

Rafael da Silva Mattos

Nasci de novo: sobrevivendo ao estigma da gordura – um estudo de caso sobre obesidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Madel Therezinha Luz

Rio de Janeiro

2008

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

NASCI DE NOVO: SOBREVIVENDO AO ESTIGMA DA GORDURA
– UM ESTUDO DE CASO SOBRE OBESIDADE

Rafael da Silva Mattos

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Concentração em Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Madel Therezinha Luz

Rio de Janeiro

2008

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

M444 Mattos, Rafael da Silva.

Nasci de novo: sobrevivendo ao estigma da gordura - um estudo de caso sobre
obesidade / Rafael da Silva Mattos. – 2008.
248f.

Orientadora: Madel Therezinha Luz.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social.

1. Obesidade – Teses. 2. Obesos – Exercícios físicos – Teses. 3. Obesidade – Aspectos sociais –
Teses. 4. Estigma (Psicologia social) – Teses. I. Luz, Madel Therezinha. II. Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU

613.25



1080010165

DP1/2008

ER000823539

Doação

CB/C

0,01

23/09/2008

Rede Sirius UERJ	Compra Doação Permuta
Nº 10165	Data 23/09/2008

DEDICATÓRIA

Ao Deus que me ajudou a concluir este Mestrado em Saúde Coletiva e me capacitou para realizar esta Dissertação.

Ao Deus que é El Elyon (Deus Altíssimo).

Ao Deus que é El Shaddai (Deus Todo-Poderoso)

Ao Deus que é El Olam (Deus Eterno)

Ao Deus que é El Rói (Deus que me vê)

Ao Deus que é Adonai (Senhor)

Aos Deus que é Jeová Jirê (Senhor que Provê)

Ao Deus que é Jeová Nisi (Senhor que é a minha bandeira)

Ao Deus que é Jeová Elhoim (Senhor que é Deus)

Aos Deus que é Jeová Shalom (Senhor que é Paz)

Ao Deus que é Jeová Sebaot (Senhor dos Exércitos)

Aos Deus que é Jeová Shamá (Senhor está ali)

AGRADECIMENTOS

Ao Deus criador da vida e criador da história por ter me dado sabedoria, conhecimento, capacidade intelectual e motivacional para concretizar, não um trabalho acadêmico, mas um sonho na minha vida.

À querida orientadora e Profa. Dra. Madel Therezinha Luz que possibilitou a elaboração deste trabalho com suas palavras de correção, sugestão e orientação no grupo de pesquisa Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde do Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ).

Ao querido Prof. Ms. José Silvio de Oliveira Barbosa por ter aberto às portas do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD-UERJ), e ter me acolhido como estudante de graduação e de pós-graduação. Sem ele, essa pesquisa não poderia ter sido realizada com êxito, eficácia e colaboração de toda equipe profissional. Sem as portas e janelas que me ele me abriu eu não teria realizado esta dissertação.

Ao querido Prof. Dr. Jeferson José Moebus Retondar pelo acolhimento no Laboratório do Imaginário Sobre Atividades Corporais e Lúdicas (LISACEL) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD-UERJ), providencial para que eu pudesse ter acesso a mais uma parcela importante do saber para minha vida profissional e pessoal.

Ao Prof. Dr. César Sabino por compor a banca examinadora desta dissertação como membro efetivo.

À Profa. Dra. Márcia Arán por compor a banca examinadora desta dissertação como membro efetivo.

À Profa. Dra. Joana de Vilhena Novaes por compor a banca examinadora desta dissertação como membro suplente.

À Profa. Dra. Marilena Cordeiro Corrêa por compor a banca examinadora desta dissertação como membro suplente.

À Profa. Dra. Fabíola Rohden por compor a banca examinadora desta dissertação como membro suplente.

À querida Profa. Fernanda Dias que me auxiliou na tradução dos textos em francês ao longo do curso de pós-graduação.

Aos queridos Professores Cláudio Marcelo Lobo e Fernando José de Magalhães pela contribuição na coleta de dados e no acolhimento no LAFISAEF.

À querida Profa. Ms. Maria Lúcia Alves Cavalieri pela contribuição na coleta de dados e no acolhimento no LAFISAEF.

À querida Profa. Ms. Jerusa Souza – discípula de Paulo Freire - que não participou diretamente da coleta de dados, mas esteve sempre apoiando este trabalho.

À querida Profa. Tatiana Rehder Gonçalves pela contribuição na coleta de dados como coordenadora do Projeto de Exercício Físico Adaptado para Obesos (PEFAO-UERJ) do LAFISAEF.

À querida ex-diretora do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD-UERJ) e Profa. Dra. Geni Togun por permitir que essa pesquisa fosse elaborada nesta instituição acadêmica.

Ao querido ex-diretor do Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ) e Prof. Dr. Rubens Mattos por permitir que essa pesquisa fosse planejada e concretizada nesta instituição acadêmica.

Aos queridos estagiários pela contribuição na coleta de dados dessa pesquisa.

À querida Dra. Maria Elizabeth Ferreira pela contribuição na coleta de dados dessa pesquisa.

À querida Dra. Maria de Nazaré Souza Pereira pela contribuição na coleta de dados dessa pesquisa.

À querida Dra. Viviane Couto Reis pela contribuição na coleta de dados dessa pesquisa.

Às queridas Doutorandas Cláudia Ferreira e Denise Scofano sempre com palavras sábias e de incentivo para esta pesquisa.

A todos os queridos alunos obesos que participaram dessa pesquisa.

A querida amiga Sabira pela elaboração do resumo em francês.

A querida Professora Rosane Gurgel pelas correções ortográficas desta dissertação.

A minha querida mãe Ana Lúcia da Silva que me sustentou financeiramente na realização desta pesquisa quando ninguém mais o faria.

À minha querida irmã Lívia da Silva Mattos.

You will travel far, my little Kar-El. But we will never leave you, even in the face of our deaths. You will make your strength your own. You will see my life through your eyes as your life will be seen through mine. The son becomes the father, and the father becomes the son. Jor-El

RESUMO

A obesidade é definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que acarreta para as pessoas diminuição na qualidade de vida, menor autonomia, diminuição da vitalidade e da capacidade funcional para as tarefas cotidianas. Além disso, os obesos tornam-se estigmatizados na medida em que não se enquadram nos padrões hegemônicos de beleza na sociedade contemporânea. O isolamento social e afetivo cresce, juntamente com a angústia, a depressão e a sensação de abandono. Esta pesquisa teve como objetivo a apreensão e interpretação de sentidos e significados que os alunos com sobrepeso ou obesidade atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no Projeto de Exercício Físico Adaptado para Obesos (PEFAO) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no sentido de compreender os motivos que levam esses alunos a procurarem e a permanecerem neste Projeto de Extensão. Trata-se, pois, de um estudo de caso – de natureza sócio-antropológica - cuja estratégia metodológica adotada foi a articulação entre observação etnográfica (participante), entrevistas informais e formais (gravadas) e documentação fotográfica. Percebemos que os vínculos sociais e a ludicidade – presentes nas aulas do PEFAO-UERJ - levam os atores sociais a repensarem sua própria existência e resignificar o sofrimento. A partir da entrada no *campo* da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida, estruturado por um novo *habitus* – inicialmente estranho aos obesos – há um ritual de passagem que dá lugar à afirmação “Eu nasci de novo”. Esse novo nascimento – simbólico – se estabelece quando o aluno consegue ampliar sua vitalidade e valorizar sua existência enquanto ser humano, independente da quantidade de gordura no corpo. Aos poucos o estigma da gordura vai sendo resignificado e novos sentidos sobre a vida são produzidos coletivamente e partilhados pelo grupo social. Concluímos, assim, que atividades coletivas com indivíduos partilhando um mesmo estigma podem resultar em efeitos significativos, na medida em que o encontro com seus pares permite que vivenciem experiências construtoras de valores e produtoras de sentidos para além do desejo de emagrecimento. O padrão hegemônico de beleza, difundido pela mídia e por muitos profissionais de saúde, adquire um novo significado, na medida em que os alunos compreendem o valor do cuidado de si – não individual – mas coletivo. O acolhimento de seus pares, o vínculo com os profissionais de saúde e o afeto estabelecido nas relações sociais contribuem para o aumento da potência de agir. A prática de atividades físicas deixa de ser mecânica, ordinária e biocientífica para se constituir como movimento corporal carregado de sentidos. A relação entre natureza e cultura se expressa num corpo que se move – não apenas para “queimar calorias” – mas para pensar uma nova forma de estar no mundo mais saudável.

Palavras-Chaves: Práticas Corporais – Saúde - Obesidade – Estigma

ABSTRACT

The obesity is defined as a disease characterized by the excessive body fat accumulation. It causes not only a decrease in quality of life and in vitality but also less autonomy and functional capacity on daily chores. Besides, the obese are stigmatized when they not fit in the present-day society's hegemonic standard of beauty. The social and affective isolation becomes higher and so the anguish, depression and sensation of abandonment. The purpose of this research has been the apprehension and interpretation of sense and meaning that the overweight or obese students give to the body health practices from the Physical Exercise Project Adapted to Obese (PEFAO) taken place at Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) at the Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), in the way of understanding the reasons why these students look for this Projeto de Extensão and stay in it. So, this research is about a socio-anthropological study, in which methodological strategy used has been the articulation between the ethnographic observation (participant), informal and formal interviews (recorded) and photographic documentation. We realize that both the social connection and educational games - seen at the PEFAO-UERJ classes - make the social actors think about their own existence and give a redefined suffering. From the inclusion on the field of the Health Promotion and Quality of Life, organized by a new habitus - at first unknown by the obese - there is a new rite of passage that causes the statement: "I was born again". This new birth - symbolic - is settle when a student is able to increase his vitality and to give value to his existence as a human being, no matter how high his body fat is. Gradually the body fat stigma gets a new sense and other ways of life's definition are produced collectively and shared by the social group. We conclude that the collective activities taken by individual sharing the same stigma can result in significant effects, as the meeting with their partners results in building values and producing senses, out of the desire of losing weight. The hegemonic standard of beauty broadcasted in the media and published by a large number of health professionals acquire a new meaning when the students understand the value of self-care - not individual - but collective. Their partners' welcome, the connection with their health professionals and the established affection of the social relationships contribute to the increase of the force to act. The practice of physical activities is no longer mechanical, ordinary or bio scientific, but a body movement full of senses. The relationship between nature and culture is expressed in a moving body - not only to "burn calories" - but also to think of a new way of being in a healthy world.

Keywords: Corporal Practices - Health - Obesity - Stigma

RESUMÉE

L'obésité peut être définie comme une maladie caractérisée par l'accumulation et l'excès de graisse corporelle ce qui implique pour les personnes concernées, une diminution de la qualité de vie, de l'autonomie, ainsi que de la vitalité et de la capacité fonctionnelle pour les activités quotidiennes. En outre, celui atteint par l'obésité devient stigmatisé dans la mesure où il ne répond plus aux modèles hégémoniques de beauté de la société contemporaine. L'isolement social et affectif accroît, ainsi que l'angoisse, la dépression et la sensation d'abandon. Cette recherche visait la compréhension et l'interprétation des sens et des signifiés que les étudiants présentant un excédent de poids ou de l'obésité attribuent aux pratiques corporelles de santé réalisées dans le cadre du Projet d'Exercice Physique Adapté aux Obèses (PEFAO) de l'Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) de l'Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). L'objectif est de comprendre les raisons pour lesquelles ces élèves font appel et poursuivent ce Projet d'Extension. Il s'agit donc d'une étude socio-anthropologique, dont la stratégie méthodologique adoptée a été l'association entre l'observation ethnographique (participante), les entretiens informels et formels (enregistrés) et les documents photographiques. Il a été possible d'appréhender les liens établis et l'aspect ludique – présents dans les cours du PEFAO-UERJ – menant les acteurs sociaux à repenser leur propre existence et à ressignifier leur souffrance. A partir de l'entrée dans le champ de la Promotion de la Santé et de la Qualité de Vie, structuré par un nouvel *habitus* – à l'origine étrange aux obèses – tout un rituel de passage donne lieu à l'affirmation « Je suis né de nouveau ». Cette nouvelle naissance – symbolique – s'établit quand l'étudiant réussit à augmenter sa vitalité et à valoriser son existence comme être humain, indépendamment de la quantité de graisse dans le corps. Peu à peu, le stigmate de la graisse se ressignifie, produisant de nouveaux sens à la vie, de façon collective et partagée par le groupe social. On conclut ainsi que des activités collectives avec des individus qui partagent un même stigmate résultent des effets importants. Cela dans la mesure où la rencontre avec ses pairs permet de vivre des expériences constructrices de grande valeur et productrices de sens, au-delà du désir de maigrir. Les modèles hégémoniques de beauté diffusés par les médias et par de nombreux professionnels de la santé acquièrent une nouvelle signification, à proportion que les étudiants comprennent l'importance du souci de soi – non individuel, mais collectif. L'accueil de ses pairs, ainsi que le lien avec les professionnels de la santé et l'affect établi à travers les rapports sociaux contribuent à l'accroissement de la puissance d'agir. La pratique des activités physiques cesse d'être mécanique, ordinaire et bioscientifique pour devenir un mouvement corporel chargé de sens. Le rapport entre nature et culture s'exprime en un corps qui se meut, non seulement pour « brûler des calories », mais pour penser une nouvelle manière, plus saine, d'être au monde.

Mots-clés : Pratiques corporelles – Santé – Obésité - Stigmate

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
1.1. Apresentação Objeto de Estudo.....	11
1.2. Justificativa para escolha do grupo de alunos Obesos.....	22
1.3. Objetivo Geral.....	28
1.4. Objetivos Específicos.....	28
1.5. Hipóteses para a procura do PEFAO-UERJ	29
1. 6. Hipóteses para a permanência no PEFAO-UERJ.....	29
CAPÍTULO I – METODOLOGIA.....	30
2.1. Projeto de Exercício Físico Adaptado à Obesidade.....	30
2.2. Estratégia Metodológica.....	31
2.3. Instrumentos de Pesquisa.....	33
2.3.1. Observação Etnográfica.....	33
2.3.2. Documentação Fotográfica.....	41
2.3.3. Entrevistas Abertas em Profundidade.....	42
2.3.4. Análise das Entrevistas.....	44
CAPÍTULO III - CORPO, BELEZA E CONTEMPORANEIDADE.....	45
3. 1. Uma corporeidade construída pelo social	45
3. 2. Culto ao Corpo na Contemporaneidade: Músculos x Gordura.....	49
CAPÍTULO IV – O CORPO GORDO ESTIGMATIZADO.....	57
CAPÍTULO V – O <i>HABITUS</i> CORPORAL E OS <i>CAMPOS</i> DO <i>FITNESS</i> E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	71
5.1. Introdução.....	71
5.2. O <i>habitus</i> do corpo gordo.....	72
5.3. O <i>campo</i> na Teoria de Pierre Bourdieu	75
5. 4. O <i>campo</i> do Fitness.....	77
5.5. O <i>campo</i> da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida.....	83
CAPÍTULO VI – A PATOLOGIZAÇÃO DO CORPO GORDO: SERIA O GORDO UM ANORMAL?.....	88
CAPÍTULO VII – AS RELAÇÕES DE PODER-SABER QUE PRODUZEM UM CORPO GORDO: A BIOPOLÍTICA DA OBESIDADE.....	95

CAPÍTULO VIII – RACIONALIDADE MÉDICA.....	101
8.1. Conceito de “Racionalidade Médica”.....	101
8.2. Paradigmas de Saúde.....	105
8.3. A Insuficiência do Paradigma da Biomedicina para pensar a Saúde.....	110
8. 4. A prática da médica no PEFAO-UERJ.....	112
CAPÍTULO IX - PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO PEFAO.....	122
9.1. Introdução a compreensão dos sentidos e significados que os sujeitos atribuem à Saúde nas Práticas Corporais de Saúde.....	122
9. 2. Saúde é Autonomia.....	127
9.3. A Ludicidade e os Novos Sentidos para o Viver: Na terra de Dionísio.....	134
9.3.1. A Ambiência Poética do Espaço Lúdico	138
9.3.2. O Tempo além do Tempo.....	141
9.3.3. O Lúdico é Criação.....	145
9.3.4. Solidariedade e Cooperação nas Práticas Corporais Lúdicas	149
9. 4. Saúde é rir/gargalhar.....	151
9.5. Saúde é Dançar.....	154
9. 6. Treinamento de Força e a Saúde: Na terra de Apolo.....	162
9.7. Saúde é Acolhimento, Cuidado e Atenção.....	176
9.7.1. O Cuidado como Valor.....	176
9. 8. A Construção de Laços Sociais como Estratégias de Promoção da Saúde e de Qualidade de Vida.....	183
CAPÍTULO X – A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NAS PRÁTICAS CORPORAIS DE SAÚDE	198
10.1. O Acompanhamento Psicológico como Prática Terapêutica de Saúde.....	198
10.2. O Acompanhamento Nutricional como Prática Terapêutica de Saúde.....	208
CAPÍTULO XI – CONCLUSÕES.....	217
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	221
ANEXO I (Classificação de Sobrepeso e Obesidade).....	246
ANEXO II (Termo de Consentimento).....	247
ANEXO III (Aprovação do Comitê de Ética).....	248

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1. Apresentação do Objeto de Estudo e Justificativa

Esta pesquisa insere-se no eixo temático “*Práticas Corporais de Saúde*” do Grupo de Pesquisa CNPq “*Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde*” do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Sua proposta é de contribuir para o entendimento de novas práticas corporais de saúde que possam garantir maior autonomia dos sujeitos que buscam melhorar a saúde e a qualidade de vida a partir da produção de novos sentidos e significados para o viver. Tais práticas corporais nos permitem compreender o corpo como um objeto de estudo imerso na trama social de sentidos, pois os cuidados corporais sempre incluem significados, sentidos, valores e representações; Isto é, compreender o ser humano como um sujeito não limitado a uma dimensão biológica. O ser humano é multidimensional por natureza ontológica. Ele é, ao mesmo tempo, biológico, emocional, racional, social e espiritual.

