



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Lima de Araújo, Kênya; Gilvane Lopes Pena, Paulo; Soares de Freitas, Maria do Carmo
Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do
emagrecimento

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 9, septiembre, 2015, pp. 2787-2796

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63041075019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento

Suffering and prejudice: paths taken by obese nutritionists seeking weight loss

Kênya Lima de Araújo¹

Paulo Gilvane Lopes Pena²

Maria do Carmo Soares de Freitas¹

Abstract Obesity is a problem of public health, seen as a “moral panic”, which disables the obese person from social acceptance. For obese nutritionists the paradox between the premises of their jobs and their state of morbidity makes the debate complex by the conflict with the professional identity. This study sought to bring to discussion the meanings of health care adopted by obese nutritionists in Salvador and to understand their experiences with their obesity in everyday life. The study was based on a qualitative approach, through semi-structured interviews with eight narratives on being an obese nutritionist, analysed under hermeneutics basis. The research revealed that being obese generates a stigma which is worse to the nutritionist, now seen simultaneously as unable to care for oneself and on being obese. Some of the stories of suffering seen on job routine are: strangeness of the body, social exclusion, strategies for defence on the relation professional-patient, desperate rely on miraculous diet plans which are far away from the scientific discourse, and the obese body seen as imprisonment. It is concluded that institutions of public health must have knowledge of this problem and must establish strategies to the condition of obese nutritionists, considering that this contradiction may happen on different occupations.

Key words Obesity, Nutritionist, Stigma, Work, Health

Resumo A obesidade, problema de saúde pública, é vista como “pânico moral” que inabilita o obeso à aceitação social. Para nutricionistas obesas, o paradoxo das premissas de sua profissão e seu estado de morbidade torna complexo o debate pelo conflito com a identidade profissional. O objetivo do estudo foi discutir significados do cuidado em saúde adotados por nutricionistas obesas de Salvador e compreender a experiência delas com a obesidade no cotidiano de vida. O estudo foi de abordagem qualitativa por meio de entrevistas semi-estruturadas com oito narrativas sobre a experiência de ser nutricionista obesa, analisadas por meio da hermenêutica. A pesquisa revelou que ser obesa gera estigma ampliado para a nutricionista vista simultaneamente como incompetente no cuidado de si e na condição social de obesa. Estranhamento do corpo, exclusão social, estratégias de defesa na relação profissional-paciente, recurso desesperado das dietas “milagrosas” distantes do discurso científico e o corpo obeso como cárcere são algumas condições de sofrimento desveladas no cotidiano de trabalho. Conclui-se sobre a necessidade das instituições de saúde pública se apropriarem da dimensão do problema e estabelecerem estratégias para a condição de nutricionista obesa, considerando que essa contradição ocorre em diversas profissões.

Palavras-chave Obesidade, Nutricionista, Estigma, Trabalho, Saúde.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia. Largo do Terreiro de Jesus s/n, Centro Histórico. 40026-010 Salvador BA Brasil.

kenyanut@yahoo.com.br

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal da Bahia.

Introdução

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais problemas de saúde pública do emergente século XX, portanto, uma epidemia da modernidade. Na esfera social, é como “pânico moral”, sendo vista como uma enfermidade perigosa, ao passo que fazer dieta é moderno^{1,2}. Essa definição de que a obesidade é uma doença que afeta as pessoas vem acompanhada, porém, do desejo da comida e a impossibilidade de fazer dieta. Para essa estudiosa, a implicação moral de carregar um corpo gordo obriga as pessoas a buscarem “comer certo” e tem levantado debates sobre o significado dos alimentos¹.

A condição do corpo obeso foi considerada como sinônimo de saúde, força, beleza e vitalidade. Historicamente, esse conceito se modificou e a gordura vista com negatividade levou o corpo gordo a ter uma conotação patológica – condição que perdura na contemporaneidade².

Ao assumir o lugar de doença, a obesidade tornou-se objeto de medicalização e passou a ser apontada como causa de outros adoecimentos, resultando em mudanças na sua concepção e abordagem. Essa transformação no modo de ver a obesidade ao longo do tempo teve implicação tanto em aspectos biomédicos quanto culturais². Inicialmente vista pela medicina como falta de vontade e desordem psicológica e, portanto, um problema a ser tratado no corpo pelas ciências da saúde, mais tarde, passou a ser alvo de discussão no âmbito religioso – com o entendimento de que o peso corporal poderia estar relacionado à crença dos indivíduos – fugindo então do escopo médico de atuação^{1,2}. Independente do aspecto valorizado a cada época na história, fato é que comparações quanto às doenças existentes no corpo gordo e ausentes no corpo caracterizado pela magreza começaram a se estabelecer¹⁻³.

O conceito de estigma como uma situação na qual o indivíduo está inabilitado para a aceitação social plena⁴ trata da categorização das pessoas pela sociedade, estabelecendo a probabilidade de encontrá-las em um dado meio social. O diagnóstico social da obesidade apresenta uma fronteira entre o corpo proporcional (“normal”) e o que tem gordura – e esse limite é constantemente negociado com as ciências da saúde e a cultura¹.

