Goffman (1985). Independente da impressão emitida, foi assim que consegui iniciar a relação com minha intermediária e consegui meu campo de pesquisa. O acordo foi feito, poderia acompanhar os atendimentos dos participantes do ANOG uma vez por semana e de acordo com o agendamento dos atendimentos.

Atitude diferente teve minha outra intermediária, Fernanda, nutricionista da USF. Talvez pela relação afetiva que temos ou por ser, na minha opinião, uma das pessoas incríveis que conhecemos ao longo da vida, ela foi totalmente apoiadora da pesquisa e, em momento nenhum, exigiu algo em troca. Na primeira entrevista, como no outro campo, também fiquei em dúvida sobre minha postura e, por ironia, foi novamente o constrangimento que influenciou minha reação. Não um constrangimento imposto em mim, mas o oposto: tive medo de constranger Fernanda em seu próprio ambiente de trabalho, estando vestida diferente dela e conversando com 'seus próprios pacientes'.

Nos dois momentos de entrada em campo, as relações de poder foram pensadas por mim. O espaço do hospital foi evidentemente um local de grande constrangimento e clara demonstração de hierarquia do saber – remetendo-me a Focault (1999). Considero que houve um constrangimento no HC devido a títulos classificatórios, poder do espaço e tempo no

[11]Uso aqui o conceito de ruptura nas representações sociais de Goffman. O autor considera que as rupturas, por conseguinte, têm consequências em três níveis de abstração: personalidade, interação e estrutura social. Embora a probabilidade de ruptura varie amplamente de interação para interação, e conquanto a importância social de prováveis rupturas varie de uma interação para outra, ainda assim parece não haver interação na qual os participantes não tenham apreciável probabilidade de ficar ligeiramente embaraçados ou uma ligeira probabilidade de ficar profundamente humilhados (GOFFMAN, 1985).

hospital e, principalmente, um poder de acesso aos *pacientes* de acordo com a área de pesquisa. Os *pesquisadores biomédicos* tinham infinitamente mais *direito* e *poder* sobre aqueles pacientes do que eu – mesmo não sendo minha intenção construir relações de poder naquele espaço, e sim, analisá-las.

Já no espaço da USF, onde a hierarquia maior continua sendo o médico mas sua presença é minoritária e rara, os nutricionistas tinham local de destaque nesta construção. Como o meu contato dessa vez foi referenciado com o papel de colega de profissão e não de ex-aluna, senti outro tipo de relações de poder. Ao chegar na USF, a equipe, que já me aguardava, me recepcionou, me posicionou (na sala já reservada) e, a partir daí, senti que o constrangimento mudou de direção, pois eu fazia parte da pirâmide hierárquica na condição de constrangedora. As relações de poder que observei no HC estavam se repetindo na USF/Centro em menor grau e em níveis diferentes da estrutura hierárquica, mas era a mesma construção de *status* social.

Considerando o que Goffman (1985) ressalta sobre as diversas representações que podemos dissimular no cotidiano, a resposta dessas interações depende basicamente de qual conceito e contexto as relações dos atores envolvidos referenciam. O mesmo objeto simbólico (material ou imaterial) não tem, em um mesmo processo ritual, significado hegemônico, sua representação será influenciada pelo tempo, espaço e ideias de poder que a sociedade constrói para aquela determinada situação. Um objeto simbólico material envolvido nessa hierarquia do saber me chamou atenção antes mesmo da entrada em campo. A proposta do mestrado em antropologia para desconstruir paradigmas hegemônicos me incentivou a pensar em um objeto marcador de diferença: o jaleco branco.

1.2 Campo e poder

O olhar atento do antropólogo é uma característica primordial nas pesquisas sociais. Sempre citado como a parte sensível e indispensável do pesquisador, o olhar é ainda mais eficaz se contar com um paradoxal distanciamento. A convivência do pesquisador com o grupo tem que ser sempre margeada e marcada analiticamente pela diferença entre antropólogo e ‘nativo’. Apesar de parecer contraditório – a ponto da própria ciência social já ter descontruído a ideia do distanciamento total – senti a necessidade, incluindo física, de fazer este processo, inventando meu próprio rito de passagem.

Como nutricionista, meu olhar sobre um grupo de pacientes obesos viria carregado de paradigmas anteriores. O início do mestrado em antropologia não significou minha saída

imediata da área da saúde. Na verdade, meu dia a dia era dividido entre reflexões sobre o relativismo cultural de Franz Boas e atualizações, diretrizes, prontuários e prescrições baseadas no conhecimento biomédico. Não seria nada fácil a tentativa de encontrar um olhar holístico sobre um fragmento do ser humano quando você é um instrumento de ação do sistema de saúde.

O indivíduo pode envolver o seu *eu* em sua identificação com um determinado papel e em seu conceito de si mesmo. "O 'eu', portanto, como um personagem representado, não é uma coisa orgânica, que tem localização definida, é um efeito dramático e a questão primordial está em saber se será acreditado ou desacreditado" (GOFFMAN, 1985). Para mim, a questão primordial era, realmente, me fazer acreditar na minha *persona antropóloga* e, não tendo como e nem porque fazer transformações orgânicas, transformei minha *persona nutricionista*.

Tal ritual de passagem foi evidenciado por um símbolo: o jaleco. Neste ponto, considero o tempo como o fator determinante para minha movimentação. Certa dualidade funcionou até o momento em que não incumbia tanta *persona* em apenas um dia, e tive que escolher a qual identidade dar continuidade: a pesquisadora, a nutricionista, a mãe, a esposa dona de casa. Como podem presumir, escolhi a que satisfaz meu ego e a que é indissociável, me tornei mãe e pesquisadora, não necessariamente nesta ordem.

Guardei os meus jalecos alvejados no armário, bem no fundo do armário. Pedi demissão do meu emprego em um hospital, 'liberei' todos os meus pacientes atendidos em clínicas particulares e domiciliar e, a partir daí, percebi também uma transformação no meu vocabulário. Os termos técnicos foram sendo substituídos nas conversas do dia a dia: o "ingerir" transformou-se em "comer"; o "alimento" em "comida"; os sinais corporais em sintomas; a anamnese alimentar virou observação e entrevista; a doença não tinha causa, tinha construção social; o peso corporal não importava mais, mas sim a noção de corpo. Finalmente eu sentia como se tivesse vestido a capa do antropólogo, remetendo-me a Cardoso de Oliveira (1998).

O meu primeiro contato com a professora Viviane foi dia 23 de fevereiro de 2015, através de e-mail, no qual expus minha intenção em realizar a pesquisa no ANOG. Na maioria das vezes, as negociações se deram através deste meio ou por telefone. Assim, a negociação se perdurou por dois meses, até dia 06 de abril do mesmo ano, quando enviei as informações e documentos exigidos por ela para que eu iniciasse o campo. Neste último contato, antes da entrada em campo, o conteúdo do e-mail me intrigou, transformando minha relação com o

‘jaleco’, no mínimo, irônica. Abaixo coloco o texto, na íntegra, enviado para mim naquele dia (tente não rir da minha situação):

> Oi Larissa, pode ser no ambulatório 12A na quinta 14h? Esse é o local que atendemos os pacientes. Pode levar o material e ir de jaleco, pois depois de conversarmos, provavelmente já inicia o contato com os pacientes (Professora Viviane, via e-mail).

A recomendação do uso de jaleco é, primariamente, baseada na norma regulamentadora nº 32, portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005, do Ministério do Trabalho e Emprego, a qual garante a saúde e segurança dos trabalhadores de estabelecimentos de saúde. O jaleco seria, então, um Equipamento de Proteção Individual (EPI), para o qual, teoricamente, caberiam algumas exigências, tais como: ser oferecido pela instituição, ser avaliado diariamente quanto ao estado de conservação e segurança, estar armazenado em locais de fácil acesso e em quantidade suficiente para imediata substituição, segundo as exigências do procedimento ou em caso de contaminação ou danos, e o trabalhador que entra em contato com o paciente deve estar paramentado com o EPI (BRASIL, 2005).

Não preciso discutir a eficácia e o cumprimento desta norma naquele hospital, mas estava claro que o jaleco era algo mais que um equipamento de segurança. O que ficou evidente para mim neste momento (e reforçado nos momentos posteriores da pesquisa) é que o jaleco seria também outro tipo de EPI: um Equipamento de Proteção de Identidade. Assim, no primeiro dia de campo, abro o meu armário e lá está ele, sorrindo cinicamente e dizendo: “Então agora você precisa de mim? ”. Retribuí o sorriso e o abracei como pedido de desculpas, uma vez que o desejável era obrigação.

A pesquisa desenvolveu-se, portanto, no HC/UFG e nas USF/Trindade/Centro[12] (Figura 1). O HC/UFG trata-se de uma instituição pública fundada em 1962 com objetivo de atendimento assistencial gratuito vinculado à universidade federal e, portanto, vinculado ao Sistema Único de Saúde. Teoricamente, os pacientes deveriam ser encaminhados após triagem nas USFs para atendimentos especializados, uma vez que o hospital conta com programas e ligas acadêmicas de atendimento que são referências nacionais[13].

---

[12] O Hospital das Clínicas fica localizado na 1ª Avenida, S/N, Setor Leste Universitário, Goiânia – Go. A Unidade Saúde da Família onde foi coletado os dados fica localizada Avenida Manoel Monteiro, n. 934, Centro, Trindade-GO. Os dois pontos estão localizados a 32 km de distância, sendo a USF/Centro uma das unidades responsáveis por encaminhamentos de pacientes ao HC/UFG, de acordo com a complexidade do atendimento.

[13]Para maiores informações sobre o Hospital das Clínicas: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufg>. Acesso em 16 de abril de 2015.

Uma das vantagens de não conhecer o campo estudado é que, no processo de reconhecimento do local, o pesquisador está sempre em estranhamento, o que sugeriria um olhar atento a todos os detalhes cotidianos também. O estranhamento e a relativização são conceitos cunhados na tradição do pensamento antropológico na sua tentativa de dar conta dos processos de transformação do olhar do outro, o diferente, desde os deslocamentos necessários do olhar da(o) antropóloga(o) sobre si mesmo e sua cultura, o igual (ROCHA & ECKERT, 2008). A minha familiaridade com o hospital[14] poderia acarretar problemas para a pesquisa caso fosse qualquer outro local cotidiano, mas não tem como não estranhar o HC/UFG.

No primeiro dia de visita ao hospital, senti emoções variadas que se expressaram através de pensamentos como "não mudou nada" ou "posso vir cem vezes, cem vezes me perderei nestes corredores" ou ainda "como os pacientes fazem para se encontrar nesse labirinto?". A verdade é que, apesar de o jaleco que eu usava ser o mesmo, o meu olhar era deslocado, totalmente diferente, voltado para o olhar do usuário daquele lugar. Não era um local familiar (acho que nunca foi), sempre me senti dentro das escadas sem fim do artista plástico M. C. Escher quando entrava ali. Um dos locais que as escadas levavam era a ala de ambulatórios, no terceiro andar do hospital; precisamente, um corredor do centro cirúrgico, ao lado da unidade de pediatria. Foi neste local que aconteceram minhas observações e entrevistas.

Preciso comentar aqui sobre a estrutura destas salas de atendimento. Algumas coisas me chamaram atenção: as salas de atendimento eram divididas ao meio (fisicamente divididas por uma parede e um portal), onde aconteceriam dois atendimentos simultâneos. Mas uma sala não era reservada da outra, dividiam inclusive os materiais. As salas eram cercadas por dois corredores, um corredor onde os pacientes aguardavam e que dava acesso à porta principal das salas geminadas, e outro corredor atrás das salas ao qual os pacientes não tinham acesso. Então existe um 'corredor para os pacientes' e um 'corredor para os profissionais de saúde'.

Percebi esta questão de espaço e poder que envolviam esses corredores de uma forma interessante: no primeiro dia de visita ao campo entrei nos ambulatórios pelo corredor anterior, 'corredor dos pacientes'. Vestida com o jaleco, conforme orientação da professora Viviane, observei que a minha presença ali foi estranha e dividiu expressões de espanto, curiosidade, constrangimento e receptividade. Só entendi o porquê daquela reação quando a

[14] Eu já conhecia o local devido seis meses de estágio obrigatório em nutrição clínica, requisito do curso de graduação em nutrição.

nutricionista (intermediária desta pesquisa) chegou pelo outro corredor, o ‘corredor dos profissionais de saúde’, assim como todos os outros estudantes da faculdade.

As acomodações, ou a falta destas, para os pacientes também me chamou atenção. Apesar de ser um local destinado ao atendimento de obesos graves – conforme descrição das representantes do grupo de pesquisa ANOG – entre outras enfermidades, as salas eram compostas por duas cadeiras que evidentemente não eram destinadas àqueles usuários, dificultando qualquer tentativa de se sentirem confortáveis. Além disso, a privacidade não era um dos objetivos daquele local. Se por um minuto, profissional e paciente fizessem silêncio, conseguíamos escutar a consulta ao lado com facilidade.

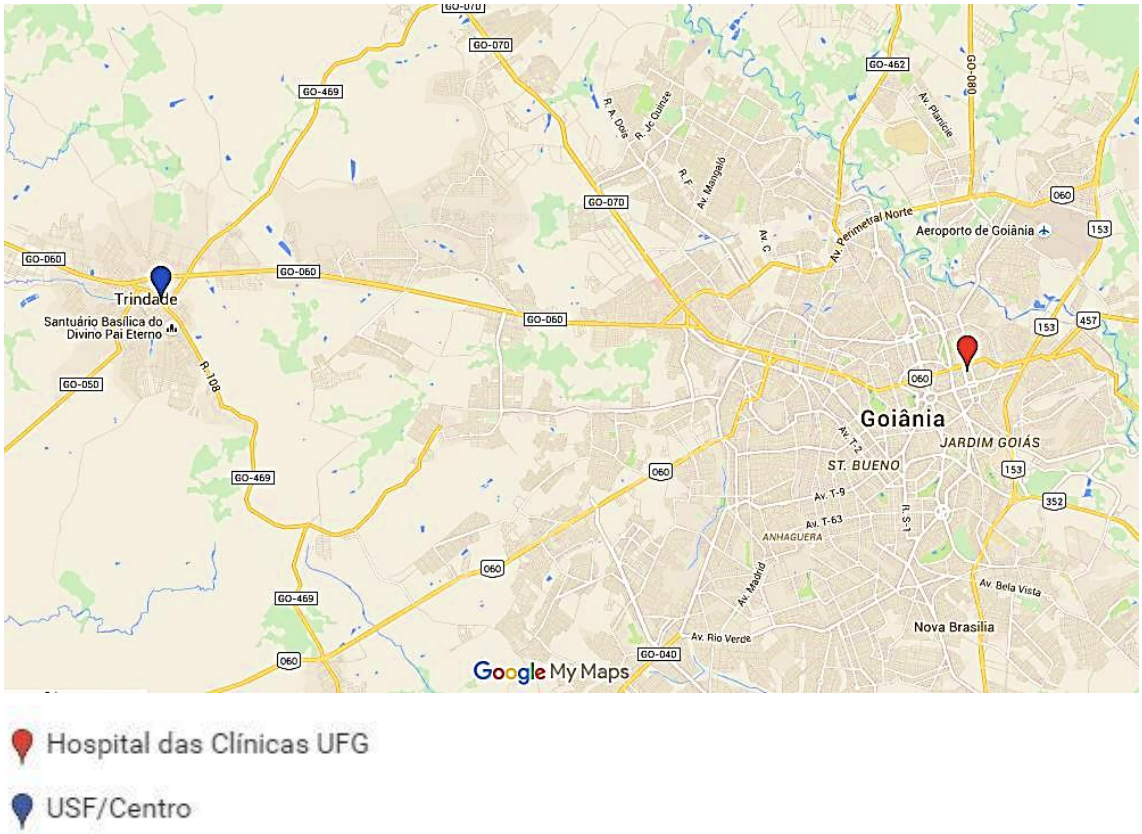
As outras instalações em que pesquisei, as USFs, eram construídas em locais estratégicos da cidade de Trindade. Diferentemente do HC, as USFs não têm nada de complexo, são muito simplistas em suas configurações, assim como nos seus serviços (destinadas a atendimentos básicos de prevenção e promoção da saúde em nível primário e secundário), também não são estruturadas pensando-se na privacidade dos pacientes. Esta USF que observei era a adaptação de uma casa, o local de atendimento nutricional era o que um dia foi a área de serviço dessa casa, com quatro mesas de atendimento, ou seja, aconteciam quatro atendimentos simultaneamente e não se deram ao trabalho nem de mascarar a falta de privacidade com uma parede fictícia – como no HC.

Nestas unidades o profissional de saúde (técnico de enfermagem ou enfermeira, geralmente) te recebe e encaminha o paciente para a sala (ou cômodo) de especialização de atendimento. Os pacientes atendidos ali são acompanhados para um atendimento básico, primário; caso o paciente precise de um acompanhamento especializado – como o caso dos participantes desta pesquisa – são encaminhados para os hospitais de maior complexidade, como por exemplo o HC.

Retomando a teoria de Goffman sobre as rupturas de interação social, um local de atendimento a pessoas obesas sem uma estrutura física adaptada para aqueles corpos, é uma maneira óbvia de constrangimento. A falta de cuidado àquele paciente pode não ter sido intencional, mas a continuidade desse desconforto com certeza é o reflexo das relações hierárquicas mantidas naquele local. Ao deparar-se com um ambiente desconfortável, é inevitável que o paciente se sinta em uma posição desfavorável em relação à figura do médico, sendo a própria estrutura dos serviços de atendimento à saúde uma estrutura constrangedora. Isso alimenta uma ideia ainda muito difundida neste tipo de serviço, a de que ‘é o paciente que precisa daquele atendimento, não o funcionário prestador de serviço’.

Este é basicamente o cenário em que se desenvolveu esta pesquisa, e a partir daí comecei o processo de entrevistas.

Figura 2 – Mapa dos locais de observação de campo



Fonte: Construído através das ferramentas disponíveis no *site* <https://www.google.com.br/maps>. Acesso em julho de 2016.

1.2.1 Os poderes do campo

Peço licença ao leitor para fazer aqui uma análise paralela antes de descrever o processo de entrevistas. A orientação da minha intermediária para ir de jaleco me provocou incansáveis reflexões e direcionou minha atenção novamente. Aqui, volto meu olhar para este arte[fato] uma vez que o campo me mostrou a pertinência de analisar as relações que envolvem tal símbolo, relações que poderiam influenciar nos próximos passos desta pesquisa. No primeiro dia de expedição, ao chegar no hospital, ainda não tinha decidido se usaria ou não o jaleco ou quando o colocaria. Optei por leva-lo à mão até a portaria de acesso para os ambulatórios. Na entrada do ambulatório, havia uma pessoa que, pelo uniforme (ou EPI, considerando a proteção de identidade), identifiquei como “segurança”. Ela me abordou e

perguntou o que eu estava fazendo ali e por que eu não tinha crachá de identificação, então usei o nome da minha intermediária (prof.ª Viviane) e a carta de apresentação elaborada por minha orientadora. A funcionária olhou para o meu jaleco rapidamente e liberou acesso sem mais questionamentos.

Neste mesmo dia, quando minha intermediária chegou no local, questionei sobre o uso do jaleco e a resposta foi negativa: "*Não é bom não. Você já não tem crachá, como os pacientes vão te identificar e confiar?* " Eu estava vestida com o jaleco, mas por baixo com certeza estava a capa da antropóloga. A todo momento tentava achar as relações sociais construídas a partir daquele uniforme - identidade, comunicação, acesso a espaços restritos, confiança e, com certeza, poder. Sem que eu tenha planejado, a entrada em campo foi invadida de significado em torno de um objeto que norteia e define a maior parte das relações entre as pessoas que transitam pelo hospital. Como uma forma de provocação e questionamento, nos dias subsequentes de visita ao hospital dissimulei a informação passada através daquela fachada: cada dia tentava entrar em uma portaria diferente com e sem jaleco.

Como estratégia metodológica, alternei a minha entrada durante quatro dias. Observei três portarias diferentes e, em todas as vezes, eu estava sem crachá de identificação, vestida com o jaleco, portando a carta de apresentação da pesquisa caso limitassem meu acesso ao local. Em quatro dias que entrei no hospital, fui questionada apenas uma vez por uma funcionária, já na entrada de acesso aos ambulatórios, dentro do hospital. Nos demais acessos e demais dias, ninguém impediu ou questionou minha entrada, diferentemente das demais pessoas que tentavam entrar sem o jaleco (acompanhantes ou visitantes, suponho). O resultado foi afirmativo para a primeira impressão que tive: o jaleco é um símbolo forte de poder dentro do hospital.

Em um trecho de sua obra "Representações do eu na vida cotidiana", Erwing Goffman (1985) ressalta a importância desses símbolos materiais e imateriais na expressão da identidade a eles vinculada e as ações dissimuladas nas interações sociais cotidianas:

> A expressividade do indivíduo (e, portanto, sua capacidade de dar impressão) parece envolver duas espécies radicalmente diferentes de atividade significativa: a expressão que ele transmite e a expressão que emite. A primeira abrange os símbolos verbais, ou seus substitutos, que ele usa propositalmente e tão só para veicular a informação que ele e os outros sabem estar ligada a esses símbolos. Esta é a comunicação no sentido tradicional e estrito. A segunda inclui uma ampla gama de ações, que os outros podem considerar sintomática do ator, deduzindo-se que a ação foi levada a efeito por outras razões diferentes da informação transmitida. O indivíduo evidentemente transmite informação falsa intencionalmente por

> meio de ambos os tipos de comunicação, o primeiro implicando em fraude, o segundo em dissimulação (GOFFMAN, 1985, p. 12).

A sociedade, na visão de Goffman, não mantém expectativas diferentes em resposta a cada ator e sua representação, colocando a situação 'usar jaleco' numa ampla categoria em torno da qual lhe é fácil mobilizar sua experiência anterior de convívio com os profissionais de saúde e estereotipar o pensamento. Os observadores, então, só precisam estar familiarizados com o pequeno vocabulário de fachada, de fácil manejo, e saber como responder a ele a fim de orientarem numa grande variedade de situações (ou atores), tornando uniforme a representação social naquele cenário. "Esta é uma consequência natural na organização social" (GOFFMAN, 1985, p. 16).

A sociedade se organiza tendo por base o princípio de que qualquer indivíduo que possua certas características sociais tem o direito moral de esperar que os outros o valorizem e o tratem de maneira adequada. Ligado a este princípio há um segundo, de que um indivíduo que implícita ou explicitamente dê a entender que possui certas características sociais deve de fato ser o que pretende que é (GOFFMAN, 1985). Esta teoria foi exemplificada na primeira entrevista que fiz. Dona Marlene, 76 anos, aposentada, ao sentar-se à minha frente abriu a bolsa e tirou todos os exames que possuía (eu estava de jaleco, obviamente). Quando lhe expliquei que não era uma consulta médica, mas uma pesquisa antropológica ela não escondeu o desapontamento: "*Pode ser então, já estou aqui, né*? ". Ou seja, o que minha aparência explicitava era destoante do papel que eu estava representando, no imaginário dela.

Para os demais entrevistados, Letícia – orientanda da profª. Viviane e nutricionista que fazia os atendimentos do ANOG - explicou melhor o objetivo da minha presença ali, assim não observei este tipo de reação novamente. Porém, em alguns momentos este objeto simbólico continuou trazendo elementos importantes para análise das relações de poder que se formam nestes locais. Transcrevo abaixo parte do diálogo que tive com Marcelo e Wênida, no qual eles demonstraram, espontaneamente, o poder deste objeto e o que ele representa:

> Se você medir minha pressão aqui agora por que você tá com jaleco branco e eu conversando com você aqui num ambiente fechado, minha pressão tá lá em cima. Aqui dentro do hospital o jaleco significa injeção e ambiente fechado, eu odeio, tenho pavor. (Marcelo, 37 anos)

> Se existisse outros lugares que tivesse um grupo tão abençoado como esse aqui do HC, mesmo com dificuldade que eles têm, quantas e quantas vezes a gente chega aqui e não tem sala. A gente vê no olho deles que brilha eles acreditando na gente (...). Então assim, quando você chega aqui dentro, entre essas paredes, que tem uma pessoa sentadinha ali esperando você, de branco, e que acredita em você...isso é muito gratificante. (Wênida, 34 anos)

O que pude observar é que, evidentemente, existe uma relação formada a partir da imagem que o jaleco branco traz no convívio entre pacientes, profissionais de saúde e funcionários do hospital. Considero um símbolo de poder que causa reações contraditórias, representando confiança (saúde) ou repulsa (doença). Na minha vivência, portanto, o jaleco representou um objeto simbólico, marcado pela polaridade sensorial, que delimita espaços através da saúde e doença na nossa sociedade. Por essa carga, supõe-se que aquele que o veste detém o conhecimento e poder necessários para transitar entre esses dois polos, tendo o direito de ir e vir sem levantar nenhuma suspeita. Torna-se, assim, a personificação da saúde, o que, consequentemente, torna o paciente a personificação da doença.

Mas entre aqueles que usam o jaleco, também existiria alguma relação de poder? Sim, na minha opinião, ainda existe. A hierarquia existente entre os 'posseiros' da saúde é marcada através do título de qualificação, ou nível de conhecimento biomédico. Para exemplificar, descrevo um episódio acontecido também no primeiro dia de campo.

Eu estava na sala de atendimento e a prof.ª Viviane conversava com Letícia sobre casos clínicos e condutas. Sem constrangimento ou pedido de licença, um residente de medicina entra na sala geminada com alguns prontuários na mão, questionando a falta das primeiras avaliações médicas dos pacientes. O diálogo entre os três foi conduzido por especulações do motivo dessa falha, até que a prof. Viviane interrompeu todo o assunto e perguntou: "*Quem é seu coordenador? Pois eu sou docente, sou professora! Procura o seu coordenador e esclarece*". Ironicamente, o residente de medicina estava sem jaleco.

1.3 Conhecendo os interlocutores

O pesquisador é aquele que deve ser capaz de viver nele mesmo a tendência principal da cultura que estuda (LAPLANTINE, 2003). Para isso, são indispensáveis a vivência em campo e a observação do grupo selecionado, partindo do pressuposto de que há grupos com uma cultura definida. Com o campo definido, o próximo passo foi observar suas movimentações ou a tentativa do pesquisador de se relacionar com o interlocutor (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998). A observação direta é sem dúvida a técnica privilegiada para investigar os saberes e as práticas na vida social e reconhecer as ações e as representações coletivas na vida humana (ROCHA & ECKERT, 2008).

Minha intermediária no HC, profª. Viviane, na verdade fazia a supervisão do trabalho do ANOG. Meu contato mais próximo ficou mesmo com Letícia. Conheci Letícia, e a outra

nutricionista que atende no local, já nas salas de ambulatório, no primeiro dia de entrevistas. Fui apresentada a ela pela profª. Viviane, que explicou minha intenção ali naquele local e repetidas vezes me perguntava como seria a pesquisa. Desde o primeiro momento, meu contato com Letícia foi muito amigável. Ela me deixou muito à vontade – o que considero uma das vantagens em ser nutricionista para esta pesquisa.

Esta proximidade com minha intermediária, além de um capricho do acaso[15], foi determinante para o desenvolver das entrevistas. Foi Letícia que fez as abordagens aos pacientes, explicando minha presença ali, e ordenando os atendimentos em forma de revezamento, ou seja, enquanto ela atendia o primeiro paciente marcado, eu entrevistava o segundo e assim sucessivamente. A confiança depositada em Letícia pelos pacientes era refletida em mim, facilitando assim o meu acesso a eles. Considero aqui mais uma vez a vantagem em ser antes nutricionista. Letícia deixou isso muito claro através do discurso que ela usava ao abordar seus pacientes: *"Dona Marlene, essa é a Larissa. Ela é nutricionista e está fazendo uma pesquisa aqui com a gente. Você pode conversar com ela enquanto espera sua vez? Bom que distrai".*

Portanto, a confiança necessária neste momento da pesquisa iniciava-se pela projeção do papel social de Letícia em mim. Considero alguns elementos importantes na formação da relação de confiança entre pesquisadora e interlocutor desde o primeiro contato, evidentes na semelhança de características entre Letícia e eu: mulher, jovem, ser nutricionista, estar com o mesmo EPI etc. Ou seja, eu era o reflexo do que os pacientes conheciam como uma figura de confiança, por isso, não tive nenhuma recusa de participação na pesquisa. Para que eu conseguisse prosseguir nesta relação inicial de confiança, iniciei todas as entrevistas perguntando sobre sua ocupação, estrutura familiar, história de vida (que geralmente era relatada como histórico da doença), rotinas diárias, etc.

As entrevistas e observações decorreram por quatro semanas. Minhas quintas-feiras à tarde tornaram-se um processo ritual – em parte já conhecido por mim – composto pelo deslocamento, vestir o jaleco, observar as reações, entrar no ambulatório pela porta de trás, retirar diário de campo, gravador e roteiro de entrevistas, e aguardar a Letícia. O caminho de volta para casa após o dia de trabalho de campo me permitiu fazer deste um momento de

---

[15]Preciso explicar como o acaso influenciou minha pesquisa: nos primeiros contatos com a prof.ª. Viviane, ao explicar minha pesquisa, ela deixou muito claro que não haveria estrutura para que eu realizasse as entrevistas pois a sala geminada era dividida pelas duas alunas que atendiam o ANOG. Para não perder o campo, enfatizei que faria as observações e, se necessário, faria as entrevistas onde fosse possível. No primeiro dia de campo, a outra nutricionista me informou que tinha ganhado uma licença da prof.ª. Viviane por motivos pessoais e que eu poderia usar o outro lado da sala, enquanto Letícia atendia outros pacientes.

reflexão de tudo o que eu havia visto, escutado e vivido, já que havia um deslocamento considerável[16]. Neste momento, aproveitava para escutar as entrevistas gravadas e completar meu caderno de notas com informações não percebidas no momento da escuta inicial, transformando meu caderno em um espaço de vigilância epistemológica onde anotei projeções futuras, avaliações e dúvidas. Chegava em casa e passava todas estas anotações para o diário de campo. Optei por elaborar o diário de campo no computador, em forma de documento de rascunho, usava as informações anotadas no caderno de notas para elaborar o texto do diário, após a vivência em campo.

A estrutura física, quase pública, das salas de atendimento do HC/UFG possibilitou que eu escutasse parte de algumas consultas realizadas por Letícia. Em alguns momentos me vi naquele lugar, usando aqueles termos, dando aquelas orientações e deixando passar algumas informações importantes que o paciente trazia entre uma fala e outra (por exemplo, uma relação especial com outro indivíduo que poderia influenciar na conduta alimentar daquele paciente) mas a anamnese alimentar e o tempo escasso da consulta impediam a abordagem destes fragmentos. O mesmo ocorreu nas USFs. As entrevistas foram feitas dividindo a mesma sala que Fernanda, escutando as consultas e estranhando novamente a falta de privacidade para as pessoas relatarem seus problemas pessoais.

No total, conversei com quatorze interlocutores constituindo um grupo de onze mulheres e três homens. Como o propósito desta pesquisa é a realização de entrevistas semiestruturadas, as informações que tenho sobre as/os entrevistadas/os correspondem ao que pude apreender mediante o período de nossa convivência. Não afirmo sobre nenhuma característica ou peculiaridade das/os interlocutores que não seja auto-atribuída. Eu poderia apenas sinalizar genericamente que o grupo com quem lidei é formado por pessoas não-brancas (exceto Lorrayne), residentes em bairros populares das cidades de Goiânia (GO) e Trindade (GO). Como tomei nota de dados diversos sobre os colaboradores além da gravação das entrevistas – incluindo categorias, identidades e demais informações auto-atribuídas –, tenho um conjunto de registros que permite uma breve descrição das pessoas citadas ao longo deste texto. Essas informações adicionais sobre cada um dos interlocutores encontram-se anexas (Anexo 3).

Apesar de o grupo ter sido definido apenas analiticamente por mim, tentei recortar algumas características semelhantes e particularidades que quase complementam suas

[16]As observações da pesquisa foram feitas na cidade de Goiânia, Goiás, mas durante a pesquisa continuei morando em outra cidade, Trindade. Considero que a distância física (32km) não foi um problema para o desenvolvimento da pesquisa.

diferenças, na busca do princípio regulador mencionado por Leach (1996). Podemos entender que, analiticamente, formou-se um grupo de pessoas que possuem uma memória afetiva de vida no campo, um passado rural (próprio ou dos pais e avós), onde estas famílias passaram por processo de diáspora, e trazem eventos críticos que influenciaram nas suas transformações pessoais, tais como perdas familiares, gestação, deslocamentos geográficos e casamento. Todos relatam a dificuldade de mobilidade, dores intensas e preconceitos sofridos como motivador para a procura de tratamento dietoterápico.

As representações que os interlocutores trouxeram eram frequentemente relacionadas à memória afetiva e à atividade que exerciam antes do adoecimento, fazendo com que o afastamento do emprego culminasse em um certo isolamento social. A *não atividade* aparece diversas vezes em seus discursos como uma das *causadoras da obesidade*. Em relação às mulheres, as gestações foram representadas como principais responsáveis para o ganho de peso *excessivo*. Algumas delas pararam de trabalhar para cuidar dos filhos e entraram no mesmo ciclo de rupturas que os homens após perda do trabalho. As relações sociais são cortadas e a alimentação – que é produtora e produto destas relações – foi influenciada.

As mulheres representaram 79% e os homens 21% do total de participantes. Em um grupo inicialmente selecionado pelo diagnóstico de obesidade, esta diferença chama atenção pois, de acordo com dados do governo federal, o excesso de peso e obesidade no Brasil é maior em homens que em mulheres – conforme dados citados anteriormente. Parece-me que os homens brasileiros expostos ao mesmo diagnóstico das mulheres brasileiras não procuram tratamento com a mesma frequência que elas. Um pensamento estereotipado nos levaria a pensar que a procura feminina nesta situação poderia ser por padrões estéticos de beleza. Mas durante as entrevistas, a mensagem estética pouco aparece como motivadora.

Sobre este tema, posso apenas esboçar alguns pensamentos, pois os dados não foram coletados para este objetivo. Acredito que as mulheres são modeladas socialmente, desde a adolescência, para procurar ajuda médica, o que pode influenciar nesta frequência. A pesquisa de Clarissa Gonçalves com obesos mórbidos e procura por cirurgia bariátrica trouxe dados semelhantes:

> parece que explicar o maior número de cirurgias bariátricas pela questão estética, um tanto simplista, pois se sabe que as pessoas submetidas a tais procedimentos dificilmente adquirem uma figura conforme os padrões atuais de beleza (GONÇALVES, 2004, p. 604).