Pensar em práticas corporais implica, portanto, em investigar e compreender as estratégias e táticas de enfrentamento do adoecimento psicofísico e do sofrimento em decorrência da obesidade e do estigma da gordura. É preciso compreender que a saúde não pode ser categorizada apenas em dados físicos ou biológicos, mas precisamos considerar também a dimensão afetiva e subjetiva dos grupos sociais. Por isso, desde já é relevante diferenciarmos as *práticas corporais de saúde da atividade física* e do *exercício físico*.

A atividade física é definida pela literatura como qualquer movimento corporal (contração músculo-esquelética) que resulta em gasto energético acima do repouso. Já o exercício físico geralmente é definido como a prática sistemática, planejada e organizada de atividade física com o objetivo de manter um certo nível da função física, desenvolver capacidades físicas funcionais e desenvolver novas capacidades funcionais para compensar a perda de outras anteriormente existentes (ASTRAND et al, 2003; BEYER, 1992; BOUCHARD, 1994; COSTILL, WILMORE, 2001; LANGE et al, 1978; MANIFESTO, 2003; MCARDLE et al, 2003; SHEPARD, 1995; TANGEN, 1982).

Podemos perceber que as categorias “atividade física” e “exercício físico” privilegiam apenas a dimensão biológica do ser humano. Entretanto, Carvalho e Freitas (2003) estabelecem a categoria “prática corporal” como aquela atividade física que privilegia o movimento corporal como forma de manifestação, de expressão de interesses, necessidades e desejos. A prática corporal vai além da dimensão reducionista biologicista de homem, pois

considera o movimento corporal dotado de sentidos e significados. Trata-se, portanto, de uma categoria que transcende a dimensão física na interpretação, compreensão e intervenção no corpo, pois há valores, sentidos e significados para cada uma das ações corporais

Enquanto a atividade física e o exercício físico são homogeneizantes, impessoais e não qualificadores do movimento, as práticas corporais são manifestações da cultura corporal de determinados grupos que portam sentidos e significados atribuídos pelas pessoas ao movimento corporal (CARVALHO, FILHO, 2006).

Sendo assim, dentro do eixo temático *Práticas Corporais de Saúde*, estabelecemos nosso objeto de estudo. Isto é, os sentidos e significados que os sujeitos com sobrepeso ou obesidade atribuem às Práticas Corporais de Saúde no Projeto de Extensão: Exercício Físico adaptado para Obesos (PEFAO) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a fim de compreendermos os motivos que levam esses sujeitos a procurarem e, principalmente, a permanecerem nesse Projeto de Extensão. Os estudos no campo da Saúde Coletiva que tem por objeto de estudo o sobrepeso e a obesidade tornam-se relevantes na medida em que o corpo magro (“sarado”), segundo Vasconcelos et al.(2004) parece ser o único tipo de corpo valorizado e reconhecido na sociedade atual, gerando sofrimento e adoecimento nos sujeitos que não se enquadram nesses padrões hegemônicos de beleza. A supervalorização da magreza transforma a gordura em um símbolo de falência moral e o gordo, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar uma marca moral indesejável, ou seja, um estigma.

Goffman (1988) nos ajuda a pensar a relação entre este estigma e a identidade social, na medida em que a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas atribuindo, inclusive, depreciações a certos indivíduos. A pessoa estigmatizada passa a incorporar, no processo de socialização, o ponto de vista dos “normais”, adquirindo crenças sociais, que são arbitrárias e não “naturais”, em relação à sua própria identidade física, moral e social.

Diante desse culto à aparência, traduzido pela busca do corpo “sarado” como valor supremo e transcendente, a gordura torna-se a feiúra/impureza por excelência. A grande quantidade de gordura no corpo torna-se, portanto, um estigma, uma marca social e moral indesejável devido à não adequação aos padrões vigentes de aparência física. Nesse sentido, Novaes e Vilhena (2003) afirmam que, na sociedade contemporânea a gordura se tornou um paradigma de feiúra. Há, portanto, cada vez menos tolerância para os desvios nos padrões estéticos socialmente estabelecidos. Diante disso, a gordura enquadra-se numa categoria de exclusão, carregada de estereótipos depreciativos, produzindo, inclusive, sujeitos lipofóbicos.

Gradativamente abandona-se a “*Democracia da Estética*” e passamos a viver sob o “*Império da Magreza*”.

A gordura, substância essencial para o desenvolvimento saudável do organismo, inclusive para a manutenção da saúde, torna-se a maior inimiga dos sujeitos, na medida em que é um inimigo incorporado no próprio corpo. A aparência, segundo Novaes (2006), passa então a ser o que de mais particular, único e singular o indivíduo possui. E o que há de mais íntimo e pessoal, com maior atribuição de valor social está, paradoxalmente, na superfície do sujeito, na pele, no rosto, no corpo. Para perder gordura, portanto, é preciso perder algo de si mesmo. A beleza, antes encarada como um dever social, torna-se, agora, um dever também moral. O controle excessivo da aparência investe-se de julgamentos morais e significados sociais.

Vigarello (2005) corrobora com os autores acima ao afirmar que ocorreu uma verdadeira metamorfose nos corpos ao longo do século XX. Os corpos magros, finos, musculosos e bronzeados conquistaram seu espaço. As marcas deixadas nos corpos pelas atividades físicas (músculos) e pelo banho de sol (bronzeado) tornaram-se atributos fortemente valorizados pelas pessoas. Houve, assim, uma transformação do corpo e a beleza tornou-se uma das principais receitas da juventude. A silhueta esbelta e esportiva, os membros musculosos e sem gordura localizada tornaram-se ideais de beleza. A cultura de massa difunde um conjunto de medidas, produzidas pelo saber biomédico, às quais todos devem se encaixar. Os números que qualificam o corpo, a saúde e a beleza invadem as revistas e a televisão.

Ao pensarmos nos indivíduos com sobrepeso ou obesidade, chama nossa atenção o crescimento do mal-estar vivido diante dessa obsessão corporal pela magreza e pelo grande volume de músculos, traduzidos como saúde. Assim, constata-se que o obeso apresenta um sofrimento psicológico decorrente dos problemas relativos ao preconceito social com a obesidade (ABESO, 1998).

Ser gordo é, portanto, ser estigmatizado. A grande quantidade de gordura no corpo é a marca social do estigma e a simbolização da falência moral. Isto se mostra evidente no cotidiano, na medida em que o gordo é identificado como preguiçoso, mole, desonesto, trapaceiro, sujo, feio, enquanto o magro passa a ser identificado como bonito, saudável, inteligente, esforçado, entre outros. O gordo, torna-se, portanto, a representação do vilão capitalista, do “bonachão”, do preguiçoso que não se insere na lógica hegemônica do individualismo e da competição. A beleza e a saúde passam a ser relacionadas diretamente com o caráter. Melhorando nossa saúde, por exemplo, melhoramos nossas capacidades

morais. É a nova moral do homem do século XXI, a moral do comer bem (sem colesterol, sem gordura “trans”, sem açúcar), do beber pouco (evitar bebidas alcoólicas, exceto o vinho que faz bem ao coração), das práticas sexuais monogâmicas (se prevenir contra DSTs, principalmente o HIV), da prática regular de atividades físicas (diárias, ininterruptas e extenuantes). Por isso, o controle do corpo, para Sfez (1996), não é apenas um assunto técnico, mas político e moral.

Le Breton (2006) confirma o exposto acima, pois já apontava em seus trabalhos a transformação da diferença (física) em estigma na sociedade contemporânea. Toda diferença torna-se motivo de desconfiança e muitas vezes de repúdio. Os estereótipos se fixam com predileção sobre as aparências físicas e as transformam naturalmente em estigmas, em marcas fatais de imperfeição moral. A apresentação física de si parece valer socialmente pela apresentação moral. A diferença que deveria ser uma oportunidade de afirmação do sujeito, conforme defende Deleuze (2006a, 2006b), torna-se um estigma.

As relações com o corpo se transformam de tal maneira que a expressão da rainha da história da Branca de Neve “*Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu?*” se socializa entre inúmeras mulheres e homens antes desconhecidos. Todos agora querem sair do anonimato e exibirem seus corpos nus na publicidade, nas praias, nas academias, etc. Para Fournier (2002), o crescimento das idéias hedonistas participam dessas mudanças nas relações com o corpo, pois para ter boa saúde, é preciso limpar, esculpir e embelezar o corpo.

A presente pesquisa teve como objetivo geral a interpretação e a compreensão dos sentidos e significados que os sujeitos com sobrepeso ou obesidade atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no PEFAO – UERJ, a fim de compreender os motivos que levam esses sujeitos a procurarem e a permanecerem neste Projeto de Extensão. Este é um programa de exercícios físicos, acompanhamento médico, nutricional e psicológico, iniciado em 2005, desenvolvido especificamente para indivíduos com sobrepeso ou obesidade, segundo a classificação internacional proposta pela Organização Mundial de Saúde¹, que atende atualmente a treze alunos, sendo três do gênero masculino e dez do gênero feminino.

Estaremos, portanto, pesquisando os comportamentos e as falas dos sujeitos que são sempre marcadas por símbolos, mitos, crenças, ideologias e desejos. Conforme cita Retondar (2004), esse comportamento não pode ser entendido apenas de forma racional e mecânica, desvinculado da realidade sociocultural e imaginária da sociedade, pois essa pesquisa não procura compreender algo matematizável, previsível e controlável estatisticamente, mas sim

¹ A Classificação Internacional proposta pela Organização Mundial de Saúde encontra-se em Anexo I.

compreender um pouco mais o universo humano dos obesos, a partir de um campo etnográfico. Nesse sentido, parece-nos que a estratégia metodológica mais adequada para este estudo de caso é a articulação entre observação etnográfica (participante), entrevistas informais e formais (gravadas), como elementos facilitadores da apreensão das formas como se dão as relações entre os indivíduos a fim de compreender as estratégias de enfrentamento do adoecimento psicofísico e do sofrimento em decorrência da obesidade e do estigma da gordura.

A fim de compreender os sentidos e significados que os sujeitos atribuem às práticas corporais, essa pesquisa adotou como principal abordagem disciplinar a Sociologia e a Antropologia do Corpo e da Saúde, pois como afirma Le Breton (2006), essa tarefa sócio-antropológica consiste em compreender a corporeidade enquanto estrutura simbólica, passível de investigação e descrição, e, assim, destacar as representações, os valores e sentidos que aparecem nos distintos grupos sociais.

A partir disso, esse estudo sócio-antropológico insere-se no campo da Saúde Coletiva não somente para descrever as práticas e estratégias relativas ao enfrentamento do adoecimento, mas também consiste em analisar as práticas corporais de saúde em vista de compreender as ações sociais estabelecidas entre os sujeitos, que conferem sentidos e significados partilhados coletivamente. Tais ações sociais conferem sentidos ao existir humano a partir de valores – definidos por uma ética – partilhados coletivamente. Assim sendo, a sociologia interpretativa e compreensiva que utilizamos nessa pesquisa está fundamentada em Max Weber (2001, 2005, 2006), consistindo em estabelecer construções teóricas de tipos ideais² de conduta capazes de esclarecer os fundamentos subjetivos dos sujeitos engajados nas ações sociais no PEFAO-UERJ. Nesse sentido, o estudo da conduta social desses sujeitos com sobrepeso ou obesidade implica em compreender e interpretar as ações observadas.

Diante da importância da observação das atividades no PEFAO – UERJ, a contribuição metodológica proposta por Malinowski (1986), centrada na observação participante, foi privilegiada a fim de compreendermos a significação das ações e interações sociais do grupo estudado. Malinowski nos ensina que o pesquisador deve observar cada detalhe da vida social tentando compreender os seus significados e inter-relações. A observação participante exige: observar, escutar, interagir e escrever para interpretar e compreender a realidade estudada.

² Tipo Ideal é uma construção conceitual lógica a posteriori elaborada a partir de operação indutiva. Trata-se de um elemento teórico-conceitual interpretativo do real. Para melhor compreensão ver os textos do sociólogo alemão Max Weber.

Ao definirmos o objeto de estudo desse Projeto de Pesquisa e situarmos nossa problemática, é preciso apontar as hipóteses centrais que nortearam essa pesquisa. Vale ressaltar que as hipóteses são apenas direções iniciais e que poderiam se modificar ao longo do trabalho, pois, como Malinowski (1986) afirma, um trabalho etnográfico não terá valor se o iniciamos dispostos a provar determinadas hipóteses e não as modificamos diante das novas evidências.

As hipóteses iniciais estabelecidas para a procura por atividade física no PEFAO – UERJ indicam que os alunos obesos procuram esse Projeto de Extensão por diferentes motivos. Dentre eles, podemos apontar: (1) o desejo de melhorar a estética, devido ao estigma vivenciado pela grande quantidade de gordura no corpo; (2) a existência de demandas subjetivas por cuidado e atenção, em virtude do isolamento social vivenciado em razão do estigma da gordura. Eles procuram um lugar de aconchego onde possam encontrar seus pares; (3) a vulnerabilidade psicofísica e social em razão da menor autonomia e capacidade funcional para as atividades da vida diária (AVDs).

Diante das hipóteses elaboradas que nos ajudam a compreender a demanda por esse Projeto de Extensão, estabelecemos, da mesma forma, algumas hipóteses para a permanência desses sujeitos no PEFAO – UERJ. Entendemos, portanto, que os alunos obesos permanecem no PEFAO – UERJ não apenas pela estética, ou por desejo de emagrecimento, mas também pelo caráter lúdico das aulas que os permite vivenciarem novos valores e sentidos. Além disso, os laços sociais estabelecidos com os seus colegas de turma e com a equipe profissional - composta por professores de Educação Física, estagiários, uma psicóloga, uma nutricionista e uma médica - contribuem decisivamente para a permanência no PEFAO – UERJ. Esses laços sociais estabelecidos através de atividades conjuntas (cooperativas) os permitem produzir novos sentidos para o viver que contribuem para refazer o tecido social (fragmentado pela cultura individualista hegemônica que supervaloriza o corpo magro). Constitui-se, portanto, a idéia, exposta por Maffesoli (1987), de que o corpo individual só pode ser curado através do corpo coletivo. A partilha dos mesmos problemas diante do sobrepeso torna-se um elemento importante da sociabilidade. Há uma ajuda mútua entre os indivíduos que fortalece a saúde do grupo.

Essas duas hipóteses acima convergem para a terceira hipótese, na qual compreendemos que a extrema valorização de alterações das variáveis fisiológicas, como indicadores de qualidade de vida e saúde, são insuficientes para a adesão dos alunos ao PEFAO – UERJ, visto que as demandas ultrapassam a esfera orgânico-funcional.

A fim de comprovarmos nossas hipóteses, um dos objetivos específicos dessa pesquisa consistiu em investigar se a ludicidade constitui-se nessas práticas corporais como um fator relevante para a permanência dos indivíduos obesos no PEFAO-UERJ e para a produção de novos sentidos e significados que contribuem para a promoção da saúde e a melhora da qualidade de vida. Entende-se, na perspectiva de Retondar (2004a), o lúdico como um conjunto de atividades voluntárias com regras, espaço e tempo próprios onde a liberdade e a imaginação se potencializam para garantir ao homem múltiplas produções de sentidos sobre o mundo e sobre a vida.

A investigação da ludicidade como característica relevante para a permanência desses alunos no PEFAO – UERJ surgiu de observações realizadas durante as aulas e a partir de conversas iniciais com a equipe profissional responsável pelo PEFAO – UERJ. Diante disso, o prazer e a alegria que se manifestam durante as aulas mereciam ser objeto de análise e investigação, pois o prazer vivenciado nos pequenos jogos lúdicos durante uma aula de sessenta minutos pode contribuir para a produção de novos sentidos para além do desejo de emagrecimento. O lúdico, como dimensão humana por excelência, segundo Retondar (2004a), pode ser apropriado como função terapêutica, pois é relaxante, catártico, depurador e descarregador das tensões contidas.

Por fim, investigamos se os laços sociais estabelecidos com os outros alunos do PEFAO–UERJ e com os profissionais de saúde poderiam ser considerados elementos incentivadores para a permanência dessas pessoas nas práticas corporais de saúde a partir da produção de novos sentidos e significados que contribuem para a melhora da qualidade de vida, na medida em que “o desejo de reconhecimento pelo outro pode sim representar uma potencialidade capaz de criar uma possibilidade de realização na busca de afetos e de convivência com outras pessoas” (CARVALHO, MARTINS, 2004, p. 1009).