O estigma pode ser considerado fator de exclusão social, na medida em que leva à perda da confiança pessoal e deterioração da sua identidade social. O obeso é desvalorizado e repellido da sociedade devido ao peso do olhar estético

que recai sobre ele – trazendo à tona a obesidade como um estigma social significativo^{5,6}. Nesta esteira, a representação do estado de saúde/doença como (in)capacitação para o trabalho é tradicional nas classes trabalhadoras.

Na contemporaneidade a imagem corporal desejada exige uma adequação a parâmetros antropométricos aceitáveis ao padrão biomédico e estético defendido pela mídia. O corpo obeso fere essa tendência e, com isso, fica marginalizado na sociedade moderna⁷. Sendo a obesidade uma enfermidade que ocupa destaque cada vez maior no cenário mundial e nacional, não raro ela tem sido objeto de inúmeras pesquisas.

Ao considerar que a estética corporal é balizadora da aceitação social e de si mesmo, isso favorece o delineamento de práticas alimentares na atualidade, podendo repercutir em problemas de saúde de ordem física e mental. Por sua vez, a mesma sociedade que promove o culto à magreza – convertendo-a em valor moral –, é a que se oferece à indústria alimentar, crescendo velozmente e convidando à superalimentação⁸. Isso gera em torno da problemática ora apresentada, uma equação de difícil solução.

O crescimento das indústrias de produtos alimentícios tem favorecido o aumento no consumo de bebidas açucaradas e alimentos gordurosos, diminuindo a qualidade da alimentação. Paralelo a isto, a urbanização das cidades favorece a criação do ambiente obesogênico, marcado pela influência da exposição a poluentes ambientais e facilidades do automatismo que propicia o comportamento sedentário⁹.

Considerando esse contexto em que os determinantes da obesidade são construções históricas e sociais, um quarto da população hoje segue algum tipo de regime, influenciada principalmente pela indústria publicitária que vende a imagem do corpo magro como sinônimo de boa saúde. Paralelamente, essa mesma mídia estimula o consumo de alimentos que distanciam os consumidores da possibilidade de atingir um corpo saudável e socialmente aceito.

A ‘globesidade’ argumenta que as práticas alimentares saudáveis têm sido prejudicadas pela globalização, sendo a gordura um produto da modernidade³. É fácil responsabilizar a globalização por todos os males do mundo [...] mas há que se observar que, com o aumento da renda e de oferta de alimentos variados, todos desejam incrementar seu modo de comer, e, além do componente individual, o ambiente afeta essas escolhas.

Nessa sociedade, entende-se o nutricionista como o profissional habilitado a cuidar da saúde

de de indivíduos e populações, na perspectiva da promoção de uma alimentação saudável. Entretanto, apesar do crescimento dessa profissão e conforme cenário epidemiológico, a obesidade no Brasil e no mundo é crescente.

Ao considerar a obesidade uma enfermidade que atinge também profissionais de nutrição – o que requer uma compreensão multidimensional, aproxima-se o debate da condição obesa das mulheres aqui pesquisadas. Para tanto, faz-se necessário conhecer o caminho percorrido pelas nutricionistas obesas em busca do emagrecimento pautando-se na concepção que elas têm sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Para nutricionistas obesas, o paradoxo existente entre as premissas de sua profissão e seu estado de morbidade torna mais complexo o debate, pois a dificuldade de controle do próprio peso as coloca em conflito com sua identidade profissional. Nessa perspectiva, este estudo problematiza a dimensão subjetiva de nutricionistas obesas da cidade do Salvador, com o objetivo de discutir os significados do cuidado em saúde por elas adotados em face do seu saber técnico, além de buscar compreender a experiência dessas mulheres com a obesidade no cotidiano de vida.

Metodologia

Esse artigo é produto de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada nos espaços de trabalho de serviços de saúde em Salvador-Ba (hospitais, restaurantes, indústrias, clínicas, salas de aula) de nutricionistas obesas e em seus domicílios, quando o local era indicado por elas como o mais conveniente. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser nutricionista, do sexo feminino, ser/sentir-se obesa, atuar/ter atuado no campo da nutrição.

A metodologia utilizada para a identificação de informantes-chaves deu-se a partir de amostra tipo “bola de neve” – as nutricionistas entrevistadas nesta pesquisa foram selecionadas para fazer parte deste estudo pelas próprias pesquisadas¹⁰. Esse processo ocorreu até a verificação de similaridade de narrativas inscritas na intersubjetividade (elementos comuns nas falas) das entrevistadas.

Para a coleta de dados, foram realizadas e gravadas entrevistas individuais em profundidade para garantir a integralidade da fala das entrevistadas, seguidas de transcrição na íntegra dos relatos obtidos, tendo como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestrutura-

da, além das anotações das observações realizadas no momento da entrevista em um caderno (diário de campo) destinado a este fim.

As entrevistas foram realizadas no mês de setembro de dois mil e treze, em sessão única, com duração média de quarenta e cinco minutos, totalizando oito participantes para esse estudo.

A técnica utilizada trouxe abordagens que suscitaram relatos sobre a experiência de ser nutricionista obesa e o modo como a imagem corporal afeta a sua vida no meio social e determina sua forma de cuidar da saúde. A pré-análise deu-se a partir de repetidas leituras das transcrições de modo a possibilitar a identificação de palavras e expressões-chaves e a categorização das falas; os nomes das entrevistadas desse estudo são fictícios – muitos deles escolhidos pelas nutricionistas participantes.