De acordo com Cecil Helman (2003), a cultura determina papéis de gênero que podem atuar tanto de forma positiva, como protetores da saúde, como de forma negativa em outras

crenças e comportamentos culturais. O autor considera que na sociedade ocidental, os homens, em comparação com as mulheres, são mais estimulados a consumir bebidas alcoólicas, fumar e correr mais riscos na vida diária. Espera-se que os homens, diante da dor e o sofrimento, não manifestem tantas queixas e emoções quanto as mulheres, e que, inclusive, sejam mais tolerantes na busca pelo médico:

> em muitos casos o estoicismo pode ser contraproducente, pois pode levar muitos homens a ignorar os sintomas iniciais de uma doença grave, ou levar o próprio médico a subestimar a gravidade da mesma (HELMAN, 2003, p. 158).

Helman (2003) também considera que as mulheres, por sua vez, são educadas socialmente a ter menos tolerância à dor e ao sofrimento, o que pode levar a um maior número de consultas médicas. Acredito que esta ideia de fragilidade feminina deve ser relativizada, se não, superada. A dor também está envolta de simbolismo[17] e algumas dores são mais toleradas que outras, independentemente do gênero. Minhas interlocutoras não demonstraram fragilidade à dor ao procurarem tratamento, pelo contrário, algumas conviviam com dores crônicas há muitos anos e, se procuraram tratamento é por que este sintoma passou a ser, em algum momento, relacionado diretamente com a morte.

Não me considero apta para finalizar alguma hipótese sobre a diferença do número de homens e mulheres nesta pesquisa, posso apenas afirmar o que não parece ser. Não parece ser por representações corporais estéticas ou limites de tolerância à dor. A partir daqui, o texto subsequente é o resultado dos dados coletados no processo de entrevistas destes interlocutores e das análises feitas por mim.

[17]A dor física, social e emocional será discutida com maiores detalhes no capítulo 3.

2 TEMPO, ESPAÇO E FATORES QUE ESTABELECERAM AS REPRESENTAÇÕES DO *COMER*

2.1 O imaginário de uma vida no campo

"*O real é tão imaginado como o imaginário*"
Clinford Geertz (1991, p.170)

O tempo é determinante nas escolhas alimentares de uma sociedade. A comida do café da manhã, a comida do almoço, os lanches da tarde, a comida da noite, comida de fim de semana, comida de fim de ano, entre outras, são classificações que marcam o fluxo entre tempo, comida e espaço. O local em que essas refeições são feitas também é carregado de significado e se relaciona diretamente com os tempos de comer. A *comida de rua, comida de casa, comida de roça*, todas estas categorias aparecem nos discursos dos interlocutores com marcações de espaço e tempo, construídas a partir de tempo de trabalho (atividade).

Observei, com as entrevistas, que as experiências dos interlocutores eram muito heterogêneas, mas todos relataram uma ligação da construção de suas representações do *comer* a uma memória afetiva ao passado rural. Essas construções, baseadas em tempo (passado) e espaço (propriedades rurais) tornaram-se referências para as representações do *comer* atuais. Recortei como categorias analíticas ligadas diretamente ao tempo e espaço as categorias *comida da roça* em uma oposição a *comida da cidade*[18]. Assim, estas representações aparecem marcadas como "antigamente" – *comida da roça*, "agora" – *comida da cidade/dieta*.

A primeira entrevista que fiz foi um exemplar de todas essas categorias e marcações de tempo e espaço que eu encontraria nas demais conversas com os participantes desta pesquisa. O que Dona Marlene (76 anos) me relatou acabou sendo o fio condutor para o raciocínio no processo de análise desses dados da memória afetiva presente nos discursos. As demais entrevistas vieram para mim como uma vertente do discurso da Dona Marlene - era

[18]Como foi discutido anteriormente, o *comer* é uma malha elástica que entrelaça e movimenta as categorias em fios de tempo, espaço e representações. Ao recortar determinadas categorias (como por exemplo, *comida da roça* e *comida da cidade*), pretendo apenas organizar de forma textual as representações, sendo uma escolha da pesquisadora relacioná-las com o tempo. Porém, qualquer uma dessas categorias poderia também ser analisada na perspectiva (ou fios) de espaço e corpo. Nas representações que envolvem essas categorias encontramos algumas outras categorias que serão mencionadas posteriormente. É preciso deixar claro que qualquer categoria presente nas representações do *comer* está sempre envolvida por fatores de tempo, espaço e noção corporal, no mínimo. Portanto, mesmo com as separações temáticas que compõem este texto, deixo subentendido que existe um plano elástico de espaço e tempo modelando e sendo modelado pelos valores e categorias que serão discutidos posteriormente, e os recortes analisados não podem ser pensados separadamente.

como se os netos, filhas e filhos (que ela nunca teve) estivessem me contando a continuação e as consequências da história vivida por ela. Assim, acabei enxergando os interlocutores como um grupo analítico, apresentado a mim por uma matriarca que trabalhava na roça, no interior de Goiás, e veio para Goiânia à procura de *melhores condições de vida*, e 'os filhos e netos desta época' permaneceram com a memória afetiva da vida no campo e tiveram que se adaptar a uma nova realidade urbana.

É com essa estória que começo a traçar a teoria:

> _ Pesquisadora (P): Dona Marlene, de onde a senhora é?
> _ D. Marlene (DM): Santa Rosa de Goiás, pouco pra lá de Inhumas, pertinho, duas horas de viagem, mas eu moro aqui [Goiânia] há quarenta anos. Moro sozinha, eu e Jesus agora.
> _ (P): O que a senhora fazia antes?
> _ (DM): *Ichi*, minha filha, já trabalhei demais. Já trabalhei na roça, já trabalhei lavando, passando. Lá perto de Inhumas eu trabalhava na roça, lá era roça, depois que eu casei é que vim embora pra cá [Goiânia]. Só lavando e passando, em cada casa, eu trabalhei vinte e cinco anos. Cada dia da semana eu trabalhava numa casa.
> _ (P): Como era e como é sua comida?
> _ (DM): A minha comida é a comidinha de sempre. Quem mora na roça faz o *sapecadinho* de sempre, é um arrozinho com feijão, é uma batatinha, uma abobrinha, uma alface, é uma mostarda que às vezes vocês nem conhece, é quiabo, jiló, gueiroba. Muitas verduras da roça talvez muitas pessoas da cidade nem conhece, agora abobrinha vocês conhecem porque tem muito aqui na cidade, né? Agora mostarda a gente ainda vê, mas é mais pouca e não é da mostarda boa que tinha na roça, que a gente plantava. O quiabinho tem no supermercado, mas também não é igual o que a gente comia na roça, à vontade assim, sabe? (...)
> _ (P): Com quem a senhora aprendeu a cozinhar?
> _ (DM): Com a minha mãe. Minha mãe cozinhava *pra* peão na roça. *Óh*, deixa eu falar *procê* ... aqui na cidade é muito diferente, aqui na cidade tem comida duas vezes só no dia, né? Porque tem o almoço e a janta. Na roça não, na roça tem um almoço dez horas, a janta duas horas e a ceia seis horas. Então, nós customô com isso lá na roça: é o arroz, o feijão, comida mesmo, comida de sal. Não tinha esse negócio de café da manhã. Sabe o café nosso o que era? Arroz quentado. Já fazia aquele arroz pra fica pra de manhã e quentava. O pai comprava banda de vaca e minha mãe retaiava as bandas de vaca e punha secar, ou se não matava aqueles porquinhos meia seva, fazia a carne de porco e punha na lata e fazia a carne de lata, levantava de manhã já quentava aquele arroz, misturava aquela carne e era o café da manhã nosso, comida mesmo (...) Aí depois que eu mudei pra cidade *o trem diferençô* muito. Na cidade, *ichi*, o serviço da cidade é muito mais maneiro, aí não teve as três comidas mais, já fui trabalhar nas casas que tinha os cafés da manhã, sabe? Então eu fui tirando aquele negócio de café da manhã com comida, não fui importando. Eu chegava em casa e jantava, e isso sustentava pro almoço, eu nem almoçava nas casas porque eu ouvia falar, quando eu morava na roça, que as patroas não gostavam de empregada que comia demais, sabe? Então quase não comia nas casas, quando chegava em casa que ia comer, uma vez só no dia (...) Aí os médicos falaram que engordei por causa da janta, que eu tinha era que almoçar bem e não jantar. Eu fazia o

> contrário ... por quê? Por que na janta eu jantava o meu suor e o almoço não, era a comida das patroas, aí eu tinha medo de almoçar muito. Foi assim vinte e cinco anos (...) Então, na roça tinha um detalhe, nós éramos pobres, mas na nossa casa tinha fartura. Não tinha assim, luxo, roupa, calçado, isso nós não tínhamos, mas de comida tinha. E nós não era gordo porque o serviço era pesado, nós suávamos, sobia morro igual subir num prédio desse aí, sobia morro com cabaça d'água na cacunda. Então queimava muita caloria, sabe?
> _ (P): A senhora soube que engordou por que não queimava caloria depois que iniciou o tratamento aqui?
> _ (DM): É! Foi depois que eu parei de trabalhar, que fico por conta de assistir televisão, vejo os médicos explicando, aquele povo que explica as coisas, problema de gordura, obeso, essas coisas, que agora eu ponho muito sentido deles explicando, agora eu começo a entender.

Percebi que Dona Marlene relatava o passado, as relações e representações que envolviam o espaço, o tempo e a comida de um grupo social que passou por processos de transições e deslocamentos geográficos e que representou a grande maioria do grupo analítico que conheci. Os filhos e netos desta geração, viventes ou não de um passado rural, também sentiram as consequências destas rupturas de relações. Grande parte das pessoas que conheci nesta pesquisa (80%) relataram que seus pais e avós fizeram a mesma trajetória que Dona Marlene, eram pessoas entre 32 e 54 anos que se consideram de *família humilde*.

Ao dizer "processos de transições", refiro-me a migrações acontecidas em torno da década de 70 e 80 do meio rural ou região norte e nordeste do país para Goiânia (GO) ou Trindade (GO) – cidade satélite de Goiânia. Tais transições trouxeram conflitos para estes indivíduos, encontraram-se em um processo de adaptação em um meio que te oferece maiores opções de consumo que o meio rural e poucas opções de relações afetivas. Talvez por isso a memória afetiva da vida na fazenda/roça é resgatada com certo saudosismo, até mesmo por aqueles que tiveram a fome presente neste tempo.

Abaixo, os trechos das entrevistas nos quais outros participantes relataram este processo de transição:

> Aqui é bom [Goiânia], lá é bom também [Chapecó, SC], mas são culturas diferentes. Aqui o relacionamento é complicado, em um primeiro momento é difícil lidar com as pessoas. Lá a gente se conhece, porque é pequeno, todo mundo se cumprimenta, existe uma cordialidade. Aqui...parece que frio é aqui. Lá a gente confia, aqui não (Lorrayne, 35 anos, veio de Chapecó/SC para Goiás em 1998).

> Costumo dizer que aqui [Goiás] é um estado muito rico, o povo ajuda muito, te dá muita coisa. Então eu comia bem na casa dos outros e ainda ganhava *pra* levar pra casa (Wênida, 34 anos, veio de Xinguará/PA para Goiás em 2000).

> Sou de Itaguatinga, Tocantins (...) É difícil falar, porque nós não tivemos paradeiro, a gente morava em fazenda de safra de cana, acabava a safra ia *pra* outro lugar, ele [pai] nunca parava em lugar nenhum (Regina, 33 anos. Viveu sua infância e adolescência seguindo o pai nas safras de fazendas por todo interior do Centro-Oeste, veio para Goiás em 1990).

A alimentação, neste tempo e local, era proveniente do cultivo e da colheita para própria subsistência. Alguns participantes haviam sido pequenos proprietários de terras, outros tinham morado em grandes propriedades de terra destinadas à monocultura, nas quais o plantio e a colheita eram reservados ao comércio e ao lucro; neste caso, não eram proprietários das terras. Contudo, de uma maneira geral, todos os entrevistados tinham ligações e referências com a vida no campo. Essa diferença de experiências e, consequentemente, a diferenciação no significado da *comida da roça/fazenda*[19] foi construída a partir da frequência com que se dispunha de determinados alimentos nestas propriedades. As pessoas que tiveram experiência de pequenas propriedades de terra, tinham também uma frequência maior de alimentos e com maior variedade. No caso das pessoas que vivenciaram períodos de safra nas fazendas, os tempos de comer determinado alimento (colheita) e os tempos de espera (plantio) era um pêndulo de valores. Assim, foram encontrados discursos sobre o passado rural com uma ambiguidade de valores e um duplo significado da *comida simples.*

> Pra mim o ideal é aquelas comidas simples, da roça. Maionese, lasanha, strogonoff, macarronada, isso tudo não sou chegada. Eu gosto mesmo é de frango caipira com quiabo e feijão *caududinho*. Faço todo domingo (Marlene, 76 anos).

> A minha mãe culpa minha avó. Por ela ter sido criada na roça e gosta muito de fartura. Até hoje, criança, ela dá água e comida toda hora. Ela fez muita comida *pra peão*. Ela não sabe cozinhar pouco. Nunca precisa avisar ela que vai ter visita, sempre tem comida, não falta, passa. Aí hoje eu sou gordo, minha irmã, minha mãe, todo mundo (Marcelo, 37 anos).

> Família grande, humilde, não tinha muita opção de lazer, então a diversão era esperar o almoço de domingo. Tinha o macarrão, frango caipira, a

[19]A diferença de nomeação entre os espaços rurais está marcada pois percebi uma distinção na classificação deste espaço. Esta diferenciação é dependente do tipo de trabalho realizado neles e do objetivo do cultivo de alimentos. As *roças* seriam áreas rurais pertencentes a pequenos proprietários onde existia o cultivo de alimentos para o próprio consumo e/ou para venda. Estes espaços foram relatados no passado dos interlocutores provenientes do interior de Goiás e Trindade, principalmente. As *fazendas* seriam áreas rurais de grandes proprietários de terra, onde existia o cultivo de grande quantidade de alimentos exclusivamente para venda em forma de monocultura. Alguns interlocutores relataram que cresceram nestes lugares onde os pais trabalhavam para o proprietário da terra. O espaço rural foi representado como *fazenda* principalmente pelos migrantes dos outros estados. Tanto em *roça* quanto em *fazenda* a alimentação é dependente do tempo de cultivo, mas nas *fazendas* os períodos de safras seriam mais longos e com menor variedade.

> maionese fria, então era esse o cardápio. No dia a dia era aquela coisa, pão cedo, pão na merenda (Antônio, 54 anos).
>
> Como somos família humilde, o que se plantava comia. Abóbora, arroz. Tinha os tempos das comidas, no milho era pamonha, no amendoim fazia doce. Tinha porco *pra* matar, galinha. Mas o que tu cultiva, tu colhe (Wênida, 35 anos).
>
> Na fazenda não tinha horário, era tudo bagunçado. Meu pai trabalhava em lavoura, aí dependia da fazenda. Era fazenda de café, soja. A gente não tinha hora pra comer e comia o que tinha (...) Nossa alimentação sempre foi o básico, de quem não tem condição de comprar (Regina, 33 anos).

Quando me refiro à categoria *comida da roça/fazenda* estou me referindo a um conjunto de outras categorias e classificações que criam esse imaginário de vida e alimentação. A *comida da roça* é uma comida considerada *comida pra peão*, *simples*, *com fartura*, *gostosa*, *forte*, entre outras classificações. Uma técnica de preparo envolvendo a banha de porco também estava presente nesta representação. A carne de lata[20] e a banha de porco aparecem como um selo de autenticidade para *comida da roça* sendo considerada mais saborosa por ser feita com esta técnica de preparo, na opinião dos interlocutores:

> Cozinhar com banha de porco, até hoje mesmo depois do tratamento [dietético] tem que ser, um feijãozinho com banha de porco é bom demais (Lorrayne, 35 anos).
>
> Antes [do tratamento dietoterápico] eu comia tudo de tudo. Comia de tudo, carne de porco, tomate, as coisas da fazenda mesmo. O que mais comia era arroz, carne, feijão e ovo (...) Eu comia era arroz, carne, linguiça toscana, peito de vaca que é muito gorduroso e a gente sempre gostou né? Comia essas *comida pesada*. A gente come bem, igual na fazenda, a gente *custumô*. A única diferença é que não come mais gordura de porco. Tudo antes era feito na gordura de porco (Ademir, 39 anos).
>
> Meu esposo reclama que agora minha comida tá seca, mas é porque ele foi criado na roça né e na roça é carne de lata, é banha mesmo, nossa, muito gostoso (Regina, 33 anos).

Discuto, a seguir, a estrutura que dá base às representações do comer construídas a partir do imaginário de estilo de vida do campo, para que, no capítulo 4, possa ser feita a discussão sobre como novos conceitos foram incorporados a essas representações e valores

---

[20]A carne de lata é uma técnica de conservação de alimentos, principalmente carne, com banha de porco, muito utilizada no meio rural. Ao matar-se um porco, retira-se a gordura (ou banha) do animal, reservando-a em latas. As carnes são cozidas em fogo brando e imergidas nessas latas, que mantêm a qualidade e palatabilidade dessas carnes, podendo ser consumidas por vários dias. A banha do porco também é usada para cozinhar os demais alimentos (arroz e feijão, principalmente). Essa técnica é conhecida na gastronomia internacional como *confit*, mas aqui está totalmente relacionada ao meio rural.

estruturais do imaginário dos interlocutores, após o período de diáspora e adoecimento (discutido no capítulo 3).

2.2 Representações do *comer* ligadas a memória afetiva

2.2.1 Elementos materiais da *comida da roça:* discutindo o 'arroz, feijão e carne'

Além da técnica de preparo com banha de porco, os itens arroz e feijão aparecem compondo a base dos pratos da *comida da roça* e muitas vezes são os responsáveis pelo significado de *comida simples*. Este composto estava em todas as representações do *comer* que os participantes da pesquisa trouxeram, sendo o arroz e feijão elementos presentes também nas classificações de *comida saudável*, *comida básica*, *comida ideal*, entre outras variações destas mensagens. Estas variações estavam ligadas ao tempo do comer, mas também à memória e às experiências de cada um. Assim, este composto, ao ser representado como *comida básica*, apresentou valores positivos e negativos, seguindo o duplo significado da memória de vida no campo.

Quando os interlocutores foram perguntados sobre "o que é uma comida ideal?" ou também "o que você gosta de comer?", categorizaram o arroz e feijão como *comida de verdade*, *padrão do brasileiro*, *simples*, e *barata*:

> O ideal é o bife, o arroz e a salada de repolho e tomate, pra mim tá ótimo (...) Gosto mesmo é de arroz, bife, tomate e repolho. Feijão eu como porque dizem que é bom (Vilma, 39 anos).

> Hoje é um arroz, um feijão, uma carne e uma salada, porque eu acho que é o padrão do brasileiro. Antes era aquela coisa, era quanto mais carne melhor. Lembro que minha mãe fazia comida mesmo na roça: arroz, feijão, uma carne não muito cara porque era muita gente, essas coisas (...) Essa questão do que mais gosta é meio diferente comigo, porque não vou atrás do que eu gosto eu vou atrás de preço. Então vou e compro o básico: arroz, feijão, umas verduras (Antônio, 54 anos).

> O ideal mesmo seria um arroz, um feijão e uma salada mas eu *tô* enjoada. Salada eu gosto mas não muito. O que eu gosto é um bauru (Gisele, 32 anos).

> O ideal é de manhã um pãozinho com café, no almoço um arroz, feijão, peixe, legumes. Acho que seria o ideal. Mas às vezes o *corre corre* do dia a dia não deixa você fazer isso. Você come, enche o estômago e vai dormir (Eliete, 51 anos).

Apesar do composto ser representado como fundamental no dia a dia da alimentação destas pessoas por ser uma *comida básica*, algumas vezes o básico foi vinculado a valores negativos, remetendo à ideia de pobreza. Talvez a presença rotineira desses itens faz parte da ideia de *necessidade* por eles mencionada anteriormente:

> Nossa alimentação sempre foi o básico, de quem não tem condição de comprar. (...) A comida básica de uma pessoa que não tem condições é arroz, feijão e a carne. Se comprasse o arroz do mês, feijão do mês e comprar a carne toda semana. Então você não tem dinheiro *pra* ir numa feira, coisa que eu faço hoje. Naquele tempo [na fazenda] não tinha isso (Regina, 33 anos).

> Nossa alimentação não era muito boa não. Minha mãe não fazia [verdura] e a gente não gostava. Era arroz, feijão, carne e salada. Quando fazia era alface e tomate, frango com milho (Leila, 37 anos).

> O que a gente plantava era só alface. Nossa alimentação era arroz, feijão e carne. Muito bolo, pão, minha mãe fazia, bastante (risos). A gente era bem fraco de situação, quando tinha arroz, feijão e carne, comia, quando não tinha era arroz e feijão. Mesmo assim era todo mundo gordinho. Fome graças a deus nunca passou não (...) Na roça quase não tinha o que comer, era só arroz, feijão e carne (Cristina, 38 anos).

Dessa forma, o *básico* pode remeter à ideia de humildade e necessidade nos discursos dos interlocutores, que aparece também ao descrever suas origens familiares. O que me chamou atenção é que parece ser determinante no valor da categoria os itens que acompanham esse composto, ou seja, se o prato diário é "arroz, feijão e carne" o significado do *básico* geralmente não está relacionado à *necessidade*, sendo o ponto negativo apenas a pouca variedade de verduras[21]. Quando os interlocutores lembram do prato diário como "arroz e feijão, carne esporadicamente, presença de verduras também esporadicamente ou dependente da safra" o valor é sempre negativo.

Esta não é uma classificação totalmente sólida. Valores positivos e negativos podem aparecer nos discursos de um mesmo interlocutor, dependendo do contexto espaço-tempo a que este se refere. Apesar dessa fluidez, existe uma regularidade semelhante nos discursos: o significado dual e contraditório da *comida básica* que torna as ideias de *necessidade* e *fartura* partes de um mesmo objeto. Descrevem uma alimentação *escassa* pois "*só tinham arroz e feijão*", e às vezes a carne não era um item cotidiano, mas ao compararem à alimentação feita após o êxodo rural, este prato básico se torna um referencial positivo e até mesmo *ideal*.

[21] Este valor negativo ao prato básico devido à pouca quantidade de verduras foi uma incorporação recente (pós tratamento dietoterápico) nos discursos dos interlocutores. As representações do *comer* foram transformadas após o processo de ruptura social decorrente do adoecimento dessas pessoas. O tema será discutido novamente nos capítulos 3 e 4.

Portanto, o grupo trouxe o arroz e feijão como um item importante e estrutural, mas a presença diária ou não da carne na alimentação foi crucial na tradução do valor destes itens.

O consumo de carne, de fato, é um exemplo significativo do modo como os consumos alimentares refletem a distinção social existente no seio de uma mesma sociedade, assim como as variações entre diferentes sociedades. Historicamente, o acesso à carne era um indicador de bem-estar e, inclusive, de poder (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 214). Não só a carne, mas também a gordura, até meados do século XIX, era considerada como corpulência, significado de saúde, prosperidade e honra, como ressalta Fischler em sua obra (FISCHLER, 2010). Em diferentes sistemas alimentares, estes itens foram um marcador de diferenciação social.

O significado de 'riqueza' e 'poder' construído ao redor da carne e da gordura parece ter sido derivado de um contraste. *Podemos supor que a sedução da gordura é tanto mais poderosa na medida em que a magreza significava fome, enfermidade e pobreza* (NAHOUM, 1979, p. 26). Associado a isso, o fato de que a carne e a gordura foram bens escassos na maioria das sociedades e em quase todos os períodos históricos, observa-se que "*na maior parte das sociedades, desenvolvidas ou subdesenvolvidas, a presença de produtos de origem animal na dieta é tanto mais elevada quanto mais alto é o nível de renda*" (HARRIS, 1985, p. 23).

Esta ideia de sistemas alimentares construídos a partir de dicotomias ajuda a pensar a dualidade entre *necessidade* e *fartura* que o grupo analítico trouxe em suas representações do *comer*. Acredito que a classificação de alimentos pontua extremos que são usados como referências, mas entre esses extremos é que se encontra a maior parte das práticas diárias, contando com um número infinito de fatores influenciadores e construtores da imaginária realidade. Assim, mesmo sendo itens destacados histórica e globalmente como marcadores de diferença, apenas a carne ou a gordura não constroem, isoladamente, referências ou representações de tipos de sistemas alimentares ou identidade.

Não apenas em qualidade, mas também em quantidade, a carne de lata presente nos discursos dos interlocutores desta pesquisa é um símbolo dos valores criados a partir deste imaginário de 'riqueza' e 'pobreza'. A frequência com que consumiam estes itens aparece como um importante ponto de classificação entre *comida básica* ou *de pobre* versus *comida boa* e *fartura*. Portanto, o arroz e feijão, mesmo sendo uma invariável na representação da *comida de verdade*, é a base para a estrutura do sistema alimentar destas pessoas e tem seu significado modelado por: presença e frequência de carnes e gordura, presença e frequência

de verduras e hortaliças, quantidade ingerida em uma mesma refeição e extremo de referência que o interlocutor utiliza naquele momento do discurso.

2.2.2 Elementos imateriais da *comida da roça*: discutindo a *fartura*

Essa estrutura (arroz, feijão e a presença de carne diariamente), associada a um grande volume de comida, também influencia a ideia de uma outra categoria presente na classificação de *comida da roça*: a *fartura*. A quantidade de alimento ingerida em um mesmo horário faz parte da representação de *comida de roça* e está ligada, como forma de justificativa, ao trabalho exercido na área rural: *comida pesada* (feita na banha de porco) para um *trabalho pesado* (trabalho braçal, *que faz suar*). Assim, a *comida da roça* era uma *comida básica*, *forte*, *gordurosa*, *saborosa* e com *fartura*, e relacionada ao passado e à memória afetiva dos participantes da pesquisa:

> Antes eu comia bem mais, arroz, feijão, carne, verdura. A diferença era a quantidade, uma com fartura outra sem fartura. (...) Hoje mudou a quantidade e a forma de fazer, mas eu nunca mudaria o arroz e o feijão (Marcelo, 37 anos).

> Ah comia muito né, porque trabalhava muito né. Hoje eu como bem menos e sou gordo. Não mudou nada não, viemos direto naquele ritmo da roça, né, tem muita fartura (Aldemir, 39 anos).

Dessa forma, observa-se mais uma categoria que influencia a construção da ideia de escassez de alimentos para estas pessoas. Além da presença e frequência de determinados itens alimentares, a *fartura* também foi um item contraditório e colocado com distanciamento de tempo e espaço, assim como a *necessidade*. O significado dessa categoria foi semelhante (presença de grande quantidade de comida em um único horário), porém esse significado seria baseado em uma alimentação composta por carne diariamente e variedade de acompanhamentos alimentares, além do ‘básico’ arroz e feijão.

Neste sentido, existe também um deslocamento e marcação regional desta categoria. Algumas pessoas, ao falarem sobre *fartura*, não remeteram ao passado rural, mas fizeram referência à alimentação de outros estados, como por exemplo, Goiás. Coincidentemente, a marcação de região nesta categoria foi feita pelos interlocutores que remetem ao passado rural como um passado de *escassez* e *necessidade* de alimentos e a *fartura* estaria ligada, assim, à variedade de alimentos, fazendo um reflexo inverso dos períodos de safra que vivenciaram.

A quantidade de comida no almoço (refeição feita em torno de 11 horas) e jantar (refeição feita após o expediente de trabalho no campo, em torno de 17 horas) continua sendo um item de grande valor para essas pessoas. Porém, após o êxodo e o tratamento dietoterápico, os horários são alterados e a *fartura* é vista como um obstáculo a ser superado. O arroz, particularmente, foi um item mais mistificado que o feijão, mas ele também foi ressignificado e apareceu em outras formas de representações e com outros valores após o processo de adoecimento dos interlocutores. De acordo com a introdução de novas informações através do tratamento dietoterápico (ou não), o arroz e a *fartura* foram classificados algumas vezes como um vilão da alimentação atual na vida desses interlocutores[22]. No processo de adaptação à nova realidade construída sob o imaginário de um consumo moderno, a categoria *fartura* sofre alteração de valor, seguindo a dualidade ideológica também presente nos elementos materiais destas representações. Antes, se representava um valor positivo no comer, agora representa um valor negativo.

Em todas as conversas que tive com os interlocutores, eles relataram um processo de diáspora vivida por eles ou pelos seus pais e avós em busca de *melhor condição*. Considero importante, após discutido o imaginário construído deste passado, discutir o contexto em que o imaginário da vida no campo foi dando lugar ao imaginário de uma vida urbana.

2.3 Em busca de uma *vida melhor*

A oposição entre rural e urbano não é difundida apenas em grupos sociais de forma isolada. A comunidade científica, através de discussões sobre alimentação e nutrição, também marca e classifica esses dois tipos de sistemas alimentares dependentes destes espaços. Considerando a atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2012), destaco trechos onde o documento traz de forma muito clara essa marcação regional da comida:

> Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados. (...) Em algumas regiões, as tradições culturais resistem às mudanças, enquanto, em outras, essas tradições estão sendo descaracterizadas, havendo perda da identidade cultural alimentar" (BRASIL, 2012).

[22] Abordarei novamente este tema ao discutir sobre as representações de *comida saudável* e *dieta*, no capítulo 4.

Ainda considerando a complexidade do objeto de estudo, é necessário contextualizar a influência deste tipo de discurso político e/ou econômico que fez parte da construção desse imaginário naquele momento. A ideia de *melhores condições de vida* localizada em um espaço urbano que se opõe ao espaço rural foi provavelmente criado, reproduzido e justificado através do discurso político econômico de modernidade propagado no Brasil nas décadas de 1960 a 1980, o qual seguiu uma tendência global e influencia até os dias atuais o imaginário social. Este desejo de melhora (ligado ao consumo de bens materiais) precede os períodos de transição destas pessoas, seja no êxodo em busca de emprego ou na estabilidade emocional e financeira. Considero que a propagação deste desejo vai além de uma simples coincidência. Tentarei discutir, então, sobre a formação social deste desejo.

Para me ajudar a pensar em 'de qual melhoria estas pessoas estavam falando? ', ou ainda 'o que é essa *necessidade* que relataram ter passado e que motivou o deslocamento?', uso os estudos de Carlos Rodrigues Brandão realizados em Mossâmedes, interior de Goiás. Apesar de ter sido desenvolvido em 1981, o estudo feito por Brandão revela algumas semelhanças com parte do grupo estudado nesta pesquisa. Trago abaixo a epígrafe do livro de Brandão, *Plantar, colher, comer: um estudo sobre o campesionato goiano*, que poderia ter sido dita também por Dona Marlene, Regina, Wênida ou Aldemir:

> A vida do peão, o senhor veja:
> É plantar na meia, cuidar da
> lavoura, colher e comer.
> É vender o pouquinho que sobra
> do gasto da família. É plantar de
> novo no outro ano, colher, comer.
> E nessa lida a vida vai.
> (Um lavrador em Mossâmedes - GO, *apud* BRANDÃO, 1981, p. 6)

O autor estuda os migrantes, que antes eram os "sem terra", vindos do campo para a cidade de Mossâmedes. A mudança é considerada uma grande ruptura para toda família, principalmente na forma como obtêm o alimento, em ambos os grupos. No entanto, a vida dos migrantes de Mossâmedes segue marcada com as mesmas características da vida rural passada, sem quebra de estruturas – até pela característica também rural da cidade de Mossâmedes. Assim, diz Brandão

> (...) Ou porque não consegue se imaginar fora do trabalho agrícola, ou porque não consegue se ocupar como um trabalhador urbano, o lavrador migrante redefine-se profissionalmente dentro dos limites do trabalho rural e, como um assalariado, passa de empregado de um fazendeiro a diarista de vários, ocupado intensamente durante os períodos de preparo do terreno,

> plantio e colheita; subocupado durante períodos de entressafra (BRANDÃO, 1981, p. 29).

Existem diferenças entre as duas situações de êxodo rural– os “sem terra” de Mossâmedes e os interlocutores desta pesquisa –, principalmente no processo de adaptação da nova realidade. A cidade de Mossâmedes é um espaço que preservou ares rurais, e Goiânia e região metropolitana são espaços que estimulam o “consumo moderno”. Mas a comparação entre as motivações de êxodo nas duas situaçoes é válida. Estas pessoas, que antes trabalhavam em fazendas, para os donos das mesmas, migram para outro lugar com as seguintes justificativas:

> a) o aumento, agora muito vertiginoso, das dificuldades de trabalho e obtenção direta de alimentos nas fazendas; b) a procura de um trabalho ‘melhor’, como o de diarista ou de um assalariado urbano; c) a preocupação com o estudo dos filhos; d) a expectativa do encontro com as ‘facilidades’, de assistência na cidade (serviços atendimento médico, religioso e de comercialização) (BRANDÃO, 1981, p. 28).

Os deslocamentos regionais das famílias moradoras de zonas rurais no Brasil não foram simplesmente fatos isolados. A população brasileira cresce 1,70% ao ano; em contrapartida, a população do meio rural está desacelerando desde 1975, chegando a um ponto estimado de inflexão em 2020 – a partir deste momento, as estimativas são de queda absoluta do número de pessoas vivendo no meio rural, chegando, em 2050, a níveis observados na primeira metade da década de 1980 (IBGE, 2010, p. 25).

Relevante foi, também, o fenômeno de encurtamento da diferença de renda da população brasileira após este período, sendo que os grupos com menor poder de compra aumentaram sua participação na renda total do país em 52,4%, enquanto os mais ricos perderam 9%, podendo-se constatar a elevação do poder de compra de toda a população entre 1996 e 2008 (IPEA, 2010, p. 31). Em caráter político econômico, verifica-se que os países em desenvolvimento, em especial a China e a Índia, e considerando também o Brasil, passam por um período de forte crescimento econômico e de renda nos últimos anos, a despeito da crise econômica mundial do segundo semestre de 2008. Esse movimento foi acompanhado pelo incremento da urbanização, intensificando e alterando o perfil de consumo da população mundial (IPEA, 2010, p. 36). A semelhança entre os migrantes de Mossâmedes e os de Goiânia é que o deslocamento foi justificado por uma busca de melhoria financeira. Isso nos leva a pensar sobre esse desejo de consumo em forma de trocas financeiras e não em forma de plantar e colher.

O desejo (parte subjetiva do consumo) é uma formação social e não individual. Pun Ngnai (2003), em seus estudos sobre a transição de mulheres chinesas do meio urbano para a cidade, define o desejo não como uma fantasia, ou proveniente de uma falta; pelo contrário, o desejo seria a fonte da realidade e da verdade, é o que produz o real, o subjetivo e o social. Além disso, o consumidor experimenta produtos e serviços comprados para uso próprio, estando mais preocupados em satisfazer vontades (subjetivas) que necessidades (objetivas) (CAMPBELL, 2006, p. 51). O desejo e a vontade, desmembrados das experiências individuais, são formados, ou no mínimo modelados, socialmente. Este pensamento, ao ser aplicado nesta pesquisa, marca a fluidez com que o consumo de alimentos pode ser, durante o processo de incorporação de um novo sistema alimentar, ressignificados e reincorporados.