São, portanto, os afetos que dão consistência aos laços sociais criados, na medida em que os encontros afetivos permitem o aumento da potência dos corpos. Os encontros afetivos possibilitam a intensificação da existência, pois a maior ou menor intensidade da potência dos corpos depende da maneira como cada singularidade se relaciona com as outras. A potência dos corpos se dá sempre em ato e são os afetos que efetuam esses atos (DELEUZE, 2002; ESPINOSA, 2005; GLEIZER, 2005).

Nesse sentido, Luz (2005a) afirma que há indivíduos que entendem determinadas práticas corporais como possibilidade de escape do isolamento social. As atividades permitem, portanto, novos encontros, novos afetos e novas sociabilidades. Verifica-se isso,

principalmente, nos grupos de indivíduos com idade a partir de quarenta anos³. Muitas vezes, eles já estão aposentados ou até mesmo abandonados pela família e essas práticas corporais criam a possibilidade de uma nova alegria de viver.

Além da ludicidade, sabemos que diversos grupos, assim como o grupo estudado nessa pesquisa, elaboram estratégias e táticas a partir de suas lógicas de ação, e não apenas em resposta às propostas desenvolvidas com ou sem sucesso pela lógica institucional hegemônica do modelo biomédico centrado na eficácia. Uma das formas encontradas pelos agentes para enfrentar os problemas de saúde são as redes sociais, conforme aponta Acioli (2000).

Para Maffesoli (1987), são redes de amizade que se estabelecem em torno de um objetivo comum: estar junto. Os agentes se organizam buscando estabelecer a solidariedade como forma de enfrentamento para os problemas do cotidiano, em especial os problemas decorrentes do adoecimento ou do próprio estigma da gordura. Há, para o autor, uma força, uma espécie de “aura” que possibilita a identificação do grupo e que reforça aquilo que é comum a todos. Constitui-se, portanto, uma nova solidariedade, reinvestida na forma de um grupo que luta contra a patologização do corpo gordo. A ligação entre a emoção partilhada e a comunalização constituem formas de laço social. Há, portanto, um campo de ação no qual os sujeitos se movem e atuam buscando formas de enfrentamento dos problemas e de suas condições como um todo.

Esses indivíduos organizam-se em grupos sociais voltados para o desejo de estarem juntos e, assim, de partilharem os mesmos sentimentos, valores e sentidos sobre a vida. Por isso, Maffesoli (1987) afirma que o fundamento mais simples desses grupos é o simples desejo de estar junto. É porque existe a proximidade entre esses indivíduos e a partilha de um mesmo território (ainda que simbólico) que vemos nascer a idéia de grupo. Cada um está inserido num processo de correspondência, de participação, que privilegia o corpo coletivo.

Ao estabelecermos a investigação dos laços sociais como um dos objetivos de nosso estudo, estamos reconhecendo que os atores sociais vivenciam experiências corporais e afetivas num universo simbólico mediado pelo outro. Há, portanto, uma teia social repleta de significações que se constrói durante a permanência desses alunos no PEFAO – UERJ. O olhar do outro, assim como a aprovação ou a desaprovação, orienta as ações sociais, estabelecidas durante as aulas, para uma interação sociocultural provida de inúmeros sentidos.

A investigação desses laços sociais, construídos nessa cadeia de interdependência, permitiu compreender melhor os motivos para os alunos permanecerem praticando atividade

³ O grupo de alunos do PEFAO-UERJ possui média de idade de 52 anos.

física no PEFAO – UERJ, principalmente porque essas atividades, conforme cita Luz (2005a), podem se tornar estratégias e táticas de resistência ao isolamento provocado pela cultura individualista (na sociedade capitalista atual). Dessa forma, novos valores e práticas de sociabilidade podem ser criados e, portanto, estabelecer uma nova estratégia de sobrevivência social e de rompimento com o estigma da gordura. É o que Maffesoli (2006) chama de novas formas de sociabilidade capazes de expressar afinidades coletivas. Essas novas formas de sociabilidade expressam um sentimento coletivo de força comum que fundamenta a permanência – coesão do grupo social.

Reconhecemos assim que o indivíduo estigmatizado (o obeso, em nosso caso) pode descobrir que há pessoas compassivas, dispostas a adotar o seu ponto de vista no mundo e a compartilhar o sentimento de que ele é humano como todos os outros. Um grupo de pessoas estigmatizadas (os colegas obesos) podem fornecer-lhe um círculo afetuoso no qual ele pode se refugiar em busca de apoio moral e do conforto de sentir-se “em casa”, em seu ambiente, aceito como alguém que é igual a outra pessoa qualquer considerada “normal”. E nesse sentido, o estigma, segundo Goffman (1988), que teria o efeito de afastar o indivíduo da sociedade e de si mesmo, de tal modo que ele se tornaria uma pessoa desacreditada frente a mundo não receptivo, pode ser compartilhado com outros atores sociais, o que permite a produção de novos sentidos e valores sobre o próprio estigma. Isto é, uma resignificação da própria condição sócio-existencial.

A identificação, a descrição e a discussão sobre as representações de saúde e de estética que a equipe profissional do PEFAO – UERJ possui, também foram relevantes, a fim de compreendermos as possíveis relações dessas representações com a prática pedagógica e terapêutica da equipe profissional.

Para a condução dessa pesquisa foi preciso adotar opções teórico-conceituais, consoantes com o Grupo de Pesquisa *Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde*, que dessem conta da compreensão de nosso objeto de estudo.

A investigação inicialmente concentrou-se no culto ao corpo na atualidade, tomando como eixo norteador os estudos de David Le Breton e Bernard Andrieu. Os autores têm apontado a existência de um corpo belo como o principal meio de expressão privilegiado do EU: a aparência física como o reflexo da identidade pessoal. Nesse sentido, Martine Fournier, Georges Vigarello, César Sabino, Madel Luz, Nara Sudo e outros autores foram convocados a dialogar sobre a busca à “Boa Saúde”, à “Saúde Perfeita”, sendo esta saúde identificada com a força, a beleza e a juventude.

Continuando, a investigação procurou aprofundar a discussão sobre a categoria “estigma” proposta por Erving Goffman. Tal opção teórico-conceitual é relevante, pois nos permite entender o que é um estigma e sua respectiva relação com o corpo gordo. O estigma constitui-se, dessa forma, em um atributo considerado impuro que torna o sujeito estranho, depreciado, desvalorizado, diminuído, diferente dos demais, e considerado alguém menos desejável. O sujeito passa a ser considerado uma pessoa estragada e diminuída na medida em que porta algo considerado um descrédito, um defeito, uma fraqueza e uma desvantagem.

Dando prosseguimento, as categorias *habitus* e *campo* na teoria de Pierre Bourdieu também foram privilegiadas. O corpo gordo é capaz de expressar um *habitus*, ou seja, um conjunto de condutas e comportamentos frente à atividade física e à alimentação. Gestos corporais são muito mais do que movimentos mecânicos de alavancas, ossos e músculos, mas sim representações de traços sociais que se manifestam na forma de um *habitus* corporal. O *habitus* do corpo gordo é, portanto, um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar, adquiridos pela interiorização das estruturas sociais, que levam os obesos a agir de determinada forma em relação ao corpo, à saúde, e aos alimentos. A categoria *campo* também merece atenção, pois são microcosmos autônomos no interior do mundo social que se caracterizam por agentes dotados de um mesmo *habitus*. O *campo* estrutura o *habitus* e é estruturado por ele. Há, portanto, um *campo* do *fitness* e um *campo* da promoção da saúde e qualidade de vida que se constituem a partir de formas específicas de capitais: a aparência física, a beleza, o bem-estar, a pressão-baixa, a glicemia controlada, o baixo peso, etc.

Para entender o significado da obesidade e relacioná-la com a patologização do corpo gordo, privilegamos uma abordagem filosófica à luz de Georges Canguilhem. Este nos ajuda a refletir sobre a obesidade como uma patologia ou não. O patológico, para Canguilhem, não seria um estado de ausência de normas, mas sim de outras normas que impossibilitam que o sujeito possa viver de forma autônoma. O patológico, portanto, seria a perda da capacidade normativa (estabelecer normas para si) e não uma mera variação quantitativa do estado normal. Em seguida, privilegamos os estudos de Michel Foucault para pensarmos as estratégias de poder-saber que normatizam/disciplinam/controlam o corpo gordo. Ressaltamos a existência de uma biopolítica da obesidade, isto é, um poder que exerce seus efeitos sobre a vida, regulamentando o peso dos indivíduos e também a existência de um controle ininterrupto sobre a aparência física.

Por fim, a categoria *Racionalidade Médica*, os paradigmas de saúde (biomedicina x vitalista) e a insuficiência da biomedicina em atender as demandas dos sujeitos e a incapacidade de produzir a “verdade” sobre o sofrimento, foram discutidas a partir de Madel

Luz. Nesse sentido, podemos afirmar que a presente pesquisa é relevante, por se inserir no campo da Saúde Coletiva, na medida em que utiliza uma abordagem disciplinar sócio-antropológica e filosófica, a fim de fornecer informações para os profissionais de saúde atentos para a realidade da padronização da estética e da busca por atividade física. Dessa forma, eles poderão se apropriar dos resultados que desvelam alguns sentidos e significados que os sujeitos com sobrepeso ou obesidade atribuem às práticas corporais realizadas no PEFAO – UERJ, assim como a possibilidade de entendimento da ludicidade e dos laços sociais estabelecidos como elementos importantes para a presença dos sujeitos nesse Projeto de Extensão, na medida em que possibilitam novas formas de organização social diante da liberação, ainda que momentânea, da opressão, inclusive corporal, que os sujeitos vivem no mundo atual com seus valores individualistas e competitivos.

1. 2. Justificativa para escolha do grupo de alunos Obesos

O Projeto de Extensão: *Educação Física e Promoção da Saúde* se divide em distintos grupos. Dentre esses grupos, os alunos com sobrepeso ou obesidade do PEFAO – UERJ foram escolhidos preferencialmente como grupo de referência dessa pesquisa em virtude da existência de uma grande “batalha” para perda de massa corporal, difundido pelo discurso médico e midiático, em nome de um controle normativo, imposto de maneira repressiva, de um controle do corpo. Controle este que tem contribuído para os inúmeros casos de Transtorno da Imagem Corporal, depressão, fobia social, angústia, ansiedade, em razão da grande quantidade de gordura e não adequação aos padrões vigentes de aparência física. Assim, a grande quantidade de gordura corporal contribui para o estabelecimento de uma identidade social desvalorizada dentro de vários contextos sociais, tornando-se estigmas.

Os indivíduos estigmatizados passam a ser percebidos socialmente como menos qualificados, menos saudáveis, menos inteligentes e menos sexualmente ativos que os indivíduos atraentes (EAGLY et al, 19991; FEINGOLD, 1992).

A presença constante e ininterrupta de certas práticas de controle da massa corporal estão presentes no cotidiano dos sujeitos, pois o corpo tornou-se a materialização do desejo de prolongar a juventude, e por fim, a própria vida. Mudar o corpo é, portanto, mudar a própria vida. As modificações corporais almejadas através das dietas e dos exercícios físicos são proclamadas como uma reconquista de si. Instala-se, segundo Fournier (2004), uma fábrica de identidade. É possível deixar de ser o gordo “perdedor e infeliz” para se tornar o magro “saudável e feliz”. As modificações corporais são consideradas possibilidades reais de se “libertar” do estigma provocado pela grande quantidade de gordura no corpo.

Outro fator que contribuiu para a escolha dos indivíduos obesos como grupo de referência desse projeto de pesquisa foi o grande aumento de casos de obesidade nas últimas décadas, visto que a obesidade se tornou um problema epidemiológico grave em todo o mundo. Alguns dados do *American College of Sports Medicine* (2003) revelam que enquanto milhões de pessoas morrem de fome no mundo, outros estão adoecendo pelo excesso de alimentação. Bilhões de dólares são gastos todos os anos com a alimentação inadequada e excessiva. Isso tem causado um dispêndio financeiro anual gigantesco com métodos e formas de emagrecimento, além de uma sobrecarga nos sistemas de saúde.

A Associação Internacional para o Estudo da Obesidade (IASO), a Força-Tarefa Internacional de Estudo da Obesidade (IOFT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS)

estimam que haja 1.7 bilhões de pessoas com sobrepeso e obesidade em todo o mundo (DEITEL, 2003).

Bouchard (2003) constata que a prevalência de sobrepeso pode chegar até 50% em adultos de certas regiões dos Estados Unidos, Canadá e alguns países da Europa. Li et al. (2007), em um estudo recente, também constataram que quase metade dos americanos possuem valores elevados de obesidade abdominal. Na Europa, Kapantais et al. (2006) realizaram um estudo epidemiológico para averiguar a prevalência de sobrepeso e obesidade na Grécia e constataram que 22,5% possuem obesidade e 35,2% possuem sobrepeso. Entretanto, esses valores não são constatados apenas nos países desenvolvidos. Na China, Reynold et al (2007) constataram que 24,1% dos homens e 26,1% das mulheres possuem sobrepeso. Sendo que 37,6% das mulheres possuem obesidade abdominal.

As crianças e os adolescentes também não estão isentos do sobrepeso e da obesidade, visto que alguns levantamentos nacionais nos Estados Unidos, tais como o *National Health and Examination Surveys* de 1963 a 1970, em comparação com o *National Health and Examination Surveys* de 1988-1991, aponta para um grande crescimento dos casos, alcançando 11% das crianças e adolescentes, dos seis aos dezessete anos de idade (TROIANO, FLEGAL, 1998).

A alta prevalência de sobrepeso e obesidade na população infantil também é uma realidade brasileira. Em Florianópolis, Santa Catarina, Soar et al (2004) realizaram um estudo para determinar a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e os resultados apontam para 17,9% das crianças, de 7 a 9 anos, com sobrepeso e 6,7% com obesidade. Em Londrina, Paraná, Roque et al (2005) encontraram valores de 19% e 14% de sobrepeso e obesidade, respectivamente, em crianças entre sete e dez anos de idade.

Nesse sentido, o sobrepeso e a obesidade têm aumentado desde a infância nos últimos vinte anos, com tendência ascendente de prevalência de sobrepeso e obesidade em diversos estados brasileiros. Na região nordeste, Vasconcelos e Silva (2003), num estudo com uma base de dados de mais de 315.000 adolescentes, observaram um aumento em todos os estados.

Apesar desse aumento acentuado, Mcardle et al. (2003) afirmam que apenas 20% dos adultos americanos (país com o maior concentração de obesos do planeta) utilizam a combinação de exercícios e dieta hipocalórica para reduzir a massa corporal. Ou seja, apenas 20% dos americanos utilizam a forma considerada correta para controle ponderal. Não obstante, cerca de dois milhões de americanos gastam mais de 125 milhões de dólares com medicamentos supressores de apetite. Os gastos com o emagrecimento giram em torno de 40 bilhões de dólares por ano com produtos e serviços. Com a obesidade se tornando a segunda

patologia que mais mata nos Estados Unidos - depois das doenças cardiovasculares - em virtude do grande número de morbidades, o custo anual com saúde tem aumentado e hoje se encontra próximo aos 140 bilhões de dólares.

Para Bouchard (2003), as principais morbidades associadas à obesidade são: 1) Hipertensão Arterial Sistêmica; 2) Acidente Vascular Cerebral; 3) Cardiopatias; 4) Diabetes Mellitus Tipo II; 5) Osteoartrite; 6) Gota; 7) Distúrbios Alimentares e Intestinais; 8) Câncer; 9) Doenças na Vesícula Biliar. Tais morbidades contribuem para o afastamento da vida profissional, o isolamento social e a menor capacidade funcional para realizar atividades cotidianas.

Outros dados afirmam que 59,4 % da população norte-americana possuem sobrepeso ou obesidade, totalizando mais de 97 milhões de adultos. Para $IMC^4 \geq 30 \text{ kg/m}^2$, os dados apontam para 19,5% dos homens nestas condições e 25% das mulheres. A obesidade não é a principal causa de morte nos Estados Unidos, mas sim as doenças cardiovasculares. Entretanto, é a causa primária de co-morbidades o que leva o governo americano a gastar mais de 99 bilhões de dólares com saúde. Os consumidores gastam com produtos e serviços para emagrecimento o equivalente a 33 bilhões de dólares. Totalizando um gasto próximo aos 140 bilhões de dólares citados anteriormente (AACE/ACE, 1998).

No Brasil os dados também são alarmantes, pois a obesidade tem aumentado em todos quartis⁵ de renda entre as mulheres do Nordeste e tem declinado para os três quartis mais elevados de renda das mulheres do Sudeste. A obesidade entre as mulheres da região Sudeste apresentou elevação entre aquelas que compõem os 25% mais pobres, passando de 11,6% em 1989 para 15,0% em 1997. Já a obesidade masculina cresceu em todos os quartis de renda na Região Nordeste e Sudeste entre 1989 e 1997 (MONTEIRO, CONDE, 1999).

Dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, um estudo transversal de base domiciliar, realizado no Brasil em 1989, com 15.669 mulheres, 14.235 homens e 3.641 crianças, aponta que a obesidade em mulheres adultas apresentou alta prevalência, mesmo para famílias situadas abaixo da linha da pobreza extrema, o que ajudou a derrubar o mito de que a obesidade é um problema das classes sociais mais favorecidas. Famílias com renda

⁴ O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida utilizada para classificar as pessoas conforme a quantidade de massa corporal no corpo em relação a sua estatura. Pessoas com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ são classificadas como pessoas com Sobrepeso, enquanto as pessoas com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ são classificadas como Obesas.

⁵ Além das medidas de tendências centrais que existem na estatística, há medidas ligadas a mediana relativamente à sua característica de separar a série em duas partes que apresentam o mesmo número de valores. Quartis, Decis e Percentis são exemplos dessas medidas chamadas de Separatrizes.

mensal *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo apresentaram quadros de obesidade (MONDINI, MONTEIRO, 1998).

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição aponta também que cerca de 32% dos adultos brasileiros possuem algum grau de sobrepeso, enquanto 6,8 milhões destes possuem obesidade, com predomínio de 70% entre as mulheres. O Estudo Nacional da Despesa Familiar também aponta que entre 1975 e 1989 houve um aumento de 100% na prevalência de obesidade entre os homens e de 70% entre as mulheres em todas as faixas etárias. A situação é mais crítica na Região Sul, onde 34% dos homens e 43% das mulheres apresentam sobrepeso. Na Região Sudeste os índices também são alarmantes, pois há mais de 10 milhões de adultos com sobrepeso e cerca de 3 milhões e meio com obesidade (PINHEIRO, FREITAS, CORSO, 2004).

Mendonça e Anjos (2004) confirmam o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos nas regiões Nordeste e Sudeste de 1975 até 1997. Em ambos os gêneros, nas duas regiões, o aumento é significativo, despertando atenção dos serviços de saúde pública. Outro estudo realizado por Lamounier et al (2003) aponta para a prevalência de sobrepeso e obesidade de 28,3% e 9,7% respectivamente, na população adulta da região Nordeste e Sudeste. Na análise por gênero, o autor constatou que 30% dos homens - nessas regiões - possuem sobrepeso, enquanto 6,7% são obesos. Por outro lado, 26,6% das mulheres possuem sobrepeso e 12,7% - quase o dobro dos homens – são obesas.

As pesquisas no Brasil já conseguem determinar a prevalência de sobrepeso e obesidade em diversas regiões, corroborando a existência de uma epidemia de sobrepeso/obesidade que tem contribuído para o adoecimento do sujeito, assim como para a diminuição da autonomia e capacidade funcional para realizar suas atividades pessoais e profissionais. Tampouco os problemas esgotam-se na vida dos próprios sujeitos, pois o impacto no sistema público de saúde tem sido elevado, na medida em que os altos custos demandam maior volume de verbas na área da saúde.

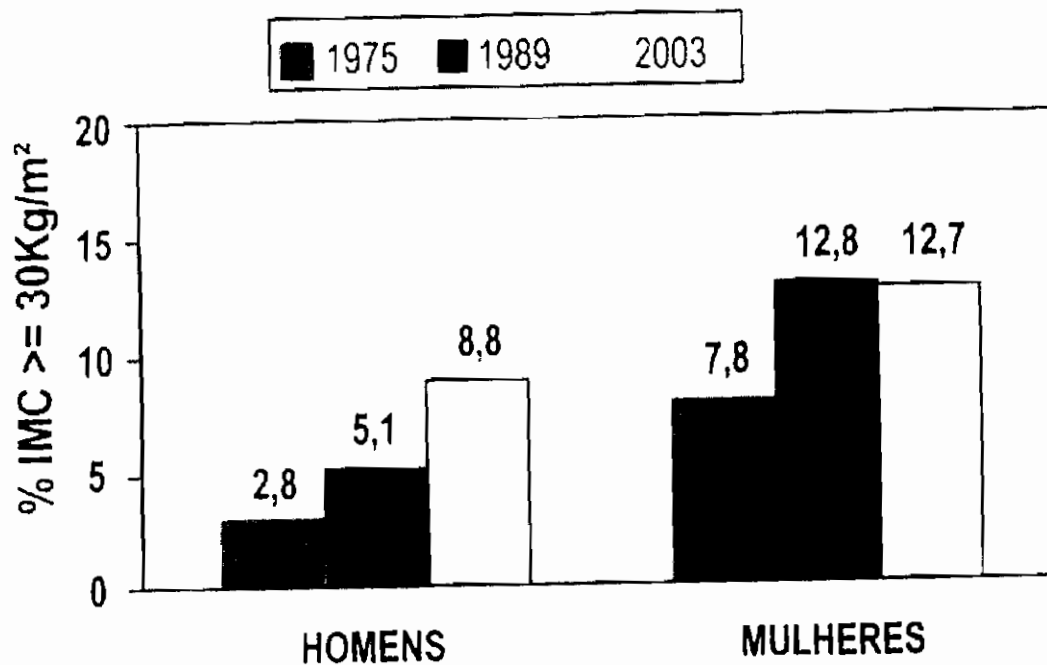
Em Belo Horizonte, por exemplo, através de um estudo transversal de base populacional, constatou-se a prevalência de 31,1% de sobrepeso na população masculina e de 25,9% na população feminina. Para a obesidade, os resultados apontam para 5,7% da população masculina e 14,7% da população feminina. Outro estudo transversal com base populacional revelou que São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, apresentou altos níveis de sobrepeso e obesidade. A prevalência de sobrepeso e obesidade nas mulheres foi de 31,7% e 18% respectivamente (TEICHMANN et al, 2006; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ et al, 2004).

A elevação significativa de indivíduos com sobrepeso e obesidade nas diversas regiões estudadas ocorre devido a inúmeros fatores, principalmente, devido à urbanização e seu impacto sobre os padrões de atividade física e características da alimentação. A urbanização induziu uma mudança nos padrões de vida e comportamento alimentar das populações. Sabe-se, por exemplo, que o tipo de alimento consumido na zona rural é bem diferente da zona urbana. A população urbana consome mais alimentos processados como carnes, gorduras e açúcares, enquanto na região rural há predomínio de cereais, raízes e tubérculos (MONTEIRO, MONDINI, 1998; PINHEIRO et al, 2004).

A alimentação fora de casa, o crescimento na oferta de refeições rápidas (*fast food*) e a ampliação do uso de alimentos industrializados se soma a esse grande consumo de carnes, gorduras e açúcares nas grandes cidades. E os estudos existentes evidenciam que as mulheres são as que mais sofrem com essas inúmeras modificações alimentares. Da mesma forma, em virtude da jornada de vida dupla, profissional e doméstica, elas possuem menos tempo disponível para praticar atividades físicas regularmente. Os percentuais de mulheres com sobrepeso e obesidade permanecem elevados e aumentam desde 1974, atingindo quase o dobro de mulheres em relação aos homens (MENDONÇA, ANJOS, 2004).

Vale ressaltar, que a obesidade não é um problema recente, pois segundo Francischi et al. (2003) a obesidade é o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relatos desta patologia em múmias egípcias e em esculturas gregas. Entretanto, só recentemente que ela tem sido considerada um fator de grande preocupação mundial, principalmente em virtude dos altos gastos financeiros dos sistemas de saúde e da pressão midiática por novos padrões de beleza pautados no consumo de cosméticos, medicamentos para emagrecimento, novas técnicas cirúrgicas de embelezamento, etc. Hoje a obesidade já é considerada uma epidemia mundial e a adoção de políticas públicas destinadas ao combate e a prevenção tem crescido. Os dados mais atuais da Organização Mundial de Saúde apontam 40,6% e 11,1% da população brasileira com sobrepeso e obesidade, respectivamente (WHO, 2007b).

Sichieri e Souza (2006) também nos ajudam a compreender a realidade brasileira ao ilustrar os índices de obesidade em adultos homens e mulheres no Brasil desde a década de 70, conforme a figura abaixo:



(SICHIERI, SOUZA, 2006)

Diante desse quadro problemático que se apresenta no Brasil, como em outros locais do mundo, muitos projetos de prevenção têm sido utilizados para combater esse “mal” chamado obesidade. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) preocupada com o ganho de peso excessivo das pessoas e o impacto negativo que isso pode ter na saúde da população, criou, através do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) um Projeto de Extensão público e gratuito de Exercício Físico Adaptado para Obesos (PEFAO), com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e reduzir as morbidades associadas ao sobrepeso e à obesidade. Pensar na atividade física para além da funcionalidade orgânica é pensar na saúde numa ruptura com o paradigma da medicina ocidental moderna (centrada na doença e na diagnose) fundamentado na biomedicina e na biomecânica. Desafio este que nos propusemos a pensar nessa pesquisa.

1.3. OBJETIVO GERAL

Compreender os sentidos e significados que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no PEFAO-UERJ.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (1) Interpretar e compreender os motivos que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade possuem para procurar o PEFAO-UERJ.
- (2) Interpretar e compreender os motivos que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade possuem para permanecer no PEFAO-UERJ.
- (3) Identificar e descrever as representações de saúde e de estética que a equipe profissional do PEFAO-UERJ possui e sua relação com a prática pedagógica e terapêutica.
- (4) Investigar se a ludicidade é um fator relevante para a permanência dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade no PEFAO-UERJ e para a produção de novos sentidos e significados que contribuem para a melhora da qualidade de vida.
- (5) Investigar se os laços sociais estabelecidos, entre os próprios indivíduos com sobrepeso ou obesidade é um fator relevante para permanência dos indivíduos obesos no PEFAO-UERJ e para a produção de novos sentidos e significados que contribuem para a melhora da qualidade de vida.

1.5. HIPÓTESES PARA A PROCURA DO PEFAO-UERJ

- (1) Alunos com sobrepeso ou obesidade procuram o PEFAO – UERJ por motivos estéticos, devido ao estigma vivenciado pela grande quantidade de gordura no corpo.
- (2) Alunos com sobrepeso ou obesidade procuram o PEFAO – UERJ devido à existência de demandas subjetivas por cuidado e atenção, em virtude do isolamento social vivenciado em razão do estigma da gordura. Eles procuram um lugar de aconchego onde possam encontrar seus pares.
- (3) Alunos com sobrepeso ou obesidade procuram o PEFAO – UERJ devido à vulnerabilidade psicofísica e social em razão da menor autonomia e capacidade funcional para as atividades da vida diária (AVDs).

1.6. HIPÓTESES PARA A PERMANÊNCIA NO PEFAO-UERJ

- (1) Alunos com sobrepeso ou obesidade permanecem no PEFAO – UERJ não apenas pela estética, ou por desejo de emagrecimento, mas principalmente pelo caráter lúdico das aulas, com diversas brincadeiras repletas de alegria, que os permitem vivenciar novos valores e sentidos.
- (2) Alunos com sobrepeso ou obesidade permanecem no PEFAO – UERJ em virtude dos laços sociais estabelecidos com os seus colegas de turma e com a equipe profissional - composta por professores de educação física, estagiários, uma psicóloga, uma nutricionista e uma médica -, na medida em que esses laços sociais estabelecidos através de atividades conjuntas (cooperativas) os permitem produzir novos sentidos para o viver que contribuem para refazer o tecido social (fragmentado pela cultura individualista hegemônica que supervaloriza o corpo magro).
- (3) A valorização de alterações das variáveis fisiológicas, como indicadores de qualidade de vida e saúde, são insuficientes para a adesão dos alunos ao PEFAO – UERJ, visto que as demandas ultrapassam a esfera orgânico-funcional.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

2.1. Projeto de Exercício Físico Adaptado para Obesos (PEFAO)

A pesquisa teve como objeto de estudo os sentidos e significados que os alunos, com sobrepeso ou obesidade, atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no Projeto de Extensão: Educação Física e Promoção da Saúde - coordenado pelo Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)⁶.

O Projeto de Extensão atende atualmente cerca de duzentos alunos divididos em distintas turmas: a) Exercício Físico Adaptado para Diabéticos; b) Exercício Físico Adaptado para Hipertensos; c) Tratamento Multidisciplinar para portadores de Fibromialgia; d) Exercício Físico Adaptado para Gestação e Parto; e) Exercício Físico Adaptado para os Servidores Públicos da UERJ; f) Exercício Físico Adaptado para Obesos. Este último, que constitui o grupo de referência dessa pesquisa constitui-se de um programa de exercícios físicos semanais (segundas, quartas e sextas-feiras de 14h30min às 15h30min), acompanhamento médico, nutricional e apoio psicológico desenvolvido especificamente para indivíduos com sobrepeso ou obesidade. O Projeto de Exercício Físico Adaptado para Obesos foi formado em 2005, pois alunos obesos necessitavam praticar atividades físicas regulares para melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Durante o biênio 2007-2008 são atendidos treze alunos, entre trinta e três e sessenta e quatro anos de idade ($52 \pm 9,0$), sendo três do gênero masculino e dez do gênero feminino. São todos moradores dos bairros de Vila Isabel, Tijuca, Maracanã, Pilares, Nova Iguaçu, Santa Tereza, São Gonçalo e Penha. Quanto à escolaridade, quatro possuem nível superior completo, quatro possuem a educação básica completa, dois possuem o ensino fundamental completo e três possuem o ensino fundamental incompleto. O requisito para a participação das atividades oferecidas – exercícios físicos, psicoterapia, dietoterapia – além da condição de sobrepeso - é possuir idade mínima de dezoito anos, realizar um Teste de Esforço com um Cardiologista e trazer um laudo atestando a condição física para praticar exercícios físicos terapêuticos com acompanhamento de profissionais de Educação Física.

⁶ O Laboratório de Fisiologia aplicada à Educação Física (LAFISAEF) está localizado na Rua São Francisco Xavier nº 524 – 8º andar – Bloco F – Sala 8104. Tel: 2587-7175. Para maiores informações, entrar em contato com o Professor José Sílvia de Oliveira Barbosa, médico e professor de Educação Física, coordenador do LAFISAEF. jsilvio@uerj.br

2.2. Estratégia Metodológica

Trata-se de um estudo de caso qualitativo sócio-antropológico de natureza empírica e analítica com campo etnográfico, de duração de nove meses (abril a dezembro de 2007), no qual a preocupação metodológica maior foi com a descrição, compreensão e interpretação dos fenômenos observados em um grupo específico de alunos obesos. Sendo uma pesquisa qualitativa, nossa investigação direciona-se para a busca dos sentidos e significados, atribuídos às práticas corporais de saúde, a partir da descrição e compreensão da realidade cultural desse grupo de alunos com sobrepeso ou obesidade. O principal interesse é o comportamento significativo dos indivíduos engajados em sua ação social, ou seja, o comportamento dos indivíduos durante a prática de atividade física no Projeto de Extensão, na medida em que agregam significado e produzem sentidos às próprias condutas corporais e às dos outros indivíduos.

A preocupação dessa pesquisa não foi com a representatividade do grupo pesquisado, como uma amostra em busca de generalização, mas trata-se de um estudo de caso, interpretativo de um grupo específico, buscando aprender ações e interações sociais, e os sentidos e significados culturais que engendram, no contexto da saúde das pessoas na sociedade atual. Não elaboramos uma pesquisa preditiva e/ou explicativa – tampouco quantitativa, mas sim uma pesquisa compreensiva e interpretativa. Essa pesquisa, portanto, não se propôs a determinar o significado “verdadeiro” e “válido” dos objetos de análise, tais como as ciências positivistas, fundamentadas no paradigma explicativo.

A compreensão que buscamos em nossa pesquisa é aquela proposta por Weber (2001, 2005), isto é, compreender para interpretar as ações sociais. É claro que a compreensão deve atingir o máximo de verificabilidade, mas o próprio Weber já nos alerta que a interpretação mais verificável nunca será casualmente válida, mas somente uma hipótese particularmente plausível.

Optamos pela observação etnográfica e pelas entrevistas em profundidade porque a compreensão não implica, no pensamento de Weber, uma capacidade exterior ou superior à razão ou aos processos lógicos das ciências da natureza. A inteligibilidade não é imediata, no sentido de que possamos apreender de súbito, sem nenhuma investigação prévia, o significado da conduta dos outros. Muito pelo contrário, é preciso investigar exaustivamente para podermos compreender e interpretar (ARON, 2002; WEBER, 2005).

As condutas sociais dos atores no PEFAO-UERJ oferecem um imenso campo suscetível de uma compreensão, por parte do pesquisador social. A capacidade de

compreendermos nos permitirá interpretar sem a pretensão de estabelecer leis universais, pois as ciências sociais são compreensivas, históricas e se orientam para a cultura. Diferentemente das ciências naturais nas quais só podemos apreender as regularidades observadas por meio de proposições de forma e natureza matemáticas, o método de compreensão proposto por Weber não é apenas um método para entender o que os sujeitos fazem, mas, como afirma Giddens (1978), é a própria condição ontológica da vida humana na sociedade. Entender o que os sujeitos fazem só é possível pela compreensão que se estabelece na capacidade de descrever e interpretar o que esses sujeitos fazem. A abordagem sociológica desta pesquisa concentra-se, portanto, na compreensão interpretativa da ação humana no PEFAO-UERJ, isto é, do sentido subjetivo que os atores atribuem ao que fazem ou deixam de fazer.