Para análise dos dados foi utilizada abordagem hermenêutica, considerada como a mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade, na medida em que coloca a fala em seu contexto histórico para entendê-la¹¹. Dessa forma, foi possível interpretar a narrativa das nutricionistas obesas e compreender a percepção delas acerca dessa enfermidade frente ao seu sistema sociocultural e sua relação com o cotidiano da vida.

As interpretações foram caracterizadas por categorias cujas temáticas emergiram dos relatos das entrevistadas e versaram sobre o conceito de obesidade, constrangimento e estigma, culpa e sofrimento por não “caber” na sociedade. A escolha dos eixos temáticos para discussão nesse artigo deu-se a partir de recortes das narrativas das nutricionistas obesas entrevistadas, sendo destacadas as palavras que traduziam o significado/a concepção das mesmas diante do contexto pesquisado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia em 04/09/2013. Considerou-se a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹².

Resultados e discussão

A hipótese que motivou esse estudo é a de que as assertivas que explicam o fenômeno da obesidade não são aceitas pela sociedade se aplicada à nutricionista, por ser conhecedora das normas alimentares que devem orientar a relação do homem com o alimento e suas implicações na saúde – fato esse que deveria determinar sua es-

colha alimentar e regular seu corpo. Entretanto, pautar as práticas alimentares de nutricionistas em função apenas de achados científicos, desconhecendo o sistema socioeconômico e cultural que as cercam é, seguramente, uma desconexão com a vida cotidiana desses sujeitos. Ademais, seria também ocultar o poder da globalização alimentar, cujo estímulo ao consumo de alimentos vai de encontro às premissas da ciência médica e exerce grande influência na sociedade contemporânea como um todo. Nesse contexto, conhecer a experiência das nutricionistas obesas levará a emergência de novas conjecturas, construídas por elas, o que permitirá ampliar a compreensão da condição obesa.

Para conhecer mais sobre as entrevistadas, faz-se necessário caracterizar os sujeitos pesquisados: são mulheres, nutricionistas, obesas, na faixa etária de 30 a 62 anos. Esse estudo tem diversas unidades interpretativas produzidas nos discursos e tem por categorias de análise: 1. Modelos explicativos da obesidade; 2. O imperativo da magreza para a nutricionista: trajetórias percorridas em busca do emagrecimento; 3. Estranhamento da obesidade: no outro, em si; 4. Com o paciente, a autoridade sou eu!; 5. A culpa do gordo: a obesidade da nutricionista como cárcere.

1. Modelos explicativos sobre a obesidade

Em um mundo no qual as ciências da saúde apresentam conceitos e explicações para os estados de adoecimento dos indivíduos, todas as nutricionistas participantes deste estudo construíram “modelos explicativos” sobre a sua obesidade na condição simultânea de obesa e profissional que domina as técnicas de emagrecimento, como se observa a seguir:

Beatriz: 30 anos, graduada por Instituição Federal de Ensino Superior, na Bahia, há seis anos, trabalha com nutrição clínica hospitalar (e ambulatorial como continuidade do tratamento hospitalar) e apresenta a história de adoecimento com a obesidade fazendo parte da sua vida desde a infância. O mundo é quem mostra para ela seu corpo obeso.

Carol: 39 anos, graduada por Instituição Estadual de Ensino Superior, na Bahia, há quinze anos, trabalha em outra profissão na área da saúde, tendo deixado a nutrição pela percepção do peso do estigma e afirma que a construção da obesidade em seu corpo advém de outra doença crônica. Deste modo, sua história de vida sofre uma ruptura ocasionada pela depressão que desencadeia a obesidade.

Diná: 49 anos, graduada por Instituição Federal de Ensino Superior, em Minas Gerais, há vinte e seis anos, trabalha com controle de qualidade de alimentos, e apresenta o adoecimento pela obesidade como produto do estresse da vida diária, demarcando que nada tem a ver com limitação biológica.

Eduarda: 37 anos, graduada por Instituição Privada de Ensino Superior, na Bahia, há sete anos, trabalha em outra profissão fora da área da saúde tendo deixado a nutrição pelo desencanto com o mercado de trabalho. Considera a obesidade um incômodo contra o qual precisa lutar.

Rita: 62 anos, graduada por Instituição Federal de Ensino Superior, na Bahia, há quarenta anos, abandonou a profissão após ter sido demitida devido à obesidade – a qual considera um mal terrível, sem controle, e que lhe acompanha mesmo após ter passado por uma cirurgia bariátrica.

Candice: 57 anos, graduada por Instituição Federal de Ensino Superior, em Mato Grosso, há trinta e cinco anos, trabalha na docência e considera a obesidade uma doença metabólica que pode trazer prejuízos à saúde.

Diana: 46 anos, graduada por Instituição Federal de Ensino Superior, em Alagoas, há vinte anos, trabalha com gestão de Unidade de Alimentação e Nutrição e considera a obesidade uma doença que precisa ser controlada.

Grazy: 42 anos, graduada por Instituição Estadual de Ensino Superior, há treze anos, trabalha na área de produção de refeições para coletividades. Considera a obesidade uma doença que precisa ser tratada com seriedade.