Sendo a realidade, então, um produto de nossos desejos, a nova realidade traçada por estes interlocutores busca distanciamento da ideia do passado marcado por períodos de *escassez de alimentos* – ou da *necessidade* mencionada por eles -, apesar da nostalgia. Tal evento ocasiona um redirecionamento das políticas de valores e nos sinaliza a razão pela qual o consumo de alimento torna-se central nesta nova realidade. Considerando o poder de compra uma marca real do valor pessoal nas sociedades de consumo (MOLNÀR & LAMONT, 2002), isso poderia justificar o desejo do grupo em ter esse poder de compra refletida no consumo de alimentos.

A *necessidade* que tiveram no passado e referida por estas pessoas não é apenas a necessidade fisiológica do alimento, mas a informação de novas formas de consumo que se realizava em áreas urbanas influencia na referência de *fartura* e, consequentemente, no significado de necessidade. A *falta* passa a ser a falta de alimento e/ou de poder de escolha, idealizado através da comparação entre colheita e compra e à maior variedade de itens que o processo industrial nos proporcionou. Considerar o consumo não como o significado, mas o significante de uma estrutura de abundância em uma sociedade de mera fantasia (NGNAI, 2003) quer dizer que o consumo é a parte real, mensurável, palpável, de um complexo de relações sociais que têm como significado o “poder escolher”, comprar e consumir, idealizando uma fantasia de ser consumidor.

Dito isto, considero que os interlocutores desta pesquisa representaram o conceito de consumidor através da compra abundante, mas não diferem de qualquer outra estrutura de consumo moderno ocidental. O significado do consumo é a própria estrutura de abundância, independentemente do item comprado. Assim, o discurso político e econômico propagou a ideia do ‘indivíduo urbano e moderno’ como algo que poderia ser ouvido, lido, assistido,

vestido, visitado, bebido ou comido, contanto que fosse comprado. Porém, a mesma sociedade que cria essa estrutura acaba condenando suas consequências.

A ideia de abundância está quase sempre temporalmente relacionada com a sociedade ocidental atual. Mas essa tendência não deve limitar nosso pensamento. O conceito de 'exagero' existia antes da Revolução Industrial e antes da Revolução do Consumo e Comércio, tendo o seu significado transitando entre valores positivos e negativos. Na atualidade, a abundância pode-se traduzir em "quantidade maior que a suficiente" e é, de certa forma, moralmente condenada, além de colocar em evidência a fluidez dos limites que dividem o que é necessário e o que não é.

As sociedades de consumo surgem sempre como um reverso negativo e criticado de outro tipo de sociedade positiva e nostalgicamente valorizada. Na década de 80 o estudo do consumo libertou-se da produção, porém a 'sociedade de consumo' é tida como estruturada em volta da venda e produção de bens, mas também como sendo uma sociedade onde as pessoas se deslumbram alienadamente com os sempre mais altos níveis de consumo ambicionados. A cultura de massa é entendida como a de consumidores alienados, mantendo a noção marxista de mercadoria e da mercadorização (HART, 1982; TAUSSIG, 1980 in: DUARTE, 2010). O trabalho de Campbell contradiz essa ideia de alienação e traz a autoconstrução identitária pelas compras não redutível apenas à aquisição de bens.

O que parece claro nas análises dos discursos é que o perfil de consumo idealizado pelas políticas de incentivo econômico aumentou o abismo entre o rural e o urbano. Ao criar uma realidade possível de infinitas variedades, quantidades e fornecimento ininterrupto, a cultura do consumo alterou as políticas de valores daquelas pessoas que tentaram cultivar valores antigos em meio à formação de uma nova realidade. Conforme Giddens (1991, p. 11),

> existem, obviamente, continuidades entre o tradicional e o moderno, e nem um nem outro formam um todo à parte (...), mas as mudanças ocorridas durante os últimos três ou quatro séculos – um diminuto período de tempo histórico – foram dramáticas e abrangentes em seu impacto.

Não pretendo cometer a falta de interpretar as escolhas alimentares de uma maneira fixa e reduzida apenas a região, tempo, poder de compra, política e economia, agência individual ou desejo. Devemos nos lembrar que o sistema alimentar engloba produção, distribuição, consumo e descarte de alimentos, e que "a mercadoria não é uma coisa, em vez de outro tipo de coisa, mas uma fase na vida de algumas coisas" (KOPTOFF, 2008, p. 32). A fase de construção de uma nova realidade tendo como pano de fundo a dualidade entre rural e

urbano fez com que os interlocutores desta pesquisa participassem de um exemplo claro de dilema moderno.

O sujeito classifica as coisas baseado em várias noções sociais: tempo, espaço, poder, corpo, moral. O que antes era uma coisa, tornou-se outra coisa e foi transformando-se em outras coisas durante as experiências vividas por essas pessoas. No caso dos interlocutores, a comida (vista analiticamente aqui como uma coisa) transforma-se de acordo com ação dos indivíduos e a própria ação social sobre estes. O que os interlocutores relataram, de forma semelhante, foi o fato de que, após aumentarem o poder de compra de alimentos (através de diáspora, trabalho urbano assalariado e casamento), começaram a ganhar peso corporal até um momento que a saúde foi prejudicada, de acordo com seus discursos.

3 CONSTRUÇÃO SOCIAL DO INDIVÍDUO *PACIENTE*

> Eu traumatizei, acho que foi esse tanto de doença que deu, esses *nervoso*. Como que eu vou emagrecer? Se eu travar a coluna igual *tava* travando? *Tô* no meu limite do limite *pra* explodir, e se eu explodir e for pra comida eu vou explodir de gorda. Só que dessa vez eu vou preferir morrer ... porque eu vou me sentir derrotada, fracassada, e *pra* buscar a força pra passar por tudo aquilo de novo é triste, muito triste, é muito esforço. Tem simplesmente dois anos e meio que *tô* na fila de espera *pra* fazer a cirurgia da vesícula...agora vou no Ministério Público porque eu não aguento mais, eu conheço todo mundo dos CAIS. Meus amigos hoje de rebarba são os amigos do corredor do hospital, que eu ajudo. Tanta gente já me encaminhou, me falaram: você tá com muita gordura, seu colesterol tá alto, se você precisar operar de urgência você corre risco de morrer. Da primeira vez que passei mal eu sei que um trem eu não tinha, não sei se era triglicérides ou colesterol, mas o que eu tinha, tinha alto e a gordura do fígado, aí eu perdi cinquenta quilos em oito meses há dois anos atrás, entrei no remédio *pra* emagrecer *fudido*, porque eu não tive escolha, tá? Coloca aí! Levou dois anos, é o mesmo encaminhamento. Quando me ligaram eu ri, eu *tava* aqui [no HC/UFG] *pra* pegar uma autorização pra operar o joelho. Já emagreci, e já *tô* engordando de novo. Bom que faz tudo de uma vez (...) Se eles não me operar hoje gente, eu não sei o que vai ser de mim. Porque não posso cair, eu tenho que ter saúde, minha mãe é gorda, se eu cair quem cuida da minha mãe? É meu sonho fazer a cirurgia bariátrica, é meu sonho... Eu não admito, eu fiz minha parte, eu emagreci igual me pediram, então eu mereço! Agora quem me prometeu tem que fazer a parte dele. Então quer dizer que tudo que eu vivi não valeu? O sacrifício que *tô* fazendo de ficar sem tomar cerveja, então eu *tô* lutando de todos os lados, eu mereço a cirurgia (Daiane, 37 anos).

Este é um trecho da conversa que tive com Daiane. Ela foi encaminhada ao HC/UFG há dois anos atrás por consequência de cálculos biliares. Nesta parte do discurso ela relata claramente a aflição que os interlocutores sentem durante o processo de adoecimento. São pessoas que ganharam peso corporal, foram encaminhadas pelos médicos das USFs (ou CAIS, nas palavras de Daiane) para a Liga de Obesidade do HC/UFG e por alguns critérios médicos são encaminhados para a fila de espera de cirurgia bariátrica.

Daiane me informou que, no primeiro atendimento na Liga, foi orientada a perder peso para realizar a cirurgia. Assim, ela pediu a um médico de confiança que a prescrevesse medicação e conseguiu perder 50kg neste período. Quando o HC/UFG entrou em contato, ela não acreditou que ainda estava na fila para cirurgia bariátrica. Porém, na consulta atual com a nutricionista do ANOG, descobriu que havia emagrecido demais e agora já não fazia parte do perfil de paciente apto para realizar a cirurgia. Em alto e bom som (talvez para a nutricionista da ‘sala-apêndice’ escutar), ela demonstrou como ficaria frustrada caso não saísse do HC/UFG naquele dia com seu estômago reduzido.

Daiane foi atendida por Letícia depois da nossa entrevista, e elas me deixaram escutar o atendimento. Letícia tentou explicar de todas as formas para Daiane que o peso que ela conseguira perder nos dois últimos anos de espera já tinha sido uma vitória e que agora ela não precisava mais da cirurgia, o que deixou Daiane transtornada. Ela queria receber um prêmio que merecia por ter se abstido de prazer por tanto tempo: merecia a cirurgia bariátrica. Ela achava que se não fizesse a cirurgia naquele dia, voltaria a engordar e dessa vez não conseguiria emagrecer.

Esse trecho da fala de Daiane conduzirá as discussões feitas nesse capítulo envolvendo o conceito de obesidade aos olhos da biomedicina e dos interlocutores, noção de pessoa que se transforma em paciente, as representações de corpo envolvidas neste processo de adoecimento, o sofrimento que experimentam e o estigma que envolve o *ser obeso*.

3.1 Discutindo noção de pessoa e corpo

> *De que maneira, ao longo dos séculos, através de numerosas sociedades, se elaborou lentamente, não o senso do 'eu', mas a noção, o conceito que os homens das diversas épocas criaram a seu respeito? O que quero mostrar é a série das formas que esse conceito assumiu na vida dos homens, das sociedades, com base em seus direitos, suas religiões, seus costumes, suas estruturas sociais e suas mentalidades* (MAUSS, 1934, p. 371).

Os apontamentos que Marcel Mauss faz a respeito da noção do "eu" é uma inesgotável fonte da qual podemos beber com frequência para esclarecer as análises feitas ainda para sociedades atuais. A tradição deixada por ele considera a noção de pessoa como categorias de pensamento 'nativas', assumindo o papel formador das categorias coletivas na organização e práticas sociais. Para tanto, o autor estuda a categoria do "eu" norteado pela ideia de moral e direito. Sobre o direito, o autor refere-se a um sentido de ser consciente, independente, autônomo, livre, responsável (MAUSS, 1934, p. 390) – o direito da persona possuir seu corpo. Sobre a força moral, ou o caráter sagrado da pessoa humana, acrescentou-se cada vez mais um sentido moral ao sentido jurídico. É ao cristianismo que deve esse fundamento: "*Nossa própria noção de pessoa humana é ainda fundamentalmente a noção cristã*" (MAUSS, 1934, p. 394).

A noção de pessoa haveria de sofrer ainda uma outra transformação para tornar-se o que ela se tornou há menos de um século e meio, a categoria do "eu". É somente com Kant que ela adquire forma precisa: o "eu" indivisível. Enfim, quem respondeu que todo fato de consciência é um fato do "eu", quem fundou toda ciência e toda ação sobre o "eu", foi Fichte.

Kant já havia feito da consciência individual, do caráter sagrado da pessoa humana, a condição da Razão Prática. Foi Fichte que fez dela, também, a categoria do "eu", condição da consciência e da ciência, da Razão Pura (MAUSS, 1934, p. 396).

Radcliffe-Brown expôs com muita nitidez a forma mais simples da oposição entre as categorias *pessoa* e *indivíduo* em 1940, em um artigo sobre a estrutura social:

> todo ser humano vivendo em sociedade tem dois aspectos: ele é indivíduo, mas também pessoa. Como indivíduo, ele é um organismo biológico, um conjunto muito vasto de moléculas organizadas em uma estrutura complexa em que se manifestam (...) O ser humano como pessoa é um complexo de relações sociais (RADCLIFFE-BROWN, 1973 *apud* DUARTE, 2003, p. 175).

Nesse sentido, o indivíduo se apresenta como mero substrato concreto para a imposição do estatuto social. Já fica, porém, absolutamente claro que *pessoa* designa, como no texto de Mauss, uma unidade socialmente investida de significação. Essa fórmula ecoa, na verdade, a teoria do *Homo duplex* de Durkheim (1989), ao mesmo tempo amarrado à sua corporalidade imediata e fechada – por um lado – e dedicado à busca da efetivação dos ideais morais que lhe atribui sua cultura – por outro (DUARTE, 2003). Estudos recentes não falam em uma pessoa e um corpo de maneira objetiva e substancial. Não existe o corpo e a pessoa, sendo estes um só, moldados e categorizados por uma consciência única, não divisível. Assim, a persona não possuiria o corpo (como afirmou Mauss) a persona *seria* o corpo (CSORDAS, 1990, p. 7).

Nesse mesmo terreno de discussão, a proposta de Csordas procura ir além da busca por significados culturais ao intentar uma reflexão "do que significa ser humano" enquanto "um corpo no mundo". O central de sua abordagem é sua concepção de corpo como lócus da cultura. O seu chamado "paradigma da corporeidade" (*embodiment*[23]) procura entender a maneira como os indivíduos experienciam os sistemas objetivos de símbolos e significados no terreno existencial, experimental, fenomênico do corpo (STEIL & MURILLO, 2008).

É nesse sentido que discutirei as transformações da corporeidade dos interlocutores desta pesquisa através das suas experiências de 'pessoa/corpo saudável' e 'pessoa/corpo doente'. O que é relevante considerar é que os fatos conscientes são derivados de uma

---

[23] O que distingue a proposta de *embodiment* defendida por Csordas de outras propostas da antropologia do corpo é a problematização metodológica e epistemológica de dualidades clássicas do pensamento antropológico, entre as quais se destacam a discussão fenomenológica entre pré-objetivo e objetivo e a clássica distinção entre corpo e mente. Outras distinções podem ser derivadas dessas duas: cultura e biologia, mental e material, cultura e razão prática, gênero e sexo. A reflexão de Csordas procura dissolver essas dicotomias por meio da frutífera combinação da perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty e dos trabalhos de Bourdieu sobre *habitus* (STEIL & MURILLO, 2008).

consciência coletiva, moldados pela cultura do ambiente social. Portanto, a consciência é moldada socialmente e nos remete à ideia do corpo moldado socialmente; essas seriam as representações do corpo, e "*as representações do corpo são representações da pessoa*" (Le BRETON, 2007, p. 26).

A visão moderna do corpo nas sociedades ocidentais, que de alguma forma oficial é representada pelo conhecimento biomédico (anatomofisiologia), repousa sobre uma concepção particular de pessoa. Para isso, foi necessário o desmantelamento dos valores medievais, com as primeiras dissecações anatômicas distinguindo o homem do corpo, sendo ele próprio objeto de investigação que revela a carne na indiferença do homem, cujo semblante, no entanto, ela molda. Foi necessário também o encontro com a filosofia mecanicista que tem em Descartes um importante porta-voz, estabelecendo o corpo como outra forma mecânica. Uma nova sensibilidade individualista nascente foi necessária para que o corpo fosse visto como algo separado do mundo que o acolhe e dá significação separada também do homem ao qual dá forma.

Na maior parte das investigações, a concepção moderna do corpo é a que serviu de marco inicial para a sociologia, nascida na passagem do século XVI para o século XVII. Essa concepção implica que o homem esteja separado do cosmo (não é mais o macrocosmo que explica a carne, mas uma anatomia e uma fisiologia que só existe no corpo), separado dos outros (passagem da sociedade de tipo comunitária para a sociedade de tipo individualista onde o corpo encontra-se na fronteira da pessoa) e, finalmente, separado de si mesmo (o corpo é entendido como diferente do homem) (Le BRETON, 2007, p. 26-27).

A modernidade conduz a um imaginário dualista: imagina-se que o corpo é um lugar de inclusão, empoderamento, autonomia, o que liga o indivíduo a outro, fazendo do corpo um verdadeiro *alter ego*, como aponta David Le Breton. Acredito que a dualidade que o autor se refere é devido ao fato de que o corpo que une um indivíduo ao outro também exclui o não semelhante. Além da influência dos pensamentos racionalistas que separaram o mundo social do corpo do mundo fisiológico, o sistema político-econômico capitalista em que as sociedades modernas estão inseridas "*funciona convertendo em identidade o resultado do trabalho corporal, e o valor é medido de acordo com sua utilidade social*" (DUARTE, 2010, p. 368). Os corpos inseridos neste mundo são ferramentas de trabalho que fazem a máquina trabalhar. Estas considerações dão embasamento para entendermos porque nossa sociedade representa o corpo *saudável/ normal* como um corpo que consegue realizar suas atividades da maneira esperada.

A relação da doença e do corpo com a dimensão cultural e social é, por assim dizer, a pedra de toque de uma antropologia que procura dar conta dos processos de adoecimento (seja ela denominada antropologia médica ou da saúde e da doença). A ênfase irrefletida em uma das dimensões entrelaçadas nos processos de adoecimento e cura – biológica (somática), sociocultural (simbólica) ou individual (biográfica) – pode implicar ora num menosprezo das sensações vivenciadas pelos indivíduos e do papel da agência individual nos processos sociais, ora num empobrecimento da percepção acerca da multiplicidade e ambiguidade dos significados atribuídos aos episódios de doença e das negociações implicadas no processo de produção desses significados. (DUARTE, 2003).

Quando Daiane (interlocutora) fala que "*prefere morrer a ter que engordar e prostar novamente*" devemos dar a devida atenção ao significado do ganho de peso para estas pessoas. O *alter ego* é novamente notado e reincorporado na noção de pessoa destes indivíduos ao atingirem esses limites (sociais e biológicos) que separam a vida e a morte. As experiências corporais dos interlocutores definem o significado do peso corporal, bem como a fronteira do saudável ou doente que este "peso" traz. De maneira unânime, o indicador de preocupação e divisor desta fronteira é a dor física que impede o funcionamento 'normal' de atividades daquele corpo/pessoa.

A visão do *saudável/normal* ligada à capacidade física de utilizar o corpo para prestar serviço à sociedade também define aquilo que não é *saudável/normal*, ou seja, *doente*. De acordo com Langdon (1995), a doença não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que tem dois objetivos pelos que a experimentam: 1 – entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e 2 – se possível, aliviar o sofrimento. Assim, para entender sua percepção e seu significado, é necessário acompanhar todo o episódio da doença (o itinerário terapêutico e os discursos dos envolvidos em cada passo da sequência de eventos).

Boltanski (1987) constata que as classes populares mantêm uma relação mais instrumental com o corpo. A doença, por exemplo, é ressentida como um entrave à atividade física, principalmente profissional. A queixa dirigida ao médico diz respeito, sobretudo, à "falta de força". A doença retira dos membros dessa camada social a possibilidade de fazer do corpo um uso (profissional, sobretudo) habitual e familiar. Dessa forma, não prestam nenhuma atenção especial ao corpo e o utilizam sobretudo como um "instrumento" ao qual demandam boa qualidade de funcionamento e de resistência. A valorização da força lhes confere a uma maior tolerância à dor:

> eles não admitem, sobretudo, sentirem-se doentes. Certamente, nunca ter sido afastado por doença foi, durante muito tempo, motivo de orgulho e valor respeitado por inúmeros operários (Le BRETON, 2007, p. 82).

Considero o pensamento deste autor um pouco reducionista ao relacionar diretamente tolerância à dor e classe social. Este é um estereótipo muito propagado nas sociedades capitalistas como forma de justificar as mazelas que a classe operária pode aguentar em comparação com a elite trabalhadora. A intenção de trazer esta ideia era discutir também "até que ponto isso pode ser considerado como teoria norteadora para as pesquisas atuais, assim como vem sendo utilizado? " A impossibilidade de trabalho que estabelece se é doença ou não também foi retratada por Clarissa Gonçalves em sua pesquisa (GONÇALVES, 2004), mas não relacionado, contudo, a uma maior resistência à dor.

Enquanto se consegue trabalhar, não é doença. A doença leva o indivíduo para a cama, impedindo o trabalho doméstico usualmente feito pelas mulheres; sendo assim, "*a doença é um meio que compele o indivíduo à imobilidade*" (OLIVEIRA, 1998, p. 87). A pessoa "ficar de cama" pode ser um bom indicativo de que ela esteja realmente doente – ou até mesmo a sua justificativa da ausência de responsabilidades. Os dias em que ela fica de cama podem indicar a severidade da doença, inclusive funcionando como um "álibi" pelo não cumprimento das funções sociais e moralmente esperadas, como o trabalho. O estudo de Gonçalves (2004) conclui que não é comum perceber-se doente quando não se sente dor, não se tem febre e continua-se a trabalhar normalmente. Ou seja, não se *é* doente até que o corpo materialize a doença.

Não há como negar a relação entre corpo saudável e utilidade social. Observei que esta relação está presente sim nos discursos dos interlocutores, mas não pretendo cometer o erro de reduzir isso a classes sociais:

> Eu pensava assim: Pessoas gordas não têm vaga no mercado de trabalho. Então quando me formei foi muito bom. Mas não arrumei emprego porque era gordinha. Aí tive que entrar de cara *pra* ir até o mercado. Levantei a cabeça, pedi força pra Deus e fui procurar emprego. Na primeira porta que bati pegaram a gordinha (Wênida, 34 anos).

> O médico passou remédio pra mim que eu não vou comprar. Não é pelo preço, porque eu *tô* apertada, *tô* devendo, mas eu comprava. É porque o remédio vai me *prostar*, e eu tenho medo de cair mais ainda, pegar uma depressão (...) Sinto muita, muita, muita falta de trabalhar. Não consigo ficar parada (Daiane, 37 anos).

> Antes eu comia mais e não era gordo. Hoje eu sou aposentado porque eu sofri acidente, caí de cavalo e precisei operar a coluna, e aí não pega serviço nenhum e fui só engordando. Aí eu tenho problema no joelho de artrite, não

> posso fazer caminhada e vou só engordando (...) Minha comida não mudou não, aumentou mesmo foi o peso depois do acidente porque não queima caloria né (Aldemir, 39 anos).
>
> Minha mãe era magra mas depois engordou. Antes ela lavava, cozinhava, costurava e passava pra família toda então não tinha muito tempo de engordar. Trabalhava muito. Depois que surgiu o tanquinho, máquina de lavar, as filhas foram ajudando, facilitou pra ela e aí começou a engordar (Antônio, 54 anos).

Portanto, não considero esta representação ligada ao poder de consumo ou jornada de trabalho diária. O 'homem moderno', independente de classe social, é separado de si mesmo e está ligado à sua utilidade social. Todos os interlocutores trouxeram as categorias de trabalho para representar o *corpo saudável*. Automaticamente, o inverso passou também a ser verdade: o corpo que não é útil torna-se um fardo e pode ser considerado um *corpo doente*. A nível analítico, as pessoas que entrevistei poderiam ser identificadas internamente, naquele momento, como *doentes* e externamente rotuladas pelos seus corpos e por um diagnóstico médico/social de *obesos*. A definição, ou quando esta representação aparece no dia a dia deles, não é uniforme; o que tinham em comum para critério de definição entre saudável e doente era possibilidade de trabalho.

3.2 Construção social da obesidade

No processo de adoecimento do indivíduo, inclui-se um longo e ardiloso caminho a ser seguido na busca da cura ou amenização dos sintomas. Tal jornada exemplifica porque o termo *paciente* é tão bem aplicado a esses indivíduos. Os itinerários terapêuticos que os participantes relataram faz com que essa transformação seja feita de uma forma gradual, num processo. Este caminho percorrido deixa a sensação de desistência, desânimo e cansaço. Acrescenta-se a isso a cobrança social que designa ao obeso uma proximidade com a incompetência. Após inúmeras tentativas de reeducação alimentar (já tentaram emagrecer através de dieta, medicação, atividade física, etc.), acabaram engordando novamente. As falhas no tratamento clínico fazem com que os pacientes sejam enquadrados no perfil de pacientes para a cirurgia de redução de estômago, ou cirurgia bariátrica.

O discurso médico oficial caracteriza a obesidade como uma doença crônica (ou seja, que não tem perspectiva de cura), e seu diagnóstico é feito através da análise de diversos aspectos e níveis de risco, sendo a combinação dos seguintes critérios: IMC $\geq$ 30kg/m^2 e circunferência abdominal $\geq$ 102cm em homens e $\geq$ 88cm em mulheres. O Índice de Massa

Corporal, chamado na biomedicina de IMC, determina o grau de obesidade, normalidade ou baixo peso em que um corpo se encontra, através de um cálculo no qual divide-se o peso corporal atual pelo quadrado da sua altura (ou seja, IMC = peso atual/ altura x altura).

É fundamental avaliar as causas que levaram ao excesso de peso, bem como investigar possíveis morbidades associadas, pois a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. (ABESO, 2009, p. 36). Ainda que o conceito médico de obesidade faça referência ao ambiente como fator determinante, o senso comum ainda relaciona as causas dessa doença primariamente ao estilo de vida – visão etnocêntrica de culpabilização do indivíduo.

O conhecimento biomédico ocidental incluiu também, em suas publicações mais recentes, os fatores emocionais como um dos motivos causadores da obesidade grave. Considera-se que:

> a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Há aumento significativo da prevalência da obesidade em diversas populações do mundo, incluindo o Brasil. Há três componentes primários no sistema neuroendócrino envolvidos com a obesidade: o sistema aferente, que envolve a leptina e outros sinais de saciedade e de apetite de curto prazo; a unidade de processamento do sistema nervoso central; e o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, efetores autonômicos e termogênicos, que leva ao estoque energético (ABESO, 2009, p. 17).

O sedentarismo também aparece como um fator de risco (ABESO, 2009, p.66). Talvez pela própria noção corporal atual ser formada sob os pilares do pensamento separatista racionalista – que também influenciou o pensamento biomédico –, as causas da obesidade (ou justificativas para) foram as representações que mais aproximaram o discurso biomédico do discurso ‘nativo’. Salvo pelos fatores coletivos ou externos que o documento da ABESO considera (ambiente e estilo de vida), os fatores individuais ou internos foram os mesmos trazidos pelos pacientes (genes, fatores emocionais e sedentarismo).

O IMC é um dos critérios feitos na triagem que define também se uma pessoa está indicada ou não para uma cirurgia bariátrica. Inclusive para serem aceitos como pacientes do ANOG ou encaminhados às USFs, o indivíduo precisa estar com o peso corporal de acordo com um índice específico. Os profissionais de saúde classificam o corpo também de acordo com este índice, como podemos ver na tabela abaixo (Tabela 1) elaborada pela Organização

Mundial de Saúde (WHO, 2000) – e, assim, nortear o tratamento adequado para o risco de comorbidades clínicas[24] que o corpo pode apresentar.

Tabela 1 - Classificação do IMC

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de comorbidade
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30 a 34,9	Moderado
Obeso II	35 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40	Muito grave

Fonte: WHO, 2000.

Na pesquisa de campo, o termo "obesidade" foi relativizado durante o processo de entrevistas. Escutando as consultas (mediante autorização de Letícia, Fernanda e dos interlocutores) estranhei o termo, comum na linguagem do nutricionista, mas que, após as entrevistas, percebi que carregava um estigma para o paciente. Durante as entrevistas, notei que os pacientes não se referiam a eles mesmos como obesos. Quando falavam sobre seu peso corporal relatavam a *gordura* ou a *barriga* como algo externo ao 'Eu', causador de sofrimento e humilhações. Mas durante as consultas, o termo *obeso* era frequentemente usado pelas nutricionistas: "*a obesidade faz com que você...*", ou ainda "*como obeso, o senhor deveria...*".

Estas palavras, tantas vezes usadas por mim nos meus atendimentos como nutricionista, agora tinham outro significado. Começou a fazer sentido 'o olhar através dos olhos do outro'. Pessoalmente, considerei esta reflexão um grande passo, pois o resultado de um trabalho de campo se mede pela forma como o/a próprio/a antropólogo/a vai refletir sobre si mesmo/a na experiência de campo. A confrontação pessoal com o desconhecido, o contraditório, o obscuro e o confuso no interior de si mesmo é uma das razões que conduzem

[24] Comorbidade é uma "condição médica em um paciente que causa, é causada por, ou é relacionado ou simplesmente coexiste à condição índice. Alguns autores reservaram o termo 'multimorbidade' para descrever a co-ocorrência de duas ou mais condições crônicas. Eles também propuseram alguns qualificadores para melhor classificar o tipo de multimorbidade (simples, associativa e causal)" (AKKER et al, 1996 *apud* FORTIN et al, 2004, p. 2).

inúmeros autores a considerar a etnografia como uma das práticas de pesquisa mais intensas nas ciências sociais (ROCHA & ECKERT, 2008).

Mesmo com todas as informações sobre o procedimento cirúrgico e pós-cirúrgico, os pacientes que estavam na fila de espera se referem à cirurgia bariátrica com tranquilidade. Do ponto de vista médico, a cirurgia bariátrica é um tratamento terapêutico definitivo e irreversível, definido pela intervenção direta que reduz o tamanho do estômago e diminui a capacidade de ingerir alimentos, gerando uma sensação de saciedade e a perda acelerada do peso. Em um tempo que vai de 12 a 15 meses, espera-se a perda de 90% do excesso de peso e a estabilidade do peso final (GONÇALVES, 2004). Após a cirurgia, o estômago modificado deve receber meio copo de dieta líquida a cada duas horas. Essa dieta muda de consistência vinte dias após o processo de adaptação, mas a quantidade será para sempre restrita, mudando totalmente a estrutura alimentar do paciente.

A cirurgia bariátrica passou a ser uma política de saúde pública no Brasil a partir de 1999, ocasião em que começou a ser oferecida nos procedimentos cirúrgicos do SUS devido à incidência da doença com uma prevalência de obesidade grave estimada em um milhão de pessoas, e por ser a principal causa de morte de 80 mil brasileiros por ano. Esta cirurgia é um recurso consistente nos casos de obesidade grave com falha de tratamento clínico, proporcionando aos pacientes redução nos índices de mortalidade e melhora de comorbidades clínicas. As indicações preconizadas para realizar a cirurgia adotadas pelo Ministério da Saúde constam na tabela abaixo (Tabela 2) e são válidas para adultos entre 18 e 65 anos. A taxa de mortalidade associada à cirurgia varia de 0,1% a 1,1%, dependendo do procedimento (ABESO, 2009, p. 74).

De acordo com as nutricionistas do ANOG, os atendimentos visavam a reduzir o peso corporal dos pacientes para que estes conseguissem reduzir as comorbidades associadas à obesidade sem a necessidade da cirurgia. Porém, esta não era uma opinião compartilhada por eles. Para a maioria dos entrevistados, o critério de indicação cirúrgica justificava-se pela experiência da doença que eles haviam vivido. O desejo/ necessidade/indicação de realização da cirurgia bariátrica justificava-se através de sua trajetória de ‘luta contra a balança’.

Tabela 2 - Critérios de indicação para cirurgia bariátrica

Adultos com IMC≥40 kg/m² sem comorbidades
Adultos com IMC≥35 kg/m² com comorbidades associadas
Resistência aos tratamentos conservados realizados regularmente há pelo menos dois anos (dietoterapia, psicoterapia, tratamento farmacológico e atividade física
Ausência de contraindicações

Fonte: ABESO, 2009, p. 74.

Comumente, trouxeram o conceito de obstáculo contra o emagrecimento e tentativas frustradas de dieta alimentar (com ou sem acompanhamento nutricional), os remédios prescritos pelos médicos (não continuavam o processo de emagrecimento após a suspensão da medicação) e os tratamentos psiquiátricos/psicológicos para ansiedade ou depressão, também com medicamentos. Assim, todos os entrevistados chegaram naquela fila após várias outras tentativas de redução do peso corporal. Este não foi um fato isolado. Todos os interlocutores iniciaram suas falas contando como foi o sacrifício que haviam passado até chegarem ali. Além de todo o desgaste sofrido por eles, ainda depararam-se com pouca alteridade e descrédito de alguns profissionais de saúde – por mais contraditório que seja.

Grande porcentagem de pacientes recupera o peso perdido: 50% dos pacientes recuperam o peso pré-tratamento em 12 meses e a maioria, em cinco anos. Apenas 11% mantêm perda de 5kg ou mais (ABESO, 2009, p. 36). Apesar de todas estas informações – que são repassadas também para o paciente – os entrevistados não abrem mão da oportunidade de fazerem a cirurgia, ou até mesmo a consideram como a última esperança para serem felizes. Toda esta esperança é alimentada pela ideia de 'última chance', pois já traçaram um longo caminho de tentativas para chegarem até ali. Alguns pacientes trazem também a ideia de que é a última chance pois já 'tentaram de tudo', mas a cirurgia e o acompanhamento nutricional são um tratamento mais 'sério'.

Na pesquisa de Clarissa Gonçalves, a equipe de profissionais de saúde expressa a ideia de que a maioria das pessoas que dizem que já fizeram tratamento médico para emagrecer antes da cirurgia estão mentindo, pois não fizeram tratamento 'sério' (dietas da lua e *Herbalife*, por exemplo, não são considerados tratamentos 'sérios'). Na pesquisa de Clarissa, apenas 5% dos pacientes fizeram tratamento com a nutricionista (apenas este seria um tratamento 'sério'). Entretanto, pelo menos dois tratamentos clínicos considerados 'sérios' devem ser feitos antes da cirurgia, pois, salientaram, esta deve ser o último recurso (GONÇALVES, 2004).

Esta categoria que aparece tanto nos discursos hegemônicos das ciências médicas, quanto nos discursos dos interlocutores, referia-se ao atendimento nutricional e médico como o único tratamento sério para o problema de saúde deles. Neste acontecimento de "*afirmação da racionalização biomédica em contraste com as dimensões holistas da representação ou vivência dos eventos de saúde/doença*" (DUARTE, 2003, p. 177), o tratamento médico, em razão de sua base formadora dividir corpo e mente, por vezes é passível a críticas, uma vez que os pacientes vivenciaram questionamentos e descréditos vindo dos profissionais de saúde:

> Sabe quem me incentivou? Meu ginecologista. Ele falou: '_Você vai morrer! Você perdeu 10 quilos? Isso não é nada, é insignificante! ' Meu olho encheu de água, aí eu falei pra ele, porque eu bato boca mesmo: '_ Você tem noção do que é isso pra um gordo? O senhor falar que 10 quilos é insignificante? O senhor é mais doido que eu. 'Aí ele falou assim: ' _ Mas é pra você ver a gravidade, você vai morrer! 'Aí aqueles trem ficou na minha cabeça, assustei demais, mas eu não conseguia fazer caminhada, aí fui tomando a berinjela e o remédio (Daiane, 37 anos).