Nesse sentido, o objetivo da sociologia interpretativa e compreensiva nessa pesquisa foi investigar o sentido das motivações dos sujeitos e interpretá-las, mesmo que as motivações não façam parte da ação consciente dos sujeitos envolvidos nas ações sociais. Quando nos referimos a motivações dos sujeitos, estamos nos referindo a conexões de sentidos que, aos olhos do observador, podem revelar o fundamento das condutas estudadas e observadas. Cabe, portanto, ao investigador utilizar esquemas interpretativos para compreender a atividade social, ou seja, criar caracterizações reconhecíveis em torno dessa conduta social humana. E isto, segundo Costa (2003), só é possível na medida em que o pesquisador constrói seu objeto de análise num campo etnográfico, no qual sua presença possibilita a observação da multiplicidade das facetas das redes de relações sociais, das práticas cotidianas, das representações sociais, das estratégias e estilos de vida.

A estratégia do trabalho procurou descrever e revelar os sentidos evocados pelos sujeitos com a finalidade de compreender e interpretar os motivos que os levam a buscar e permanecer neste Projeto de Extensão, relacionando-os com a ludicidade, que se expressa na forma de alegria, prazer e satisfação, presente nas aulas, e com os laços sociais estabelecidos entre os próprios alunos e com a equipe profissional de saúde: quatro professores de Educação Física, onze estagiários de Educação Física, uma nutricionista, uma psicóloga e uma médica.

2.3. Instrumentos de Pesquisa

2.3. 1 Observação Etnográfica

A observação etnográfica (dividida em observação direta e observação participante) foi utilizada de forma que pudéssemos coletar, selecionar e ordenar os dados da realidade a fim de tentar explicar sua gênese e suas características, pois há muitos sentidos que não podem ser apreendidos por meio da escrita (questionário) ou da fala (entrevista). Malinowski (1986) já apontava para as limitações das pesquisas que utilizam apenas questionários, entrevistas formais ou documentos. É preciso, para o autor, que os fenômenos sejam observados em sua prática.

A utilização somente de entrevistas, nesse estudo, se mostra limitada, pois sabemos que o entrevistador afeta o entrevistado, o que o leva, muitas vezes, a mentir ou omitir informações a fim de falar somente aquilo que pensa que o entrevistador gostaria de ouvir. Além disso, o constrangimento durante as entrevistas, não raro, causado ao entrevistado pelo fato de suas respostas serem gravadas ou anotadas, pode aumentar as chances de que o entrevistado omita inúmeras informações relevantes para a pesquisa. Da mesma forma, a aproximação excessiva entre entrevistador e entrevistado, e os pré-juízos de valores, de ambas as partes, podem diminuir o grau de objetividade das entrevistas (GOLDENBERG, 2005). As palavras, portanto, se revelam insuficientes para que possamos compreender e interpretar alguns sentidos atribuídos pelos sujeitos entrevistados.

Nessa caso, a observação etnográfica permitiu uma aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual pretendemos estudar, garantindo uma possível objetividade e um distanciamento metodológico para a compreensão. A interação estabelecida com os atores sociais, no campo etnográfico, permitiu a construção de um conhecimento empírico para essa pesquisa. Assim, estive presente nas aulas do PEFAO-UERJ, durante nove meses, pois Malinowski (1986) afirma que é preciso estar e interagir com os nativos a fim de registrar os dados.

Inicialmente estive realizando observações diretas. Sentava-me na sala de aula, próximo à mesa de anotação e registrava num diário de campo as observações. A comunicação com os alunos ocorria antes das aulas - pois todos são recomendados pelos professores para chegarem no mínimo 14h15min - e após o término. Ao passo que a confiança dos alunos aumentava e o estranhamento com o observador diminuía, as interações durante a

aulas aumentavam. As conversas não se limitavam mais ao início e término das aulas. Não raro, as conversas eram estendidas nos corredores e elevadores da UERJ.

Além da contribuição de Malinowski (1986) para nosso estudo etnográfico, seguiu-se o que Geertz (1989) chama de “descrição densa”, pois nosso intuito foi o de realizar um esforço intelectual que representa detalhadamente aquilo que se manifesta empiricamente no cotidiano com os alunos. Por isso, estabelecemos relações, elaboramos um diário de campo, realizamos entrevistas formais e informais, fotografamos o ambiente e participamos de festividades.

A observação etnográfica nas festividades do grupo (aniversário, amigo oculto, festa junina, festa de fim de ano, etc.) também foi privilegiada, pois Malinowski (1986) nos orienta a anotar precisa e cuidadosamente as condutas e ações dos atores nas cerimônias e demais acontecimentos tribais. Participei das festas comendo e bebendo com os alunos. Quando possível dançando e brincando.





A etnografia deve ser entendida como a descrição de uma cultura (grupo de alunos com sobrepeso ou obesidade), sendo a tarefa do pesquisador compreender a maneira de viver desses alunos. Buscamos compreender e interpretar os fenômenos socioculturais mediante a imersão sistemática nesse grupo de alunos através de observação participante, mas

principalmente com a elaboração de um diário de campo, conforme orienta Malinowski (1986), que foi posteriormente redigido num computador e armazenado para futuras investigações e interpretações ao término da observação. O pesquisador, para Geertz (1989), deverá ser aquele que anota o discurso social que se apresenta. Só assim, ele será capaz de interpretar o fluxo do discurso social e o papel daquela cultura na vida coletiva dos sujeitos.

Muitas informações, inclusive, foram coletadas através de entrevistas informais durante a observação participante, sem a utilização de gravadores que pudessem interferir nas respostas dos pesquisados, conforme Sabino (2005) nos orienta.

Para Costa (2003), o bom pesquisador é aquele que obtém as respostas sem fazer perguntas estruturadas. As respostas são obtidas nas conversas informais durante a observação participante sem a necessidade de constranger os alunos. Logo após a saída do recinto, as principais questões surgidas durante as conversas informais foram anotadas no diário de campo, pois o mais importante não é se tornar nativo, mas conversar com os nativos, conforme aponta Geertz (1989).

Ao realizar uma descrição densa, o pesquisador enfrenta uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas sobrepostas e amarradas umas às outras, que são estranhas, irregulares e implícitas, as quais o pesquisador deve apreender dia após dia a fim de interpretá-las. Toda cultura, para Geertz (1989), é possível de ser descrita com densidade, pois é compostas por signos interpretáveis: os comportamentos, os acontecimentos, as condutas, os rituais, os movimentos corporais e as relações ocorrem dentro de um contexto específico que pode ser descrito de forma inteligível.

A imersão no campo teve duração de nove meses, de abril a dezembro de 2007, elaborando-se registros de dados referentes: a) ao espaço físico utilizado para as aulas; b) à relação das pessoas com o espaço e entre si; c) a modificações na disposição espacial dos sujeitos ao longo do período de observação; d) à postura corporal dos sujeitos; e) aos toques dos sujeitos uns nos outros; f) à linguagem corporal e linguagem verbal dos sujeitos; g) ao relacionamento dos sujeitos entre si, com os professores e estagiários; h) influência da música e das brincadeiras na adesão emocional dos alunos às aulas; i) forma de execução dos exercícios; j) forma de comando dos professores. Tudo era registrado para futura análise.

Após permanecer no campo etnográfico de abril a setembro, privilegiando a observação direta das aulas e, eventualmente, a observação participante, em outubro iniciei uma nova etapa na observação etnográfica. Comecei a realizar os exercícios físicos junto com os alunos com sobrepeso ou obesidade, realizando, não apenas observação etnográfica direta, mas a observação participante. Iniciei um período de prática de atividades físicas junto com os

alunos da turma obedecendo todos os rituais. Algumas fotos abaixo ilustram essa observação participante:







Para iniciar esse novo processo (vivenciar os exercícios físicos com os próprios alunos) foi preciso que eu passasse por alguns rituais que sinalizam a possibilidade de entrada nesse campo. Iniciei uma alimentação com maior quantidade de calorias para ganhar peso e pude ser classificado como um indivíduo com sobrepeso ($IMC = 28,06 \text{ Kg/m}^2$), condição necessária para o ingresso no PEFAO-UERJ. Essa estratégia possibilitou a legitimidade para praticar os exercícios nesse grupo. Além disso, realizei um Teste de Esforço – no dia 17 de agosto de 2007 - para que a cardiologista do PEFAO-UERJ pudesse avaliar meu estado físico e me liberasse para os exercícios, condição necessária para todos os alunos deste Projeto de Extensão. Este ritual é repetido anualmente por todos os alunos com sobrepeso ou obesidade a fim de que possam continuar praticando os exercícios físicos com segurança.

A minha participação nesses rituais, assim como nas aulas, permitiu-me ampliar a capacidade de observação do real a fim de interpretar os sentidos atribuídos pelos alunos, podendo, assim, compreender os motivos para a permanência neste Projeto de Extensão, mesmo quando tais condições pessoais de sobrepeso ou obesidade não se alteram de forma significativa.

Esse acompanhamento das aulas com observação participante permitiu interagir melhor com os nativos (alunos), já que ao estabelecer um contato direto e regular entre pesquisador e pesquisados, menos inibidos eles ficaram com a minha presença e mais precisa foi a descrição e análise da realidade. Sendo assim, Malinowski (1986) afirma que o pesquisador deixa de ser um elemento perturbador que alteraria a vida tribal e passa a conversar com os nativos para descrever a cultura estudada.

2.3. 2. Documentação Fotográfica

Com o intuito de melhor descrever a realidade cultural estudada, fotografamos as aulas e as festas do PEFAO-UERJ. A utilização de documentação fotográfica nos permitiu analisar e compreender outros elementos para a interpretação dos fenômenos sociais ali presentes. No total foram documentadas quarenta e quinze fotografias e algumas serão expostas ao longo desta dissertação. As fotografias foram realizadas durante as aulas pelo próprio pesquisador ou por estagiários (ou professores) de Educação Física quando o pesquisador realizava os exercícios físicos junto com os alunos.

Durante as festas o procedimento foi o mesmo: o próprio pesquisador fotografava – sempre com o consentimento dos alunos – e quando participava das fotografias, um estagiário (ou professor) fotografava. Muitos faziam questão de serem fotografados com os professores e estagiários.

Durante as fotografias nenhum aluno se negou a participar ou se manifestou contrário. Todos foram solícitos e repetidamente solicitavam que o pesquisador trouxesse as fotos e as distribuisse entre eles mesmos. Alguns solicitavam as fotos por e-mail ou por um CD. Houve momentos em que a divisão das fotos foi problemática, na medida em que alguns alunos queriam ficar com mais fotos do que os demais.

Vale ressaltar, como faz Burke (1992), que as fotografias não revelam de forma totalmente objetiva e neutra a realidade. Os interesses, crenças, valores e preconceitos (conscientes ou não) do pesquisador que fotografa influenciam na aquisição das imagens. As fotografias são, portanto, representações da realidade sócio-cultural dos alunos do PEFAO-UERJ e não um reflexo neutro da realidade.

2.3.3 Entrevistas Abertas em Profundidade

A coleta de dados foi complementada pela realização de entrevistas abertas em profundidade gravadas com todos os participantes do grupo de alunos com sobrepeso ou obesidade e com a equipe profissional de saúde. Todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁷, no qual concordam em participar da pesquisa. A pesquisa também foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa⁸ do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a fim de garantir a correta elaboração de todos os procedimentos éticos que envolvem seres humanos.

As entrevistas abertas foram caracterizadas pela formulação de um roteiro, que foi utilizado durante as entrevistas, mas com a possibilidade da elaboração de perguntas adicionais para melhor compreender o contexto. Os entrevistados tiveram total liberdade para se expressarem, sofrendo o mínimo possível de intervenções ao longo da entrevista.

Goldenberg (1997) nos alerta para o cuidado com a formulação de regras precisas sobre as entrevistas nas pesquisas qualitativas, pois elas podem prejudicar a qualidade e a objetividade do trabalho, sabendo que cada entrevista é única, depende do tema, do objeto de estudo do pesquisador e do próprio grupo pesquisado. Dessa forma, elaboramos um roteiro com as seguintes temáticas a serem abordadas na entrevista: 1) Prática de atividade física anterior ao Projeto de Extensão; 2) Motivos para a procura por esse Projeto de Extensão; 3) Satisfação atual com o Projeto de Extensão; 4) Motivos para a permanência no Projeto de Extensão; 5) Relacionamento com outros alunos do Projeto; 6) Relacionamento com os professores e estagiários; 7) Relacionamento e atuação da psicóloga, da médica e da nutricionista; 8) Entendimento de saúde e de beleza; 9) Espaço do Projeto para prática de atividade física; 10) Importância de outras atividades do Projeto e atividades fora da UERJ.

A proposta apresentada por Minayo (2007) foi seguida por nós, ou seja, entrevistas abertas nas quais o aluno foi convidado a falar livremente sobre alguns temas e as perguntas feitas pelo pesquisador buscavam dar mais profundidade às reflexões. Nas entrevistas buscamos encontrar alguns caminhos que nos possibilitavam entender o que os indivíduos dizem sobre o que fazem, o que realmente fazem e o que pensam a respeito do que fazem. Essas entrevistas abertas em profundidade nos ajudaram também a coletar informações sobre a história pessoal dentro e fora desse projeto de atividade física, suas motivações, seus desejos

⁷ Encontra-se em Anexo II.

⁸ Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0013.0.259.000-07
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): FR – 152142

de emagrecimento, seus desejos de socialização, seus objetivos imediatos e de longo prazo. Enfim, alguns fatores que poderiam nos ajudar a compreender os sentidos atribuídos por esses sujeitos às práticas corporais realizadas no PEFAO – UERJ.

As entrevistas sempre iniciavam com uma conversa sobre a prática de atividade física anterior ao projeto. A abordagem inicial tinha por objetivo deixar o aluno menos constrangido e mais a vontade para falar. O próprio aluno falava sobre seu passado sedentário ou sobre a prática de atividade física nas ruas – como as caminhadas. Sem que fosse preciso questioná-lo, o início de sua atividade no PEFAO-UERJ era abordado. Ele mesmo dizia como conheceu o Projeto. As perguntas seguintes eram direcionadas pelo pesquisador a fim de que o roteiro pré-estabelecido pudesse ser contemplado. As entrevistas, portanto, aumentaram nossa capacidade de observação e de entendimento da realidade dos sujeitos, aliada à observação participante.

Também foram realizadas entrevistas com os quatro professores de Educação Física, com os onze estagiários de Educação Física, com a psicóloga, com a nutricionista e com a médica que trabalham no PEFAO–UERJ. As entrevistas seguiram um roteiro semelhante: 1) Prática profissional anterior ao Projeto de Extensão; 2) Como e Quando começou a trabalhar nesse Projeto; 3) Satisfação atual; 4) Motivos pelos quais os alunos procuram e permanecem nesse Projeto; 5) Relacionamento com os alunos do Projeto; 6) Relacionamento com os membros da equipe profissional; 7) Interface entre psicoterapia, dietoterapia e atividade Física; 8) Entendimento de saúde, de qualidade de vida e de beleza.

As entrevistas com esses profissionais envolvidos nos ajudaram a compreender a prática pedagógica e terapêutica utilizada no PEFAO–UERJ e sua interface com o engajamento dos alunos na dieta, na psicoterapia e no programa de exercícios físicos.

2.3. 4. Análise das Entrevistas

Na análise das entrevistas foi privilegiado o conteúdo simbólico dos discursos dos sujeitos, porque entendemos que as palavras simbolizam e remetem a representações. As entrevistas em profundidade foram analisadas mediante o procedimento de Análise de Conteúdo, no qual podemos descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (BARDIN, 1977; MINAYO, 2007).

Foi privilegiado, inicialmente, o conteúdo produzido nos discursos dos pesquisados, face à sua manifestação durante a enunciação, para depois extrairmos os núcleos de sentidos que compõem o enunciado dos falantes. Abaixo há um modelo didático utilizado para a extração dos núcleos de sentidos e posterior análise e interpretação de conteúdo:

1ª Fase → Seleção dos Discursos/Enunciados. Essa primeira fase consistia na seleção dos discursos, dos alunos e dos profissionais de saúde, transcritos no computador após a gravação da entrevista. A seleção dos discursos foi orientada pelo objetivo geral e pelos objetivos específicos da pesquisa.

2ª Fase → Elaboração de pequenos textos sintetizando o que as frases (juízos) emitidas durante as entrevistas abertas em profundidade expressavam.

3ª Fase → Identificamos os Núcleos de Sentidos em cada entrevista.

4ª Fase → Elaboramos um texto e o relacionamos com a observação etnográfica, com as entrevistas informais e com a documentação fotográfica. Esta fase se justifica, na medida em que a entrevista não é o único instrumento metodológico dessa pesquisa. O que as pessoas dizem nas entrevistas precisa ser confrontado com o que fazem. Diante disso, os sentidos foram interpretados à luz do referencial teórico sócio-antropológico proposto, relacionando-os com as informações obtidas pela observação participante.