Assim, cada uma delas construiu modelos explicativos centrados no discurso biomédico e em condicionantes sociais, decodificou sua doença e partilhou sua visão de mundo, visto que “todo acontecimento importante na vida humana requer uma explicação: é preciso compreender sua natureza e encontrar suas causas”¹³.

2. O imperativo da magreza para a nutricionista: trajetórias percorridas em busca do emagrecimento

Os itinerários corporais são processos individuais vitais que ocorrem dentro de estruturas sociais concretas que dão centralidade ao corpo como espaço de vivência, reflexão, contestação¹⁴. Para esta autora, “o corpo como agente é ao mesmo tempo um corpo como sujeito, protagonista de uma narrativa”.

Neste estudo, as trajetórias de tratamento do corpo obeso, percorridas por essas mulheres,

mostram a tentativa de se apropriar de um corpo que parece não ser delas. Sobre o percurso escolhido pelas nutricionistas para cuidar da saúde, os relatos evidenciam a busca por diferentes formas de tratamento da obesidade.

Em consonância com os achados em uma pesquisa com mulheres de baixa renda e escolaridade¹⁵, também as nutricionistas entrevistadas nesse estudo buscaram modalidades variadas para seu cuidado em saúde que foram desde dietas da moda, passando por acompanhamento com profissionais, até o uso de medicamentos.

Todas as tentativas de emagrecimento relatadas pelas nutricionistas entrevistadas traziam como pano de fundo o desejo de serem aceitas, uma vez que sua condição obesa afeta negativamente suas relações familiares e de trabalho. Vigiar o peso do corpo com a intenção de alcançar a magreza e manter-se esbelta é uma prática comum entre as mulheres³. Assim, no cotidiano, mulheres obesas vêm tentando moldar seus corpos para que eles possam ser posicionados em um lugar confortável do ponto de vista social – e o mesmo aconteceu com as nutricionistas deste estudo.

Sobre essa temática, observa-se que há à disposição das pessoas um arsenal de métodos de emagrecimento, tais como “chás, *shakes*, pílulas, programas, receitas e dietas que prometem ser milagrosos”¹⁷; e nas entrevistas, este aspecto foi relatado ao questionar sobre a utilização de medicamentos e dietas da moda no intuito de emagrecer, conforme se observa no Quadro 1.

O Brasil está entre os países com maior número de consumidores dos anorexígenos, e nesse *ranking* é seguido dos Estados Unidos e Argentina^{16,17}. Alimentando essa estatística, as mulheres entrevistadas afirmaram o uso do medicamento e relataram também a não efetividade do mesmo em longo prazo. As nutricionistas pesquisadas indicaram ainda outras tentativas de emagrecimento, como por exemplo, as dietas da moda, que também se mostraram falhas.

Há diversos tratamentos para perda de peso que são difundidos na sociedade e são ineficazes em médio e longo prazo⁵. Para a autora “a indústria florescente da perda de peso”, com seus múltiplos regimes e pílulas milagrosas se beneficia com essa doença induzindo os sujeitos obesos a entrarem no “círculo infernal: estigmatização

Quadro 1. Estratégias de Emagrecimento Experimentadas por Nutricionistas Obesas.

Método	Narrativas
Científico Medicamentoso	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Já tomei</i> (remédio para emagrecer). (Beatriz, 30 anos) 2. <i>Eu cheguei a tomar um</i> (remédio para emagrecer) que o próprio médico prescreveu. Mas não fez efeito para mim. (Carol, 39 anos) 3. <i>Já tomei muita fórmula</i> (medicamento para emagrecer) que a médica passava e engordava de novo. (Eduarda, 37 anos) 4. <i>Já tomei</i> (remédio), sugestionada por colegas, mas passava mal demais. E o sucesso era passageiro. O peso só evoluía. (Rita, 62 anos) 5. <i>Eu nunca tomei</i> (remédio para emagrecer). Mas para algumas colegas, rolava solto. (Grazy, 42 anos)
Científico Não Medicamentoso	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Fiz um tratamento com médico, nutricionista, psicólogo e educador físico</i>. Emagreci 14 kg – que nem foi tudo que eu precisava perder – mas engordei de novo e foi frustrante. (Eduarda, 37 anos) 2. <i>Eu emagreci quando procurei um tratamento</i> com uma equipe multiprofissional (médico, psicólogo, educador físico, nutricionista). (Diná, 49 anos) 3. <i>Eu fiz um tratamento intensivo com terapia, dieta e exercício físico</i>. Aí eu tenho conseguido manter (o peso adequado). Mas já cheguei a pesar 100kg. (Diana, 46 anos)
Veiculada na mídia/ Dieta da moda	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Já fiz de tudo: dieta da lua, do sol, do mar, do mundo, da peste, do juízo, da falta dele, de tudo que você possa imaginar! [...] Todas essas da moda aí eu já fiz</i>. (Beatriz, 30 anos) 2. <i>Já fiz (dieta) de revista</i>. (Eduarda, 37 anos) 3. Na minha casa você acha livro da dieta de <i>Dukan, de South Beach, de Atkins, dos pontos</i>. Tudo que lança eu compro, leio e faço. (Candice, 57 anos) 4. <i>Já tomei um shake</i> (substituto de refeição) muito divulgado na mídia, mas parei porque não acreditei muito que podia dar resultado. (Rita, 62 anos)

- perda de autoestima, ingestão alimentar compulsiva (compensação) – manutenção desenvolvimento da obesidade”, como ocorre com as nutricionistas obesas deste estudo, pois não estão fora desse contexto.