> Já cheguei a ser rude com médico. Fui desagradável porque ele foi desagradável comigo. Falei pra ele: '_Você tem que me respeitar. Se eu *tô* aqui é porque eu *tô* com problema. Eu não preciso chegar aqui e você falar que eu sou obeso, que meu problema tá na gordura, como você sabe que meu problema tá na gordura? Meu problema tá na coluna. Eu *tô* sentindo dor na coluna, não é no estômago nem na barriga. Saber que sou gordo eu sei, tenho espelho. Quem carrega essa barriga sou eu (Marcelo, 37 anos).

Percebe-se diferentes racionalidades de adoecimento e cura presentes a todo momento nos discursos dos interlocutores. Por vezes, estas racionalidades são opostas: uma é da ordem do sofrimento, dor, e a outra é da ordem do controle da eficácia. Estas racionalidades, apesar de opostas, convivem em uma mesma experiência de adoecimento e apresenta o conflito na base do discurso, mas intercalam-se nas práticas diárias. A indicação para cirurgia não foi a única categoria conflituosa entre o 'grupo' e os profissionais de saúde neste processo de adoecimento; o conceito de corpo (ou peso corpóreo) ideal também foi divergente nas duas racionalidades.

Quando perguntados sobre o peso ideal para eles ou o peso que gostariam de ter, os interlocutores não usaram o sistema de classificação biomédico (IMC) como representação, com exceção de Leila, que se aproximou do conceito. Os indivíduos referiam-se ao peso corporal que não os impedisse de realizar os trabalhos que faziam antes, ou um peso que favorecesse o bem-estar – que significava um corpo sem dor e com mobilidade. A beleza e estética foi referida apenas uma vez, e de uma forma secundária, com uma hierarquia entre saúde:

> Pesquisadora: _Você tem vontade de emagrecer?
> Marcelo: _ Não tenho vontade de ser rico, magro, nada. Tenho vontade de ficar bem.
> Pesquisadora: _ O que é ficar bem?
> Marcelo: _ Conseguir alcançar o peso ideal *pra* ter saúde e não afetar minha coluna (...) O peso ideal é o que não vai me atrapalhar, não vai me dar dor, não vai me fazer sentir falta de ar (...) Minha juventude toda fiquei com 120 quilos, mas conseguia fazer atividade. No entanto minhas pernas eram mais grossas, ainda tem muito músculo no corpo, não é só ... né... gordura. A minha banha está aqui, aqui, por dentro, você vê que tem pouquinha. Tem muito é músculo (Marcelo, 37 anos).
>
> Tenho muita vontade de emagrecer. Primeiro pela saúde, depois não tem uma roupa que fica bom, não aguenta usar salto (Vilma, 39 anos).
>
> Ainda quero emagrecer um pouco, ainda não alcancei minha meta ideal, é pessoal. Quero emagrecer 8 quilos ainda (Lorrayne, 35 anos).
>
> Quero emagrecer mais, porque eu sei que é um mal, que não tá me fazendo bem (Wênida, 35 anos).
>
> Não coloquei meta não, ficar com corpo de artista eu sei que isso não dá (...) Eu quero é parar de sentir dor e ter mobilidade. Agora parece que vai indo as articulações travam (Antônio, 54 anos).
>
> Quando surgiu a tireóide eu já *tava* bem gorda, só engordando, as pessoas falando mas não preocupei não. Chega uma hora que você fala assim: isso é uma doença, isso não tá certo, não tá normal. Era dificuldade física, *pra* agachar, calçar tênis, uma sandália, pra tomar banho, usar o vaso, tudo é difícil. Falei 'não, não tá certo' (Eliete, 51 anos).
>
> Meu peso ideal é 47 quilos, pela minha altura também né, eu tenho 1,59m. Agora da última vez que pesei eu estava com 68 quilos, achei demais (...) Quero ser saudável, não quero ser magra. Conheço pessoas mais magras que eu que são mais doentes. Então não tem a ver gordura, se for *pra* ficar um pouquinho a mais, amém. Quero ser saudável (Leila, 37 anos).

Além das relações entre trabalho e corpo, as percepções corporais que apareceram nos discursos envolviam um ideal de corpo que "*não fosse atrapalhar*", que "*não doesse*", que "*coubesse nas roupas*". Poucas foram as referências, em relação ao peso ideal, às representações da medicina oficial, como por exemplo peso corporal, exames laboratoriais, percentual de gordura corporal etc. Os critérios que definiram saúde, nestas situações, foram a utilidade do corpo e a ausência de dor.

Entre a enorme variedade de representações da doença etnograficamente conhecidas, envolvendo diversos modelos etiológicos e terapêuticos, é possível distinguir, segundo Laplantine (1991), duas tendências, não necessariamente excludentes: o modelo ontológico, que corresponde às medicinas centradas na doença, baseadas em modelo fisicalista, no qual

está pressuposta a ideia de um “ser” da doença e; o modelo relacional ou dinâmico, que corresponde às medicinas centradas no doente, baseadas em um modelo que considera a dinâmica interna do organismo como um todo, em sua relação com o meio.

Na década de 70, vários antropólogos começaram a propor visões alternativas à biomedicina sobre o conceito da doença (LANGDON, 1995). Segundo eles, a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo experienciado cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico. A nova abordagem tem resultado em mudanças importantes de ênfase e enfoque. Destas, há três pontos de mudança que Langdon nos aponta: (1) o conceito da cultura como dinâmica e heterogênea, (2) a perspectiva da doença como um processo sociocultural, e (3) o conceito de doença como experiência (LANGDON, 1995).

O processo terapêutico, então, não é caracterizado por um simples consenso. É melhor entendido como uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. Por isso, preciso discutir agora a qual sofrimento os interlocutores estavam se referindo ao falarem da experiência do adoecimento. Este processo influencia de maneira direta a alimentação dessas pessoas, como bem relatado por Daiane, no início deste capítulo.

3.3 O fenômeno da dor

Byron Good (1994) pondera sobre a importância de analisar, em pesquisas hospitalares, os relatos de indivíduos, seu padecimento, a experiência de sofrimento e a maneira como as narrativas expressam sentimentos e percepções físicas. Por isso, atentei-me para a ideia de sofrimento corriqueiramente presente nos discursos dos participantes desta pesquisa e, utilizando-me das teorias de Giddens (1991), acrescento ao perfil destes interlocutores os *eventos críticos* relatados. Esse conceito demonstra que fatos críticos vividos ao longo da vida alteram – funcionalmente – o ‘normal’ da vida das pessoas e, além disso, têm implicações para o futuro e para a própria identidade do indivíduo. Estes seriam eventos acontecidos ao longo da vida em que as estruturas da vida cotidiana sofrem rupturas.

O conceito de *sofrimento social* proposto por Das et al (1997) compreende o sofrimento como uma condição em que as dimensões individuais e sociais da experiência humana acham-se indissociáveis. Para os autores, o sofrimento enquanto categoria da experiência pertence tanto ao domínio psicofisiológico quanto ao domínio moral, sociocultural e político, sendo que processos psicossomáticos são transmissores e receptores

de códigos culturais. A ideia de sofrimento aparece como resultado da atuação do poder político, econômico e institucional sobre as pessoas e de como essas formas de poder influenciam as respostas aos problemas sociais. Seu conceito permite tratar a saúde como uma questão social e intersubjetiva, indissociável das relações humanas travadas no meio social, e desconstruir os discursos alienantes (médico, político, etc.) que atribuem ao indivíduo sofredor a responsabilidade por problemas decorrentes de processos eminentemente sociais (ALMEIDA, 2012).

Então, a doença – e o sofrimento derivado dela – não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. O exemplo mais simples disto é a questão da dor. A partir daqui, considerarei o conceito diferencial entre sinal e sintoma de Jaqueline Ferreira (2001, p. 89), que considera que:

> O sintoma diz respeito única e exclusivamente ao doente, é o caráter invisível da doença, pois nada mais é do que sensações que o indivíduo experimenta e só pode expressar por meio de palavras. Já o sinal, como manifestação objetiva, faz parte do aspecto visível da doença e diz respeito principalmente ao domínio médico, pois se constitui da observação clínica e do exame físico.

Os eventos iniciam-se com o reconhecimento do estado de doença, baseado nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Quais sinais são reconhecidos como indicadores de doença depende de cada cultura. Não são universais, como pensado no modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o prognóstico, e possíveis causas, e estes sinais, em várias culturas, não são restringidos ao corpo ou sintomas corporais. A situação ambiental, seja do grupo ou da natureza, faz parte também de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença (LANGDON, 1995).

O modelo predominante de medicina em nossa sociedade e que lhe corresponde é o ontológico. Em um corpo alheio ao sujeito, a doença lhe é estranha, constituindo-se em entidade autônoma, que fala por si mesma: existindo a ‘doença do médico’ e a ‘doença do doente’ (SARTI, 2010). A categoria utilizada para diagnóstico da doença segue as representações dos grupos sociais e a ‘doença do médico’, baseada nos sinais da doença, geralmente é vista à parte e subjuga a ‘doença do doente’ e seus sintomas. O ponto de congruência destes dois modelos é considerar como ‘estranho’ ao corpo ou ‘estranho’ à pessoa o sinal de dor gerada através do adoecimento.

3.3.1 O sintoma motiva[dor]

Embora singular para quem a sente, a dor, como qualquer experiência humana, traz a possibilidade de ser compartilhada em seu significado, que é uma realidade coletiva (embora jamais possamos nos assegurar de que o que atribuímos ao outro, corresponda exatamente ao que ele atribui a si mesmo). Esta concepção, no entanto, implica a dor como uma experiência corporal prévia, à qual se agregam significados psíquicos e culturais. Ao contrário desta proposição, considerar a dor como um fenômeno sociocultural supõe considerar o corpo como uma realidade que não existe fora do social, nem lhe antecede. O social não atua ou intervém sobre um corpo pré-existente, conferindo-lhe significado; "*o social constitui o corpo como realidade, a partir do significado que a ele é atribuído pela coletividade. O corpo é "feito", "produzido" em cultura e em sociedade*" (SARTI, 2001, p. 4).

Após o sinal da dor física, o processo de adoecimento é complementado com a dificuldade dos pacientes em realizar suas tarefas, suas funções. Isto desencadeia outro processo, um processo de isolamento e reclusão o qual rompe relações sociais importantes. No estágio do processo de adoecimento que busca explicar o fenômeno da dor, neste caso, os indivíduos, devido à influência do modelo ontológico, sempre refletem a culpa do adoecimento em um órgão específico, nunca no corpo total ou social e, assim, pouco refletindo sobre a influência do ambiente nesta dor. O indivíduo personifica este órgão e é agora um 'ser' da doença.

Em algum momento, a percepção do corpo passou de *normal* para *anormal*. Esta fase foi caracterizada através de um sintoma: a dor. Se, conforme David Le Breton, o corpo é, atualmente, o *alter ego* da pessoa, com a presença da dor física, o corpo passa a se torna central na noção de pessoa. Para ilustrar esta teoria, seguem trechos dos diálogos que evidencia este processo de transformação:

> Quando meu marido morreu eu fui pra Assembleia [igreja evangélica] e lá tem o médico. Ele mandou eu ir lá no escritório dele, sem cobrar nada. Mas só que deu pedra na vesícula em mim, passei mal em um aniversário, custei chegar em casa. Fui no CAIS o médico falou que era dorzinha de gás. Quando foi no outro dia a dor atacou de novo. Minha sobrinha pagou para fazer um exame e deu pedra na vesícula e fui pro CAIS de novo. Aí virou aquela correria lá e me deram o encaminhamento *pra* cá (...) Minhas pernas não prestam mais (...) A perna queima muito, parece um formigueiro (Marlene, 76 anos).
>
> Percebi que estava pesado quando começou a dor na coluna (...) Agora, por exemplo, eu *tô* sentindo muita dor. Você pode ver que eu *tô* suando. A dor

> que *tô* sentindo é muito forte, atrapalha dormir, ficar sentado, não tem posição. A dor me faz ficar nervoso, mas acostuma (Marcelo, 37 anos).
>
> Como eu engordei demais eu não aguento andar mais, meu joelho e meu pé doem muito (Vilma, 39 anos).
>
> Agora quando eu senti muita dor eu pensei 'ou vai ou morre'. Porque se você comer vai sentir dor, igual quando foi no fim de ano eu comi e fiquei entrevado (...) Nunca preocupei, depois de um tempo que comecei a sentir dor nas articulações aí fui atrás, né. Não lembro o que foi que aconteceu que eu fui pro CAIS e eles falaram 'Não, isso aí não tem jeito não, é obesidade mórbida'. Aí comecei a preocupar. Sentia muita dor mesmo, questão de roupa também é muito difícil e tive que dar um jeito (Antônio, 54 anos).
>
> Eu *tô* travando aqui, não *tô* aguentando, a dor tá irradiando. O médico passou um trem pra mim no joelho mas não é só o joelho, é por causa da hérnia que eu fiz cirurgia, deu duas hérnias, aí o médico falou que ia operar o joelho primeiro depois *nóis* vê a coluna (...) Não *tô* conseguindo trabalhar, *tô* encostada e eu poderia tá fazendo meus extras, mas descer e levantar do carro eu não suporto, meu joelho tá todo *fudido* (...) *Tô* gorda! Não aguento andar, o joelho travando, não aguento andar! (...) Eu tinha um filho pequeno e eu enorme. Não dava conta de carregar meu filho, passear com meu filho porque eu cansava. Já nem limpava casa. Mas eu não me via gorda, eu era uma gorda resolvida. Bonita, punha biquíni, desfilava nos clubes. Esse preconceito comigo não, toda vida fui muito vaidosa porque eu era model. (...) As minhas pedras na vesícula tá dando crise demais (...) cheguei lá o médico e ele só fez exame pra ver se não estava no pâncreas, então só vai me operar se eu morrer (Daiane, 37 anos).
>
> Fui chamada [ao ANOG] por causa ... de eu ser obesa e estava me afetando muito. Uma colega minha que pediu lá *pra* colocar meu nome. Aí eu vim ... *pra* ver a oportunidade de eu... emagrecer... porque tá me prejudicando. Não *tô* conseguindo mais nem fazer minhas atividades ... domésticas do tanto que dói minhas pernas, meus pés... dói muito! (Cristina, 38 anos).
>
> Sinto dor no corpo, muita dor. Porque quem opera de coluna nunca melhora, e ainda tem meu sobrepeso, né, aí ataca mais a coluna. A dor é frequente, quando ataca tenho que tomar injeção (...) Sinto bem melhor quando *tô* fazendo natação (Aldemir, 39 anos).

Algumas comorbidades tradicionalmente associadas à obesidade pela medicina oficial foram citadas nos discursos dos interlocutores como alerta ao estado de saúde do corpo físico. Estas comorbidades geralmente aparecem (no sentido de diagnóstico médico ou sinais físicos) tardiamente. As pesquisas de Angélica Alarcón Torres e Clarissa Azevedo Gonçalves discutem sobre cirurgia bariátrica e obesidade e apontam que um dos sinais da obesidade é dado pelo tamanho do corpo, pela abundância de gordura corporal, a qual, presume-se, deve ser facilmente percebida pela observação clínica do médico. Entretanto, a pessoa que apresenta uma determinada aparência corporal, a qual pode indicar doença pela medicina

oficial, não necessariamente percebe que este dado pode implicar um problema sério de saúde (TORRES, 2013; GONÇALVES, 2004).

Mas é inegável que a motivação para procurar atendimento médico se deu após a intolerância à dor física e à impossibilidade de realizar atividades diárias. Existe nestas representações o fator tempo como um grande determinante para que essas pessoas possam 'sentir a doença' e compor uma nova realidade de representações de *saúde* e *doença*. Nestes casos, a presença da dor – sempre relatada como uma dor de grande intensidade – se repete rotineiramente, diariamente, e isso determina uma mudança da percepção corporal. A *doença* passa a ser *sentida*, no caso dos pacientes do grupo estudado, após o sinal da dor.

Sendo o corpo um complexo campo que envolve anatomia, psicologia, sociedade e política, a dor física sentida aqui é a materialização de outras dores que se constroem nesses espaços. Estas pessoas relataram pertencer a uma sociedade que impõe limites na gordura aparente, evitando que cada corpo se torne um problema político e fazem um grande esforço para nos convencer que o 'problema' é primariamente um problema psicológico e particular. Os corpos resistem até certo ponto em que, física e psicologicamente, sentem que não podem compensar o espaço que ocupam na sociedade. Essa dor, latente nos discursos, é também uma dor emocional e moral.

3.3.2 O estigma da obesidade: a dor moral

Sendo o outro reconhecido como um reflexo de mim, a sociedade certamente estranharia aquele que possui características que fogem ao que consideram 'normal'. O estranhamento inicial segue caminhos guiados pela moral, pelo tempo, pelo espaço e interação entre os corpos dos envolvidos. Um dos autores que refletiram sobre o assunto foi Erving Goffman (1982), que relatou o estranhamento inicial como uma leitura da identidade social do outro. Esta identidade, seria ainda dividida em identidade social virtual, ou aquela imaginada por mim depois de selecionar categorias e criar expectativas e exigências a partir destas; e a identidade social real, que seria aquela formada através das categorias que o outro prova possuir e atende às minhas exigências iniciais. Em casos de não atender às expectativas idealizadas, alguns podem inclusive ser estigmatizados[25].

---

[25] Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo até de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande. Algumas vezes, ele também é

Ao referir sobre o estigma da gordura, não me refiro apenas à gordura corporal. Atualmente a gordura animal está no topo dos alimentos mais repudiados entre os discursos hegemônicos (populares ou biomédicos) de saúde. Historicamente, esta impopularidade foi sendo construída. Nos séculos XVII e XVIII, ao contrário, a gordura das diversas carnes de abate custava em média duas vezes mais que a carne magra. Alguns teóricos relacionam este valor dado à gordura como resultado de uma escassez e o poder nutritivo que esta pode oferecer (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 302).

A maioria das sociedades chamadas tribais tinham economia de subsistência – caça, colheita, pesca, agricultura, pecuária ou uma combinação destas atividades. A maior parte de sua atividade produtiva estava relacionada com a produção de alimentos e uma atividade física mais ou menos vigorosa era a norma para homens e mulheres em qualquer tipo de economia. Porém a fome era uma experiência relativamente comum, pois os períodos de escassez não eram pouco usuais (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 303). Considerando os relatos de estilos de vida anteriores, percebemos que o imaginário de dualidade entre escassez e abundância faz parte da construção cultural histórica de todos os grupos sociais, e como essa abundância era moralmente aceita em organizações sociais anteriores.

Assim, a gordura supunha cada vez mais sedução, ao tempo em que a magreza supunha fome, doença ou pobreza. Contreas & Garcia (2011, p. 304) afirmam que "*essa sublimação da obesidade é característica de todas as sociedades subalimentadas nas quais a alimentação constitui a preocupação essencial para todo mundo*". Devo recordar que, como mencionado no capítulo 2, os interlocutores desta pesquisa trouxeram a valorização da obesidade em períodos de *escassez* (mesmo que a escassez não tenha um significado único para todos eles, e ressaltando que a obesidade não foi demonstrada com um valor positivo claro em todos os discursos, mas no passado também não era considerada um *problema*).

O valor atribuído à gordura hoje em dia é considerado físico e moralmente insano, obsceno, próprio de preguiçosos. Mas isso não deixa de ser secundário na explicação do ideal de magreza próprio dos últimos cem anos, quando a maioria da população das sociedades industriais teve meios e oportunidade de engordar (cf. capítulo 2). Só então as classes altas escolheram distinguir-se das classes trabalhadoras adotando um ideal de magreza que, em seguida, seria imitado pelas classes médias e baixas (MENNEL, MURCOTT & VAN OTTERLOO, 1992 *apud* CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 306)

---

considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem, e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (GOFFMAN, 1982, p. 6).

No período pós-adoecimento[26], estes interlocutores apresentam repulsa à obesidade difundida pelos diversos discursos das sociedades ocidentais urbanas. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso. Em qualquer tipo de estigma (abominação do corpo, culpas de caráter individual, os de raça, nação e religião), encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus (GOFFMAN, 1982, p. 6-7).

Em nossas relações atuais, o valor estético padronizado e o valor da saúde construída pelos saberes da medicina ocidental vêm definindo anomalias com uma certa tirania. O corpo obeso é um caso de condição estigmatizada atualmente. O indivíduo fora dos padrões estéticos e saudáveis sofre diversos tipos de preconceito até ser convencido de sua identidade desviante e tornar-se um indivíduo doente. A gordura é estigmatizada através de diversos valores: ao considerarem a pessoa feia (valor estético), ou desleixada com a saúde ou ainda exagerada (valor moral) e, é claro, inútil para uma vida em sociedade (valor social econômico). Não se consegue apagar com facilidade estas pessoas da vida social.

Nas palavras de David Le Breton, a existência do corpo parece estar sujeita a um peso assustador que os rituais devem conjurar, tornar imperceptível sob a familiaridade das ações. O corpo torna-se um incômodo ao menor ‘deslize’ de conduta, um peso. Os corpos deixam de corresponder-se na imagem fiel do outro, nessa espécie de bloco mágico onde os atores apagam sua corporeidade na familiaridade dos sinais e símbolos, ao mesmo tempo em que a colocam adequadamente em cena. Um desconforto emerge a cada ruptura das convenções de apagamento (Le BRETON, 2007, p. 49-50). Com corpos obesos, dificilmente as pessoas passam despercebidas como manda a norma da discrição, e o desconforto se instala antes mesmo do contato. O estigma funciona proporcionalmente ao grau de desconforto que o corpo causa.

O autor supracitado analisa os corpos deficientes (no sentido de possuírem alguma deficiência física motora) ao tratar sobre o assunto. Mas, assim como em suas análises, acredito que o corpo físico dos interlocutores também impõe uma ambivalência de relações sociais, já que

[26] Ao me referir ao período pós-adoecimento, estou considerando o complexo formado pelo diagnóstico médico e sintomas, mas, principalmente, o diagnóstico de doente feito pelo próprio indivíduo e familiares que, na maioria das vezes, se deu através da dor física, entre os anos 2000 a 2010.

> o discurso social afirma que ele é um homem normal, membro da comunidade, cuja dignidade e valor pessoal não são enfraquecidos por causa de sua forma física ou suas disposições sensoriais, mas ao mesmo tempo ele é objetivamente marginalizado, mantido mais ou menos fora do mundo do trabalho, assistido pela seguridade social, mantido afastado da vida coletiva por causa das dificuldades de locomoção e de infraestruturas urbanas frequentemente mal adaptadas (Le BRETON, 2007, p. 73).

Insisto, assim, que a ideia de deficiência física em nossa sociedade inclui, atualmente, a obesidade.

Não é um corpo facilmente apagável pela sociedade e sofrem fisicamente os preconceitos vividos por serem estigmatizados. Poderíamos ler os trechos dos livros dos autores acima mencionados substituindo o termo "deficiência física" por "obesidade" e este não sairia do contexto das teorias ou desta pesquisa. Me pergunto, agora "se no Brasil quase metade da população está acima do peso, até quando a imaginação coletiva ou a grande mídia colocará o corpo magro como modelo? Até quando a gordura causará estranhamento? "

Não sei se mudanças na imagem do corpo *ideal* estão próximas. Esta é uma representação muito bem delimitada, pois não conta apenas com o reconhecimento do outro, conta também com o suporte de valores estéticos divulgados na mídia, os valores de saúde reafirmados diariamente pela medicina oficial ocidental e com todo um sistema capitalista para apoiar a imagem do corpo do trabalhador ativo. Devemos lembrar também que

> nessa cultura que classifica, hierarquiza e julga a partir da forma física, não basta não ser gordo (a) – é preciso construir um corpo firme, musculoso e tônico, livre de qualquer marca de relaxamento ou de moleza" (LIPOVETSKY, 2000, p. 235).

A gordura, a flacidez ou a moleza são tomadas como símbolo tangível da indisciplina, do desleixo, da preguiça, da falta de certa virtude, isto é, da falta de investimento do indivíduo em si mesmo. O horror atual à gordura pode ser relacionado ao temor à doença, que, de acordo com Rodrigues (1979), se deve ao fato de ser esta, para nossa sociedade e muitas outras, uma categoria intermediária entre a condição de vida e a condição de morte. Se, durante séculos, enormes esforços foram feitos para convencer as pessoas de que elas não tinham corpo, hoje teima-se sistematicamente, após um longo período de puritanismo, em convencê-las de que o próprio corpo é central em suas existências e afetos (GOLDENBERG & RAMOS, 2002, p. 31-33).

Do ponto de vista sociológico, o estigma que sofre o obeso pode ser tão ou mais prejudicial do que os problemas de saúde decorrentes da doença. Sofrimento este várias vezes representado através das falas dos participantes:

> Eu sofri *bullying* na escola e entrei em depressão por que eu era filho sem pai, gordo e negro. Aí falavam: 'Você é excluído' Depois da morte do meu pai eu passei a me achar muito feio. Me incomoda ficar lembrando o tempo todo, peço meus amigos *pra* não falar disso. Tem hora que eu esqueço que sou gordo, mas sinto [preconceito] o tempo todo, é constante. O que mais adoece os outros hoje em dia é a discriminação, a indiferença (Marcelo, 37 anos).
>
> Agora eu sei que *tô* gorda. Eu *tô* comendo e o povo fica me olhando e eu sei que é porque eu *tô* engordando, aí meu marido fica falando: 'Óh, tá comendo vai passar mal' (Daiane, 37 anos).
>
> Nunca fui magra. Desde pequena eu tinha consciência, na escola inteira eu era a única gordinha. Eu e minhas duas irmãs, éramos as únicas gordinhas da escola (...) A infância toda fui gordinha, *bullying* então, uh, nem se fala (...) Porque é muito difícil pra um gordinho quando ele chega na obesidade, principalmente a mórbida, que ele pensa assim 'ninguém acredita mais em mim'. Todos os seres humanos deveriam olhar para um gordinho e não tratar com *bullying*, ou ver como lerdeza, porque sempre falam isso, mas que é uma doença e uma doença que precisa ser tratada. E que se a sociedade não se unir e ajudar uns aos outros então na sua família futuramente vai ter mais um obeso mórbido (Wênida, 34 anos).
>
> Meus filhos não são gordos. A minha menina quando era menor até falava que queria ser igual eu quando crescesse, gordinha assim, que ela achava muito bonitinho. Aí eu falava pra ela: 'Não minha filha, não queira isso não, é ruim não é bom, não é saudável' (...) A gente é olhada diferente, as pessoas olham na gente assim... e vê a gente diferente, acha que a gente é gordo assim porque come, porque não esforça pra emagrecer, que a gente é gordo assim porque quer, porque... Eu não sei o motivo também, né? Mas é isso (Cristina, 38 anos).

Não posso deixar de considerar, porém, que a sociedade vê o corpo obeso diferentemente do deficiente físico em pelo menos um aspecto: a culpa. Parece-me que no imaginário coletivo o obeso tem culpa de estar naquela condição (como relatou Wênida), já o deficiente físico é uma vítima. Considerar a obesidade como doença pode diminuir a discriminação sofrida pelos obesos na medida em que eles podem não ser considerados culpados por sua condição. Entretanto, isso nem chega a poder ser considerado como vantajoso, pois, se por um lado, os obesos precisam ser considerados "doentes" para que percam a posição de "culpados" por sua obesidade, por outro lado, ser considerado "doente" é, em si, também uma condição estigmatizante.

De acordo com Helman (2003), é comum no mundo ocidental atribuir a culpa de doenças ao paciente sem que se faça uma avaliação sobre as responsabilidades de agências governamentais com relação à alimentação[27], vestuário, higiene, etc. É frequente o procedimento conhecido como *blame the victim*, ou seja, de culpar a vítima, evidenciado, principalmente, quando se trata de problemas de saúde carregados de estigma, tais como: obesidade, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids (GONÇALVES, 2004). Nesse sentido, Felippe (2003, p. 10) ressalta que

> Na cultura ocidental são atribuídas responsabilidades ao indivíduo obeso. Ora, se uma pessoa é julgada responsável por maus resultados, essa pessoa encontra-se com raiva, culpa, estigma e rejeição social. Se não é julgada responsável, é vista com compaixão, pena, pouca culpa, relativa aceitação social e um desejo de ajuda. A questão da obesidade é percebida, talvez, como a pobreza. Assim como o pobre é responsável por sua pobreza, o obeso seria responsável por sua gordura. Observamos que esse tipo de funcionamento social acontece com atores sociais tais como aidéticos, alcoolistas, homossexuais.

Para tentar amenizar a dor – que além da dor física, passam a ter uma dor emocional –, estes indivíduos lançam mão de vários discursos hegemônicos que imperam na própria sociedade que os estigmatiza e tentam justificar a obesidade de todas as formas. Acredito que a grande necessidade de se desculparem com a sociedade é em busca de um novo reconhecimento social, mesmo que sejam reconhecidos como vítimas nesta transformação de indivíduos em pacientes.

Retomando o conceito de sofrimento social implementado por Veena Das et al (1997), lembro que, neste processo, as dimensões individuais e sociais da experiência humana acham-se indissociáveis. Não posso afirmar que o sofrimento ao qual se referem os interlocutores desta pesquisa partiram da dor física ou da dor moral, ou ainda que o sofrimento tem uma relação linear com o estigma. O que posso afirmar é que a experiência de sofrimento que estes pacientes vivenciaram é um complexo indissociável de dores física e moral, materializadas nas perdas e rupturas sociais que eles viveram.

3.3.3 Rupturas sociais: a dor emocional

Todos os entrevistados, em algum momento da conversa, relataram acontecimentos de ruptura como grandes influenciadores do “descontrole alimentar”, resultando assim no

[27] Foi discutida no capítulo 2 a relação do consumo e da abundância na sociedade moderna atual, onde as políticas econômicas incentivaram o consumo, mas a sociedade moderna ocidental atual culpa aquele indivíduo que se submete ao prazer do *consumo abundante*.

aumento do peso corporal. Os eventos foram relatados ao serem questionados sobre a história de vida destes ou por que eles achavam que tinham ganhado peso. As rupturas relatadas resumiram-se em perdas familiares (pai, mãe, irmão/irmã) na infância ou adolescência, deslocamentos regionais e gestação ou separação. Os participantes da pesquisa referem-se diversas vezes a fatores emocionais (*ansiedade*, *depressão* e *nervoso*) como fator determinante nos seus estilos de vida. Afinal, ao produzir relações, você está produzindo pessoas e a ruptura das relações sociais descontrói parte da noção de pessoa e força a reconstruções de imaginários. O ato de comer, sendo um sistema formado pelas relações sociais, também é reconstruído e influenciado após estas rupturas.

Trago aqui uma história contada a mim por Regina, em lágrimas: Regina nasceu em Itaguatinga (TO) e aos três anos de idade foi separada de sua mãe pelo próprio pai, que julgava as condições financeiras da mãe impróprias para cuidar dela e do seu irmão. Cresceu achando que a mãe estava morta. Ela e o irmão foram criados pelo pai em fazendas diferentes; eles se mudavam assim que acabavam o período de safra. Hoje, conta ela, após ter filhas, considera que o pai não teve cuidado com nenhum dos dois. Aos quatro anos de idade, o pai de Regina desapareceu, deixando os filhos sozinhos na casa onde moravam, ainda em Tocantins. Nesta época, eles viveram com ajuda de vizinhos até que o pai retornou, um ano depois. Porém, durante toda sua infância, o pai tinha que 'sumir por uns tempos' por ser jurado de morte pelos pais das crianças das quais ele havia abusado. Aos seis anos de idade, ela, o irmão e o pai vieram para Goiânia (GO). O pai continuou mantendo a casa até eles se tornarem adolescentes e irem trabalhar; ela, como empregada doméstica. Hoje, Regina é casada, tem quatro filhas, estuda enfermagem e descobriu o paradeiro da mãe. Apesar de todo *sofrimento*, sente muito a morte do pai há quatro anos. Os eventos críticos relatados aparecem em seu discurso de forma indissociável das representações fisiológicas individuais, como por exemplo, o adoecimento e a alimentação:

> Hoje que tenho filho eu vejo que meu pai nunca teve responsabilidade (...) Sou o tipo de pessoa que fica triste aí eu como. Parece que quando tá comendo aquela angústia alivia, aí você come ... você come. Parece que você junta o prazer pra suprir a tristeza. Se eu vejo alguma coisa triste na televisão já começo a chorar, depois vou direto na geladeira. Então agora minha geladeira fica vazia (Regina, 33 anos).

Assim como Regina, todos os outros entrevistados relataram a dificuldade de passar pelos momentos de perdas como justificativa para comerem 'em grande quantidade', consciente ou inconscientemente. A alimentação foi representada neste momento como uma

forma de preenchimento do *vazio*, uma forma de compensar as rupturas das relações, como na fala de Leila, que chorou ao me dizer como sente saudade do frango com pequi que a mãe, falecida há um ano, fazia. Ou ainda quando outro interlocutor relatava com dificuldade as mortes do pai ou mãe, as separações, e outras rupturas que marcaram suas experiências:

> Minha mãe não teve cuidado porque ela teve que ir trabalhar depois que meu pai morreu (...) Depois da morte do meu pai eu passei a me achar muito feio (Marcelo, 37 anos).
>
> A vida inteira eu nunca aceitei perder meu pai, acho que isso influenciou. Minha avó que me criava, logo em seguida perdi ela também. Acho que não superei as perdas, tanto é que depois dos 13 anos o ganho de peso foi bem maior. Eu comia a mesma comida dos meus irmãos, mas eu comia muito mais que eles. Não interessava o quê, eu queria era comer (Wênida, 34 anos).
>
> Se na época [do abandono do marido] eu tive depressão eu acho que eu não tive tempo pra curtir a depressão, eu cuidava de tudo (...) Eu tive depressão e não vi, não chorei a morte do meu pai, não tive tempo (...) Por ansiedade, por estresse, com esses problema tudo meu, por nervoso. Foi as decepções que fui tendo. Eu era atleta, não bebia, não fumava e tive um problema na minha perna, no joelho, aí eu parei de malhar, desencantei e comecei...só comer (Daiane, 37 anos).
>
> Quando eu separei [do marido] eu engordei muito. Fiz um tratamento com um doutor que passou uma medicação e emagreci. Mas dali pra cá eu tô lutando (Cristina, 38 anos).