CAPÍTULO III - CORPO, BELEZA E CONTEMPORANEIDADE

3. 1. Uma corporeidade construída pelo social

Vinsonneau (2002) acrescenta que as ciências humanas demoraram a se interessar pela relação entre corpo e cultura, isto é, pela corporeidade. O corpo passou a ser entendido como um fenômeno social e cultural, como um lugar de fontes simbólicas, de representações e formações imaginárias. O corpo é, portanto, o substrato social do ser humano, pois ele forma as primeiras expressões humanas, como as mímicas, as posturas, os gestos e a dinâmica corporal. O corpo não é somente um suporte no qual o indivíduo habita, mas é uma linhagem cultural cujas filiações culturais se inscrevem.

Sendo assim, Le Breton (2006) afirma que é preciso pensar em uma sociologia do corpo, pois toda ação cotidiana envolve a corporeidade. Não há, portanto, existência que não seja corporal. Existir é movimentar-se. E por essa corporeidade, o homem faz do mundo a extensão de sua experiência, enquanto o corpo produz sentidos e assim insere o homem, de forma ativa, no interior de dado espaço social e cultural.

A cultura, portanto, dita normas em relação ao corpo, com as quais os agentes irão se conformar ou não, à custa de castigos ou recompensas sociais e morais. Ao corpo se aplicam crenças, sentimentos, desejos, sonhos, realizações e sentidos que estão na base da vida social. Por isso, o corpo não é "natural", mas sim uma representação da sociedade, visto que não há comportamento humano exclusivamente biológico (RODRIGUES, 1983). A idéia de corpo gordo ou corpo magro ultrapassa classificações fisiológicas, típicas das ciências naturais, mas inserem-se na ordem da cultura e da história. Assim sendo, estudar a apropriação social do corpo é importante, pois ele é o primeiro e maior patrimônio que o homem possui. Cada sociedade pressiona os seus sujeitos a fazerem determinados usos de seus corpos e a se comunicarem com eles de maneira particular. Muito mais do que uma condição orgânica, a obesidade é um fato social.

Mauss (1974) corrobora este pensamento ao elaborar seus estudos antropológicos, relacionando a cultura com as especificidades das técnicas corporais. A técnica corporal nos permite classificar os distintos grupos sociais e isto não tem relação comprovável com a herança genética, e sim com o meio sócio-histórico, ou seja, isto não é "natural", mas uma construção cultural. Le Breton (2006, p. 45) também confirma isso ao afirmar que a "gestualidade humana é um fato de sociedade e de cultura e não de natureza congênita ou biológica destinada a se impor aos atores".

É preciso, portanto, reconhecer as tradições impostas a cada um desses indivíduos antes de estudar e classificar sua motricidade.

[...] Mauss define técnicas corporais como as maneiras pelas quais os seres humanos, de forma tradicional ou específica, utilizam seus corpos. Assim todo gesto corporal pode ser considerado uma técnica, pois atende aos critérios de tradição e eficácia. [...] Só é possível discutir as especificidades de uso do corpo a partir da consideração de que ele expressa determinados valores de um dado grupo (DAOLIO, 2004, p. 4-5).

Cada sociedade possui hábitos, padrões de conduta e de comportamento que lhe são próprios. O ser humano se distingue dos animais, entre outros aspectos, pela sua capacidade de transmissão das técnicas (cultura) e pelo modo de transmissão oral (linguagem) do saber historicamente acumulado. Como Rodrigues (1983), Mauss (1974) também considera o corpo o primeiro e o mais natural instrumento do homem, pois “antes das técnicas com instrumentos, há o conjunto de técnicas corporais” (p. 218).

As técnicas corporais e o contexto cultural estão interligados ao curso de uma determinada época, de maneira que a motricidade testemunha um tipo de aprendizagem cultural, que se transforma em técnica corporal. Essas técnicas se fazem de sociedade por sociedade, respondendo a um sistema de redes simbólicas (COSTA, 2002).

Há, pois, coisas que acreditamos ser de ordem hereditária, mas que, na realidade, são de ordem fisiológica, psicológica e sociológica. Uma certa forma dos tendões, e mesmo dos ossos, não é outra coisa senão a decorrência de uma certa forma de se comportar e de se dispor. Isso é bastante claro. Por esse procedimento, é possível não só classificar as técnicas, como classificar suas variações por idade e por sexo (MAUSS, 1974, p. 220).

Os atores sociais expressam, através de certos comportamentos e gestos corporais, um *habitus*, conforme afirma Bourdieu (1982, 1983, 2005). A interiorização dos valores, crenças, desejos, enfim, disposições próprias do meio de socialização, adquiridas pela aprendizagem formal e informal, condiciona um conjunto de percepções e disposições para o pensar e o agir que se manifesta corporalmente. Os atores sociais, portanto, materializam e externalizam suas representações e percepções sociais de saúde e beleza no seu próprio corpo.

Nesse sentido, é na investigação e interpretação da linguagem corporal (através de observação etnográfica) e da linguagem verbal (através de entrevistas em profundidade) que poderemos compreender melhor os sentidos atribuídos às atividades físicas praticadas regularmente no PEFAO – UERJ. Existiria, portanto, um *habitus* corporal próprio dos indivíduos obesos?

Duret e Roussel (2003) afirmam que a história pessoal ligada ao grupo social

sedimenta no corpo diversas formas de *habitus*. O corpo é, então, uma memória ativa, um lugar de inscrição de grupo, produzindo acordos e práticas entre os agentes. O corpo, enquanto que veículo do *habitus*, é uma ferramenta de transmissão frequentemente inconsciente dos dispositivos sociais e dos gostos (alimentares, esportivos, estéticos, etc.).

A incorporação da dimensão cultural simbólica pode ampliar nossos horizontes para entendermos o ser humano como construtor de cultura relacionada aos aspectos corporais, na medida em que o próprio comportamento humano é uma ação simbólica composta por um conjunto de sentidos e significados.

Não se pode analisar o ser humano unicamente sob sua natureza biológica, pois suas ações, expressões e movimentos estão diretamente vinculados aos padrões culturais que adquirem ao longo da vida e também à identidade/história da vida pessoal. Além do aspecto biológico que o corpo possui e que deve ser digno de estudo pela área, importa também o caráter cultural expresso pelo corpo e que identifica o homem no seio de uma dada sociedade (BONETTI, 2004, p. 55).

Não se pode estudar o corpo sem considerar o meio sociocultural, pois o corpo carrega marcas sociais nas suas técnicas, nos seus gestos, nas suas formas e nas suas aparências. As ações do corpo ao longo da existência do homem, ao contrário de serem simplesmente produtos da organização biológica e instintiva, obedecem muito mais à construção simbólica social e cultural. A condição do homem está sob égide do universo de sentidos que adere a ele e mantém o vínculo social (LE BRETON, 2002, 2003, 2006).

Os usos físicos do homem dependem de um conjunto de sistemas simbólicos. Do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva; ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular do ator. Através do corpo, o homem apropria-se da substância de sua vida traduzindo-a para os outros, servindo-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros da comunidade (LE BRETON, 2006, p. 7).

O corpo é, portanto, um complexo de símbolos, ou seja, um sistema simbólico que porta mensagens, mesmo que os emissores ou receptores não tenham consciência disto. As codificações do corpo condensam em si as codificações da organização social, pois os signos corporais são mensagens decodificáveis. Vomitar, por exemplo, não é apenas uma resposta fisiológica do organismo, mas sinaliza uma oposição entre Natureza/Cultura, Interior/Exterior, Aceitação/Recusa (RODRIGUES, 1983).

O homem é, portanto, um animal amarrado a teias de significação (cultura) que ele mesmo teceu, e a interpretação desses significados nos permite compreender os

comportamentos e as condutas humanas, como ações simbólicas. A cultura corporal compreende, portanto, um conjunto de signos interpretáveis que podem ser investigados pelo pesquisador (GEERTZ, 1989).

Giacamoni (2004) também relaciona o corpo com a cultura, pois o considera uma fonte inesgotável de símbolos, um *locus* de produção e expressão de sentidos. Tais sentidos produzidos pelo corpo e no corpo expressam mudanças significativas na vida subjetiva dos sujeitos. A compreensão e o entendimento desses sentidos produzidos durante a prática de atividade física nos possibilita interferir pedagógica e terapeuticamente de forma mais eficiente a fim de contribuir para a promoção da saúde e a qualidade de vida desses sujeitos.

Podemos então perceber que na sociedade contemporânea há um crescimento da demanda por atividade física, principalmente pela influência da mídia e do discurso científico, em defesa da adoção de hábitos de vida mais saudáveis, como a prática regular de atividade física, a alimentação saudável, o combate ao tabagismo e ao alcoolismo. Entretanto, grande parte desses sujeitos buscam modificar o próprio corpo em virtude da possibilidade de alterar o aparato biológico, buscando vantagens sociais e morais. Aumenta, portanto, a utilização de drogas para o emagrecimento, drogas para o crescimento muscular, implante de silicones e outros enxertos e, até mesmo, a prática indiscriminada e não orientada de atividade física. O chamado culto ao corpo, na sociedade contemporânea, responsabiliza cada indivíduo por sua aparência, instaurando uma nova moralidade, a da “boa forma”.

3.2. Culto ao Corpo na Contemporaneidade: Músculos X Gordura

Goldenberg e Ramos (2002) afirmam que sob essa moral da “boa forma”, um corpo “sarado”, cuidado e sem excessos de gordura é o único que, mesmo sem roupas, está decentemente vestido. Mesmo “nu” o corpo sarado está decente, enquanto o corpo gordo é sempre indecente e imoral. Nessa nova “boa forma”, a gordura surge como inimiga número um da forma física ideal, quase uma doença, especialmente para aqueles que buscam ostentar um corpo “sarado”, ícone da “cultura da malhação”.

Em um contexto social e histórico particularmente instável e mutante, no qual os meios tradicionais de produção de identidade (família, religião, política, trabalho, etc.) se encontram enfraquecidos, é possível imaginar que muitos indivíduos ou grupos estejam se apropriando do corpo como um meio de expressão (ou representação) do EU. O enfraquecimento da consciência coletiva, do espírito de solidariedade e dos valores coletivos têm provocado fragmentação dos laços sociais, levando os sujeitos a supervalorizarem o corpo, como o companheiro ideal e fiel.

O corpo tornou-se então um referencial privilegiado para a construção das identidades pessoais. O que somos e o que devemos ser passou a ser definido a partir de nossos atributos físicos. Estar bem com o próprio corpo deixou de ser somente uma pré-condição da excelência política, religiosa ou sentimental para se tornar uma finalidade quase independente. O encantamento pelo corpo nos leva a desejar uma forma física estereotipada e hegemônica com a intensidade com que outrora desejávamos a paz espiritual, a honra cívica ou o prazer sentimental (COSTA, 2005).

Nesse sentido, Andrieu (2003) afirma que o corpo se tornou o novo *topos* subjetivo na contemporaneidade. A identidade do sujeito se aprisiona exclusivamente na identidade corporal. Cada indivíduo passa a utilizar o corpo como um modo de ser, um lugar de inscrição e o meio de expressão privilegiado do EU (“A minha aparência revela quem eu sou”). A impossibilidade de transformar as relações sociais, a constatação de um determinismo da reprodução socioeconômica, o fracasso da democratização escolar, as limitações de integração cultural revelam ao sujeito um poder ilusório sobre a realidade social. O sujeito se aprisiona numa ilusão de que o corpo pode satisfazer todos os seus desejos e eliminar suas angústias.

Essa ilusão corporal é vivida e afirmada pelo sujeito contemporâneo como sua invenção, uma maneira nova de se descrever, uma nova forma de identidade, na medida em que ele produz no seu corpo as marcas da subjetividade. Ele se aprisiona numa ilusão

narcísica e hedonista. O sujeito cultiva sua imagem pela sedução, e se entretém indefinidamente para melhorar sua performance (ANDRIEU, 2003, 2007a).

“Gosto de ficar durinha. Eu sei que o exagero é perigoso, que preciso de limites para não me machucar, mas me acho viciada mesmo. Se tenho tempo, malho até domingos e feriados”, diz G.B., praticante de academia assídua. Nesse *locus* do *fitness*, ela realiza agachamentos com mais de cento e oitenta quilos, anda trinta metros com setenta quilos nas costas e empurra quase meia tonelada com as pernas nas máquinas biomecânicas. Com setenta e quatro quilos e seis por cento de gordura corporal, ela ainda se considera a adolescente magrinha, de anos atrás (VEJA, 2008).

Há, nesse sentido, uma gestão da aparência nos processos de individualização do sujeito, na medida em que ele elege seu corpo, isto é, sua aparência como um valor moral. As construções pessoais e coletivas inserem-se, portanto, nas representações contemporâneas das normas de beleza que excluem o gordo, tornando-o marginalizado e estigmatizado (DURET, ROUSSEL, 2003).

Segundo Ortega (2004), criam-se modelos ideais de sujeitos baseados na performance física e estabelecem-se novos parâmetros de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas e regimes de ocupação de tempo. As ações individuais são dirigidas à obtenção de melhor forma física, mais longevidade e prolongamento da juventude. O resultado é a constituição de um indivíduo responsável que orienta suas escolhas, comportamentos e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito. Courtine (1995) também corrobora com o autor ao afirmar que as pessoas investem tempo e dinheiro diariamente para adquirir esse novo capital, o corpo belo.

Vasconcelos et al (2004) afirmam que a cultura contemporânea valoriza tanto a magreza, que transforma a gordura em um símbolo de falência moral, com sérias conseqüências para a subjetividade dos que não se adaptam a esse ideal de corpo. Para muitos desses, a norma que os atrai ao gueto de uma repulsa geral torna-se um peso, não somente no corpo, mas na alma. A sociedade contemporânea, portanto, impõe aos indivíduos uma pressão cultural para emagrecer, gerando um pavor doentio de engordar (lipofobia). O controle do corpo se transformou em um símbolo da própria felicidade. A mídia afirma, reiterado pelos discursos científicos, que ao alcançar a magreza e estar em boa forma física, a pessoa obterá sucesso na profissão, nos relacionamentos sociais e amorosos. A boa aparência física se tornou o maior produto do mercado de “auto-ajuda”.

Nessa sociedade lipofóbica, Novas e Vilhena (2003) afirmam que a gordura se tornou um paradigma da feiúra, criando processos de exclusão social para aqueles que não se

enquadram. O corpo gordo torna-se o corpo feio e passa a ser desvalorizado, perdendo espaço para o corpo “sarado”. A visão é destacada como o sentido privilegiado para reconhecermos o valor de alguém. Nessa sociedade cercada por espelhos, o horror à gordura torna-se um imperativo. Se ter um corpo “sarado” já foi um dever social, hoje se torna também um dever moral. Não é à toa que os indivíduos tratam o corpo com profunda tirania, privando-o de alimentos, mortificando-o nas inúmeras cirurgias ou submetendo-o a exercícios torturantes. O esforço para eliminar a gordura é o mesmo para eliminar a feiúra. Ser magro é definitivamente possuir um grande capital de circulação. Há uma série de sentidos e valores associados ao obeso como o corpo-sujo, corpo-perdedor, corpo-fracassado, corpo-preguiçoso, enquanto que o magro, “livre” das gorduras, representaria o corpo “limpo”.

O corpo “sarado” torna-se uma medalha de ouro, a qual todos buscam conquistar através de dietas restritivas, exagero na prática de atividade física, utilização indevida de medicamentos e adoção de procedimentos cirúrgicos. Trata-se, portanto, de uma nova religião, na qual o músculo torna-se o “sagrado” e a gordura o “profano”.

A gordura corporal representa portanto a sujeira. E como Douglas (1976) observou em seus estudos, a sujeira é, essencialmente, desordem. A sujeira (a gordura) ofende a ordem social vigente e eliminá-la é um esforço para organizar o ambiente. A gordura como impureza - ou sujeira - não pode ser incluída no corpo do sujeito para manter o padrão hegemônico do corpo “sarado”. Nos processos de difusão dos padrões de beleza atuais, a gordura é reconhecida como algo fora do lugar, como uma ameaça à ordem e, assim, considerada desagradável. Entretanto, esses modelos rígidos de beleza (pureza) que são difundidos e estimulados em nosso cotidiano, nos conduzem a uma contradição: a gordura ao mesmo tempo em que deve ser eliminada, já que emagrecer é sinônimo de pureza, é considerada algo essencial ao bom funcionamento do corpo. O corpo gordo, “sujo”, adquire a cada dia novas apreciações negativas (trapaceiro, preguiçoso, sujo, mau, feio, besta, etc.). Todos passam a viver cercados por espelhos e por balanças e neles procuram a aparência de um EU que seja socialmente valorizado, imaculado e virtuoso. O planejamento da vida passa a se centrar de forma narcísica no corpo.

“Minha mãe não acredita que eu deixo de jantar domingo à noite para ir à academia. Mas domingo é o melhor dia da semana, estou descansado e cheio de energia. Para mim, treinar é sagrado. [...] Meu pé estava ruim, mas o resto do corpo estava funcionando. Não tinha porque ficar parado” revela E.B, que praticava musculação de madrugada na academia, para evitar ser impedido pelos professores durante o dia, em razão de seu pé engessado (VEJA, 2008).