Estudo¹⁸ mostra que “os insucessos nos tratamentos de redução de peso e os concomitantes prejuízos à saúde física e psicológica dos indivíduos obesos forçam pesquisadores e profissionais de saúde a buscar entender como os aspectos psicológicos e comportamentais são importantes para o manejo adequado do problema”. Autores¹⁹ afirmam, todavia, que o que não pode é a saúde ser tratada como um bem de mercado, como produto comercializável. Faz-se necessário refletir sobre essa questão, na medida em que “o discurso para aquisição de um corpo esguio passa a ser um objetivo cultural e porta aberta para a expansão de um mercado com incontáveis produtos e serviços”²⁰.

As nutricionistas deste estudo, na busca pelo imperativo do corpo magro, acessam dietas que fogem ao discurso acadêmico. Como se vê nas narrativas, as estratégias de emagrecimento utilizadas por essas nutricionistas obesas não diferem do encontrado na população em geral, apesar do domínio técnico-científico conferido pela academia.

3. Estranhamento da obesidade: no outro, em si.

No autorrelato sobre obesidade, como conhecedoras das condições clínicas que afetam o corpo obeso, as autoras deste estudo parecem se distanciar do problema para falar da obesidade de outro e não de si, como mostro mais adiante.

Ao serem questionadas sobre o conceito de obesidade, as entrevistadas afirmaram:

É o acúmulo de tecido adiposo. [...] Mas não necessariamente uma pessoa obesa é uma pessoa doente. [...] Nem todo obeso vai ser dislipidêmico. (Beatriz, 30 anos)

É uma doença que precisa ser tratada com esclarecimento porque as pessoas estão desinformadas. (Grazy, 42 anos)

Elas se afastam da condição de obesa para explicar o problema. Desse modo, parece que negam a doença tentando enganar a si mesmas. Há assim, fala sobre a existência de uma “percepção individual e subjetiva da doença”²¹.

Eu estou com sobrepeso, isso eu admito. Mas não tenho problema nenhum (ênfase em “nenhum”). [...] Não tenho problema nenhum de saúde. (Grazy, 42 anos)

Eu tomei a atitude de procurar esse tratamento (para emagrecer) que eu faço hoje, quando vi minha mãe morrer em decorrência do diabetes e minha glicemia ficando alterada. (Diná, 49 anos)

Isso leva você a ter uma coisa na cabeça que parece que aquilo nunca vai sair de você. (Beatriz, 30 anos)

Eu não me sinto bem para estar em qualquer lugar (chora). Por causa do meu corpo. [...] É uma coisa que afeta minha autoestima. (Carol, 39 anos)

Nas narrativas percebe-se que, na visão das entrevistadas, o corpo passa a ser sentido como adoecido, quando além do excesso de peso, essa condição é expressa, por exemplo, através de resultados de exames clínicos laboratoriais. No caso de Beatriz, há ainda o distanciamento, pois ela não fala da sua obesidade, mas da obesidade de alguém, de uma terceira pessoa. Assim, a entrevistada revela por meio do seu relato a dificuldade de falar da obesidade em si, com a percepção de algo estranho, não propriamente inscrita no corpo. Raramente os indivíduos veem a gordura como problema em sua autoavaliação¹, pois, para elas, são saudáveis mesmo sabendo-se gordas, como evidenciado nos relatos de Beatriz e Grazy.

Nesse aspecto, Beatriz, ao distanciar-se, afasta-se do sofrimento e consegue no plano subjetivo sentir-se igual no meio social. Ao idealizar um corpo “normal”, conforme os resultados clínicos, ela se sente aceita, ao menos em seu imaginário. Ela carrega o sofrimento de querer ser o que não pôde até o momento, pois a obesidade, para ela, é como um peso que carrega em seu ombro – e segundo ela, este nunca mais vai sair. Beatriz utiliza o termo “aquilo” para se referir a obesidade, permitindo inferir que falar a palavra a faz sofrer mais.

Para Carol, a experiência da obesidade pode ser interpretada como um ente – que é influenciado pelo sistema sociocultural no qual está inserida – que lhe “rouba” a vida. Isso é revelado quando a nutricionista denomina a obesidade de “coisa”, ao falar sobre seu sofrimento.

No caso de Diná sua motivação para busca de tratamento tem a ver com o modelo biomédico vigente. Assim, fica evidenciada que a obesidade é “coisa”, é “isso”, é “aquilo”, estranha ao corpo, apesar de estar no outro.

4. Com o paciente, a autoridade sou eu!

É inerente à profissão do nutricionista o cuidado com a alimentação na perspectiva de preve-

nir a ocorrência de agravos à saúde dos indivíduos e população. Assim, pode-se inferir que para a nutricionista obesa traçar diretrizes de práticas alimentares saudáveis junto aos pacientes faz-se necessário estabelecer um vínculo nessa relação que propicie a confiança na conduta prescrita.