Alguns interlocutores relataram que durante os atendimentos médicos, alguns foram encaminhados a psicólogos ou psiquiatras para amenizar os sintomas psicológicos que, na visão biomédica, eram grandes influenciadores da compulsão alimentar, como *ansiedade* e *depressão*. O *nervoso* foi outra categoria presente nas representações de sintomas que influenciaram a condição de obeso, na visão dos interlocutores. As várias referências que os interlocutores fazem a perturbações físico-morais[28] seguem a ideia do discurso biomédico e

[28] Conforme Luiz Fernando Dias Duarte (2003), "perturbações físico-morais" são as condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação. Todas as doenças venéreas, crônicas, degenerativas e infecciosas compartilham, também, de dimensões morais preeminentes – a par de suas implicações físicas. A representação do *nervoso* popular ocuparia, de certa forma, o lugar demarcado pela concepção de um "psiquismo", de uma interioridade psicológica, naqueles outros meios culturais. Essa hipótese se coadunava com a demonstração da afinidade entre o modelo do indivíduo moderno (como valor) e as representações psicologizadas, particularmente as da psicanálise. O fio central da argumentação de Luiz Fernando é a demonstração do *nervoso* como 'perturbação físico-moral' estruturante nos meios de cultura populares, expressiva de uma ordem hierárquica, resistente à diversidade de mecanismos de introdução ao modelo do 'indivíduo' prevalecente nos meios letrados e dominantes da nossa sociedade.

são descritas como as responsáveis pela compensação da falta através do comer – meio de justificarem a culpa que a sociedade impõem neles.

O antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte discute a categoria *nervoso* em investigações do potencial heurístico de indivíduo/pessoa na compreensão dos fenômenos da saúde/doença, realizadas em contextos populares de serviços hospitalares de saúde pública, e tenta responder aos desafios apresentados na relação entre representações holistas e representações individualizadas dos agentes da biomedicida (DUARTE, 2003, p. 177). Apesar das discussões do autor basearem-se no conceito de doença mental, a discussão é válida para pensar o *nervoso* citado pelos interlocutores desta pesquisa, pois o que Duarte (2003, p. 10) discute é justamente como as 'perturbações físico-morais' são entendidas e percebidas por indivíduos que tiveram conflitos em níveis centrais de sociabilização (como parentesco, gênero, pessoa, etc.), mas estes temas se concretizam em situação de ação como a ascensão social, afastamento do trabalho, reconstrução de identidade social ou transições demográficas, por exemplo.

Alguns discursos dos participantes desta pesquisa trouxeram com muita clareza os fatos centrais que se concretizaram na ação individual e, consequentemente, na alimentação. As rupturas sociais que identifiquei, as quais Goffman (1985) chamam de eventos críticos, estão todas relacionadas às transições de identidade social e são um hibridismo de discursos biomédicos e populares, mas sempre como a justificativa da 'condição de obeso':

> Meu problema é emocional (Marcelo, 37 anos).
>
> Já nasci um bebê de quase seis quilos. Somos de família humilde, trabalhamos em lavoura, meu avô é garimpeiro e se ausentou da gente por trinca e cinco anos na Venezuela. Minha mãe e eu somos obesas. (...) A vida inteira eu nunca aceitei perder meu pai, acho que isso influenciou. Minha avó que me criava, logo em seguida perdi ela também. Acho que não superei as perdas**,** tanto é que depois dos treze anos o ganho de peso foi bem maior. Eu comia a mesma comida dos meus irmãos, mas eu comia muito mais que eles. Não interessava o quê, eu queria era comer (...) Quando eu passo por momentos difíceis, eu me fecho, saio menos de casa, me isolo. Nem gosto de doce aí eu como doce, aumento a quantidade da comida, aumento o carboidrato e não sigo horários. Quero quantidade quando estou nervosa (...) Mantive o peso só dos nove aos treze anos, porque fui trabalhar na casa dos outros e tinha variedade, aí diminuí. Depois das perdas na família eu comia mais (Wênida, 34 anos).
>
> Ah, acho que o problema é ansiedade, essas coisas. Eu trato com endocrinologista e ele passou remédio pra ansiedade mas eu não emagreci. Depois disso foi só piorando. Teve o problema da tireoide e tal. Antes eu era magrinha (Eliete, 51 anos).
>
> Fico ansiosa e aí eu entro no doce, entro na comida (Gisele, 32 anos).

> A ansiedade, mesmo tomando fluoxetina, me dá vontade de tomar coca e comer doce. Ultimamente, problemas com o marido tá causando muita ansiedade (Carolina, 37 anos).
>
> Por ansiedade, por estresse, com esses problemas tudo meu, por nervoso. Foi as decepções que fui tendo. Eu era atleta, não bebia, não fumava e tive um problema na minha perna, no joelho, aí eu parei de malhar, desencantei e comecei (...) Depois que eu larguei [do marido] eu só dormia e comia (Daiane, 37 anos).
>
> Não sei, nunca entendi [obesidade]. Acho que a quantidade de comida era muita, mas sempre fui muito ansiosa. Depois que separei fiquei muito nervosa, muito ansiosa, preocupada com a criação dos filhos. Creio que foi pelo nervosismo, eles [médicos] falam que porque eu tomava remédio manipulado quando parei eu engordei. Fiz um tratamento com um doutor que passou uma medicação e emagreci. Mas dali pra cá eu *tô* lutando (Cristina, 38 anos).

Destes discursos, podemos recortar também a ideia de que a obesidade é por causa genética:

> A gordura não era um problema, mas não me afetava tanto (...) Um pouco da minha obesidade é genética, tanto é que é mórbida. Um pouco porque minha família toda é gorda, da parte da minha mãe todos são (Marcelo, 37 anos).
>
> Eu já era gordinha *né*, sempre fui. Acho que vem de família *né*, minha mãe, as irmãs dela, tudo é gorda. Minhas filhas, a mais velha sempre foi, quando é bebezinha é bonitinha *né*? (Regina, 33 anos).
>
> Minha família tem tendência também (...) Eu associei com a alimentação, mas acho que a tireoide e a ansiedade têm a ver (Eliete, 51 anos).
>
> Eu sempre fui gordinha. A mais gordinha da turma, da rua. Minha família é gordinha também, acho que é por causa da má educação alimentar. Não existia a regra da educação alimentar mesmo (Lorrayne, 35 anos).

Por fim, um outro fator muito interessante esteve presente nos discursos. Apesar de não ser um fator que o discurso biomédico aponta, das onze mulheres entrevistadas, nove relataram a gestação como causadora (ou o estopim) para ‘perderem o controle do peso’ e ultrapassarem a linha entre a *gordinha* e a *obesa grave*:

> Eu comecei a engordar demais na minha gravidez, engordei 54 quilos, daí pra cá foi só luta com a balança. Antes eu era magra, bem magra. Fiz dieta o tempo inteirinho na gravidez e mesmo assim engordei (Vilma, 39 anos).
>
> Aumentou o peso na gravidez. Sempre fui mas era o meu peso, 1,60m 62 quilos, sempre foi da minha adolescência até fase adulta. Na gravidez cheguei até 80 quilos, mas da minha primeira eu emagreci, aí casei comecei

> a ganhar peso. Na terceira e na quarta gravidez eu cheguei nos 100 quilos. Então cada gravidez eu emagrecia mas engordava mais na outra (Regina, 33 anos).
>
> Eu acho que meu mal é o tal do refrigerante. Gosto demais de refrigerante. (...) Tanto é que na primeira gravidez, que foi na época da situação difícil eu só engordei 12 quilos e voltei o peso, na segunda eu já comia essas besteiras tudo eu engordei e não voltei. Na terceira eu engordei quase 27 quilos e não dei conta de voltar. Na segunda tinha dinheiro e ao invés de jantar comia x-salada, comia espetinho (Carolina, 37 anos).
>
> Na gravidez do meu menino eu comia muito chocolate e doce. Parava no supermercado e comprava dois chandele e escondia pra não dar pro meu marido, isso eu não dividia. Sabe o que eu fiz? Fui numa padaria e comprei um bolo desse tamanho de aniversário, pedi pro meu marido comprar aquele bolo com aquele glacê, tinha que ser aquele, mesmo eu sabendo fazer. Foi lá comprou e eu comi ele inteiro (Daiane, 37 anos).
>
> Sempre fui gordinha. Todos meus irmãos são gordos, meu pai e minha mãe também. Todo mundo gordo, toda vida. Mas eu engordei mais um pouquinho na minha primeira gestação, mas na segunda eu controlei pra não engordar tanto. Aí eu mantive o peso que eu tive antes de engravidar (Cristina, 38 anos).
>
> Eu me acho muito gorda, desde que eu tive meu filho (...) Tenho vontade de emagrecer, mas falta força (Leila, 37 anos).

O sedentarismo também apareceu, principalmente nos discursos dos homens, que associaram o afastamento e a doença à inatividade. E também em algumas mulheres que ligaram a gestação, o casamento e o afastamento do emprego à redução de atividade física.

> Depois que parei de trabalhar fiquei por conta de ver televisão, vejo os médicos explicando, aquele povo que explica as coisas, o problema de gordura, obeso, que agora ponho muito sentido. Eu não tenho leitura nenhuma mas agora eu tenho tempo de assistir (Marlene, 76 anos).
>
> Conforme eu fui crescendo meu peso foi acompanhando, mas evoluiu demais por causa do sedentarismo (Marcelo 37 anos).
>
> Ganhei em torno de uns 35 quilos depois que machuquei. Tem um irmão meu que é bem forte, quase igual eu. Mas ele não tem diabetes, não tem nada, não precisa fazer dieta. Ele também é mais tranquilo, não precisou parar de trabalhar (Ademir, 39 anos).

Assim como nas definições biomédicas, a causa da obesidade foi representada pelos interlocutores como multifatorial. Uma mesma pessoa pode ter relatado que a causa da sua obesidade é genética, emocional e devido sedentarismo e/ou gestação[29]. Apesar da

[29] Susan Bordo estabelece relações metafóricas fascinantes e perspicazes entre o padrão feminino de comer e a sexualidade feminina. A fome feminina, sustenta ela (e eu concordo), "supõe desejos indizíveis de sexualidade e

diversidade das representações da condição de doente, todos os interlocutores expressam um desejo contido de compensar alguma falta – talvez a falta de escolhas de alimentos. Porém, a nova realidade formada também os deixa em "um mundo de consumo que 'não oferece surpresas'" (RITZER, 1993, p. 99), "um mundo monótono e moralmente vazio" (SASSATELI, 2015).

Situações de reconstrução de identidade social estão presentes a todo momento nos discursos dos interlocutores desta pesquisa. No próximo capítulo, discuto sobre as transformações das representações do corpo e do comer neste processo de construção da nova realidade com identidade de doente e como a reação do sofrimento causado pela obesidade influenciou nesta transição. Em minhas análises, considero que estas rupturas sociais serviram como ponto de apoio para os interlocutores criarem uma lógica explicativa do próprio processo de adoecimento. Acredito, ainda, que tal lógica não seria construída se a sociedade não cobrasse deles uma explicação moral por tal condição.

---

poder". O "tabu representacional" do romance vitoriano de não se referir a mulheres comendo (aparentemente, uma atividade que só "acontece nos bastidores", como diz a autora) funciona como um "código" para a supressão da sexualidade feminina, seguindo a norma cultural geral exibida em manuais de etiqueta e sexo, que prescrevem à mulher bem-educada comer pouco e delicadamente. A mesma codificação continua presente, afirma ela, nas "inversões" feministas contemporâneas de valores vitorianos, que celebram a sexualidade e o poder femininos através de imagens que exaltam o ato de comer e a fome femininos, mostrando-os de forma explícita, exuberante e alegre (JAGGAR & BORDO, 1997, p. 36).

4 DESLOCAMENTOS DE DISCURSOS SOBRE O COMER

4.1 Discutindo o conceito de *comida saudável*

A crítica por parte de alguns pesquisadores sociais atualmente se dá com relação à tentativa dos autores clássicos analisarem uma sociedade acreditando na estabilidade do consenso coletivo, pois aquilo que os seres humanos têm verdadeiramente em comum é sua capacidade de se diferenciarem uns dos outros para elaborarem costumes, línguas, modos de conhecimento, instituições etc: "Se há algo natural nessa espécie particular que é a espécie humana, é sua aptidão à variação cultural" (GEERTZ, 1989). Por isso, dedico este capítulo a discussões sobre as alterações de significados que as categorias do 'comer' sofreram durante a adaptação de novas identidades sociais e a incorporação de novas categorias que são conflitantes com os valores estruturais da representação do 'comer' para os interlocutores.

Os discursos analisados para esta pesquisa revelaram que as representações observadas entre os interlocutores são envolvidas por contradições e valores que se movimentam entre extremidades definidas culturalmente. Tal movimentação me fez considerar o sistema alimentar dos membros do grupo analisado com base em *valores flutuantes*[30] desenvolvidos através das transformações pessoais, os quais coexistem como fios de uma rede preenchida por categorias que, dependendo do contexto histórico-temporal, são acionadas ou esquecidas, definindo os elementos materiais e imateriais da prática alimentar dos interlocutores.

Quando o tempo do discurso era o passado e a história de vida do paciente, as categorias que marcavam o hábito alimentar carregavam o valor da *nostalgia* e *prazer* (discutidas no capítulo 2). Porém, quando o tempo do diálogo era o momento atual, remetendo ao tratamento dietético, estas categorias estavam relacionadas ao *saudável* e ao *ideal*. Ao serem perguntados "o que o *comer* significa para você?", os interlocutores demonstraram a extensão e a fragilidade da definição desta categoria. A representação do que é o 'comer' transitou pelos valores do prazer, do tradicional, do que te faz bem, até representações negativas que vincularam o ato de comer a um vício:

> Uai, pra mim é encher a barriguinha (risos) (Dona Marlene, 76 anos).

---

[30] Seguindo o raciocínio do modelo da *significância flutuante*, proposto por Lévi-Strauss em 1949, como chave para a compreensão da vida simbólica, e também considerando as análises de Geertz (1973), o qual, através de uma inspiração semiótica, cria uma definição de cultura como um conjunto de textos, públicos e intersubjetivos. Para tanto, é preciso lê-los e interpretá-los, nas redes de significados nas quais os homens estão suspensos (LÉVI-STRAUSS, 1973; GEERTZ, 1973).

> Como pra comer. Às vezes como sem perceber que *tô* comendo. É um sustento *pra* você. Se você ficar sem comer você sente fraqueza, dor no estômago, isso ... E comer é bom também, né? (Eliete, 51 anos).
>
> Tranquilidade. Acho que, parece quando você tá comendo ali você desliga do mundo. Antes eu fazia isso e não via, eu chegava a passar mal de tanto comer. Eu estava comendo pra morrer. Hoje eu percebo o motivo pelo que *tô* comendo, por isso não compro mais, fiz um limpa na geladeira (Regina, 33 anos).
>
> Parei de fumar mas comida eu não dou conta. Se eu fico ansioso eu como (Marcelo, 37 anos).
>
> Parece que se eu não comer doce depois do almoço eu vou ficar doida. Não era assim antes. Tenho que comer qualquer coisa doce (Gisele, 32 anos).
>
> A questão da obesidade é igual uma bebida para um AA, se der o primeiro gole desregra tudo (...) Ainda sinto vontade de comer muito, mesmo sendo operada, é minha cabeça que comanda (Lorrayne, 35 anos).
>
> Ah, tudo...Me realiza, né, a comida. (Ademir, 39 anos).

Alan Warde (1997) e Lívia Barbosa (2007) revelam em seus estudos que as escolhas alimentares da sociedade atual não são unicamente preferências individuais de quem tem a responsabilidade de fazê-las. Elas são orientadas por um conjunto de lógicas e valores, sendo agrupadas em três antinomias distintas: praticidade/improvisação *versus* planejamento/preferências individuais; restrição e liberdade (que se subdivide em saudabilidade/beleza *versus* prazer/sabor e economia *versus* extravagância); e, por fim, temos rotina/tradição *versus* variedade/novidade. Essas antinomias não são excludentes entre si, entretanto, quando se analisam os depoimentos e as porcentagens de certas práticas culinárias, constata-se que algumas destas antinomias são mais enfatizadas do que outras, de acordo com os diferentes sistemas alimentares.

Dentro destas extremidades é que se concretizam os valores que flutuam nos discursos dos interlocutores e também nas ações diárias. O *comer* pode ser representado tanto com valor negativo (vício) quanto com valor positivo (tranquilidade), mas estas são ideias influenciadas pelo tempo do discurso e pela racionalidade usada pelo interlocutor naquele momento. De acordo com as análises feitas para esta pesquisa, aproveito as antinomias de Alan Warde e Lívia Barbosa para pensar que os extremos das flutuações das representações do grupo analisado se resumiram, principalmente, em antinomias de prazer/sabor/nostalgia *versus* saudabilidade/moral/praticidade. No grupo não foram encontrados dados relevantes para considerar beleza como uma antinomia presente nas ações e valores individuais. Considero arriscar dissociar estes valores.

Este delineamento nas categorias do *comer*, aparentemente sequenciado e padronizado – feito sobre este grupo de pessoas que encontrei por acaso nos hospitais com experiências semelhantes – passa a impressão de estabilidade diante da diversidade do tema. Porém, enfatizo que mesmo este pequeno recorte analítico deve ser lembrado como uma massa maleável e esta é apenas uma das leituras possíveis deste texto de significados. Durante a criação de uma nova realidade e identidade social após transições demográficas e depois do processo de adoecimento, algumas categorias do comer foram repensadas.

Afinal, o que é uma comida saudável pra você? Imagino que o número de respostas para essa pergunta é diretamente proporcional ao número de vezes que ela pode ter sido feita.

4.1.1 Comida saudável

Os interlocutores foram questionados sobre o que eles consideravam uma 'comida saudável' e esta categoria foi a mais homogênea de todas as que aparecem na representação do *comer*. Acredito que o termo "saudável" remete diretamente aos discursos da medicina oficial propagados atualmente na nossa sociedade. Essa ligação fez com que a comida saudável fosse descrita geralmente com a presença de determinados elementos materiais (como frutas, verduras, carnes grelhadas e peixes) propagados pelo discurso biomédico e midiático. Apesar deste perfil, estes elementos não necessariamente foram refletidos nas ações, uma vez que o termo "saudável" está ligado à antinomia de saudabilidade e não está ligado ao sabor/prazer, para os interlocutores. Assim, uma *comida saudável* não aparece ligada à categoria de *comida boa*, *comida gostosa*, e nem sempre ligada à *comida ideal*.

O novo Guia Alimentar para População Brasileira (BRASIL, 2014) – que tem uma proposta mais holística de recomendação alimentar – não traz uma lista de alimentos definidos como saudáveis. O texto do documento é elaborado de forma a sugerir opções de práticas saudáveis que colaboram com uma alimentação adequada. Mas ele traz alguns exemplos de refeições (café da manhã/ almoço e jantar) compostas por frutas, café, leite, farinhas/ arroz, feijão, carne grelhada, assada e cozida, ovos, vegetal refogado e hortaliça crua. O incentivo a um maior número de refeições (presença de pequenos lanches) veio como um adendo, não como um padrão – fato que conversa bem com os dados obtidos nos discursos dos interlocutores, que faziam no máximo três refeições por dia (café preto de manhã, almoço e jantar).

O alimento saudável foi definido pelos interlocutores de uma forma genérica. Preparações que não sejam fritas, ausência de gordura ou até mesmo uma comida que *não vá*

te fazer mal. A gordura na alimentação e corporal contradiz os valores atuais, mas mantém o significado de *comida forte, pesada*, mas agora significa um malefício para saúde. Tratam-se de definições diferentes da mostrada no novo guia alimentar, que contempla um todo das refeições feitas no dia, além de abordar assuntos como alimentos orgânicos, bem preparados, trocas saudáveis, entre outros. Como o guia alimentar é resultado de várias discussões intersetoriais sobre a alimentação, ele não tem a função de condenar nenhum tipo de grupo de alimentos (nem mesmo a gordura, mas sim os excessos), traço que aparece nos discursos dos interlocutores ao condenarem comidas com açúcar e gordura – resultado da propagação de discursos biomédicos antigos.

No pensamento contemporâneo mais difundido, diz Laplantine (1991), somos tentados a classificar os alimentos como 'bons' e 'maus', podendo ser designados inimigos principalmente a gordura, o açúcar e o sal, além de bebida alcoólica, colesterol e condimentos. Mesmo com a nova proposta do guia alimentar, ainda existe na racionalidade médica a classificação e oposição de alimentos 'bons' e 'maus', assim como nas representações dos interlocutores, mas o significante dessas classificações divergiu um pouco entre os dois discursos. A classificação de alimentos *saudáveis* e *não saudáveis* para o grupo entrevistado foi traduzida como alimentos 'bons' e alimentos 'maus' e assemelha-se aos discursos biomédicos locais em relação aos ultraprocessados[31], mas difere-se substancialmente nos demais exemplos.

A recomendação do novo guia alimentar atenta-nos para o consumo de alimentos ultraprocessados (como biscoitos recheados, "salgadinhos de pacote", refrigerantes e "macarrão instantâneo"), considerando-os como prejudiciais e grandes vilões da alimentação atual. Algumas referências foram feitas a este tipo de alimento pelo grupo, mas aparecem ligadas à representação da alimentação *fora de casa*/*comida da cidade*, composta por alimentos que fazem *mal à saúde*, citando não apenas os alimentos ultraprocessados, mas também frituras, que compõem essa *comida de rua*.

Algumas divergências entre o discurso do *saudável* dos interlocutores e do discurso atual biomédico aparecem em relação ao carboidrato consumido através de pães, arroz, bolos, quitandas, macarrão e pastel, e o açúcar consumido através de doces, chocolates e refrigerante, no dia a dia dos interlocutores. Esta representação de *saudável* é amplamente

[31] De acordo com o Guia Alimentar para População Brasileira, diferentemente dos alimentos *in natura* ou minimamente processados e das preparações culinárias, os alimentos ultraprocessados são em geral escassos em água, exatamente para que durem mais nas prateleiras. Este é o caso de salgadinhos "de pacote" e biscoitos que costumam ter menos do que 5% de água na sua composição. Outros produtos como refrigerantes e vários tipos de bebidas adoçadas possuem alta proporção de água, mas contêm açúcar ou adoçantes artificiais e vários aditivos, razão pela qual não podem ser considerados fontes adequadas para hidratação (BRASIL, 2014, p. 87).

divulgada pela grande mídia e popularizada no imaginário social. O grupo de pacientes vai introduzindo lentamente o conceito de *saudável* em seus discursos, formando um híbrido de conceitos populares, biomédicos e pessoais (através da experiência de dieta vivida por cada um).

Na medicina grega, dieta (*diaita* ou 'modo de vida') se refere à conduta geral e organização da vida. Em seu sentido mais restrito de um modo de comer, dieta era um elemento essencial do regime médico grego. Um regime médico é um conjunto de regras ou orientações impostas a um cliente para garantir seu ‘bem-estar’. Quando o corpo é concebido como um sistema de entrada-saída, o regime restaura o ‘equilíbrio’ do corpo através de um regime de purgas, jejum, transpiração e dieta. Regime implica, portanto, num elemento de escolha e responsabilidade por parte dos pacientes. Entretanto, se tomarmos uma visão mais ampla de todo o processo de alimentação do corpo, precisamos de um modelo mais complexo (TURNER, 1984, p. 152).

Nestes interlocutores, a reeducação alimentar através da dieta é marcada principalmente por mudança de quantidade, provavelmente pelo valor da *fartura* presente na memória afetiva representando o que é *comer bem* contrastando com a ideia de ‘equilíbrio’ divulgada na nossa sociedade atual. A variedade, a qualidade ou forma de preparo da comida aparecem como adjuntos nesta representação. Como não poderia deixar de ser, estas representações soaram com significados semelhantes, mas os valores continuaram se movimentando entre positivos e negativos:

> A gente não tinha condições, mas acho que era mais sadia que agora [a alimentação]. Meu pai não cuidava muito bem da gente e minha mãe tinha que se virar então a gente comia arroz, feijão, verdura, carne uma vez na semana, refrigerante era só em aniversário, às vezes fazia bolinhho de chuva, quando tava com vontade fazia farinha com açúcar, gemada (Carolina, 37 anos).

> Ah saudável é ... comer verdura, fruta ... É o que eu tenho dificuldade de comer. A gente não costumô a comer. Na roça não tinha e a gente quase não gostava (...) O estômago fica fraco, me dá enjoo no estomago, sinto fraco. Agora quando eu como arroz, feijão e a carne eu sinto satisfeito (Aldemir, 39 anos).

> Hoje eu procuro fazer mais verdura cozida no vapor, mas minha filha dá vômito quando coloco. Só fui perceber que nunca tinha dado verdura pra elas depois disso. Eu comprei aquela *churrasqueirinha* elétrica, então ultimamente a gente tem feito muita carne assada. Tenho evitado o doce, o açúcar o refrigerante (Eliete, 51 anos).

> Saudável que eu digo é o seguinte comer nas horas certas, não comer o alimento correndo, uma salada, uma verdura. No almoço você come arroz,

> feijão, carne, salada (...) Meu filho também tá fazendo dieta. Hoje mudou tudo depois que casei, a gente já vem cuidando. Ela [esposa] que me ajuda bastante. Esse ano tô cuidando mais por que me afetou muito. Era desregrado a quantidade e a qualidade (...) Assisto o 'hoje em dia', o 'bem estar', mas eu não sigo porque minhas condições financeiras não dá. Uma comida que toda nutricionista fala que é saudável custa caro. É salmão, abacaxi, maracujá, verdura, legumes, só isso, menos arroz e feijão, fica cento e vinte reais pra uma refeição. Aí você tem que ter cinco refeições (Marcelo, 37 anos).
>
> Não é a primeira vez que faço um tratamento, mas aqui [HC/UFG] passaram o que a gente come no dia a dia, isso que eu *tô* achando bom. Tenho levado na compensação. Como num aniversário, aí no outro dia não como nada, só almoço. Talvez não alcancei resultado por questão de horário. Não dá pra parar o serviço, às vezes almoço e só vou comer depois das seis horas, por causa do tempo (...) Hoje eu como pra viver. Antes eu vivia pra comer e beber (...) Antes eu assava carne quase todo final de semana agora dificilmente eu asso. Aí, então agora tem churrasco e tal eu como só um pouquinho. Antes eu queria era aproveitar o dinheiro gasto, agora mudou tudo (Antônio, 54 anos).
>
> Não acho difícil não [fazer dieta]. Como soja porque meu estômago não pega carne. Duas colheres de arroz, feijão, salada, fruta, maçã, banana. Antes eu comia mas não era tantas vezes assim não. Leite desnatado. Agora, eu não como o tanto que eu comia. De primeiro eu repetia dois pratos, duas cerra e comia tudo. Hoje eu como uma vez só e tá bom, nem sinto fome (Dona Marlene, 76 anos).
>
> Acho que saudável é uma comida colorida, né. Você chega coloca um arroz branquinho aqui, um feijão aqui, uma couve aqui, um alface. Carne assada, mas ela é mais saudável né? Não tem óleo. Eu não acho ideal como eu comi a vida toda, um tanto de arroz, um tanto de carne frita. Minha alimentação hoje tá longe do ideal, eu exagero de vez em quando. Mas em vista de antes tá bom. É de tudo, mas pouco. Hoje eu sei que posso comer chocolate, mas é pouco. Antes eu ia no atacadista e comprava um quilo de chocolate e comia igual rapadura. Pegava a faca e tá! Aquilo era muito bom (...) Então você não tinha dinheiro pra ir numa feira, coisa que eu faço hoje. Naquele tempo não tinha isso. Eu evito comprar muito pão de manhã, bolo, eu evito. Porque se tiver eu como (Regina, 33 anos).
>
> Agora depois da dieta minha comida é: no café da manhã leite e café, um pão e mortadela, peito de peru, presunto. Lanche não é importante, eu me policio a comer o lanche da manhã, que é sempre uma fruta. Meio dia tem que ter um arroz, um feijão e uma carne. Bem simples, só que bem feita, bem temperada. De lanche é na empresa, tenho que levar porque lá é sempre uma quitanda. E à noite o lanche (...) Fiz dieta há 14 anos, é difícil de carregar as coisas, tem que estar sempre carregando (Lorrayne, 35 anos).

Como foi possível notar nos trechos acima, os entrevistados manifestam desconforto na alimentação controlada e saudável, uma vez que sugerem não ser prazerosa, acessível ou prática. O que antes significava prazer, agora significa descontrole, dor, excesso e doença. O significado de *saudável* para este grupo também foi relatado com a oposição ao que *não é*

saudável. Algumas vezes, definir o *não saudável* é a forma mais fácil para definir o significado do que é *saudável*, marcando a oposição de alimento ‘bom’ e ‘mau’. Os que definiram o alimento *não saudável* separadamente citaram os termos ‘quantidade’, ‘açúcar’, ‘refrigerante’, ‘doce’, ‘gordura’ e ‘carboidrato’; e mais uma vez o arroz com feijão foi trazido, voltando à representação ambígua deste composto:

> Em vez de eu tomar um copo cheio de refrigerante eu ponho meio. Até no fim do ano eu quero não tá tomando nada. Nada!. Parar carne, eu vou comprar frango (...) O saudável é o que eu gosto né, alface com tomate, repolho, batatinha no lugar do arroz porque o arroz ele me incha, feijão (Carolina, 37 anos).
>
> Pra emagrecer tem que comer mais é verdura, né, tem que abandonar as massas, que é o arroz, né, feijão tem que ser pouquinho né, por causa do diabetes. Mas vou tentar de novo (Aldemir, 39 anos).
>
> Minha médica tirou o arroz totalmente na gravidez. Aí eu comia bastante cenoura crua, beterraba eu só como crua, cozida não. Fui obrigada a comer ovo também na gravidez (...). A parte mais difícil foi diminuir o arroz. Antes a minha alimentação era boa, gostosa. Hoje tem a necessidade de comer coisas saudáveis (Vilma, 39 anos).
>
> Somos de família italiana, então é muita massa, muito pão. Então o carboidrato é muito forte lá, mistura de pão com comida. Em função da dieta, não estamos fazendo comida, só lanchando, sanduíche, bauru, leite, café. A qualidade não é difícil de mudar, mas a quantidade é. Antes eu comia até encher barriga mesmo, até doer. Hoje eu tenho uma quantidade certa pra comer. Te sacia mas não dá o mesmo prazer do que uma batata frita, um filé à parmegiana, tem restrição na quantidade. Tenho que esforçar pro resto da vida. Na alimentação hoje em dia o que mais pesa é o preço (...) Eu sei que o carboidrato é o meu fator de risco, o carboidrato e o doce, é consciência minha, isso é meu. Sei que se eu deixar de comer eu emagreço (Lorrayne, 35 anos).
>
> Hoje eu não misturo carboidrato, consigo segurar a quantidade. Não faço mais comida frita no óleo, só cozida. O mais difícil foi mudar a rotina, mudar eu mesmo. Vi que quem tinha que mudar era eu, isso foi muito difícil. Mas sou muito persistente, se eu quero eu posso. Mas tem que ser todo mundo unido, família, todo mundo mudou junto (Wênida, 34 anos).
>
> Pra mim [saudável] é menos fritura, né? Carne cozida, arroz salada, verdura cozida (...) Muito refrigerante falam que não é bom e a gente toma em excesso, mas não leio, não escuto, o povo que fala que refrigerante não é bom, que tem muito açúcar (Leila, 37 anos).
>
> Antes era salgado, refrigerante. Na janta era sanduíche ou cerveja e carne assada. Você sabe que não é saudável. Hoje moderou (Marcelo, 37 anos).
>
> A gente comia muito x-salada e pedia pizza. Eu comia muito chocolate. A gente ia ver televisão e abria uma lata de leite condensado e um saco de peta. Cheguei nos setenta quilos muito rápido (...) O mais difícil, até que o chocolate e o refrigerante não, mas a massa. Pão, bolo, esses trem assim.

> Quando vou num lugar e o pastel me chama é muito difícil. Mas agora eu aprendi a comprar pedaço, antes era à vontade, um bolo inteiro (...) O meu problema não é o doce, é a massa. Então eu evito comprar macarrão (Regina, 33 anos).
>
> Saudável pra mim é uma comida que vou comer ela e daqui três horas já digeriu, e eu não vou sentir o gosto da comida na boca, nem nada. Igual como quando carne gorda, fica ruim (Antônio, 54 anos).

Os interlocutores, enquanto pacientes, assimilaram o conceito de *dieta* como uma alimentação *saudável*, mas não necessariamente as classificações foram incorporadas no significado do que é comer, realmente. Provavelmente, a distância entre as representações de comida *saudável* e o que foi relatado como comida cotidiana se dá pelo fato de os interlocutores considerarem o *fazer dieta* uma prática ainda muito penosa, dispendiosa, às vezes pouco prática e envolta em muito imaginário (repulsivos, inclusive), e aqui retornam as antinomias entre saúde *versus* prazer. Há nos discursos uma ideia de sofrimento na prática de alimentação saudável relativo a uma oposição entre *comida saudável* e *comida gostosa*, para estes interlocutores.

Aquela ideia de *comida simples* que envolve a comida *feita em casa*, *comida da roça*, o arroz e feijão, também envolve a *fartura*, a gordura, a pouca variedade de acompanhamentos – categorias que entraram em contradição de valores nesta transição de identidade social. Assim, esses itens materiais causam outro dilema para estas pessoas: às vezes a *comida simples* pode ser sinônimo de *comida saudável* (quando referem-se ao espaço em que se fazem as refeições e o modo de preparo, já que existe a oposição *comida de rua* e *comida de casa*, *industrializado* e *feito em casa*) ou pode ser sinônimo de comida *não saudável* (quando referem-se aos tabus de gordura e quantidade incorporados nos discursos dos interlocutores).

De maneira geral, uma *comida saudável* para os interlocutores é uma refeição feita em horários certos, com a quantidade certa, colorida, carnes assadas, grelhadas ou cozidas, pouco arroz e massas, com a presença diária de frutas e verduras. Existem algumas diferenças entre a classificação dos interlocutores e do guia alimentar brasileiro, principalmente a respeito do grupo dos carboidratos. Representados pelo arroz, pão, macarrão, quitandas e pizza, o carboidrato, para os interlocutores, é um obstáculo a ser ultrapassado no processo de dieta. Já na racionalidade médica, o grupo dos carboidratos continua sendo a base da alimentação brasileira.

Como em outros momentos de discussão, a representação de *saudável*, apesar de aparentemente hegemônica, outra vez tem a presença do dilema de valores dentre dois

discursos. Na pesquisa realizada por Cecília Díez-Mendes (2008) na Espanha entre 2001 e 2005, ao serem questionados sobre o que é uma *boa comida* ("o que é, pra você, comer bem? "), os participantes manifestaram as partes mais racionais do comportamento alimentar. Usaram, nas respostas, as normas mais conhecidas (mesmo que não respeitadas), que são seguidas com maior rigor por alguns grupos. Mesmo não usando a palavra *saudável*, a autora encontra a réplica adaptada dos discursos biomédicos de saúde e alimentação.