Já M.L. gasta por mês com tratamentos de beleza cerca de R\$ 12.000,00. M.L. testou massagens estéticas, drenagem linfática, Botox e todas as formas que encontrou para combater a flacidez do corpo. Igualmente, a funcionária pública P.F. gastou cerca de R\$ 8000,00 em uma sessão de *Thermacool*, aparelho que promete acabar com a celulite e endurecer os músculos da região glútea (VEJA RIO, 2008).

A preocupação estética se torna, segundo Andrieu (2007a, 2007b, 2007c), um meio de transformar seu modo de existência, suas formas de se cuidar, de agir e de intervir sobre esse próprio corpo. Mudar a aparência ganha o status de mudar de identidade. O culto ao corpo deixa de ser um processo de melhora externa para se tornar um processo de identificação a serviço de um sujeito que não se aceita pelo que é, mas que quer ser conhecido pelo o que ele deseja parecer. O culto ao corpo não é mais somente uma reconstrução narcísica de um si individualista, mas definitivamente se torna um modo de subjetivação pelo qual o sujeito se coloca em uma cultura construindo uma matéria corporal senão conforme as normas sociais, ao menos ao que seria sua imagem. O meu rosto, a qualidade dos meus cabelos, a cor dos meus olhos, o tamanho dos meus músculos, a maciez da minha pele e a quantidade de gordura no meu corpo revelam o meu caráter e as minhas qualidades. Isto é, minha aparência física revela minha identidade supostamente “real”.

A estética tem se tornado, mais que a racionalidade médica e seus modelos, o critério sociocultural de enquadramento dos sujeitos para determinar se realmente são “saudáveis”, ou se precisam exercer alguma “atividade física”, através do estabelecimento de padrões rígidos de forma física (LUZ, 2005).

Percebemos então que ao mesmo tempo em que as pessoas adquirem maior liberdade de mostrar seus corpos no mundo contemporâneo (liberdade para utilizar diferentes roupas e adereços no corpo), mais se aprisionam em critérios estéticos, pois para desnudá-los é necessário ter a forma padrão ideal. A liberdade e a autonomia corporal tornam-se uma falácia, pois o que há é uma liberdade às avessas. Um autocontrole social é internalizado na estrutura psíquica dos indivíduos. O próprio sujeito se vigia e se controla na busca pelo aperfeiçoamento estético (SERRA, SANTOS, 2003).

Segundo Elias (1993), esse indivíduo “civilizado”, produzido pela Modernidade, está constantemente submetido ao autocontrole, processo esse que vai da exteriorização à interiorização dos padrões de conduta e comportamento. As condutas corporais são resultados da internalização das estruturas sociais na psique dos indivíduos. A responsabilidade com a aparência passa a ser própria do indivíduo, na medida em que ele mesmo deve se vigiar e controlar seu comportamento, a fim de evitar constrangimentos morais e sociais. A medida do

agir, do comportar-se ou do controlar-se, segundo Luz (2005), encontra-se nos próprios sujeitos, pois são eles os únicos responsáveis, para a sociedade “globalizada”, pela própria saúde.

A beleza, portanto, torna-se uma meta que pode ser alcançada, principalmente com a aquisição de produtos e serviços disponíveis no mercado. O sujeito passa a ser o único responsável pela sua beleza e pela sua saúde. Cresce a cada dia o discurso de que só é gordo quem quer, ou seja, é possível ser belo, basta querer (NOVAES, VILHENA, 2003).

Hansen e Vaz (2004) ao realizarem estudos no universo das academias, afirmam que o culto ao corpo engendra uma busca incansável trilhada por meio de uma árdua rotina de exercícios, a fim de que os limites corporais sejam superados. O espelho e a balança representam a voz da verdade que irá indicar o sucesso ou o fracasso na batalha pelo aperfeiçoamento estético.

“A fase da vida em que eu mais gostei do meu corpo foi aos 18 anos. Toda semana eu anotava minhas medidas, da panturrilha ao antebraço, para ver se eu tinha aumentado de tamanho. Se não crescia, não saía de casa. Achava um absurdo minhas amigas me chamarem para sair com aquela perna tão fina”, revela N.A, praticante regular de academia (VEJA, 2008).

A empresária R.M também supervaloriza a aparência utilizando o espelho como seu grande avaliador. Chega a gastar R\$ 1000,00 semanais com produtos e tratamentos estéticos, além de ter gasto R\$ 1200,00 num único pote de creme para a área dos olhos. A sua vida está tão centrada em torno da aparência corporal que instalou um ventilador de teto no banheiro de sua casa para não ter que perder tempo esperando os produtos secarem em sua pele. Ou o que dizer de A.M., que voltou de uma viagem internacional com oitenta quilos de produtos de beleza para limpar, hidratar e tonificar a pele? (VEJA RIO, 2008).

Goldemberg e Ramos (2002) confirmam que o corpo tornou-se um objeto de consumo e a publicidade exalta suas vantagens e as possibilidades de lhe oferecer uma espécie de corpo novo. O mercado disponibiliza os novos modelos de corpo, através de seus produtos, para os sujeitos consumidores ávidos para metamorfosear o próprio corpo.

Somos a todo momento convocados à prática de atividades físicas, pois a mídia, a família e os amigos nos convidam ao embelezamento, produzindo e instituindo desejos, hábitos e cuidados com a aparência visual do corpo. A insatisfação corporal está diretamente relacionada com a exposição de corpos “bonitos” pela mídia e tem determinado, nas últimas décadas, uma anatomia ideal. Os indivíduos que iniciam um programa de atividade física, na maioria dos casos, buscam de alguma maneira modificar as formas e proporções de seu corpo.

A baixa quantidade de gordura corporal tornou-se um valor estético inegável (DAMASCENO et al, 2005).

Serra e Santos (2003) também concordam com a grande força dos meios de comunicação de massa que possuem a capacidade de difundir e reproduzir certos sentidos, legitimando alguns e condenando outros. A mídia veicula uma ideologia (Marx) e uma hegemonia (Gramsci) na medida em que seleciona, enfatiza e interfere por meio de palavras e imagens na construção simbólica dos acontecimentos. Na veiculação desses produtos estão sendo divulgados e construídos modelos e padrões de beleza e de estética corporais não condizentes com as práticas alimentares que os profissionais de saúde apontam como saudáveis ou desejáveis. A mídia toma para si a capacidade de definir o uso legítimo e ilegítimo do corpo.

Há uma racionalização instrumental ascética do cotidiano (através de dietas e exercícios rigorosos, por exemplo) realizada em nome da saúde, pois o discurso da busca pela boa saúde cresce a cada dia. Entretanto, como Sabino e Luz (2007) afirmam, a grande maioria dos indivíduos, que diz se preocupar com a saúde, busca a construção da forma corporal ideal entendida como grande volume muscular e menor quantidade de gordura possível. Diante disso, as atividades físicas atuais, em sua grande maioria, estão ligadas à estética do corpo individual e visam modelar os corpos para que os indivíduos adquiram uma forma física condizente com as rigorosas normas de beleza. Não se trata mais de equilibrar mente e corpo e procurar uma harmonia, mas sim de “desenhar músculos”.

O resultado esperado pela maioria dos praticantes das atividades mais “físicas” é estético, e não propriamente a saúde. [...] Como a busca da beleza-juventude é o grande empenho, muitas vezes há um excesso nas práticas mais hard do fisiculturismo que acaba danificando a própria saúde (LUZ, 2005a, p. 108).

O culto higiênico, dietético e terapêutico que rodeia a obsessão das pessoas pela beleza as levam às práticas sacrificiais. O corpo tornou-se uma forma de salvação, criando um sistema de crenças e de rituais tão fortes como de qualquer religião. Sempre há um sofrimento que vale a pena para se conseguir a valorização social, via imagem corporal.

“Não vou lá para fazer fisioterapia. Faço a supersérie, que só termina com a fadiga total do músculo. Não me considero viciada, mas não vivo sem minha musculação. [...] Em pouco tempo comecei a ver resultado: meu braço tomando forma, meu abdômen formando gominho, meu ombro ficando fibrado” relata R.L, que pratica musculação seis vezes por semana (VEJA 2008).

Para Ortega (2003), as práticas de ascese via corpo enfatizam os procedimentos estéticos na construção das identidades pessoais. Trata-se da formação de um sujeito que atribui ao corpo o lugar da moral. A subjetividade se somatiza e a aparência corporal torna-se elemento central na auto-identidade. Portanto, as práticas bioascéticas garantem ao corpo maximizar o prazer, desafiar os limites orgânicos e superinvestir na pele, no músculo, na face, nos cabelos, enfim, em cada parte celular do corpo.

A “cultura do músculo” encontra-se, agora, em toda os domínios da vida social. A reivindicação muscular democratizou-se, as práticas do *body-building* tendem a se generalizar e a potência anatômica se exhibe como um espetáculo permanente, obsessivo, universal. Não há apenas um corpo que pretende se esconder do olhar censurador ou depreciativo do outro (como o corpo do obeso), mas há também um novo tipo ideal de corpo que pretende, ao contrário, tirar todo o benefício do peso no campo do olhar, saturá-lo de massa muscular. O músculo, assim, torna-se uma marca social valorizada. Ele é um dos modos privilegiados de visibilidade do corpo no anonimato das fisionomias (COURTINE, 1995).

O discurso de saúde, vetor das práticas corporais, presente nas academias de ginástica e musculação, se expressa na racionalização instrumental ascética do cotidiano realizada em torno da construção da forma ideal entendida como volume muscular simétrico e mínima adiposidade. A busca da “forma perfeita” torna-se um meio de adquirir distinções e honras sociais. Busca-se sempre “crescer” e “secar” através de uma competição diária, muitas vezes chamada de “busca pela saúde” (SABINO, LUZ, 2007).

Nesse sentido, o culto ao corpo musculoso, que estimula a competição entre os frequentadores da academia pela escolha do mais forte, do que tem os músculos mais bem definidos ou de quem tem o corpo que atrai mais atenção nas ruas, contribui para eleger a fisicultura como uma possibilidade de construção identitária. O aumento dos músculos e a sua manutenção tornam-se uma obsessão para muitas pessoas através de um culto ao corpo que se traduz em um investimento narcíseo. O desejo de chamar a atenção das pessoas, por meio de um corpo com músculos bem “definidos” retrata a realidade na qual vivemos (IRIART, ANDRADE, 2002).

Esse é o caso de T.M, que deixou de viajar com sua família para Fortaleza porque não conseguiria ficar dez dias sem ir à academia de musculação. Ele carrega quarenta quilos na sua mochila, em viagens curtas, para que possa se exercitar em qualquer local e a qualquer momento. T. M afirma: “*Musculação está em primeiro lugar na minha vida. É quase uma doença*” (VEJA, 2008).

O músculo, nas práticas corporais de saúde, principalmente nas academias de

musculação, não está mais associado a força esportiva, mas a forma corporal perfeita. Para Courtine (1995), o que temos agora são duelos de imagens sem violência física ou contato corporal (como nos esportes), mas apenas lutas pela aparência. Cada indivíduo torna-se, então, o gestor de seu próprio corpo. O músculo torna-se um rótulo de vigor e de saúde, isto é, de força moral. O corpo testemunha as qualidades morais do ser humano, independente do gênero. O verdadeiro escândalo é agora mostrar os corpos desprovidos de músculos. Por isso, o autor nos mostra que surgem campanhas publicitárias do tipo *“Seja 100% homem, distingase dos que estão vivos pela metade. A fraqueza é um crime!”*. Ao mesmo tempo ganha destaque uma iconografia que ilustra atletas sempre felizes e tranquilos, com os sorrisos paternais de treinadores.

O EU realmente ostenta-se na superfície do corpo e a identidade passa a ser modelada nos músculos como uma produção pessoal e dominável. A saúde torna-se, assim, cada vez mais submetida à estética, o que significa que estar fora dos padrões de beleza do grupo e de suas práticas é estar sem saúde e excluído de sua convivência, principalmente porque a construção identitária dos indivíduos estão, agora, relacionadas à construção e manutenção de sua forma física (LE BRETON, 2003; SABINO, LUZ, 2007).

A busca incessante por uma melhor aparência física é um fenômeno sociocultural muitas vezes mais significativo do que a própria satisfação econômica, afetiva ou profissional. A insatisfação com o próprio corpo, ou melhor, com a imagem que se tem dele, talvez seja um dos motivos principais que levem as pessoas a iniciar um programa de atividade física (DAMASCENO et al, 2005).

CAPÍTULO IV – O CORPO GORDO ESTIGMATIZADO

No primeiro capítulo deste trabalho elaboramos um conjunto de hipóteses que nortearam nosso estudo. A primeira hipótese estabelecida para a procura pelo PEFAO-UERJ está relacionada à busca de novas práticas corporais por motivos estéticos, devido ao estigma vivenciado pela grande quantidade de gordura no corpo.

Neste capítulo nosso objetivo é discutir a validade interpretativa dessa hipótese diante do culto ao corpo que supervaloriza certos padrões de beleza e, conseqüentemente, estigmatiza o corpo gordo. No capítulo anterior foi possível discutir como a sociedade contemporânea ocidental tem contribuído para a representação da gordura como sujeira, como algo imoral, impuro e profano, enquanto os músculos, a pele bonita e bronzeada adquiriram um grau de sacralidade. Mais do que isso, percebemos que a subjetividade está sendo somatizada, isto é, bioidentidades estão sendo construídas privilegiando a aparência corporal.

Andrieu (2007a, 2007b, 2007c) argumenta, nesse sentido, que essa nova religião do corpo repousa sobre a crença de que o sujeito pode modificar sua subjetividade, na medida em que ele modifica sua aparência física. O *body-building*, antes limitado aos fisiculturistas, é adotado por indivíduos de todos os gêneros, classes sociais e idades. O *fitness* que se expressa no alongamento, no treinamento cardiovascular e, principalmente, na musculação possibilita um embelezamento cada vez maior desse corpo. O sujeito inventa, portanto, uma nova maneira de ser no mundo. Trata-se, nesse sentido, de oprimir o corpo gordo, pois ele representa a subversão dos valores estéticos hegemônicos.

Dejong (1980) demonstra que os obesos elaboram uma auto-avaliação negativa em comparação as pessoas com peso adequado. Essa auto-avaliação pejorativa tende a diminuir quando se oferece uma “causa” para o excesso de peso, como uma desordem glandular ou uma explicação genética, mas ainda continua a produzir uma situação angustiante e desconfortável.

Carr e Friedman (2005) desenvolveram um estudo nos EUA com mais de três mil adultos entre vinte e cinco e setenta e quatro anos com peso adequado, sobrepeso e obesidade. Os indivíduos mais obesos ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) relataram sofrer grande discriminação no cotidiano e menor aceitação do que as pessoas no peso adequado. Ou seja, se consideram pessoas estigmatizadas.

Goffman (1988) afirma que o termo *estigma* foi criado na Grécia Antiga para se referir a sinais (marcas) corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Isto é, o estigma não é

apenas uma marca social, mas também uma marca moral que permite que o olhar do outro possa atribuir um juízo de valor. Esses sinais, na Antiguidade, eram feitos com cortes ou fogo no corpo e serviam para identificar um escravo, um criminoso, um traidor. A pessoa marcada, ou seja, estigmatizada, era, portanto, evitada, especialmente em lugares públicos. Permanecer próximo a essas pessoas, principalmente nos locais públicos, era desonroso e motivo de vergonha.

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

Freqüentemente os alunos com sobrepeso ou obesidade do PEFAO-UERJ relataram que deixaram de receber inúmeros convites para festas, passeios e até encontros familiares por serem pessoas gordas. Eles mesmos afirmam que se fossem magros receberiam tais convites e seriam inseridos nessas festividades.

“[...] Vamos dizer que se eu fosse magra eu seria chamada para ir a vários locais. Mas como eu sou gorda eu não sou chamada. Porque muitos pensam: ‘-Eu vou chamar aquela gorda para que? Para ela vir pra cá. Não consegue andar, não consegue fazer nada. Vai vir pra cá para quê?’. É uma coisa assim. As pessoas pensam assim. Não adianta dizer que não é discriminado porque é discriminado. As pessoas olham o gordo e dizem: ‘-Nossa que exagero’ [...]” (Kate⁹, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

Os alunos com níveis mais elevados de obesidade reconhecem essa rejeição dos demais, pois se consideram fardos, na medida em que possuem dificuldade para caminhar acompanhando as outras pessoas (num passeio), para passar na roleta do ônibus ou trem e para entrar num carro.

Se há décadas esses problemas funcionais e sociais atingiam apenas pequena parte da população, hoje, a comunidade médica tem apontado a existência de uma “crise de obesidade” liderada pelos americanos em todo mundo (CARR, FRIEDMAN, 2005; BROWNELL, BATLE, 2003).

Se um quarto dos adultos americanos são obesos, e 50 a 60% são classificados com sobrepeso (CARR, FRIEDMAN, 2005; FLEGAL et al., 2002), por que, mesmo com a obesidade aumentando, se tornando algo “comum”, os obesos ainda são alvos de humilhações

⁹ Todos os nomes são fictícios a fim de garantir o anonimato dos participantes do estudo.

e depreciações?