Na relação profissional-paciente, a nutricionista necessita desenvolver um olhar que se detém em sutilezas, que penetra e lê o doente²²; e, no caso da nutricionista, o sujeito é fenômeno que se interpreta e valora de diferentes formas na sociedade, segundo a experiência pessoal ou profissional que se tenha²³. Acredita-se, portanto, que para a construção de uma boa relação profissional-paciente é necessário o empenho de ambos na busca de caminhos possíveis para a resolução do problema, considerando desejos e necessidades²⁴.

A narrativa da mulher desse estudo mostra que há um encontro “frio” do profissional-cuidador com o seu paciente. A experiência de Diná mostra que a consulta se configura numa relação de “obediência do paciente” e implica na desqualificação daquele que não alcança as metas estabelecidas no tratamento prescrito pelo nutricionista.

Quando eu fracassava na dieta que ela prescrevia, eu tinha medo de voltar lá porque sabia que ia me julgar, ia questionar eu não ter conseguido. (Diná, 49 anos)

Ainda nesse contexto, uma nutricionista ao ser questionada sobre sua atitude diante de um paciente que venha a contestar sua conduta dietoterápica, diz:

Quando vai me questionar eu já falo de forma técnica. [...] Eu já mostro a ele (paciente) que quem manda na situação sou eu. [...] Eu tenho um tom de voz alto, além de gorda eu sou alta, então eu intimidado. (Beatriz, 30 anos)

A ciência da saúde apreendida pela entrevistada indica padrões, procedimentos e recomendações a serem seguidos, esquecendo-se que por traz de quem come, há uma história contando o que você é, o que viveu, o que o constrói por traz da figura social que se apresenta ao mundo. Beatriz parece ignorar a sua vivência enquanto “sujeito social”, ao falar como se não considerasse a angústia de quem ouve as proibições do “sujeito profissional”. É uma tentativa de mediar sua relação com o doente através da autoridade conferida pelo conhecimento técnico para superar o (possível) olhar crítico do paciente para sua condição obesa.

Nesse relato, ela fala do paciente como se falasse para si. Ela faz o discurso para si, ainda que

numa linguagem para o outro. Com isso, conta que fala alto, tal qual uma voz estridente, revelando uma estratégia singular na relação profissional-paciente que busca calar o doente com a finalidade de prevenir a dor de uma possível crítica contendo o estigma da obesidade.

Abaixo apresento um relato no qual a nutricionista utiliza o poder do saber biomédico na relação com o paciente para se autopreservar, que ignora o sentir do seu paciente. Esta conduta se assemelha a anterior e representa uma contradição que nos convida a refletir sobre o fato de ela tentar compensar sua baixa autoestima exercendo a autoridade com possibilidade de excesso como estratégia de proteção contra o estigma presente no cotidiano da relação com o paciente, conforme se observa:

Com paciente mostro logo que mando eu. Quem diz o que ele vai comer sou eu. Em casa ele escolhe, mas no hospital, só come o que eu mando. *Eu é que sei o que ele precisa e o que ele pode.* (Beatriz, 30 anos)

Assim, a narrativa denota que o poder médico precisa de um doente educado, pois a desobediência representa um constrangimento no exercício da profissão²⁵ – lembrando ao doente que é o único que detém o monopólio dos conhecimentos. No entanto, em relatos anteriores a nutricionista entrevistada trata dos diversos determinantes que permeiam suas escolhas alimentares e dos motivos pelos quais esses fatores têm mais impacto do que os aprendizados da academia; mas parece que há um grande distanciamento quando se trata dos desejos alimentares do outro, do paciente, daquele que ela se propõe a cuidar.

Esse olhar tecnicista, fragmentador e gélido (conforme registro do diário de campo), quando vem da sociedade sobre si, ignora a angústia da nutricionista – e do mesmo modo ela o faz com o paciente, por entender com base no olhar profissional o que é melhor e mais importante para o outro adoecido e sob seus cuidados. Parece que a incompreensão do outro/da sociedade para com ela é anormal, mas quando o convencionalizado como anormal está no outro, isso é normal. O cuidado com o outro, para ser concretizado, necessita de escuta e acolhimento do sofrimento vivenciado¹⁵.

Mais do que autoridade, a relação entre profissional e paciente no serviço de saúde poderia emergir como um lugar neutro para construção de prognóstico solidário e de uma relação não conflitiva diante do adoecimento.

5. A culpa é do gordo: a obesidade da nutricionista como cárcere

A pessoa obesa tem dificuldades relacionais e afetivas²⁶. Os relatos que seguem abaixo revelam que a experiência da enfermidade afeta o corpo, as relações sociais e afetivas²¹. E nesse sentido, as entrevistadas evidenciam que têm fome de ser outra, de ser aquela admirada pelos holofotes da contemporaneidade. E isso se nota quando elas dizem:

As pessoas não conseguem aceitar que você é uma nutricionista obesa, aceitar que nutricionista é gente também. Até na relação homem e mulher. O problema é a sociedade que estereotipa que a pessoa tem que ter uma IMC de 18 pra ela ser bonita. [...] Depois você até se sente culpada, mas na hora que você está comendo é a forma que você tem para tirar a sua cabeça daquele problema que você está vivendo, entendeu? (Beatriz, 30 anos)