Talvez o termo "comer bem" tenha mais variedade de significados no grupo que estudei do que na pesquisa de Díez-Mendes. A minha hipótese é a de que esse termo não é relacionado, em nível primário, tão diretamente à comida saudável, como lá. As entrevistas que fiz eram compostas pela diferenciação clara sobre saudável (o que é uma comida saudável, para você?) e ideal (o que é uma comida ideal, para você?). Porém, a oposição feita entre *comida saudável* e *comida boa* foi totalmente de responsabilidade do grupo, mesmo a pesquisa sendo em um ambiente hospitalar. Tal constatação remete a um questionamento: "até que ponto existe um modelo ideal ou uma normativa alimentar atualmente? "

Não encontraremos a resposta se não discutirmos até que ponto a moral dos alimentos delimita essa normativa. Mas antes, discuto sobre o que é entendido por comida ideal nas pesquisas sociais e nos discursos dos participantes desta pesquisa.

4.1.2 Comida ideal

> Você fala ideal ou que eu gosto? Ah, irmã, eu gosto de comida, gosto de comida boa, gosto de feijoada, lasanha, adoro massa, macarrão. Fiz um curso de confeitaria, salgado é minha paixão, coxinha, empadinha, se deixar eu como todo dia (Daiane, 37 anos).

Assim como foi discutido a idealização do corpo no capítulo 3, é necessário discutir aqui a idealização da comida. Seguindo as mesmas premissas do corpo ideal, a comida ideal é marcada pelo tempo a que se refere o discurso e faz um movimento pendular entre saúde e prazer. O tempo pós-adoecimento traz uma comida ideal como aquela que *não vai te fazer mal*, ou seja, a que não faz o seu corpo doer. Posso traçar um paralelo entre comida ideal e corpo ideal, sendo representações que se transformaram de maneira similar através do processo de adoecimento e rupturas sociais.

Leach (1996) demonstra que, em toda sociedade, há um contraste entre o padrão estrutural ideal e o padrão estrutural real. Isto significa dizer que, embora os indivíduos se reconheçam inseridos numa estrutura de relações sociais, esta configuração é considerada,

pelo autor, como uma estrutura idealizada que, em muitos casos, diverge da realidade empírica observada, marcando uma contradição entre os dados coletados pelo antropólogo e a prática social cotidiana vivenciada pelos 'nativos'. O autor aponta para as categorias instáveis, identificando uma dimensão do desequilíbrio[32] como fator primordial na construção da vida em sociedade.

A categoria *comida ideal* seria, então, apenas um reflexo da idealização de um modelo produzido pela sociedade e modelada por diversos fatores, já mencionados anteriormente. Mary Douglas (1975, *apud* COLLAÇO, 2004, p. 132) entendeu as refeições como "um sistema de relações que determinam suas posições uma em função da outra", citando uma ordem hierárquica que corresponderia a uma linguagem do comer. Posteriormente, Anne Murcott (1997 *apud* COLLAÇO, 2004, p. 132) trabalhou com essa noção e definiu o que seria uma refeição ideal (*proper meal*) como o "topo de uma hierarquia de refeições, a partir da presença ou não de certos elementos: quem preparou, o que é servido, quando, com quem e como é consumida etc.".

Como resumiu Cecília Diéz-Mendez (2008, p. 13),

> o modelo de comida é **um compromisso mais ou menos estável entre forças antagônicas**, sobretudo entre as exigências do trabalho e da vida burguesa; (é o modelo) que tornou-se com o tempo um padrão usual, que todas as classes sociais adquirem e refletem (...) São modelos diferentes de ações, na medida em que os cenários que se estabelecem o jogo de conflitos dão lugar a ações diferentes (Grifou-se).

A partir de tais ideias, entendo que *comida ideal*, para as pessoas com quem conversei, trata-se de um compromisso (ora com a saúde, ora com o prazer – em escala hierárquica) que pode se encaixar nas exigências de trabalho, na confiança em quem prepara a refeição, no lugar onde ela é feita, no horário exigido pelo corpo ou pela nutricionista, a partir de elementos específicos e de uma forma específica.

Este modelo é quase tão complexo quando o modelo de alimentação ideal pregado pela racionalidade médica. De acordo com o novo guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014), uma comida ideal seria uma alimentação adequada e saudável, conseguida através de dez passos: 1. Fazer de alimentos *in natura* ou mini processados a base da alimentação; 2. Utilizar óleos, gorduras, açúcares e sal em pequenas quantidades; 3. Limitar o

[32] De acordo com Leach e sua teoria da dimensão do desequilíbrio, o padrão social de "interconexões funcionais" pode permanecer em sociedades distintas, mesmo que tenha sido submetido a uma desfiguração elástica de sua "morfologia" tida como original. Ele traz a crença na maleabilidade das sociedades – isto é, na possibilidade de manipulação da estrutura social ou de suas regras – e a existência de padrões sociais gerais sustentados por diferentes grupos sociais, embora apresentados de maneiras aparentemente dessemelhantes.

consumo de alimentos processados; 4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (como biscoitos recheados, “salgadinhos de pacote”, refrigerantes e “macarrão instantâneo”); 5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados; 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece; 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora; 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

A *comida ideal* foi uma categoria que apareceu nos discursos apenas porque os interlocutores foram questionados sobre “o que é uma comida ideal”. Caso contrário, acredito que este não seria um termo utilizado por eles. Assim como o *peso ideal*, esta categoria foi relacionada a um bem-estar físico. Apesar de não existir a categoria nos discursos, podemos encontrar um padrão que oscila entre as antinomias e, de uma forma mediana e hierárquica, aparece claramente:

> O ideal seria colocar mais fruta e mais verdura (Lorrayne, 35 anos).
>
> Salada e carne grelhada (Gisele, 32 anos).
>
> Hoje a comida ideal pra mim é não comer sem a salada, não deixar faltar azeite, porque eu me sinto bem, Porque se eu comer salada eu como menos carboidrato e vou ter saciedade mais rápido. Minha comida não tá cem por cento ideal. Se tivesse ideal eu não estava com problema de ganho de peso. Ainda falta eu diminuir a quantidade de carboidrato e tirar de vez o açúcar, porque isso aí só te faz mal e não tem necessidade (Wênida, 33 anos).
>
> Não tem comida ideal pra mim, já comi de tudo. Por exemplo, não tenho vontade de comer comida japonesa, já comi, mas não tenho vontade de comer só isso ou só salgado (Marcelo, 37 anos).
>
> Comida bem feita, com tempero, sabor, tem que ter sabor (Lorrayne, 35 anos).
>
> Satisfatória né, você vai, né ... ficar cheio (Eliete, 51 anos).
>
> Tô com vontade de comer carne assada, não que seja o ideal né, mas ia ser o ideal. Um espetinho, uma carne assada, mas sei que não é o ideal (Leila, 37 anos).

Pelos dados, não posso afirmar categoricamente se esse padrão trata-se de uma “norma alimentar”, como indicava Poulain (2004) ou ainda se é um “substrato norma[ativo] bastante estável e reconhecido”, como indica Diéz-Mendes (2008). Contudo, acredito existir um ideal

mais ou menos padronizado, e que esse substrato normativo "*não funciona como uma couraça mas como um suporte para ação, que é revisado ativa e reflexivamente pelo comensal*" (DÍEZ-MENDES, 2008, p. 35). A 'normativa' alimentar é composta por uma ideia de variedade, equilíbrio[33], sabor e sociabilidade. Isso existirá enquanto existirem regras que servem de referências e que são compartilhadas por coletividades. Entretanto, "*neste contexto analítico, onde detectamos mais as mudanças e os conflitos que as próprias normas alimentares (...) é mais difícil seguir o modelo alimentar que ignorá-lo*" (DÍEZ-MENDEZ, 2008, p. 36).

Ao basear a ação na antinomia do 'prazer', o indivíduo fica sujeito a julgamento de valor. Se nossa sociedade, bem como os interlocutores, opõe 'comida saudável' e 'comida prazerosa', aquele que 'come por prazer' fora de ocasiões socialmente permitidas para isso, tem total responsabilidade sobre as consequências deste estilo de vida, uma vez que o prazer é "*a manifestação racional e consciente da alteração da norma alimentar*" (DÍEZ-MENDES, 2008, p. 34). Por isso, essa idealização de conduta na alimentação é controlada pela moral que envolve a comida, a qual hierarquiza esse modelo através de marcações de quem pode comer o quê, onde, quando, com quem, como e quem tem poder de acesso a determinados alimentos.

4.2. A moral em torno dos alimentos

A obra *Vigiar e Punir*, de Michel Foucault, introduz uma ruptura ao mesmo tempo epistemológica e política na orientação das análises anteriores sobre os corpos. Foucault constata que as sociedades ocidentais inscrevem seus membros nas malhas apertadas do feixe de relações que controla os movimentos. Funcionam como "sociedades disciplinares". Longe de encontrar seu centro de radiação na supremacia do aparelho ou instituição como o Estado, a disciplina molda um novo tipo de relação, um modo de exercício do poder, que atravessa as instituições de diversos tipos, fazendo-as convergir para um sistema de obediência e de eficácia. Ela constrói um dispositivo frequentemente artesanal, mas que orienta as formas físicas requisitadas, favorece o controle do espaço e do tempo, produz no ator as marcas da obrigação de fidelidade que demonstram sua boa vontade (FOUCAULT, 1999).

Para Foucault, é clara a ideia de que não se pode estabelecer um controle sobre qualquer coisa, já que é preciso, inicialmente, classificar para poder organizar e, então,

[33] Apesar do termo 'equilíbrio'/'equilibrada' não aparecer no discurso dos interlocutores, a 'quantidade' de comida ingerida em um mesmo período de tempo foi um marcador de 'saudabilidade' na alimentação cotidiana.

exercer a disciplina com o intuito de obter corpos dóceis e, com isso, retirar poder do indivíduo. O conhecimento científico produzido sobre os efeitos da alimentação no corpo criou meios reguladores a fim de perpetuar a eficácia no fornecimento de corpos prontos para dar o máximo de si. Assim, revela-se outro motivo pelo qual o obeso é visto com desconfiança, já que seu corpo não atende as premissas estabelecidas. Sob essa perspectiva, o excesso de massa corporal passa a ser um problema que deve ser solucionado através de rigorosos acompanhamentos, restringindo alimentos que contenham açúcar ou gorduras (COLLAÇO, 2004).

O processo de moralização do comer através da dieta alimentar marca os alimentos como alimentos 'bons' e 'maus', formando os vilões e os heróis da alimentação, como vimos anteriormente. Confirmando a premissa de que as representações estão em constantes transformações e o comer é transbordado por um caráter moral e ao relacionar o 'prazer em comer' com um desejo corporal primário, a nossa sociedade tem os subsídios necessários para classificar aquele corpo como o resultado do exagero carnal, resultando em um corpo não apto para as exigências modernas de trabalho. Em uma das falas de Daiane, citada anteriormente, ela diz que 'se deixar, come só o que gosta'. As manobras que a sociedade estabelece para controlar e ordenar suas classificações tem como ótimo instrumento a comida. O grupo entrevistado construiu uma relação entre prazer, sabor e conforto em comer a quantidade que se quer, deixando subentendidos, assim, os mecanismos de controle alimentar que a sociedade usa. Na opinião dos interlocutores, eles são, basicamente: a quantidade (equilibrada), a variedade (natural, colorida), a qualidade (sem gordura, sem açúcar), o tempo e o espaço para comer (comida de casa, comida de rua, comensalidade).

4.2.1 Quantidade, variedade e qualidade

Entre os interlocutores, o termo 'equilíbrio' não aparece como uma classificação, mas a ideia de moderação é um importante aspecto na diferença entre as representações alimentares de antes e depois do adoecimento. A expressão "comer de tudo, mas só um pouco" foi usada várias vezes como significado de uma *boa alimentação* ou alimentação *saudável*. Nesse sentido, Collaço (2004, p.8) afirma:

> Nota-se que há uma conexão bastante evidente relacionada aos modos, aos estados corporais e, consequentemente, regulamentação da quantidade do que se irá consumir, a variedade e a propensão em provar novos alimentos,

> assim como, em determinados períodos ao longo da vida certos alimentos se mostram mais adequados que outros.

A quantidade de alimento ingerida por um indivíduo foi tema abordado também por Jesús Contreras e Mabel Gracia em suas obras:

> De fato, uma das mensagens culturalmente predominantes em nossa sociedade, difundida em primeiro lugar pelos especialistas, é baseada na 'moderação', na 'variedade' e no 'equilíbrio dietético' como meios para se manter ou inclusive, melhorar o estado de saúde em nossa sociedade repleta de atividades sedentárias (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 293).

Se a alimentação tem o poder de definir identidades, uma alimentação classificada como desequilibrada não passa um valor positivo em uma sociedade que exige cada dia mais o controle do corpo e da mente. Cecília Mendez (2008), em sua pesquisa, argumenta que a alimentação correta *"está ligada à estabilidade emocional. Aqueles que precisam dessa estabilidade, sobretudo por tê-la perdido (divorciados, viúvos) são os que mais valorizam este aspecto*" (DÍEZ-MENDES, 2008, p. 32).

Como visto no capítulo 2, a população mundial passou por um processo de transição nutricional envolvendo a maior facilidade de obtenção de alimentos, colocando em seus consumidores a responsabilidade de discernimento para empregar essa grande quantidade e variedade de alimentos disponível no mercado. Nesse sentido, Mennel (1996 *apud* COLLAÇO, 2004) destaca o fato de o excesso de alimentos não ser mais um marcador de diferenciação social, invertendo o valor de grande quantidade para as classes com pouco poder de compra. Assim, "*adotar uma atitude displicente ou de restrição frente à abundância indicaria um posicionamento social superior, atitude que se expandiu pelo século XX*" (COLLAÇO, 2004, p. 18).

Devo lembrar, porém, que os participantes desta pesquisa tinham, na memória afetiva, a ideia de fartura com um valor positivo e nostálgico. Ao serem incluídos em uma sociedade que condena esse comportamento alimentar, eles criam justificativas para amenizar a dor dessa cobrança – como por exemplo, comer para compensar a dor causada pelas 'perturbações físico-morais' (discutidas no capítulo 3). Se o *indivíduo saudável* valoriza o excesso e o prazer como prêmio por uma alimentação equilibrada na maior parte do tempo, o paciente obeso tem no corpo ausente de dor ou na perda de peso o prêmio por se abster desse prazer.

O discurso de uma alimentação equilibrada envolve também os elementos que compõem essa refeição cotidiana. Evidencia-se, aqui, a ideia de que não é apenas a

quantidade que deve ser regulada, mas também a qualidade da sua alimentação. Essa preocupação com variedade, novidade e quantidade é contemporânea, e

> constituem parte do arcabouço atual no sentido de definir o consumo em um contexto moderno, urbano, industrial e no qual é preciso mostrar segurança e conhecimento nas decisões como uma maneira de valorizar a própria trajetória pessoal e o seu aguçado discernimento individual nas decisões, mesmo que cotidianas e triviais (COLLAÇO, 2004, p. 4).

Paradoxalmente, um dos motivos de preocupação do consumidor moderno – a variedade – foi uma consequência da própria cultura do consumo (cf. cap. 2). Segundo Warde et al (1999, p. 107),

> As variedades de itens de consumo talvez diluíram a concentração de preferências de qualquer grupo ou, talvez ainda mais provável, tornou isso impossível de comunicar refinamento ou comunicação, e, assim como a fartura, a variedade dos itens ingeridos não são mais um marcador de distinção de classes.

Tal fato rompe totalmente com a imagem idealizada de estilo de vida urbano construída no processo de deslocamento geográfico dos interlocutores.

Assim, como a *fartura*, a variedade de itens alimentares não é mais um marcador de distinção social, e sim um motivador de descontrole alimentar. Acredito que essa variedade que os autores tratam como um motivo de preocupação da sociedade atual está relacionada aos produtos industrializados, mencionados pelos participantes desta pesquisa na representação de *comida da cidade*. Mas existe em seus discursos uma variedade moralmente aceita, propagada por todas as racionalidades médicas ou de cura, que é a variedade de produtos naturais.

Comer produtos ligados à natureza parece ser, atualmente, uma distinção de classe social. A ideia de uma alimentação natural é muito difundida na grande mídia por interesses comerciais e apoiada por discursos biomédicos, e também foi muito evidente nos discursos dos participantes desta pesquisa. Porém, vale lembrar aqui que a vida no campo foi representada com ambiguidade, dividida em valores positivos e negativos. A comida simples – considerada hoje com a comida de verdade – foi ligada também a carências alimentares, pouco poder de escolha e pouco variada (cf. capítulo 2). Os interlocutores criaram um imaginário manipulado socialmente e, ao serem inseridos em nova realidade, foram obrigados moralmente a retomar valores que já tinham perdido no processo de adaptação ao estilo de vida moderno, acrescentando mais um paradoxo às suas ações cotidianas.

Como aponta Lupton (1996), natureza é simbolicamente ligada a noções de “pureza” e “bondade”. Muitos dos interlocutores descrevem a salubridade dos alimentos em relação à forma como são processados ou cozidos, e consideram os alimentos próximos de seu estado bruto como os mais saudáveis. A moralidade, então, entra em jogo, haja vista que comer alimentos naturais parece oferecer ou expressar um tipo de virtude. Mas a correlação presumida entre a saúde e a natureza é cultural e simbólica, e não científica e factual (BILTEKOFF, 2010). A ligação entre saúde e a natureza é uma construção que obscurece o fato de que, por exemplo, muitos alimentos naturalmente contêm toxinas, as quais são removidas por processamento, e muitas frutas e vegetais que parecem totalmente naturais são cultivadas usando produtos químicos (LUPTON, 1996). Esta contradição interfere diretamente no conceito de segurança alimentar propagada atualmente, conforme será discutido mais adiante.

A angústia que os interlocutores retratam ao falarem sobre as escolhas alimentares não é injustificável. Estas pessoas estão inundadas de contradições entre prescrição alimentares e prescrições culturais, e têm que lidar com todo o complexo de relações sociais que o processo de adoecimento traz. Além de equilibrada e variada, uma alimentação moralmente aceita deve também ter alimentos saudáveis, como os naturais, e sem excesso de açúcares e gorduras, de acordo com os interlocutores e os discursos populares da nossa sociedade. O estigma da gordura, corporal e alimentar, já foi discutido anteriormente, mas é relevante retomar aqui como este item faz parte dos instrumentos de controle alimentar.

Se considerarmos que ‘somos o que comemos’, parte do imaginário dos interlocutores mostrava que ‘se sou gordo, é porque como gordura’. Mais que isso, antes do processo de adoecimento, as representações e valores que estavam ligados ao prazer e abundância foram totalmente modificados e incorporados sutilmente no discurso destas pessoas, formando um dilema. Se a aproximação com a fome influencia positivamente o significado da gordura, a diminuição do número de pessoas em estado de pobreza e desnutrição no mundo, bem como o aumento de pessoas com obesidade (como visto nos capítulos 2 e 3), formaria um imaginário social oposto, empregando, então, um valor negativo à gordura – a gordura como alimento e à gordura corporal, uma vez que discursos hegemônicos associam uma à outra.

Fischler (1990) afirma que, na cultura urbana, o fenômeno da lipofobia (aversão às gorduras) tem a ver com a transformação ocorrida nas normas relativas ao peso e com a paralela transformação nas representações do corpo. O estereótipo de obeso gera diversos julgamentos, pois no imaginário social está ligado ao indivíduo desleixado e egoísta, e assim a magreza também se converte em um valor moral. Nesse sentido, os entrevistados se negam a

boa parte dos alimentos que eram classificados como alimentos que traziam prazer para eles. Porém, ter que se negar a uma boa parte da oferta alimentar contrasta, também, com um outro discurso hegemônico em nossa sociedade: ‘comer bem e por prazer’. Fechando assim o ciclo que envolve a condenação do todo que significa o prazer na alimentação dessas pessoas.

4.2.2 Comensalidade

As refeições em comum, dizia Durkheim (1989), criam, em numerosas sociedades, uma espécie de laço de parentesco artificial entre os que delas participam, da mesma forma que os parentes estão acostumados a comer juntos por motivos diversos. Baseando-se nessa função de comunicação dos alimentos, Anne Murcott (1996) considera comer análogo ao falar; assim, o esforço para aprender uma linguagem secundária do comer é análogo ao esforço para aprender um segundo idioma. Mesmo sendo incapazes de falarem a mesma língua, comer os mesmos pratos oferece uma comunhão entre as pessoas reunidas à mesa (MURCOTT, 1996).

O atual Guia Alimentar para a População Brasileira dedicou várias páginas à comensalidade como fator primordial para práticas alimentares saudáveis. Consideraram que “o momento das refeições deve ser feito com atenção e, sempre que possível, em companhia” (BRASIL, 2014, p. 115). Ponderando esta orientação e o pensamento de Anne Murcott, a companhia no momento da refeição seria um grande passo para alcançar práticas alimentares ‘saudáveis’. Porém, no grupo estudado, a comensalidade não apareceu como prática diária em nenhum discurso, mesmo que ainda tenha valor.

Entendo por ‘comensalidade’ fazer refeições acompanhado, cozinhar sua própria comida, parar para almoçar e planejar bem suas refeições. Estes são valores preconizados nos discursos médicos e populares atualmente. Aparentemente, o *comer em família* ainda é uma categoria carregada de valor positivo, até mesmo por remeter à memória afetiva, mas devido às exigências do ritmo de trabalho urbano, é uma prática cada vez mais rara. Para Cecília Díez-Mendes (2008), a norma alimentar se associa à norma familiar, à estabilidade e às emoções que envolvem as relações de casal e/ou família. Quando as obrigações externas alteram as normas de convivência ligadas à família, busca-se reforçar os componentes familiares e coletivos através de uma comida comum, do dia a dia (esperar o horário do jantar) ou de fim de semana (comidas com a família de origem).

Estas comidas em grupo familiar servem para reafirmar relações, tanto nuclear quanto externamente. Por isso, estes eventos de comensalidade são tão importantes para os idosos,

que precisam reafirmar a identidade de ser ‘alguém’ em determinado grupo familiar. Em adultos, que geralmente centralizam a identidade social na sua ocupação, é mais fácil a diluição deste valor em razão do ritmo de trabalho. Mesmo assim, existe, no plano do discurso, a valorização da *comida de casa*, oposta à *comida de rua* (discutido anteriormente). Na pesquisa de Janine Collaço (2004), a autora também observou essa divisão dos espaços de comer na discussão de um ideal de comer. Assim, a rua seria o mundo da impessoalidade e, consequentemente, a casa seria o local do conhecido. Mas essa pessoalidade não é totalmente definida pelo espaço, e sim pela companhia. Tais ideias são bem exemplificadas no discurso do Marcelo, interlocutor desta pesquisa:

> Tudo que é feito com amor, com a família, é mais gostoso (...) Não posso comer comida em restaurante, tenho intolerância ao salitro. Só posso comer em casa (Marcelo, 37 anos).

A divisão de valores entre comida de rua e comida de casa é muito marcada nos discursos dos demais participantes. Porém, ao contrário da pesquisa de Collaço a companhia no momento de comer não foi um fator determinante na concepção de comer ideal, e sim os elementos materiais que caracterizavam a comida de rua:

> Não gosto de comer na rua, é sempre fritura. Às vezes tento achar uma fruta, mas é difícil. Então evito comer na rua (Vilma, 39 anos).

> Não digo que era a quantidade não, porque até então não era tão obeso assim. A partir do momento que comecei a trabalhar e comer na rua é que sim, engordei demais. Aí veio comer espetinho na rua, tomava mocotó, cerveja, catação de feira *pra* comer pastel que só vendo. Houve uma evolução *né*, aí a obesidade ficou mais problemática né (...) Eu comia espetinho na rua, dia de sábado carne assada, domingo carne assada (Antônio, 54 anos).

> Hoje é muito fácil alimentar de *fast-food*, aqueles sanduíches. Eu não conheço esses trem, acho que a gente pode comer comida boa dentro de casa, e não pretendo apresentá-las pro meu filho (Wênida, 34 anos).

Esta ideia que aparece nas falas dos interlocutores é muito semelhante à ideia de comida de rua propagada pelas ciências médicas nutricionais, o que seria também uma moralização do discurso de paciente. De acordo com o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (2013), o estilo de vida atual favorece um maior número de refeições realizadas fora do domicílio: em 2009, 16% das calorias ingeridas diariamente pelos brasileiros foram oriundas da alimentação fora de casa. Esta refeição, é composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultraprocessados como refrigerantes, cerveja, sanduíches,

salgados e salgadinhos industrializados, imprimindo um padrão de alimentação que, muitas vezes, é repetido no domicílio (BRASIL, 2013, p. 15).

Para os participantes desta pesquisa, a comensalidade aparece de forma discreta nas representações do comer – apenas dois entrevistados (Marcelo e Aldemir) têm o hábito diário de fazer as refeições cotidianas (almoço e jantar) na presença da família há mais de cinco anos. Para os demais interlocutores, a comensalidade aparece com um valor positivo, mas apenas no plano do discurso e na idealização do comer. Os horários de comer na rua estão relacionados ao tempo de trabalho e, apesar do valor negativo que esta categoria carrega, quando os interlocutores falam sobre o afastamento do serviço devido ao processo de adoecimento, a categoria *comer em casa* aparece de maneira contraditória.

A comensalidade também significa, para os interlocutores, *almoçar em casa e junto com a família*, o que é agregado a um valor positivo. Porém, esta representação foi abarcada por uma nova realidade de trabalho – novamente, tempo e trabalho influenciaram nos fatos sociais envolvidos na alimentação. As pessoas não comem junto com sua família pois não cozinham mais para si próprios, não conseguem se deslocar até suas casas para almoçar e voltar para o trabalho e, no momento em que estão em casa (no horário do jantar, na maioria das vezes), preferem fazer trocas de tipos de alimentos por prazer ou praticidade.

Ao me referir à comensalidade como uma contradição, quero dizer que esta representação entra em uma enorme lista de dilemas modernos atuais. Especificamente para os participantes desta pesquisa, além da contradição comensalidade/rotina de trabalho, existe um outro fator que ressignificou esta categoria: a relação inversamente proporcional entre comensalidade/adoecimento. Nota-se que estar em casa – no tempo que deveriam estar trabalhando – é uma angústia para essas pessoas e, inevitavelmente, relacionaram o *comer em casa* como uma consequência do adoecimento e afastamento da rotina de trabalho.

Este fato é agravado se os indivíduos se submetem à dieta alimentar – eles relataram que a comida feita para eles tem que ser feita separadamente e uma das dificuldades deste processo é ter que ficar carregando a comida para todos os lugares, situação que sempre acarretará em refeições feitas isoladamente. Não estou afirmando que *comer em casa* não tenha mais valor para os interlocutores, mas, para indivíduos adultos (com ritmo de trabalho intenso de uma metrópole, com corpos ativos e tempo escasso), a comensalidade significa não estar trabalhando; ter tempo para comer passou a significar inatividade, o que se reflete diretamente nas contradições da formação da nova identidade de paciente.

Com essa nova identidade social diagnosticada pela racionalidade médica oficial, estas pessoas ganharam também outro instrumento de controle da alimentação. O ato de comer em

companhia transformou-se em outro paradoxo: em ambientes de pessoalidade ou impessoalidade, ter alguém te vigiando e te punindo pela quantidade ou pelo o que você come fez com que a comensalidade tivesse uma angústia agregada ao seu significado. Note-se os trechos recortados abaixo:

> Eu só gosto de comer na cama, depois que todo mundo foi dormir (Daiane, 37 anos).
>
> Quando eu passo por momentos difíceis eu me fecho, saio menos de casa, me isolo. Nem gosto de doce aí eu como doce, aumento a quantidade da comida, aumento o carboidrato e não sigo horários. Quero quantidade quando estou nervosa (Wênida, 34 anos).
>
> Por que eu ouvi dizer que os patrão não gostava de empregada que comia muito, então eu comia uma vez só na minha casa. Foi assim 25 anos (Dona Marlene, 76 anos).

Comer com estranhos ou em família constrange essas pessoas, pois sentem-se obrigados a regular a quantidade, a variedade e a qualidade da comida. Por terem tradição de comensalidade na vida rural, o comodismo de comer em casa é conflitante. O prazer em comer fora de casa só traz essa sensação para os interlocutores se todos os que o acompanham nesta refeição estiverem compartilhando a ideia de um momento sem regras alimentares rígidas baseadas na saúde e, assim, "extrair sensações mais ou menos agradáveis em torno do comer" (COLLAÇO, 2004, p. 19). Porém, para estas pessoas, enquanto pacientes em tratamento dietoterápico, esta atividade fica cada vez mais rara. A alimentação fora de casa ou dentro de cada fica solitária, com ou sem a presença de companhias, pois não compartilham do mesmo propósito que os demais durante as refeições.

Mesmo valorizando o *comer junto* nos seus discursos, acabam se isolando cada vez mais durante as refeições por 'medo' desse julgamento. Segundo Finkelstein (1989 *apud* COLLAÇO, 2004), existe hoje um paradoxo na vida cotidiana, no qual as pessoas agem conforme a interpretação do outro ao tratar da interpretação do gosto individual e coletivo. Ao tornar-se um paciente em tratamento, essa cobrança fica ainda mais rígida e é compreensível que essas pessoas prefiram 'comer depois que todos foram dormir'. A comensalidade transforma-se, então, em mais um modelo idealizado daquele momento de refeição, porém não refletido nas ações cotidianas, devido às amarras morais que envolvem o momento do comer, para os interlocutores.

Este caráter moral do comer tornou-se um fator interessante (analiticamente falando), principalmente após a condição de paciente que os interlocutores vivenciaram. Na minha

opinião, os dilemas observados nos discursos do comer dos interlocutores são consequências do conflito que existe entre discursos hegemônicos idealizados e as referências de prazer destas pessoas; e, além de tudo, este conflito é alimentado pela dor física que se assume como uma inspetora da alimentação deles. Assumir os discursos biomédicos do 'saudável' no meio deste dilema se aproximaria da imagem de 'bom paciente' e afastaria inclusive o estigma de que obeso é 'desleixado' com o próprio corpo, dando à prática da dieta o sentido original da palavra: reorganização da vida.

De várias formas, alimentos são de fato cruciais para a maneira como negociamos o consumo como um conjunto específico e significativo de atividades. Em termos gerais, trata-se de um campo que já está embutido de moral, mas que também constitui espaço para a tradução prática de visões morais e políticas. De fato, ao observarmos as formas como a cultura do consumo vem sendo criticada na sociedade contemporânea, percebemos que o consumo de alimentos é uma maneira pela qual as pessoas começam a imaginar um mundo diferente (SASSATELI, 2015).

Com o intuito de aproximar o leitor da linha de raciocínio analítica, elaborei um quadro que relaciona os principais aspectos discutidos até aqui, abordando desde a transição cronológica, representação corporal e do 'comer' e elementos presentes na alimentação (Quadro 1).

A criação de uma nova realidade envolve a busca de reconhecimento social conseguida através do trabalho, casamento e/ou gestação. Mas todas essas transformações se dão em um ambiente que, ao mesmo tempo, estimula economicamente o consumo de massa e também condena moralmente os seus consumidores. Um homem "civilizado" tomaria cuidado com sua alimentação, fenômeno que Mennell (1996, *apud* COLLAÇO, 2004, p. 18) definiu como um "processo civilizador do apetite" – do ponto de vista da sociedade ocidental –, "sobretudo quando se passa de uma realidade na qual a fome era uma constante, para um período de fartura e abundância de alimentos".

Roberta Sassateli chama atenção para as pesquisas de Daniel Miller sobre o consumo moderno atual. Ele admite que o consumo é uma maneira importante pela qual pessoas comuns confrontam diariamente a sensação de estarem num mundo frequentemente opressor, ao ponto de que "*longe de expressar o capitalismo, o consumo é em geral usado pelas pessoas para negá-lo*" (MILLER, 2001, p. 234). Desta forma, ainda que nem todos os acadêmicos atualmente considerem a moralização do consumo importante ou apropriada, o restante da população tem isto como parte da rotina. Podemos entender que é através do consumo que as pessoas recriam sua identidade – que sentem ter perdido enquanto

trabalhadores –, e assim, fazem uso de bens de massa para combater a homogeneização da produção capitalista (SASSATELI, 2015).

Quadro 1 – Relações sociais e elementos materiais e imateriais que envolvem o 'comer' relatados pelos interlocutores desta pesquisa, divididos por década[34]

	Ano	*1980*	*1990*	*2000*	*2010*
***Relações sociais que envolvem o** comer*	**Reconhecimento social**	Trabalho	Trabalho	Maternidade, Trabalho	Paciente
	Ruptura social	Diáspora	Diáspora	Gestação, Casamento	Adoecimento
	Representação corporal	Saudável	Saudável	Saudável	Dor física, Obeso
	Noção de pessoa	Ativo	Ativo	Ativo	Inativo
***Elementos imateriais do* comer**	**Categorias alimentares**	Fartura; comida da roça; gostosa; pesada	Fartura; comida da roça; gostosa; pesada	Comida de rua, besteira, gostosa	Dieta, saudável, variada, de tudo um pouco, colorida
***Elementos materiais do* comer**	**Elementos presentes na alimentação**	Arroz, feijão, carne, gordura, doce	Arroz, feijão, carne, gordura, doce	Quitandas, tortas, bolos, cerveja, churrasco	Arroz, feijão, carne grelhada, fruta, verdura

Uma das formas de reorganização dessa nova realidade é a busca por justificativas ao estado de *doente.* A partir de uma série de sinais (peso corporal, hipertensão arterial) e sintomas (inapetência, falta de ar, dores), passam agora a ser identificados como 'eu paciente' e entram para um grupo de problema social e passam a ser assunto das políticas públicas. Geralmente, essas políticas públicas são elaboradas a partir da visão de culpabilização do indivíduo. Conforme as teorias de Nancy Scheper-Hughes e Margareth Lock, os limites agregados ao corpo político são uma forma de controle social sobre o indivíduo. A relação imediata seria realmente de se explicar a doença através da imposição da culpa do 'consumo desnecessário' sobre o indivíduo que antes era parte de um sistema produtivo social e agora, devido à sua 'inutilidade' e ineficácia em suas técnicas corporais (MAUSS, 1934), é identificado (interna e externamente) como um peso social.

Tais questões éticas não surgem após o consumo como justificativas; são parte do próprio comer (SASSATELI, 2015). Os interlocutores buscam suas próprias explicações para

[34] O quadro 1 foi elaborado com os discursos dos interlocutores desta pesquisa como uma tentativa de organização analítica das representações do comer e dos elementos estruturantes destas. A divisão por década foi um recorte feito através dos dados que os interlocutores trouxeram ao contarem a trajetória, as experiências individuais, os itinerários terapêuticos etc. O intuito dessa divisão é simplificar os dados de uma forma que possam ser analisados também através de uma linha temporal, uma vez que considero nas análises as influências políticas e econômicas como determinantes destes períodos.

o adoecimento e tentam reestabelecer a ordem depois de processos de transições. Os eventos críticos e o uso das emoções são os fatores que mais aparecem nos discursos do grupo. Na própria tentativa de amenizar o sofrimento, os indivíduos demonstram acreditar na culpa que a sociedade impõe a eles e relaciona obesidade apenas com seus problemas, sem enxergarem que a própria sociedade julgadora também é culpada.