Estudos⁵ concluem que *atitudes negativas em relação aos obesos podem se transformar em verdadeiras discriminações e afetar suas trajetórias sociais*. Conforme se vê, há em Beatriz um sentimento de impotência para enfrentar a enfermidade que habita seu corpo. Dado a significância do fato na vida dessa nutricionista, ela classifica a situação de preconceito sentido outrora como uma dor inesquecível, e continua afirmando:

Eu queria ter oportunidade de dizer para ela [professora] que eles me respeitam pelo que eu sou e não pela forma como eu me apresento para eles. [...] Mas aquilo [sugestão de submissão à cirurgia bariátrica] foi de uma falta de sensibilidade, uma falta de respeito, foi de uma agressividade sem igual. (Beatriz, 30 anos)

Ao fazer contato com a experiência da obesidade, ela não encontra palavras que possam explicar a sua dor. Já não bastasse o sofrimento de ser representante de um saber não aplicado, se depara com o estigma entre os seus pares. A dor expressa no olhar, no tom de voz ao relatar, no gestual com mãos que se abrem como sinal de inconformidade, parece dizer que, se ela pudesse, sairia do seu corpo como alguém que foge pela porta dos fundos, para garantir que não seria agredida.

Na sociedade ocidental há uma tendência a modelar/adequar o corpo às normativas da sociedade em que vivemos, na qual o corpo é tido como algo a ser mostrado e cuidado com esmero, devendo ser disciplinado por dieta e atividade física, sendo necessário para isso um controle de si mesmo²³. Para Beatriz, o prazer de comer vem seguido de culpa, como se a comida se mate-

rializasse em um castigo, sob a forma de doença (obesidade).

O estereótipo de beleza difundido na mídia vem popularizando a ideia de que temos que ser magros para sermos considerados bonitos. Isso é reforçado por Beatriz quando revela ser a magreza o padrão estético valorizado no mundo contemporâneo. Refletir sobre o corpo obeso permite pensar “a mulher existencial, a qual não é possuidora de um corpo, mas “é um corpo”, sujeito, único, cultural, social e político”²⁷.

“A obesidade tem sido considerada uma condição estigmatizada pela sociedade e associada a características negativas, favorecendo cada vez mais a discriminação e aos sentimentos de insatisfação”²⁸. Nesse sentido, para as autoras desse estudo, na sociedade não há lugar para o “corpo diferente”, como revelam em suas narrativas:

Eu passei 08 anos sem ir a eventos sociais porque conhecidas me olhavam e perguntavam: ‘Nossa, por que você está gorda assim?’ A sensação era de que eu tinha cometido um crime. [chora]. Gordo é feio! [ênfase na voz] [...] Ser gordo é crime porque você é que quer ser gordo. [...] A obesidade para mim é um cárcere privado. [...] Então, ficar em casa para mim era o melhor lugar. Esses quilos me trouxeram a prisão. Eu me aprisionei nesse lugar. [Silêncio e choro]. (Carol, 39 anos)

Nesse contexto, silhuetas obesas são alvos de depreciação, sendo necessária uma adequação do corpo à imagem social esperada. Assim, o depoimento de Carol retrata sua experiência com o distanciamento que o corpo gordo provoca no cotidiano da vida - a obesidade apresentou a essa mulher a exclusão provocada pelo estigma caracterizado pela falta de aceitação social e “obrigação” de apresentar uma justificativa para o “problema”¹⁵. O não aparecer publicamente protege essa mulher da violência advinda dos olhares e palavras de outro que lhe é próximo.

Para ela, quem lhe diz estar obesa é o olhar do outro – que constrange e culpa - e não apenas seu IMC. O sinal da obesidade se dá pela aparência de um corpo que não tem lugar na sociedade; para ela, há um corpo que se configura como um cárcere e a casa como refúgio. Desse ponto de vista, a gordura afeta mais a saúde dela em decorrência do estigma que sofre do que pela doença que habita o organismo.

Estudiosos²⁰ afirmam que não raro os sujeitos obesos projetam metáforas, a exemplo de “corpo como prisão” – fato evidenciado na vivência relatada por Carol. Observa-se que há uma dura pena a ser cumprida enquanto essa nutricionista se mantiver obesa. Ela cometeu o crime de ser

obesa e foi condenada e alocada em um cárcere simbólico que a aprisiona.

Considerações finais

O presente estudo revela que a obesidade é vista e sentida através das dificuldades enfrentadas por essas nutricionistas gordas em seu meio social e profissional. Há uma clara desvantagem social em ser obeso, o que gera estigma que se magnifica na vida profissional da nutricionista obesa vista como incompetente. As histórias de adoecimento das protagonistas do estudo revelam que o ambiente social repercute sobre o corpo físico podendo produzir ou reduzir sua saúde.

Para as mulheres deste estudo a obesidade é coisa, é isso, é aquilo, é condição não aceita na esfera biomédica ou social e é doença decorrente de um consumo alimentar que carrega aspectos desconsiderados pelas disciplinas acadêmicas. Nesse contexto, as nutricionistas obesas, ao viverem no imperativo pela magreza, acessam dietas que se distanciam do discurso científico – não diferindo assim, do encontrado na população em geral, apesar do domínio técnico conferido pela academia.

O fenômeno da contradição entre o saber técnico-científico e condutas pessoais ou hábitos de risco é amplo e envolve uma gama de profissionais no cotidiano dos serviços de saúde. Trata-se de cardiologistas e endocrinologistas obesos, pneumologistas que mantêm a dependência do

tabaco, e assim por diante. Por isso, este estudo aponta uma necessidade de aprofundar a interlocução das ciências biológicas com as ciências sociais, de modo a descortinar modos de construção de estigmas de enfermidades que envolvam diretamente o trabalho e a prática profissional.

No caso em questão, a obesidade desvelada no seu universo de significados expressa o sofrimento de sujeitos nutricionistas na sua singularidade do cuidado de si e do outro. Entretanto, esse paradoxo se revela em várias outras situações profissionais, a exemplo de endocrinologistas e cardiologistas obesos. Esta condição indica a necessidade das instituições de educação e saúde pública se apropriarem da dimensão do problema, desconstruírem a culpa alocada no indivíduo e no profissional, para formular estratégias de orientação para os que vivenciam dilemas semelhantes.

Este estudo não pretende esgotar essa discussão, mas apenas colocar em evidência a importância das questões nele apresentadas e discutidas, sugerindo ainda um debate entre os nutricionistas e suas entidades de classe, no tocante a transformação do processo de formação deste profissional. Para além das técnicas antropométricas e conhecimento dietoterápico há necessidade de buscar a consolidação de uma proposta de intervenção que considere o sujeito em seus aspectos biológicos, psicossociais, culturais e econômicos, de modo que o tratamento tenha comprometimento com o sujeito obeso e seu contexto de vida.

Colaboradores

KL Araújo participou da concepção, coleta e análise dos dados e redação do artigo. PGL Pena e MCS Freitas participaram da análise dos dados e redação do artigo.

Referências

1. Gilman SL. The Stigma of Obesity. In: Gilman SL. *Fat: A Cultural History of Obesity*. Cambridge: Polity Press; 2008. p. 1-32.
2. Gilman SL. Obesity: the biography. In: Gilman SL. *Fat: A Cultural History of Obesity*. Cambridge: Polity Press; 2008. p. 1-34.
3. Gilman SL. Conclusion 'Globesity' and its odd history. In: Gilman SL. *Fat: A Cultural History of Obesity*. Cambridge: Polity Press; 2008. p. 1-15.
4. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
5. Poulain JP. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2006.
6. Sudo N, Luz MT. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):1033-1040.
7. Santos LAS. *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA; 2008.
8. Góes JAW. *Fast-Food: um estudo alimentar sobre globalização alimentar*. Salvador: EDUFBA; 2010.
9. Mendes LL. *Ambiente Construído e Ambiente Social – Associações com o excesso de peso em adultos* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
10. Cavechia LA, Bustamante PG, Correia JR. *Diagnóstico dos Agricultores Familiares Feirantes da Comunidade de Água Boa II, Norte de Minas Gerais*. Comunicado Técnico 179. Brasília, 2008.
11. Gadamer H-G. *Verdade e método*. Petrópolis: Vozes; 1997.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
13. Adam P, Herzlich C. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In: Adam P, Herzlich C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC; 2001. p. 144.
14. Esteban ML. La teoría social y feminista del cuerpo. Hacia una teoría corporal de la acción social e individual. In: Esteban ML. *El cuerpo en la sociedad occidental. Imagem corporal, peso y alimentación*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2004. p. 53-64.
15. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que Pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade. *Physis* 2010; 20(2):443-457.
16. Moreira APA, Junior EBN. Anorexígenos: controle rígido ou proibição de seu uso? *Pós em revista* 2012; 5ª ed.
17. Melo CM, Oliveira DR. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2523-2532.
18. Chaves L, Navarro AC. Compulsão alimentar, obesidade e emagrecimento. *Rev Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2011; 5(27):110-120.
19. Marcon ER, Gus I. A influência dos fatores ambientais no tratamento prevenção da obesidade. *Rev Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* 2010; 4(20):88-92.
20. Arnaiz MG, Comelles JM. De comer y no comer. In: Arnaiz MG, Comelles JM, editores. *No comerás: Narrativas sobre comida, cuerpo y género em el nuevo milênio*. Barcelona: Icaria editorial; 2007. p. 21-38.
21. Torralba Roselló F. *Antropologia do cuidar*. Petrópolis: Vozes; 2009.
22. Foucault M. *Espaços e classes*. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1991.
23. Esteban ML. Antropología Del Cuerpo – Género, itinerários corporales, identidad y cambio. In: Esteban ML. *El cuerpo en la sociedad occidental. Imagem corporal, peso y alimentación*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2004. p. 87-98.
24. Matumoto S. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2003.
25. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
26. Fontes GAV. O 'ser' obeso: processo, experiência e estigma. In: Freitas MC, Fontes GAV, Oliveira N. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 192-205.
27. Larini KCP, Simões R. Sobre peso ou obesidade: a visão de corpo de mulheres maduras. *Movimento & Percepção* 2009; 10(14):1679-1678.
28. Almeida CME, Oliveira MRM, Vieira CM. A relação entre a imagem corporal e obesidade em usuárias de unidades de saúde da família. *Rev Simbio-Logias* 2008; 1(1).

Artigo apresentado em 19/10/2014

Aprovado em 09/02/2015

Versão final apresentada em 11/02/2015