4.3 A ilusão do poder de escolha

É a fome que faz a comida gostosa.
Não tem comida mais gostosa que a fome.
(Dona Marlene, 76 anos)

O diagnóstico e as políticas receitadas para o combate à fome no Brasil – berço das mensagens de consumo urbano moderno no país – passaram por três fases. Até os anos 30, os problemas de abastecimento estavam associados à questão da oferta de alimentos para a população que crescentemente se dirigia às metrópoles. Desse período até o final dos anos 80, a fome passou a ser encarada como um problema de intermediação e as políticas se voltaram para a regulação de preços e controle da oferta. Finalmente, com o início dos anos 90, os problemas de abastecimento passaram a ser combatidos, supostamente, através da desregulamentação do mercado, na esperança de que o crescimento econômico pudesse proporcionar renda, emancipando as famílias pobres e alcançando a cidadania (BELIK et al, 2001).

Esta abertura na produção e abastecimento do Brasil com o intuito de aumento de renda ecoou no início dos anos 80 e 90 para a população rural brasileira como um incentivo ao êxodo e à busca por *melhores condições de vida*. Conforme relatam os participantes desta pesquisa, ao migrarem para o meio urbano, eles alteraram o meio de obtenção de alimentos, passando a comprar a comida e não a plantar e colher. Nesse sentido,

> Observa-se que a proporção do consumo de produtos agrícolas in natura nos gastos totais com consumo reduziu-se de 17,4% para 5,4% e depois para 3,3% entre 1959, 1970 e 1975. Por sua vez, o consumo de alimentos industrializados cresceu de 15,1% para 25,3% e depois se reduziu para 21,12% no período analisado (BELIK et al, 2001, p. 122).

Apesar de uma sociedade abundantemente produtora de alimentos, a fome ainda persiste em diversas regiões do mundo. Mesmo com toda as alterações nas políticas de abastecimento do Brasil a partir da década de 60, a realidade é que, até 1980, não houve

grandes avanços no combate à fome no país. No Brasil, apesar do último relatório das Nações Unidas apontar resultados positivos de redução da fome (82% entre 2002 e 2014[35]), essa transição ainda é recente e as marcas de períodos de escassez podem ser visíveis – como nos casos das pessoas que conheci durante esta pesquisa.

Por isso, nos anos 90, assistimos ao desmonte das estruturas antigas e ao ressurgimento de políticas de assistência direta à população carente, entrando em cena os programas de distribuição de cupons de alimentos. Nesta mesma época, acontece mundialmente a discussão do tema 'alimentação' como pressuposto básico para saúde. A partir daí o governo federal implementa políticas públicas diretas para a promoção da segurança alimentar dos brasileiros. Por coincidência (ou não) os entrevistados desta pesquisa relatam os períodos de migrações em torno das décadas de 80 e 90, como uma oportunidade de aumento de renda familiar e maior poder de compra e escolha de alimentos. Migraram, idealmente, em busca de uma segurança na alimentação.

O incentivo ao *consumo moderno*[36] através de uma política de combate à fome, ou nos termos colocados pelos interlocutores, à *falta/necessidade*, estava apoiada não apenas no caráter econômico do 'problema'. Na primeira metade do século XX, foram essencialmente as vitaminas e minerais que receberam maior atenção por parte da comunidade científica, comprovando que enfermidades como desnutrição e raquitismo, muito comuns às classes sociais mais baixas, eram devidas às carências de algumas vitaminas na dieta. Então, em um continente instável politicamente e empobrecido pelas grandes guerras, os especialistas

---

[35] "A redução mais significativa da fome no Brasil aconteceu em 2012, aponta relatório das Nações Unidas divulgado nesta quarta-feira. Nesse ano, o país alcançou duas metas da entidade internacional: cortar pela metade o número de pessoas passando fome e reduzir esse número para menos de 5% da população. O relatório 'O Estado da Insegurança Alimentar no Mundo 2015', divulgado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), nesta quarta-feira (27), destaca os avanços brasileiros na redução do número de pessoas em situação de fome conquistado nos últimos anos. O Brasil é o país, entre os mais populosos, que teve a maior queda de subalimentados entre 2002 e 2014, 82,1%. No mesmo período, a América Latina reduziu em 43,1% esta quantidade. Entre os mais populosos, o país também é aquele que apresenta a menor quantidade de pessoas subalimentadas. São 3,4 milhões no Brasil, pouco menos de 10% da quantidade total da América Latina, 34,3 milhões A publicação aponta também que o país alcançou todas as metas das Nações Unidas em relação à fome. O Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) era de reduzir pela metade a fome e o da Cúpula Mundial de Alimentação era de reduzir pela metade os números absolutos de subalimentados. O Brasil é um dos 29 países que conseguiram alcançar essas duas metas. As ações de segurança alimentar desenvolvidas e o Programa Bolsa Família foram citados como cruciais para o crescimento inclusivo que o Brasil alcançou". (Fonte: *Portal Brasil*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/05/fome-cai-82-no-brasil-destaca-relatorio-da-onu>. Acesso em: 06 jul. 2016)

[36] De acordo com Giddens (1991, p. 8), o termo "'modernidade' refere-se a estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência. Isto associa a modernidade a um período de tempo e a uma localização geográfica inicial (...) quais se referem positivamente à emergência de um novo tipo de sistema social (tal como a 'sociedade de informação' ou a 'sociedade de consumo'), mas cuja maioria sugere que, mais que um estado de coisas precedente, está chegando a um encerramento ('pós-modernidade', 'pós-modernismo', 'sociedade pós-industrial', e assim por diante)".

aconselhavam uma alimentação abundante e nutritiva, enquanto entre a população empregada principalmente no campo e na indústria, prevalecia o valor da saciedade da comida (ARNAIZ, 2009).

Os discursos propagados nesta época em todo o mundo e muito claramente no Brasil acarretaram mudanças significativas no sistema alimentar da maior parte da população brasileira. O combate à fome no país originou uma situação atualmente chamada pela comunidade científica de "transição nutricional". O conhecimento biomédico analisa o processo de incentivo ao consumo moderno de uma forma que marca a diferença e o distanciamento entre campo e cidade. Na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2013), os especialistas consideram a transição nutricional uma consequência das políticas de incentivo ao consumo que abordavam apenas os aspectos objetivos (renda e nutrientes) da alimentação:

> A sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008. (...) Nesse sentido, a associação de políticas econômicas e sociais, particularmente na década de 2000, foi fundamental para o Brasil avançar na redução das desigualdades internas. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (indicador do ODM de erradicação da pobreza extrema e fome): "Prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso" caiu mais de quatro vezes (de 7,1% para 1,7%), enquanto o déficit de altura diminuiu para cerca de um terço no mesmo período (de 19,6% para 6,7%). Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. (...) A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos (...) A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo. Em 2009, o consumo energético diário médio da população foi superior ao recomendado de 2000 kcal, o que é mais um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha às encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos (BRASIL, 2013, p. 13-16).

Percebe-se que a alimentação do brasileiro está tecida sob o imaginário da dualidade entre rural e urbano que ainda se propaga com muita força na maior parte dos discursos que envolvem a alimentação. Se antes o ambiente rural aparecia com um valor negativo, remetendo ao atraso, atualmente este estilo de vida idealizado aparece com um valor positivo ligado à saúde. Criou-se, então, uma nova versão do 'bom selvagem', na qual os valores de simplicidade e pureza são traduzidos na alimentação cultivada e natural, oposta ao do

trabalhador urbano, ou mau civilizado, que tem um estilo de vida complexo e artificial, traduzido na alimentação e no consumo de alimentos ultraprocessados. O que pouco se discute é como essa invenção de interesse político-econômico-científico foi absorvida pela população a que estes discursos se referem.

Este fenômeno de alteração na base do sistema alimentar não foi facilmente incorporado no dia a dia dos interlocutores desta pesquisa. Boa parte das representações do comer entraram em conflito com a nova realidade em que estavam inseridos. Alguns autores interpretam este dilema como uma desestruturação das normas alimentares. Não considero que a alimentação atual dos participantes é isenta de norma ou desestruturada, pois, mesmo que conflituosa e apesar das diversas transformações e adaptações, ainda há a presença de alguns elementos de continuidade, que servem de referência para a classificação da alimentação como boa ou má. Essa referência foi trazida – de forma unânime – remetendo-se à memória afetiva do estilo de vida rural (vivenciada ou imaginada). Mesmo assim, a alimentação atual dos interlocutores pode ser considerada 'segura' do ponto de vista deles ou do ponto de vista das políticas públicas?

A Segurança Alimentar, incluindo a ideia de soberania alimentar, é um tema de muita discussão em diversas áreas de conhecimento atualmente. Nos documentos oficiais de divulgação, o Ministério da Saúde traz como meta primordial o termo "Segurança Alimentar e Nutricional" definido através do conceito de "Soberania Alimentar". Em 2006, o governo federal do Brasil promulgou uma lei através do SISAN (Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional) para garantir a Segurança Alimentar e Nutricional de todo cidadão brasileiro. A Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, conhecida também por LOSAN (Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional). Neste documento, o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional é explicado da seguinte maneira:

> A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado (BRASIL, 2012, p. 24).

Não preciso marcar a distância que a alimentação dos brasileiros está desta definição ideológica de segurança e soberania. No caso dos entrevistados na pesquisa, as escolhas alimentares não se centralizam nas recomendações de políticas públicas, como, por exemplo, os guias alimentares. O Novo Guia Alimentar esclarece bem que o objetivo de determinadas orientações ainda são divulgadas na forma de ideais de alimentação. O documento afirma que parte da segurança alimentar do indivíduo é de responsabilidade dele, mas também de responsabilidades externas. No entanto, com relação às estratégias adotadas, a responsabilidade ainda fica a cargo apenas do indivíduo através de educação nutricional:

> Guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares. (...) Ou seja, depende da capacidade individual de fazer escolhas de governar e produzir a própria vida e também de condições externas ao sujeito, incluindo a forma de organização da sociedade e suas leis, os valores culturais e o acesso à educação e a serviços de saúde. A constituição da autonomia para escolhas mais saudáveis no campo da alimentação depende do próprio sujeito, mas também do ambiente onde ele vive. Adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual. (...) Assim, instrumentos e estratégias de educação alimentar e nutricional devem apoiar pessoas, famílias e comunidades para que adotem práticas alimentares promotoras da saúde e para que compreendam os fatores determinantes dessas práticas, contribuindo para o fortalecimento dos sujeitos na busca de habilidades para tomar decisões e transformar a realidade, assim como para exigir o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável. (BRASIL, 2014).

A ideia, divulgada popularmente, segundo a qual indivíduo é responsável pela sua alimentação – se possível, através do cultivo ou pelo menos através da ‘consciência alimentar’ para realizar escolhas saudáveis –, é bem mais intersetorial que o pensamento simples da culpabilização do indivíduo por suas escolhas alimentares. E para isso, o ambiente construído pela sociedade deve ser também responsabilizado. Porém, partir da ideia de que o indivíduo deve ter soberania sobre seu próprio corpo e, consequentemente, sobre sua própria alimentação, deixa brecha para que pensemos que as escolhas alimentares atuais – as mesmas que, de acordo com as ciências biomédicas, levaram a população brasileira a um período crítico de transição nutricional – são escolhas autônomas, individuais e soberanas do ponto de vista daquele que as escolhe. Ocorre que tratam-se de escolhas que não dependem somente do indivíduo nem tão somente do ambiente.

A busca pelo reconhecimento de identidade social na construção dessa nova realidade foi mediada através do trabalho e/ou casamento e/ou gestação, processos que envolvem o poder de acesso ao alimento e à sensação de *segurança alimentar* através da autonomia. O casamento significou uma estabilidade sentimental e, aliado ao trabalho, aumento do poder de

compra. O evento da gestação trouxe também a ideia de ‘segurança alimentar’, pois as mulheres disseram que, ao engravidarem, tinham a sensação de que ‘*agora podiam comer*’, ‘*já que ia engordar mesmo, comia muito*’. Não ouvi nenhuma vez a expressão *comia por dois*, tão divulgada antigamente quando a mulher engravidava – o que reforçou ainda mais a ideia de que, na gestação, essas mulheres ironicamente emponderaram-se de seus corpos e aproveitaram o reconhecimento social que a condição física dava para elas, fazendo do alimento a fonte de prazer imediata.

Nas outras situações descritas, a sensação que transmitem é que, ao conseguirem uma estabilidade emocional e financeira, estes indivíduos quiseram exercer a autonomia de escolha dos alimentos variados que agora tinham e fizeram desta prática uma forma de compensar os tempos vividos no campo. Esta prática de comer para compensar, como uma forma de prêmio por esforço vivido só foi possível, na minha opinião, depois de sentirem-se reconhecidos socialmente.

> Quando eu casei meu esposo já tinha mais condições de dar uma vida mais confortável pra mim e pra minha filha. Eu podia ir no mercado e comprar o que eu quisesse, comprava o que eu nunca pude ter. Agora pensa uma pessoa que come muito doce [escutar] ‘pode comprar o que você quiser (Regina, 33 anos).
>
> Agora eu tenho tudo aí ele [o marido] fica 'Ah, vou comprar isso, vou comprar aquilo' aí a gente acaba entrando no meio. E mesmo quando é agora que eu voltei a trabalhar, o povo do serviço também acaba comprando lanche e você não aguenta (Gisele, 32 anos).
>
> Nunca falta nada, eu tenho de tudo: tem carne, ovo, alface, maçã (...) Compro pelo que eu gosto porque antes não tinha (Marlene, 76 anos).
>
> Na gravidez eu comia tudo que me dava vontade (...) Depois que eu casei eu comi mais, quando eu era solteira eu comia menos, quase não comia. A gente acomoda né. Passei a comer muito doce, depois que engravidei comecei a comer doce demais. Quando eu era solteira eu regulava, depois que engravidei eu já ia engordar mesmo aí comia mesmo (Leila, 37 anos).
>
> Mudou depois que eu casei. Meu marido também passou muita dificuldade na infância então depois que ele teve mais condição ele não dava conta de comer sem carne. Então ele priorizava carne e eu gostava mais de verdura, porque eu acostumei mais. Foi assim, mais *regradin*, nos três primeiros anos do casamento: sempre arroz, feijão, carne e tomate tinha. Aí a verdura dependia da época. Praticamente não tomava refrigerante. Depois que ele começou a ganhar bem a gente começou a comer as besteira que não comia, era refrigerante, salgado, pizza, pamonha (Carolina, 37 anos).
>
> Depois que eu vim pra Goiânia que eu melhorei minha alimentação, tinha minha casa própria, eu e meu marido começou a trabalhar. Aí eu sempre comprava na feira as verdura, sempre tinha verdura. Nós separou a casa e fazia o que a gente queria comer mesmo. A quantidade era bastante e a carne

> sempre tinha. Na roça quase não tinha o que comer, era só arroz, feijão e carne (Cristina, 38 anos).
>
> Meu pai é nordestino né, e o pessoal do nordeste vem de uma situação de necessidade. Então a preocupação do meu pai era sempre ter, como dizia ele, *ter a tulha cheia*, então quando comprava arroz era pro ano todo, feijão pro ano todo e aí eles foram mexer com chácara e eu fiquei fazendo as compras. Então comprava pra dez pessoas e depois continuei com esse hábito. Aí perdia muita coisa (Antônio, 54 anos).

A sensação de igualdade e inclusão através do consumo referida pelos interlocutores é tema discutido pela antropologia do consumo recentemente. De acordo com Mennel (1996 *apud* COLLAÇO, 2004, p. 7),

> a crescente oferta de alimentos, no seu entender, poderia diminuir os contrastes na hierarquia social graças à ampliação do acesso a camadas sociais antes restritas, definindo um processo que ele denominou de 'aumentando variedade, diminuindo contrastes' e, assim, variedade, novidade e quantidade teriam um papel central na formulação das diferenças sociais e nos comportamentos relacionados ao alimento.

Essa *necessidade* ou *falta das coisas* que os interlocutores colocam com distanciamento em suas falas reflete uma situação de risco alimentar que eles vivenciaram. No conceito utilizado pelas políticas públicas, esse risco ou insegurança alimentar significa quaisquer situações

> detectadas a partir de diferentes tipos de problemas, tais como fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente e bens essenciais com preços abusivos e imposição de padrões alimentares que não respeitem a diversidade cultural (CONSEA, 2006).

Considerando este conceito, é muito difícil imaginarmos um grupo social no Brasil, em qualquer tempo e local, que não estaria em situação de insegurança alimentar e nutricional. Isso gera uma outra pergunta: quando é que estivemos ausentes de qualquer risco alimentar? Não se trata apenas da capacidade de acesso e autonomia de escolha a alimentos variados, novidades e em quantidade suficiente; trata-se de um problema que reúne todos os processos do atual sistema alimentar da nossa sociedade, e que também fez parte da vida no campo dos interlocutores de alguma forma. A insegurança faz parte do nosso dia a dia em caráter moral, como discutido anteriormente, na diversidade de informações e racionalidades atuais e na própria estrutura da alimentação. Estamos em uma constante busca por segurança,

ausência de risco e melhores condições de vida. Tomemos como exemplo a insegurança à origem dos alimentos e suas condições sanitárias que vivenciamos atualmente.

Faz parte da ideia de sociedade urbana moderna a higienização da vida. O avanço do conhecimento científico em relação a organismos patogênicos, avanço nas técnicas de conservação e esterilização de alimentos, diagnóstico de novas doenças vinculadas por alimentos, dentre outros aspectos, propagaram a ideia de um 'risco microbiológico constante'. Neste sentido, organizações responsáveis por controle sanitarista colocam em evidência o plano sanitarista da segurança alimentar através do controle higiênico sanitário de toda a cadeia do sistema alimentar. Este aspecto, atualmente, é chamado de "segurança sanitária" dos alimentos (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 352) devido à amplitude que um conceito de 'segurança alimentar' pode atingir.

De acordo com este significado, e em particular com as representações sociais associadas ao risco alimentar, nos últimos dez anos foram realizados numerosos trabalhos com o objetivo de analisar a percepção social da segurança alimentar. A maior parte deles procura entender porque a percepção negativa da população sobre determinadas aplicações tecnológicas na produção de alimentos aumentou. Trata-se de um dilema contraditório com a realidade, segundo autoridade competentes, já que

> a expectativa de vida nunca foi tão alta, o controle sobre produção e armazenamento de alimentos foram tão eficientes e nunca uma sociedade teve tanto o que comer como agora. Ainda assim, a insegurança (o medo dos 'riscos') não desaparece (CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 352).

De acordo com os discursos dos interlocutores, um risco[37] ou insegurança era subjetivo nas representações de comida daquelas pessoas. Apesar da expressão 'sempre fui gordo[inho]' ser usada nos discursos de alguns dos interlocutores, a ideia passada pela maioria deles é a de que o passado carrega marcas de nostalgia e sofrimento. Contradição compreensível, uma vez que os indicadores de necessidade são construídos a partir de experiências individuais e referências sociais. O êxodo foi um apontamento constante de insegurança – pouca autonomia alimentar, grande dependência do clima para cultivo ou

[37] O *risco* já foi considerado em diferentes sentidos dentro das perspectivas sociológicas: alguns autores o diferem de 'perigo' (exposição física e ameaça), outros o associam a uma provável ameaça (mas que não significa nenhum dano), outros incluem um matiz relacionada ao acaso. Em sua obra, Krimsky e Golding (1992) classificam e explicam diferentes abordagens antropológicas do risco em vigor entre os anos 70 e finais dos anos 80. Tais abordagens girariam em torno do conceito de ator racional, da teoria da mobilização social, da teoria organizacional, da teoria de sistemas, da teoria crítica e neomarxista, do construtivismo social e da teoria cultura (KRIMSKY & GOLDING, 1992 *apud* CONTRERAS & GRACIA, 2011). Independentemente do enfoque teórico, o 'risco' abordado neste texto é pensado a partir de uma realidade construída subjetivamente pelos participantes, mesmo que não necessariamente objetivada.

dependência socioeconômica do patrão latifundiário. Os limites de escassez ou fartura acompanham as mudanças dos sistemas e alteram as representações de necessidade, assim como os discursos biomédicos também mudam.

A palavra 'fome' aparece apenas nas palavras de Dona Marlene, usadas na introdução deste capítulo. Porém, é um sentimento geral entre os demais que a refeição sempre foi e continua sendo o principal fator organizativo do seu dia a dia e fonte de prazer e angústia, em qualquer tempo ou espaço. A ansiedade da fome (assim como a 'sensação do nervoso' discutida no capítulo 3) é percebida quando relatam o que o comer significa para eles. Expressões como '*é uma tranquilidade'*, ou '*é tudo pra mim'*, e ainda '*é um sustento*' demonstram que a ideia de uma certa necessidade assombra este momento da refeição. Com exceção de Dona Marlene, os mais jovens não relataram ter passado fome, mas seus familiares sim – sendo eles, então, os filhos da fome.

Para algumas abordagens antropológicas (GIDDENS, 1994), a sociedade moderna não se caracteriza apenas pela produção de riqueza, mas também pela "fabricação de riscos" através do seu sistema produtivo, podendo ser chamada, portanto, de "sociedade do risco". Em relação ao consumo de alimentos, na denominada sociedade do risco, o que poderia ter sido considerado como vantagens derivadas da industrialização agora tem sido avaliado conforme os perigos aos quais estão submetidos a produção e o processamento de alimentos em larga escala (LUPTON, 2000). Nessa perspectiva, os riscos relacionados aos alimentos são da mesma ordem de outras ansiedades próprias das sociedades contemporâneas, sendo respostas lógicas às consequências das organizações de produção atual (CONTRERAS & GRACIA, 2011).

O risco e ansiedade da fome vão sendo colocados com distanciamento de tempo e espaço nos discursos dos interlocutores na medida em que modificam os conteúdos e as classificações formadas dos alimentos, introduzindo novas categorias sobre alimentos considerados 'bons' ou 'maus' para saúde. Constroem outros conceitos de riscos e uma nova forma de insegurança alimentar[38], baseada nos discursos biomédicos vinculados através do

[38] Sobre noção de risco alimentar, Susanne Freideberg (2004) analisa em seus estudos, através de uma perspectiva histórico-geográfica (Burquina Faso e França), como a incorporação de mercados globalizados e redes de mídia em Burquina Faso resultou na entrada de 'alimentos ocidentais' (como o feijão verde francês ou hortaliças europeias) e discute como isto influenciou nas escalas de mudanças alimentares ocorridas durante os períodos colonial e pós colonial. Porém, as discussões atuais sobre o uso de pesticidas colocaram a economia do país em um risco eminente, uma vez que o pesticida usado em Burquina Faso está na lista de 'tolerância zero' das políticas regulamentadoras dos Estados Unidos e Europa. A autora lembra que na literatura atual, existe a premissa de que a "ansiedade diária com a segurança alimentar é uma realidade apenas de sociedades que não são ameaçadas pela escasses de alimentos. Em sociedades onde existe a fome crônica e memória recente de escassez, presume-se que a população é muito pobre inclusive de educação para preocupar com cancerígenos ou outros riscos alimentares" (FREIDEBERG, 2003, p. 456). Susanne desconstrói essa ideia a partir da

tratamento dietoterápico. Com este movimento, surge também o conflito de valores construídos a partir de outros referenciais. A influência dos novos discursos hegemônicos do comer saudável tem influência crucial na formação deste novo conceito de risco[39].

Para Contreras e Garcia (2011, p. 357), "*com frequência, alguns valores são associados a determinados riscos e representam julgamentos morais implícitos, ainda que mascarados pelo discurso do objetivo e dos dados quantitativos*". No caso dos interlocutores, assumirem o risco de comer alimentos que fazem 'mal' à saúde, mesmo com um diagnóstico que os relacionam ao próprio risco, é mais uma vertente do julgamento moral que acomete a obesidade. Assim, mais uma vez, parte da responsabilidade e da culpa do risco é transferida para o indivíduo. Cada paciente é responsável pelo risco da dor, risco de ganho de peso, risco do aumento da pressão arterial etc., formando uma mistura de mensagens objetivas e subjetivas que limitam as representações de 'risco'[40].

Pensando nesta 'responsabilidade' individual com o próprio 'risco' de insegurança alimentar, as organizações competentes incluem atualmente no conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, a ideia de Soberania Alimentar. A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, seu artigo 5º, considera que:

> Art. 5º. Soberania alimentar é a consecução do direito humano à alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional requer o respeito à soberania, que confere aos países a primazia de suas decisões sobre a produção e o consumo de alimentos.

Um fator diferencial dos participantes da pesquisa é sua ligação atual da noção de pessoa e seu corpo físico. Para os interlocutores, a resposta ou os sintomas que o corpo físico

---

contextualização da perspectiva vista em Burquina Faso e a diferenciação entre consciência de risco alimentar, ansiedade que pode gerar, e a capacidade de ação sobre estes como consumidores. A pobreza e o analfabetismo não seriam significados de ausência de riscos alimentares, mas sim ausência de poder de ação sobre estas preocupações: "A capacidade da família obter alimentos seguros não depende, portanto, apenas do rendimento, mas também da disponibilidade de mão de obra. A respeito de movimentos de direitos dos consumidores (ainda que pouco), existe uma demanda por alimentos mais limpos ainda maior que a cobrança por um governo limpo. Tornando a luta por direitos de consumidor uam luta dissimulada por direitos democráticos básicos" (FREIDEBERG, 2003, p. 459).

[39] Para ilustrar esta ideia de construção social do risco, Hubert (2002, *apud* CONTRERAS & GRACIA, 2011), utiliza um bom exemplo: quando há pouco ou nada para comer, a percepção do risco é muito relativa. Entre aqueles que passam fome, a garantia de que o que comem não é potencialmente danoso não é sua primeira principal preocupação. Os trabalhadores rurais do Sul do Brasil sugeriram às autoridades europeias que poderiam lhes enviar os 'bois loucos' que estavam sacrificando aos milhares porque havia o risco remoto de uma nova variedade de doença. A eminência da doença era menos preocupante que a falta de alimento. Nesta perspectiva, podemos entender que "para cada cultura seus riscos" (CONTRERAS E GRACIA, 2011, p 356). Considerando a experiência dos interlocutores da pesquisa, eu colocaria que 'para cada cultura – em cada corpo – seus riscos'.

[40] Neste sentido, Mary Douglas (1992) critica a dicotomia que se apresenta entre riscos objetivos e subjetivos. Os objetivos estariam baseados em uma probabilidade matemática e seriam avaliados pelos especialistas (saberes "especializados"). Os subjetivos estariam baseados na percepção social/psicológica da população e poderiam apresentar maior debilidade cognitiva (saberes "leigos").

apresenta são fatores determinantes para categorizar determinados alimentos ou situação como segura ou insegura. Marcel Mauss fala que o indivíduo deve ser consciente, num sentido de ser consciente, independente, autônomo, livre, responsável, tendo o "direito" da persona possuir seu próprio corpo (MAUSS, 1934, p. 390).

Mas não se deve desconsiderar o corpo social como objeto de influências coletivas, políticas e econômicas. A ideia de que ter maior variedade de escolhas em uma prateleira significa soberania é uma ilusão, pois, antes mesmo de o poder ser exercido sobre quais alimentos estariam naquela prateleira, existe a rede de poder que escolhe o que é comestível, o que não é, qual alimento é para um, qual é para o outro, quando e quanto comer. Mas esta é uma ilusão presente nos ideais de consumo dos interlocutores, uma vez que a soberania alimentar é vista como o reconhecimento de conquista social e a alimentação torna-se um prêmio dado para compensar os desafios que enfrentaram até conseguirem este reconhecimento (pelo menos até o processo de adoecimento).

Simmel (1978 *apud* APPADURAI, 2008, p. 67) sugere que os objetos não são difíceis de adquirir porque são valiosos, "mas chamamos de valiosos aqueles objetos que opõem resistência ao nosso desejo de possuí-los". A dificuldade de aquisição, o sacrifício oferecido em troca, é o único elemento constitutivo do valor, do qual a escassez é tão somente a manifestação externa, sua objetivação sob a forma de quantidade. Esta mensagem se aplica aqui no sentido de que os interlocutores tiveram períodos de restrição de alimentos – no sentido de necessidades não de vontades –, tornando o alimento um item de grande valor no sistema de 'consumo moderno'.

A peculiaridade, no caso das pessoas estudadas nesta pesquisa, é que, ao usar o alimento como artefato de modernidade, o indivíduo deixou de ser apenas um bom consumidor urbano e passou a ser um 'problema de saúde pública', fato este que expõe a contradição das políticas de valores atuais. Atualmente, a ideia de consumidor abundante foi substituída pela ideia de consumidor seletivo para representar o que é 'moderno'. Discursos que valorizam a qualidade, e não a quantidade, entraram em cena, conduzindo os indivíduos a repensarem suas atitudes e buscarem seu 'eu real' mais uma vez. Os interlocutores, que finalmente viam-se como cidadãos, passaram a se identificar e ser identificados como pacientes, o que representa nada mais do que outra vertente dos mesmos consumidores, mas que agora colocam saúde como item de maior valor e, provavelmente, continuam consumindo abundantemente – ideia facilmente apontada pelo crescimento do mercado destinado a este tipo (identidade) de consumidor.

Além disso, todo o imaginário construído através do consumo urbano é motivo de questionamento: até onde o nosso poder de escolha sobre os alimentos que consumimos é real? As ressignificações que envolvem o 'comer' dos interlocutores alteraram o sistema alimentar a nível básico e ecoam a nível periférico nas escolhas individuais. Mas após o processo de adoecimento e a incorporação do *saudável* nos discursos dos participantes, o sistema alimentar em que estão inseridos continua o mesmo que os levou até ali. O ambiente obesogênico[41] continua ali, influenciando a todo momento as escolhas particulares e os gostos dos indivíduos; a produção, coleta e distribuição de alimentos continua desigual e nada motivadora para seguir as orientações de alimentação saudável preconizadas pelas instituições competentes.

Todo este complexo funcionando sem alteração coloca o indivíduo em uma situação de impotência e de extrema injustiça. Colocar a responsabilidade única e exclusivamente no indivíduo pela sua alimentação é um ato alienador, mas também é o caminho mais fácil e por isso este discurso tem vida ainda hoje. A consequência desta articulação social e política é a frustração destas pessoas – claramente retratada ao descreverem a reeducação alimentar como uma batalha. Os fracassos são acompanhados por uma culpa e como uma forma de defesa; assim, eles passam a organizar o conceito de obesidade através de justificativas que são parte do sistema alimentar.

[41] Swinburg et al. (1999, p. 564) definem ambiente obesogênico como "an environment which is defined here as the sum of influences that the surroundings, opportunities, or conditions of life have on promoting obesity in individuals or populations." Assim, ambiente obesogênico diz respeito à influência que oportunidades e condições ambientais têm nas escolhas, por parte dos indivíduos, de hábitos de vida que promovam o desenvolvimento da obesidade. Os mesmos autores ainda citam o ambiente leptogênico, que se opõe ao ambiente obesogênico, uma vez que promove escolhas saudáveis de estilo de vida, tanto em relação à alimentação quanto à prática de atividades físicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, resultado da transcrição e análise dos dados encontrados na pesquisa, é apenas uma das leituras possíveis sobre a maneira como alguns pacientes atendidos pelo serviço público de saúde no Brasil organizam seu pensamento a respeito da sua alimentação e como estas organizações idealizadas e difundidas socialmente influenciam suas ações cotidianas. O argumento central deste trabalho é o de que a definição do que é uma *comida saudável* e *ideial* pode ser orientada por discursos hegemônicos, mas seu significado não pode ser compreendido fora de contextos microssociais, considerando os interesses políticos, econômicos e as experiências vividas pelo sujeito.

Sendo o objeto de estudo desta pesquisa um ato fisiológico entrelaçado por contextos sociais e culturais, considero o 'comer' uma conduta que se desenvolve além de seu próprio fim, tornando o alimento um signo necessário (no sentido fisiológico e social), e ambos estruturados. Por essa característica, posso considerar esta pesquisa como a interseção das discussões feitas na área de antropologia do consumo, antropologia da alimentação e antropologia da saúde e doença. Apesar disso – ou por isso –, a tentativa de transcrever em texto as experiências construtoras deste sistema alimentar e os significados encontrados nos discursos dos interlocutores pareceu, para mim, como a difícil tarefa de desenhar uma estrutura multidimensional em um plano bidimensional linear de tempo e espaço.

Devido à totalidade e à complexidade do tema, as abordagens fragmentadas do ser humano são consideradas frágeis. O conhecimento biomédico foi construído a partir do dualismo cartesiano e ainda hoje nosso sistema de saúde sofre as consequências deste tipo de pensamento. Apesar dos avanços intersetoriais das pesquisas nesta área, o profissional de saúde se vê em constante contradição entre a fragmentação teórica do ser humano e a complexidade da prática no dia a dia, o que pode gerar embates entre as prescrições dietéticas e as prescrições culturais. Concentrando-se apenas nos sinais fisiológicos, as pesquisas biomédicas anteriores pouco consideraram do corpo social, resumindo toda prática individual em órgãos e nutrientes.

A opção de desenvolver o texto de uma forma que segue a linha analítica se deu no intuito de aproximação da minha leitura dos fatos, e não necessariamente à realidade imaginada e vivenciada pelos interlocutores. Assim, o início do documento é um exercício de pensar as interações constrangedoras que envolvem o ambiente do hospital e das unidades básica de saúde. Para isso, uso a obra de Erwing Goffman para relativizar o papel do 'eu' e as relações formadas a partir de impressões construídas por contextos materiais e imateriais,

objetos simbólicos que fazem parte do cotidiano de representação daquele lugar, e é assim que a discussão sobre o jaleco se encaixa nesta obra.

Discuti sobre o significado e o uso do jaleco como um marcador de diferenciação social e poder. O chamado EPI (Equipamento de Proteção Individual) foi transformado, então, em outro EPI, o Equipamento de Proteção de Identidade. Ao usar este objeto como o princípio das análises desta pesquisa, o texto consegue introduzir o leitor no ambiente formado por relações de poder onde os dados foram coletados. O relato pessoal sobre o ritual de passagem que optei em fazer antes do início da pesquisa dá embasamento para as discussões sobre a hierarquização de poder e construção mecanicista do conhecimento biomédico. Este deslocamento de identidade social pelo qual passei não seria necessário se a construção do conhecimento, em nossa sociedade, tradicionalmente não dividisse subjetivo e objetivo. Tais análises foram embasadas nas ideias de Focault sobre a hierarquia de direitos e poderes nestas áreas de conhecimento.

O objetivo geral dessa análise antropológica foi encontrar um princípio regulador das representações sociais, conforme orienta Leach em suas obras. Nesta perspectiva, a descrição das representações presentes na memória afetiva dos interlocutores torna-se necessária, uma vez que todos os interlocutores trazem uma marcação de diferença entre rural e urbano. Genericamente, o conceito de *necessidade* encontrado nos discursos era referente à presença de carnes nas refeições cotidianas, ideia que motivou a mensagem de *melhores condições de vida* através de um ‘consumo urbano moderno’ propagado por discursos de políticas públicas de incentivo econômico.

Sendo este desejo não uma fantasia, mas o próprio formador da realidade (conforme aponta Pun Ngnai), a busca por um maior acesso a variedade, quantidade e novidade seria, na verdade, a tentativa de construção de uma nova identidade social em busca de reconhecimento social através da compra. Assim, o consumo de alimentos neste ‘grupo social’ tem um significado direto e claro na expressão de identidade e noção de pessoa a que se relaciona. Por isso, na expressão estereotipada de paciente, é nos alimentos que esta identidade é refletida. Obviamente, esta é uma relação criada em mutualismo com as noções de pessoa, que são indissociáveis da noção corporal. Apesar de sociedades do tipo individualistas acreditarem na noção de corpo e mente separados devido à influência do antigo do pensamento racionalista, nesta análise não se considera o indivíduo fisiológico de maneira separada da pessoa com direito de possuir o corpo regulamentado pela moral.

O fator tempo é determinante em todas as representações sociais encontradas. É de acordo com o tempo que a noção de pessoa saudável se transforma em pessoa doente, através

do diagnóstico de comorbidades que a biomedicina e discursos populares relacionam ao peso corporal. O tempo seria, então, determinante no ‘sentir a doença’ através da dor física. Este sintoma, une novamente as noções de indivíduo e pessoa, aproximando o corpo da ideia de um local que pode dividir a vida e a morte. Mesmo assim, o indivíduo e a pessoa não se tornam um mesmo ‘eu’ nas representações dos interlocutores. Nos discursos, ainda aparece a separação entre cosmos (ou ambiente externo) e pessoa, e o indivíduo torna-se o órgão doente (ou a parte do corpo que dói), mas ainda no sentido de um *alter ego* possuidor da doença, e não um ser da doença (contrastando-se ao pensamento sociológico presente na obra de David Le Breton).

Considero, portanto, a noção de pessoa da nossa sociedade atual como um paradoxo. É uma ideia de pessoa que não une corpo, mente e cosmos no pensamento microssocial, porém, ao pensar sobre o outro, condena e exclui aquele com o corpo diferente, julgando a pessoa como portadora das mesmas características do corpo e justificando a atitude com um pensamento coletivo de utilidade social. O indivíduo, ao refletir sobre sua experiência, pensa ainda mais microscopicamente e volta sua noção de doença para um órgão. Se o peso da culpa se torna insuportável de carregar, ele transfere essa culpa para quem o deixou, mecanizando novamente essas relações de sofrimento social através de diagnósticos pessoais de adoecimento mental, como a depressão, ansiedade e nervoso.

Essa mecanização do pensamento também é fundamental na representação de saudável e doente dentro dos discursos dos interlocutores. O corpo considerado saudável é um corpo que tem utilidade social através do trabalho desenvolvido. Assim, o diagnóstico de obesidade feito pelos interlocutores não envolve necessariamente o valor do peso corporal, mas sim o aumento de peso que provoca dores físicas as quais os impedem de realizar suas atividades cotidianas. Seria uma doença com causas multifatoriais, como causas genéticas, sedentarismo e gestação. Relacionam o processo de adoecimento apenas com causas internas e individuais – consequência dos pensamentos mecanicistas tão difundidos na nossa sociedade – e pouco relacionam a fatores externos, como o ambiente obesogênico, relações mercadológicas, políticas econômicas de abastecimento alimentar etc.

A dor é outro ponto de análise que merece destaque. Chamada aqui propositalmente de fenômeno, este sintoma reúne todas as dimensões formadoras do corpo. A dor relatada por eles atinge o corpo físico, corpo social e moral, e ainda corpo político. Este sintoma, que é motivador de procura a tratamentos biomédicos, leva a uma outra discussão: o sofrimento social a que se referem os interlocutores. Todo o processo de adoecimento que envolve desde o diagnóstico médico, pessoal e social de obesidade, a espera por tratamentos ou cirurgia

bariátrica, o estigma a que estas pessoas são submetidas e os processos de rupturas sociais sofridas durante essas experiências de transformação de identidade, se encaixa no conceito sofrimento social trazido por Veena Das.

Considerando o sofrimento social uma experiência crítica vinculada à dor física individual que reflete o social, e vice-versa, o campo político envolvido neste conceito é referente à burocracia e ao acesso medíocre a serviços de saúde que deveriam, no mínimo, apresentar estruturas físicas acolhedoras. A longa espera e itinerários terapêuticos desgastantes repletos de constrangimentos para o paciente são resultado do sistema político criado por essa sociedade e reflete o estereótipo do paciente que precisa do serviço e tem culpa por estar ali. Essa ideia é vinculada, inclusive, nos discursos dos próprios interlocutores enquanto pacientes. O 'sofredor' não considera que é um resultado de problemas sociais devido à alienação dos discursos propagados no ambiente do hospital que culpabilizam o indivíduo.

Esta culpa moralmente produzida influencia diretamente na alimentação destas pessoas. Culpa essa que faz a pessoa preferir comer escondido – processo vinculado à obesidade pelos discursos alienados – do que compartilhar o momento da refeição, gerando um ciclo constante de rupturas sociais e sofrimento social. Relações sociais criadas neste mesmo sentido modelam os valores que envolvem os elementos do sistema alimentar, como por exemplo, o valor da comensalidade. O ato de comer em companhia passa a significar julgamentos, desconforto e, considerando os tempos do comer, o 'comer em casa com a família' torna-se um resultado do processo de afastamento das atividades cotidianas devido ao processo de adoecimento.

Em relação ao recorte feito sobre as representações do 'comer', o tempo também foi determinante quando marcados o antes e o depois da alimentação, acompanhando a oposição entre rural e urbano. A base que estrutura as representações do comer dos interlocutores é construída a partir do imaginário da vida no campo e todos os valores que estas pessoas conhecem foram transmitidos a partir de um estilo de vida que engloba muita quantidade de comida em um único momento (fartura), sabor da comida feita na banha do porco e comensalidade (companhia de fazer a refeição em comum). A nova realidade que suas famílias construíram com a intenção de melhorar as condições de vida contradiz a maior parte dos valores que eles incorporaram após o adoecimento. Isso fez com que os interlocutores construíssem suas práticas alimentares flutuando com muita facilidade entre extremos de prazer/sabor/nostalgia *versus* saudabilidade/moral/novidade – aproveitando das antinomias descritas por Alan Warde e Lívia Barbosa.

O prazer em comer que está presente na memória afetiva deles é agora condenado em todos os níveis de relacionamento. O valor em fazer uma refeição prazerosa aparece apenas no nível do discurso, mas relatam que é impossível ter aquela ideia de prazer que eles conhecem agregado a uma refeição que eles consideram saudável, hoje em dia. Assim, os discursos de comida saudável são semelhantes aos discursos hegemônicos biomédicos, mas não se refletem na descrição das ações. Isso torna as suas escolhas alimentares sempre envolvidas em dilemas, uma vez que relatam que ao comer, sentem '*prazer pra suprir a tristeza'* (nas palavras de Regina).

A nível de discurso, algumas semelhanças entre representação dos interlocutores e representação biomédica de comida saudável foram encontradas, aproximando a ideia de comida saudável à de dieta alimentar prescrita nesses serviços. Elementos presentes nas duas racionalidades são, por exemplo, o equilíbrio de quantidade de comida, presença de frutas e verduras diariamente, técnicas de preparo de alimentos (grelhados e assados) e horários 'certos' para comer. Mas, apesar da proximidade, apresentaram diferenças nas representações do comer saudável, como a classificação da gordura alimentar, do açúcar e do carboidrato – itens que a racionalidade biomédica atualmente relativiza em qualidade e quantidade de gordura, açúcar e carboidratos consumidos diariamente.

Para os interlocutores, a ideia de comida saudável se aproxima à ideia de dieta, mas não necessariamente à ideia de comida ideal. A representação de comida ideal reuniu exemplos de todos os valores envolvidos nas antinomias encontradas aqui e que delimitam as representações, o que demonstra muito bem a fluidez e fragilidade dessa categoria. Esta fluidez evidencia como a pessoa pode se perder entre o discurso de representação e a prática diária – estando eles (e nós) próprios em uma constante dimensão do desequilíbrio, mas sempre em busca do equilíbrio moralmente aceito. O ideal aqui é um compromisso ora com o valor do prazer, ora com o valor da saúde, mas a particularidade deste 'grupo' é que o termômetro que controla essa movimentação é o corpo físico, ou melhor, a dor física.

Tal fato não exclui a capacidade de controle que a sociedade tem sobre a alimentação dessas pessoas. Os mecanismos de controle alimentar que a sociedade usa, na opinião deles, são basicamente: a quantidade (equilibrada), a variedade (natural, colorida), a qualidade (sem gordura, sem açúcar), tempo e espaço para comer (comida de casa, comida de rua, comensalidade). Por esse fio condutor social, apesar de todas as transformações ocorridas com essas pessoas, não considero o sistema alimentar estudado aqui em total desestrutura ou gastroanomia, remetendo-me à Fischler (2010). Foram encontrados elementos materiais e

imateriais de continuidade entre as representações do ‘comer’ construídas pela memória afetiva e as representações do ‘comer’ incorporadas com a identidade de obeso.

Sobre o princípio regulador encontrado neste recorte, a continuidade é marcada por alguns itens alimentares, mas aconteceram mudanças estruturais em níveis importantes do sistema alimentar, ressignificando categorias. A alimentação dos pais e avós, e dos próprios interlocutores, foi alterada desde o modo de produção e acesso ao alimento até à forma de preparo e horário de refeições. Isso não significa uma desestruturação, pois ainda existem continuidades de elementos, como o prato básico de arroz, feijão, carne e salada nas grandes refeições (ou, no mínimo, no almoço), e os derivados do milho e mandioca para lanches da tarde. O principal dilema é que na incorporação do conceito de saúde, estes elementos estruturantes de continuidade entraram em conflito com os novos valores criados por eles através do que entendem ser as representações biomédicas de saudável.

Além disso, as rupturas sociais sofridas durante essa transição afetam diretamente o consumo de alimentos, pois afeta também a relação social que envolve a alimentação. Assim, ao relatar que ‘*tenho vontade de emagrecer, mas falta força*’, Leila provavelmente se refere à força de mobilização social, ambiental, biomédica, política, moral e individual que abalou as bases das representações sociais destas pessoas. Mas estes dilemas não poderiam deixar de aparecer nestes discursos, uma vez que “definir o que é comer muito ou pouco implica em si mesmo um dilema, colorido pela subjetividade e delimitado pela cultura” (GILBERT, 1986 *apud* CONTRERAS & GRACIA, 2011, p. 368).

O consumo atual não foi colocado aqui como um fator dissocializante, afinal, ele não está ligado ao capital e sim às propriedades simbólicas. O que provoca angústias no momento para os interlocutores é justamente a responsabilidade total sobre as escolhas alimentares que a sociedade impõe nesse processo de consumo. Assim, mesmo com maior poder de acesso a maiores variedades de comida, a insegurança alimentar continua constante no dia a dia destas pessoas. Ao procurarem um modo de vida em que tivessem autonomia de escolha dos itens alimentares, encontraram uma sociedade que condena rigorosamente qualquer escolha considerada fora dos padrões morais, marcando aqueles que refletem no corpo o valor da fartura como verdadeiros destruidores da sociedade fantasiada e imaginada para interesse econômico do país.

Se antes as políticas públicas eram voltadas para a fome, incorporada na sociedade como desnutrição, atualmente essas políticas públicas – que seguem o mesmo discurso moralista de culpabilização individual – deveria voltar sua atenção à fome de autonomia real que a sociedade busca, à fome de fartura e prazer sem culpa, à fome de acesso a serviços de

saúde voltados a interesses do cliente e não do funcionário, à fome de imaginar uma nova realidade, mais uma vez.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cláudia. V. R. de. ***"Manda quem pode, obedece quem* (não) *tem juízo*" – corpo, adoecimento mental e intersubjetividade na polícia militar goiana.** 2012**.** 131 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

APPADURAI, Arjun. **A Vida Social das Coisas**: as mercadorias sob uma perspectiva cultura. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2008 [1986].

ARNAIZ, Mabel G**.** Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades *obesogénicas.* **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 3, p. 363-376, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300005>. Acesso em 06 de julho de 2016.

ABESO: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010.** Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 3 ed., 2009.

BARBOSA, Lívia. Feijão com Arroz e Arroz com Feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 87-116, jul./dez, 2007.

BARTHES, Roland. **La Aventura Semiológica**. Barcelona: Paidós, 1990.

BELIK, Walter; SILVA, José G.; TAKAGI, Maya. Políticas de combate à fome no brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 4, out./dez. 2001. p. 119-129.

BILTEKOFF, Charlotte A. **Consumer response:** the paradoxes of food and health. New York: New York Academy of Sciences, 2010.

BORDO, Susan. Reading the Slender Body. In: JACOBUS, Mary; KELLER, Evelyn Fox; SHUTTLEWORTH, Sally (Org). **Women, Science, and the Body Politic:** Discourses and Representations**.** New York: Methuen, 1989. p. 185-212.

BRANDÃO, Carlos R. **Plantar, colher, comer***:* um estudo sobre o campesinato goiano. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2009.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1>. Acesso em 06 de julho de 2016.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Nível de renda da população brasileira**. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata?SessionID=228655183&Tick=1265368585223&VAR_FUNCAO=Ser_TemasF onte%28132%2C407%29&Mod=M>. Acesso em 06 de julho de 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.346**, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação

adequada e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em 06 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em 8 de setembro de 2015.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Dez/18/vigitel_2011final181212.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Disponível em: <http://trabalho.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BF8B4FDFC0C65/p_20051111_485.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2015.

CAMPBELL, Colin. Eu compro, logo sei que existo: as bases metafísicas do consumo moderno. In: BARBOSA, Lívia; CAMPBELL, Colin. (Org). **Cultura, consumo e Identidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 47-64.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberta. **O Trabalho do Antropólogo***:* olhar, ouvir, escrever. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp, 1998.

COLLAÇO, Janine H. L. Restaurantes de comida rápida, os fast-foods, em praças de alimentação de shopping centers: transformações no comer. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 116-135, jan./jun. 2004.

CONTRERAS, Jesús; GRACIA, Mabel. **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CSORDAS, Thomas. J. The Embodiment as a Paradigm for Anthropology. **Ethos**, New York, v. 8, n. 1, p. 5-47, mar. 1990.

DAS, Veena; KLEINMAN, Arthur; LOCK, Margaret. Introduction. In: DAS, Veena; KLEINMAN, Arthur; LOCK (eds.). **Social Suffering.** Berkeley: California University Press. 1997. p. 1-27.

DÍAZ-MÉNDEZ, Cecilia. ?Qué significa comer bien? Uma descripción de las normas alimentarias generales presentes en los modelos alimentarios españoles. **Distribución y Consumo**, jan – fev, 2008. p. 28-37.

DOUGLAS, Mary. **Implicil meanings:** selected essays in anthropology. 2. ed. London: Routledge & Kegan Paul, 1975.

DOUGLAS, Mary. Les structures du culinaire. In: CONTRERAS, J**. Alimentación y Cultura:** necessidades, gustos e costumbres. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1979. p. 62

DOUGLAS, Mary. **Risk and Blame:** essays in Cultural Theory. London: Routledge, 1992.

DUARTE, Alice. A Antropologia e o estudo do consumo: revisão crítica das suas relações e possibilidades. **Etnográfica,** v. 14, n. 2, p. 363-393, jun. 2010.

DUARTE, Luiz F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

DUARTE, Luiz F. D.; LEAL, Ondina. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa:** o sistema totêmico na Australia. São Paulo, Paulinas, 1989 [1912].

DURKHEIM, Émile. **As regas do método sociológico**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 3. ed. 2007.

FELIPPE, Flávia M. L. O peso Social da Obesidade. **Revista Virtual Textos & Contextos,** n. 2, ano II, dez. 2003. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/963/743>. Acesso em 06 de julho de 2016.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Miniaurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 895 p.

FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. (Org.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FINKELSTEIN, Joanne. **Dinning out.** New York, New York University Press, 1989.

FISCHLER, Claude. Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduria del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. **Gazeta de Antropología**, Granada, v. 26, n 1, artículo 09, p. 1-19, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10481/6789>. Acesso em 25 jun. de 2016.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: o nascimento da prisão. 20. ed. Trad. Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1999 [1975].

FREIDBERG, Susanne. French beans for the masses: a modern historical geography of food in Burkina Faso. **Jounal of Historical Geography**. vol. 9, n. 3, 2003. p. 445 – 463. Disponível em: <http://www.idealibrary.com>. Acesso em 23 de agosto de 2016.

GARCIA, Rosa W. Alimentação e Saúde nas Representações e Práticas Alimentares do Comensal Urbano. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. (Org.) **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 211-226.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008. p. 3-24.

_____. **Negara O Estado Teatro no Século XIX.** Rio de Janeiro: Bertrand, 1991.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade.** Trad. Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

_____. **Modernity and Self Identity**: Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity Press. 1991.

GILBERT, Sara. **Pathology of Eating**: psychology and treatment. London: Routlegde & Kegan Paul, 1986.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985.

GOLDENBERG, Miriam; RAMOS, Marcelo S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBER, M. (Org.). **Nu & Vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 19-40.

GONÇALVES, Clarissa A**.** O "peso" de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. **Mneme:** revista de humanidades, v. 05, n. 11, jul-set, 2004. Disponível em: <http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/>. Acesso em 06 de julho de 2016.

HARRIS, Marvin**. Good to Eat:** riddles of food and culture. London: Allen and Unwin, 1985.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HUBERT, Annie. **Pas de Panique! (Alimentaire).** Paris: Maraboult, 2002.

JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Brita Lemos de Freitas (trad.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: **Conferência 30 Anos Xingu**, São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1995. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm>. Acesso em 18 de agosto de 2015.

LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

_____. **Antropologia da Doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEACH, Edmund. Aspectos antropológicos da linguagem**:** categorias animais e insulto verbal. In: DA MATTA, Roberto (Org.). **Edmund Leach**. São Paulo: Ática, 1983. P. 170-198.

_____. **Sistemas políticos da alta Birmânia**. Trad. Antonio de Pádua Danesi et al. São Paulo: EDUSP, 1996.

Le BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Trad. Sônia M. S. Fuhrmann. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. (Org.). **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 1973. p. 14-16.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O cru e o cozido**. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

LIPOVETSKY, Gilles**. A Terceira Mulher**: permanência e revolução do feminino. Trad. Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LUPTON, Deborah. Food, risk and subjectivity. In: WILLIANS, S. J. (ed.). **Health, Medicine and Society, Key Theories, Futur Agendas.** London: Routledge, 2000. p. 205-218.

_____. **Food, the body and the self**. London: Sage Publications, 1996.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: EDUSP, 1950 [1934].

McCRACKEN, Grant**. Cultura e Consumo**: novas abordagens ao caráter simbólico dos bens e das atividades de consumo. Rio de Janeiro: Mauad, 2003 [1998].

MENNELL, Stephen. All manners of food. Illinois, University of Illinois Press, 1996. In: COLLAÇO, Janine H. L. Restaurantes de comida rápida, os fast-foods, em praças de alimentação de shopping centers: transformações no comer. Rio de Janeiro: **Estudos Históricos**, nº 33, jan-jun. de 2004, p. 116-135.

MILLER, Daniel. **Trecos, troços e coisas.** Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

MINTZ, Sidney W**. Sweetness and Power**: the place of sugar in modern history. New York: Penguin, 1985.

MOLNAR, Virág; LAMONT, Michèle. Social categorization and group identification: how African-americans shape their collective identity through consumption. In: McMEEKIN, Andrew et al (Org.). **Innovation and demand**. Manchester: Manchester University Press, 2002. p. 88-111.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Rio de Janeiro: Vozes, 2003 [1975].

MURCOTT, Anne. Food as an Expression of Identity. In: GUSTAVSSON, S.; LEWIN, L. (Org.). **The Future of the Nation State:** Essays on Cultural Pluralism and Political Integration. London: Routledge, 1996. p. 21-37.

NGNAI, Pun. Subsumption or consumption? The phantom of Consumer Revolution in 'Globalization' China. **Cultural Anthropology**, v.18, n. 4, p. 466-492, 2003.

OLIVEIRA, Francisco. A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luis F. D.; LEAL, Ondina F. (orgs.) **Doença, Sofrimento, Perturbação:** Perspectivas etnográficas, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 85

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologias da Alimentação**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C. Etnografia: Saberes e práticas. In: PINTO, C. R. J.; GAZZELLI, C. A. B. (Org). **Ciências Humanas: pesquisas e métodos.** Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/viewFile/9301/5371>. Acesso em 08 de agosto de 2015.

RODRIGUES, José C. Os corpos na antropologia. In: MINAYO, Maria; COIMBRA Jr., Carlos. (Org.). **Críticas e atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 31-46.

SAHLINS, Marshal. **Cultura e razão prática.** Rio de Janeiro: Zahar; 2003.

SARTI, Cynthia. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, jan./jul. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>. Acesso em 06 de agosto de 2015.

SASSATELLI, Roberta. Contestação e consumo alternativo**:** a moralidade política da comida. **Tessituras**, Pelotas, v. 3, n. 2, p. 10-34, jul./dez. 2015.

SILVA. Wagner G. da. **O antropólogo e sua magia:** trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro brasileiras. São Paulo: EDUSP, 2006.

STEIL, Carlos. A. & MURILLO, Luis F. Apresentação. In: CSORDAS, Thomas, J. (Org.) **Corpo, significado, cura**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. p. 9-13.

SWINBURG, Boyd; EGGER, Garry; RAZA, Fezeela. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, v. 29, p. 563-570, 1999. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743599905856>. Acesso em 06 de julho de 2016.

TORRES, Angélica A**. Gordos e "gordisses":** estudo etnográfico de pacientes obesos no hospital universitário de Brasília. 2013. 86f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

UNITED NATIONS. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. **WHO Obesity Technical Report Series**, Geneva, n. 284, p. 256, 2000.

VAN DER AKKER, Marshal, et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. Jounal Clinical Epidemiologyc 1998, v. 51, p.367-375. In: FORTIN, Martin et al. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. **Health and Quality of Life Outcomes,** Canadá, v. 2, n 51, 2004, p. 2-51. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/589>. Acesso em 03 de outubro de 2015.

WARDE, A. **Consumption, food and taste.** London: Sage; 1997.

WARDE, Alan; MARTENS, Lydia; OLSEN, Wendy. Consumption and the problem of variety: cultural omnivorousness, social distinction and dinning out. **Sociology**. v. 1, n. 33, p. 105-127, 1999. Disponível em: <http://soc.sagepub.com/content/33/1/105>. Acesso em 06 de julho de 2016.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Larissa de Farias Alves. Sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é Antropologia Social.

Após ler com atenção este documento ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em **todas as folhas e ao final deste documento**, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Prof. Dra.Janine Helfst Leicht Collaço no telefone: (62) 3521-1465.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

• Título: O comer 'ideal': Representações, categorias e variáveis presentes na formação do discurso hegemônico do comer.

• Informações sobre quem está aplicando o termo de consentimento: Estudante do curso de mestrado em antropologia social da UFG.

• Esta pesquisa é parte do Projeto de Mestrado do pesquisador em questão e tem como objetivo analisar as representações do comer ideal em indivíduos que estão tentando transformar o hábito alimentar e como o discurso do saudável chega e se reflete nestas pessoas.

• Você está participando da etapa de entrevistas, que ocorrerá de forma livre. A entrevista, que será feita por mim, será gravada apenas como critério de recolhimento de dados, o áudio não será exposto, apenas os resultados coletados na entrevista que possuem relação com o tema da pesquisa.

• Nenhum risco é previsto na elaboração desta pesquisa.

• Você tem o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa, podendo também ser ressarcido de despesas que vier a gastar pela sua participação.

• Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação.

• Esta pesquisa beneficiará todo o campo de pesquisa de alimentação e ao diálogo entre os setores da alimentação que, atualmente, permanece escasso.

• O período de sua participação consiste do início ao término da entrevista

• O sigilo de dados pessoais ou dados em relação à obra que não forem do interesse do entrevistado a divulgação, é garantido.

• Você tem total liberdade de não aceitar a participação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo.

• Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. (Se os dados ou materiais forem armazenados para estudos futuros, deverá constar a informação sobre como e onde será o armazenamento e também que, em caso de utilização em estudos futuros, o projeto de pesquisa será submetido para análise de um Comitê de Ética em Pesquisa).

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG: _____

CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo O 'comer ideal': Representações, categorias e variáveis presentes na formação do discurso hegemônico do comer. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Larissa sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Local e data _____

APÊNDICE B – Semiestrutura para entrevistas

Identificação: Nome/ Idade / Profissão/ Composição familiar
- O que 'comer' significa para você?
- Com quem faz as refeições, geralmente? Onde? - Quem prepara a refeição? Com quem aprendeu? - Quem compra os alimentos para casa? O que considera no momento? - Olha rótulo de alimentos? - Qual comida é a mais fácil de se comprar/ achar? Por quê?
- Já fez/ faz algum tipo de dieta alimentar? Por quê? Como foi/ é? - O que você não conseguiu mudar? - O que você não quer mudar? Por quê? - O que é uma comida ideal para você? - O que comer significa para você?

APÊNDICE C – Informações adicionais dos interlocutores

1. **Marlene**: 76 anos, aposentada, viúva há 12 anos, sem filhos. Nascida e criada em Santa Rosa de Goiás (GO), trabalhou com os pais na lavoura até sua adolescência. Veio para Goiânia (GO) junto com a família há quarenta anos atrás e começou a trabalhar como empregada doméstica. Foi encaminhada ao HC após atendimento em Centro de Atendimento Integrado à Saúde (CAIS) próximo à sua casa em Goiânia, com suspeita de apendicite e fortes dores nas pernas. Aguardava na fila para cirurgia bariátrica, mas o *irmão* da igreja que frequenta, que é médico, a convenceu a desistir. É paciente do ANOG há cinco anos com o intuito de reorientação alimentar e emagrecimento. Aprendeu a cozinhar com sua mãe, na roça onde moravam. Atualmente, ela cozinha diariamente apenas para si.
2. **Marcelo**: 37 anos, considera-se um *faz tudo*, mas atualmente está afastado por motivo de doença; ele já não trabalha mais devido às fortes dores na coluna. É casado e tem um filho de 7 anos. Nascido em Goiânia (GO), foi criado pela sua avó materna, que saiu da roça onde morava e veio para capital na tentativa de dar melhores condições de estudo para os filhos. Relata a perda do pai como um grande drama na sua vida. Atendido pelo ANOG há dois meses, foi encaminhado ao HC pelo ortopedista de um outro hospital para redução de peso Quem cozinha na sua casa é a esposa, a quem refere-se como sua 'primeira nutricionista'. Está na fila de espera para cirurgia bariátrica.
3. **Antônio**: 54 anos, comerciante, casado, tem duas filhas. Natural de Goiânia (GO), tem oito irmãos. Seu pai era de Pernambuco, veio para Goiás à procura de *melhores condições de vida*, casou-se aqui com uma nordestina, mãe de Antônio, e criaram os filhos em uma fazenda. Atualmente, ele mora com a esposa e com uma das filhas. Foi encaminhado ao HC após atendimento em CAIS por fortes dores nas articulações devido excesso de peso. Está em tratamento no HC há dois anos e aguarda a cirurgia bariátrica.
4. **Aldemir**: 39 anos, é casado e tem um filho de 11 anos. Trabalhava como peão em uma fazenda, mas desde uma queda de cavalo em 2009, na qual machucou a coluna, está aposentado e sem trabalhar. Natural de Sancrerlância (GO), possui 9 irmãos, e foram criados em fazenda – que foi vendida após morte da mãe em 1993. Ele e seu pai mudaram-se para Trindade (GO), onde vivem até hoje. Foi encaminhado ao serviço de nutrição do município pelo médico do CAIS devido diagnóstico de *Diabetes Mellitus*.
5. **Wênida**: 34 anos, técnica de enfermagem, solteira, tem um filho. Natural de Xinguará (PA), morava em uma fazenda, e veio para Goiânia (GO) há 15 anos procurar tratamento

para obesidade e para estudar. Mora com o filho em um terreno dividido pela família – que veio logo depois. Na outra casa, no mesmo lote, moram o avô (que a acompanha em todas as consultas), e uma tia. Relata com emoção a perda do pai e da avó quando era adolescente. Ao chegar em Goiânia, trabalhou como empregada doméstica (estava com 15 anos e 90kg) e, por insistência dos patrões, procurou tratamento no HC e está em acompanhamento no ANOG há 4 meses, mas no HC já está há 7 anos. Relata vários episódios nos quais emagreceu e voltou a engordar devido a perdas familiares.

6. **Regina**: 33 anos, estudante, casada, tem 4 filhas. Natural de Itaguatinga (TO), mora em Goiânia (GO) desde os treze anos de idade com a avó e com a tia. Tem um irmão mais velho que também veio para Goiás. Foi separada da mãe com 15 dias de vida, a pedido do pai, que criou ela e o irmão em uma fazenda em Tocantins até os 6 anos. Relata com muito sofrimento sua trajetória marcada pela falta da mãe e 'descontrole' do pai – conta que o pai era pedófilo e, portanto, ela e o irmão dependiam da ajuda de vizinhos quando o pai estava foragido. Quando adolescente, trabalhou como babá para sustentar ela e o irmão (que também foi preso por pedofilia contra a filha de sua patroa). Atualmente, estuda enfermagem, e é ela a responsável por fazer a comida de casa para a família. Foi encaminhada ao HC por um médico do CAIS por excesso de ganho de peso após a gestação. É atendida pelo ANOG há 8 meses e aguarda cirurgia bariátrica.
7. **Vilma**: 39 anos, contadora, solteira, tem uma filha de 14 anos. Natural de Goiânia (GO). Atendida no ANOG há 3 meses, foi encaminhada ao HC pela sua ginecologista após ganhar 54kg na gestação e não conseguir recuperar após o parto. Relata não conseguir mais caminhar devido a fortes dores no joelho. É ela quem cozinha em casa, mas não gosta de cozinhar. Aguarda ansiosamente pela cirurgia.
8. **Eliete**: 51 anos, funcionária pública, casada, tem 2 filhos de 22 e 29 anos. Nascida e criada em Aragarças (GO). Continua casada, mas não tem relacionamento afetivo com o marido mais. Após a primeira gestação, não conseguiu controlar o ganho de peso, foi encaminhada ao HC pelo endocrinologista, a pedido dela. Relata muita ansiedade e por isso nunca consegue seguir dietas. Tem um comércio tipo lanchonete há dois anos para completar a renda. É atendida pelo ANOG e espera cirurgia bariátrica.
9. **Gisele**: 32 anos, trabalha como auxiliar administrativo, é casada e tem 1 filho de 12 anos. Nascida e criada em Trindade (GO), parou de trabalhar depois do casamento e ficou em casa para cuidar do filho. Considera a gestação e a ansiedade os motivos principais do ganho de peso. Procurou atendimento nutricional por conta própria pois ganhou 51kg nos anos subsequentes à gestação.

10. **Leila**: 37 anos, dona de casa, é casada e tem dois filhos de 9 e 3 anos. Nascida e criada em Trindade (GO), a mãe faleceu há um ano e este evento ainda traz muita emoção ao ser lembrado. Parou de trabalhar depois que casou para cuidar dos filhos e sobrinhos. Considera que a gestação foi o principal motivo do ganho de peso. Procurou atendimento nutricional no CAIS pois uma amiga também estava se tratando.
11. **Carolina**: 37 anos, dona de casa, casada, tem 3 filhos de 20, 18 e 13 anos. Nascida e criada em Trindade (GO) junto com seus 3 irmãos, relata uma infância de grandes dificuldades financeiras. Parou de trabalhar após o casamento e ficou em casa cuidando dos filhos. O casamento passa por um período crítico depois que ela descobriu infidelidade do marido. Considera a ansiedade e o refrigerante os grandes responsáveis pelo ganho de peso após a gestação.
12. **Daiane**: 37 anos, já trabalhou *de tudo*, porém agora está afastada por problemas de saúde. Casada, tem um filho de 7 anos (foi abandonada pelo pai do filho dela). Nascida em Goiânia (GO), mora com a mãe que é dependente dela, tem 2 irmãos, e considera-se muito sobrecarregada pela família. Cresceram em fazenda, mas o pai conseguiu aumentar muito a renda familiar e tinham *muito luxo* antes dos negócios falirem. O pai era alcóolatra e faleceu há 3 anos, o que a afetou muito. Também luta contra o alcoolismo. Emocionada, relata com aflição e desespero os fardos que tem que carregar sozinha e o medo de engordar novamente. Considera o álcool e a gestação os principais motivos para o ganho de peso. Foi encaminhada ao HC por outro hospital devido a problemas de vesícula. Acha que a cirurgia bariátrica é sua única salvação, apesar de não se enquadrar mais no perfil de pacientes encaminhados para esta cirurgia pois já conseguiu perder muito peso.
13. **Cristina**: 38 anos, casada, tem 2 filhos de 20 e 13 anos. Nascida em Oruíta (GO), atualmente mora em Itaberaí, onde foi criada na fazenda dos pais junto com seus 3 irmãos. Após o primeiro casamento (do qual originou seus filhos), mudou-se para Goiânia para acompanhar o marido e começou a trabalhar também. Porém, em 2002 o casamento acabou, ela retornou para Itaberaí com os dois filhos e considera este o motivo principal do ganho de peso. Foi encaminhada para o HC em 2010 para tratamento da obesidade e suas complicações. Faz também tratamento psiquiátrico depois da separação. Com uma voz frágil e muito emocionada, ela relata sua história de vida e alerta que sempre chora ao falar dela mesma.
14. **Lorrayne**: 35 anos, administradora, casada, tem um filho recém-nascido. Natural de Chapecó, Santa Catarina. Veio para Goiânia junto com a família há 14 anos à procura de

emprego. Mora com o pai e a mãe (que são descendentes de italianos), com quem divide a função de cozinhar em casa. Foi encaminhada ao HC depois de ser atendida em um CAIS por uma tontura que sentiu, já estava com 120kg e com diagnóstico de hipertensão arterial. Atendida pelo ANOG desde então, já passou pela cirurgia bariátrica e é acompanhada para adaptação alimentar pós-cirúrgica.