Poderíamos apontar duas possibilidades para responder a essa pergunta. Primeiro, sabe-se que há uma tendência para pessoas, inclusive profissionais de saúde, em perceber os indivíduos mais atraentes fisicamente como mais saudáveis, sendo, muitas vezes, os sintomas informados pelos pacientes levados menos a sério. Trata-se, assim, de compreender o obeso como alguém “doente” e o “magro” como alguém “saudável” (HADJISTAVROPOULOS et al, 1990). Segundo, sabe-se que o corpo invejado, desejado e admirado pelas pessoas é um corpo “trabalhado”, “malhado”, “sarado”, “definido”, um corpo cultivado, que, sob a moral da “boa forma”, surge como marca indicativa de uma virtude superior daquele que o possui. A beleza, portanto, adquire um valor, não apenas social, mas também moral (*A minha aparência revela o meu caráter*). Por isso, Goldenberg (2006) afirma que um corpo coberto de signos distintivos que o valoriza social e moralmente torna-se um capital.

Podemos, portanto, compreender que a aparência física está diretamente relacionada à confiança que as pessoas depositam no sujeito. Há uma moral associada ao corpo gordo. Andreoletti et al (2001) relatam que os sujeitos de todas as idades considerados não atraentes fisicamente percebem os constrangimentos sociais devido a sua aparência.

Já os obesos são os ícones das pessoas menos desejadas e menos atraentes fisicamente. O que limita muito suas relações sociais, afetivas e sexuais (CARR, FRIEDMAN, 2005; HARRIS, HARRIS, BOCHNER, 1982; PUHL, BROWNELL, 2001). Temos um exemplo no relato abaixo:

“[...] As pessoas ficam te olhando na rua. Não sei porque elas me olham. É porque a gente é gorda, ridícula, baleia? Eles dizem: ‘-e aí gordinha, tem o que pra comer? Tem você pra comer?’. A feia ninguém quer. Pelo menos feia não tem chifre né [...]” (Milena, 39 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

Não bastasse a aparência física estar relacionada às representações que as pessoas possuem sobre o caráter de alguém, os sujeitos obesos também são, em geral, vistos como pessoas menos capazes profissionalmente. O estigma da gordura é, assim, uma construção social que os desqualifica cada vez mais, na medida em que as pessoas atribuem juízos de valores pejorativos ao excesso de peso, identificando o gordo como o preguiçoso e descontrolado (ALON, 1981; ARCHER, 1985; CRANDALL, SCHIFFHAUER, 1998; DEJONG, 1980; HORCHSCHILD, 1983).

Para Crocker et al (1998), a maior preocupação desses sujeitos estigmatizados é o fato de se tornarem objetos de preconceito e discriminação em qualquer lugar que eles estejam.

Não haveria um refúgio para fugir do estigma, exceto a vida privada no próprio lar. O estigma da gordura influencia a evasão da vida pública e o confinamento privado.

“O gordo chama atenção onde vai. Eu vejo meninas novas gordas. Chamam logo atenção. Chega a andar diferente. Gosta de uma roupa e não pode usar. Onde você chega, você chama atenção. Não é feliz não. Acho que ser magra é melhor” (Amanda, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Essas preocupações realmente podem ocorrer, pois durante todo o tempo estamos elaborando afirmativas e, até mesmo, juízos de valores, em relação àquilo que os indivíduos, conhecidos ou não, deveriam ser ou parecer. É nesse sentido que Goffman (1988) define a *identidade social virtual* como o conjunto de exigências que fazemos em relação aos indivíduos. Sempre esperamos algo do outro, na medida em que estamos inseridos numa teia social de interdependência.

O pensamento e, conseqüentemente, a ação estão interligados com os outros na sociedade. É nessa perspectiva que Goffman (1988) afirma que só há estigma quando há expectativa social de pelo menos um dos atores envolvidos numa relação. Dessa forma, é possível compreender que um atributo que estigmatiza alguém não é em si mesmo nem honroso nem desonroso, mas é a atitude e a relação que as pessoas tomam em relação à marca corporal que atribui um valor. O estigma, nessa perspectiva, é uma relação entre atributo e estereótipo (*o que sou/o que tenho – o que esperam de mim*).

Bourdieu (2007) também aponta para essa questão ao afirmar que a relação com o próprio corpo não depende apenas da imagem que se tem do corpo (o que ele chama de *representação subjetiva*), mas principalmente do *feedback* proporcionado pelos outros que olham, avaliam e julgam esse corpo (o que ele chama de *representação objetiva*). Assim, o autor afirma que o corpo é percebido duplamente, ou seja, ele é aquilo que lhe parece, mas também é um produto social que depende das mediações dos outros atores envolvidos. Pensar na beleza como ontológica, universal e a-histórica é desconsiderar a construção social e a determinação histórica do “belo” nas diferentes culturas – e até nas diferentes classes sociais.

O gordo passa a ser estigmatizado na sociedade contemporânea, na medida em que há uma expectativa crescente de que o ser humano magro (“sarado”) é saudável, belo e importante. A expectativa em relação ao próprio corpo e ao corpo do outro é um fator central tanto para Goffman (1988), quanto para Bourdieu (2007).

A probabilidade de vivenciar com desagrado o próprio corpo [...], o mal estar, a timidez, ou a vergonha são tanto mais fortes quanto maior a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o

próprio corpo imposta pelos olhares e as reações dos outros. [...] Tendo a necessidade do olhar do outro para se constituírem, elas são continuamente orientadas em sua prática pela avaliação antecipada do apreço que sua aparência corporal e sua maneira de portar o corpo e exibi-lo poderão receber (daí uma propensão, mais ou menos marcada, à autodepreciação e à incorporação do julgamento social sob a forma de desagrado do próprio corpo [...]) (BOURDIEU, p. 81-83.)

O gordo passa a ter vergonha do seu próprio corpo diante do que os outros pensam do seu corpo. Goffman (1988, p. 17) afirma que “A vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus atributos é impuro [...]”. Diante disso o gordo passa a manipular a sua identidade sociocultural. Ele assume uma identidade que traz, ao mesmo tempo, sofrimento e benefícios. Sofrimento porque o estigma afeta suas relações sócio-afetivas e benefícios porque ele se exime da necessidade de construir sua própria história.

Por outro lado, Goffman (1988) afirma que os atributos e características que o indivíduo realmente possui formam a *identidade social real*. Não é difícil para nós pensarmos os indivíduos gordos (com sobrepeso ou obesidade) a partir das categorias de *identidade social virtual* e *identidade social real*. O gordo, atualmente, é identificado virtualmente como alguém preguiçoso, fracassado, “molenga”, ou seja, é isso que se espera de um gordo, antes mesmo de conhecê-lo. Entretanto, é preciso ressaltar que a classificação de um obeso na categoria positiva ou negativa resulta, não da marca corporal em si, mas da relação entre os traços físicos e a imagem social da pessoa, isto é, entre a *identidade social virtual* e a *identidade social real*.

No que diz respeito à saúde, a maioria dos alunos do PEFAO-UERJ reconhece que o magro, mesmo que seja considerado belo, pode não ser saudável. Eles compreendem que há magros saudáveis e belos, mas que também há aqueles que não cuidam da saúde.

“[...] Olha a anorexia que pensam que é beleza. E as pessoas morrem. Elas vão atrás de uma beleza que não é saúde. A anorexia é uma doença. O que te leva a morte não é um estilo de vida [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses).

“[...] Tem várias mulheres querendo ser anoréxicas e outras querendo ter mais carne para ficar mais gostosas. Essa deveria ser uma das últimas preocupações de uma mulher e de um homem. Porque atração independe disso. Você pode olhar para uma mulher e sentir atração, mesmo que você mesmo tente negar, em razão do social. Tem mulher bonita que tá aí sozinha. Nem homem pra sexo elas têm. Tão aí chorando. E o que adianta essa beleza aí? [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

Entretanto, na maioria das vezes o gordo é sempre considerado como uma pessoa que carece de saúde. Os alunos freqüentemente citam reportagens e até reproduzem o discurso médico-científico para afirmar que a obesidade provoca inúmeras morbidades, tais como: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, entre outras.

“[...] A minha saúde não estaria 100%, mas estaria 90% resolvida se eu emagrecesse. A pessoa que engorda não deixa de ter saúde, mas ela não tem mais a saúde que tinha. Porque a pressão arterial sobe, o risco de diabetes é maior. O colesterol não é mais o mesmo. A gordura mexe com tudo. Por isso estou te dizendo que se eu emagrecesse eu teria 90% da minha saúde. Eu acho que pra mim o que mais me prejudica é a minha gordura, porque o meu risco é maior. A minha pressão é muito alta, a minha saúde depende da gordura [...]” (Kate, 46 anos, de uma aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

Em virtude da presença dessa marca social pejorativa (estigma), o gordo deixa de ser uma criatura comum, na linguagem do próprio Goffman (1988), e passa a ser considerado uma pessoa estragada e diminuída. É a falência moral atribuída ao excesso de gordura. Quanto mais gordo, mais diminuído simbolicamente é o indivíduo. As modificações no corpo estão tão relacionadas com o surgimento de estigmas que as pessoas que engordam muito temem ser tratadas como se fossem outras pessoas.

O “bom ajustamento”, termo utilizado por Goffman (1988), exige que o estigmatizado, por mais paradoxal que seja, se aceite, alegre e feliz como igual aos normais, enquanto, ao mesmo tempo, se retire voluntariamente daquelas situações em que os normais considerariam difícil manter uma aceitação semelhante. Diz-se que se o estigmatizado adotar uma “linha correta”, termo também utilizado por Goffman (1988), ele terá boas relações consigo e será um ser humano completo, um adulto com dignidade e auto-respeito. É exatamente essa discussão que presenciamos na atualidade, pois algumas idéias (“*Só é gordo quem quer*” e “*No Pain, No Gain*”) já foram incorporadas pelo senso comum, na medida em que os indivíduos passam realmente a acreditar que certos sacrifícios valem a pena diante da situação na qual se encontram.

Esse “bom ajustamento” paradoxal se concretiza, portanto, ao dizer que o estigmatizado é igual a qualquer outra pessoa e que, ao mesmo tempo, ele não o é. Assim, mesmo que se diga ao indivíduo estigmatizado que ele é um ser humano como outro qualquer, diz-se a ele que não seria sensato tentar abandonar “seu” grupo ou encobrir seu estigma.

O indivíduo estigmatizado se vê numa arena de argumentos e discussões detalhadas referentes ao que ele deveria pensar de si mesmo, ou seja, à identidade de seu EU. Ele se vê, portanto, empurrado ininterruptamente em várias direções por profissionais que lhe dizem o

que deveria fazer e que definem o que o beneficia e o que o prejudica. Já se tornou comum ligarmos a televisão e lá estar algum médico ou nutricionista nos dizendo o que é bom e o que é ruim, o que é legítimo e o que é ilegítimo para a saúde. Da mesma forma, há profissionais de Educação Física ensinando os melhores exercícios para “definir” certas partes do corpo, algumas mais valorizadas socialmente, e há os esteticistas, assim como cirurgiões plásticos, apresentando as últimas novidades.

Nesse sentido, Costa (2005) afirma que as imagens corporais ideais, difundidas pelo discurso científico, principalmente o saber médico, e a mídia (em especial os mentores do marketing e da publicidade) têm como premissa a obsolescência programada do corpo. O sujeito deve estar pronto a querer possuir o corpo da moda, caso contrário será desvalorizado socialmente. A identidade corporal é, portanto, refém do imprevisível.

O futuro do corpo é cindido do passado e posto em suspenso, à espera da nova palavra de ordem da moda ou dos mitos científicos. O estigmatizado é exposto à mídia e suas diversas estratégias de comércio que vendem meios para corrigir seus problemas, ou seja, meios para emagrecimento. A angústia da situação os leva, portanto, a agarrar com todas as forças essas promessas “milagrosas”. Produz-se, portanto, insatisfação e receio contínuos com a auto-imagem corporal.

Podemos apresentar dois relatos, citados por Goffman (1988), dentre tantos, que ilustram bem essa insatisfação:

“Aquele pessoa no espelho não poderia ser eu. Eu me sentia por dentro como uma pessoa comum, feliz, saudável – não como aquele que eu via!” (p. 17).

“Eu me olhava no espelho e era tomada de horror porque não me reconhecia” (p. 18).

“[...] uma vez nós fomos fazer um trabalho e mandaram que a gente se olhasse no espelho, se visse como nós estávamos. Não foi só eu, mas outras pessoas também, caímos todos numa depressão. Ficamos muita arrasadas. A gente se ver como realmente nós somos num espelho mostrando a gente foi muito ruim. Nós nos sentimos péssimas. Você se sente muito mal mesmo. A minha vontade era nunca mais olhar para um espelho [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

Podemos, portanto, afirmar, sem grandes pretensões que várias pessoas gordas sentem-se assim. São pessoas que deixam de freqüentar determinados locais, vestir certas roupas e até evitar o contato afetivo-sexual em virtude do medo da rejeição do outro face a grande quantidade de gordura no corpo.

“[...] Eu tinha muita vergonha. As pessoas na rua te olham. Elas acham você estranha, feia, sei lá. Eu não sei o que passa na cabeça das pessoas. Se elas te vêem muito magra te acham muito feia. Se te vêem muito gorda também. Então eu tinha uma coisa. As pessoas me olhavam na rua e eu arrumava briga. Por que estavam me olhando? Eu xingava. Aí eu parei de sair de casa. Porque eu achava que na rua eu era motivo das pessoas me olharem, me criticarem [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

A característica central da situação cotidiana da vida do indivíduo estigmatizado é, nesse caso, a possibilidade de aceitação, isto é, os problemas causados pela não-aceitação. Diante da angústia provocada pelas situações nas quais o estigmatizado é exposto, principalmente diante da falta de aceitação social, ele procura ininterruptamente corrigir o seu problema. Não raro, os gordos se lançam em busca de cirurgias plásticas e bariátricas, exercícios físicos extenuantes e excessivos, dietas rigorosas e utilização de medicamentos para emagrecimento, sem prescrição médica. Em geral, esses recursos não provocam modificações significativas na vida dessas pessoas e os quadros clínicos de depressão aumentam.

Se a aceitação, conforme Goffman (1988) aponta, é uma grande questão para os estigmatizados, é porque eles se sentem inseguros em relação aos outros. O gordo está sempre inseguro em relação ao que pensam dele, como o receberão e como o identificarão. É freqüente o indivíduo gordo evitar certos grupos sociais a fim de evitar que seja estereotipado como “o gordo” ou “o gordinho”. Essa incerteza diante dos outros é ocasionada pelo fato que, intimamente ou não, os outros podem defini-lo em termos de seu estigma. Se ele é um bom profissional, um bom marido, uma boa esposa, bom pai, boa mãe, isso tudo é posto de lado diante da marca pejorativa da gordura que ele carrega.

Assim, Goffman (1988) afirma que surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que os outros estão “realmente” pensando dele. O estigma, portanto, tem como efeito afastar o indivíduo da sociedade e de si mesmo, de tal modo que ele acaba por ser uma pessoa desacreditada frente a um mundo não receptivo.

Além disso, o indivíduo estigmatizado também pode usar seu estigma como desculpa pelo fracasso em diversas áreas de sua vida (matrimonial, sexual, profissional, etc.). Goffman (1988) cita o exemplo de indivíduos que possuem certas marcas (lábio leporino, nariz disforme, etc.) e as utilizam como proteções contra a responsabilidade pessoal e social.

Entretanto, quando esse problema físico é corrigido, através de cirurgias, por exemplo, o indivíduo se encontra numa situação desesperadora, pois ele não está preparado para lidar com as distintas situações sociais sem sua “desvantagem”.

Em muitos casos surge, a partir disso, quadros de ansiedades, depressão, conversões histéricas, hipocondrias, entre outros. Da mesma forma podemos perceber que muitos indivíduos gordos, principalmente os obesos, utilizam sua condição física como pretexto para não conseguir um bom emprego, uma boa namorada(o), um bom cônjuge. O isolamento social passa a ser justificado pela presença da gordura. O próprio gordo se “vitimiza”. Um dos alunos do PEFAO-UERJ reconhece isso e afirma que o gordo, muitas vezes, adere a essa identidade de vítima:

“[...] O obeso é um conformado. Se você quiser ficar magro você consegue. Não adianta querer ficar sendo vitimizinha. Na verdade você diz que quer ficar magro, mas é uma pessoa conformada com a situação. Ele diz que corre atrás, mas não corre. Ano passado eu emagreci 30 kg sozinho porque eu quis. Eu estava com 140 Kg. [...] Naquele período que eu me propus a ser magro, eu fui magro. [...] Mas agora já voltei a engordar tudo de novo [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

É importante ressaltar que uma vez que em nossa sociedade o indivíduo estigmatizado adquire modelos de identidade que aplica a si mesmo a despeito da impossibilidade de se conformar a eles, é inevitável que sinta alguma ambivalência em relação ao seu próprio EU.

Nesse sentido, Goffman (1988) afirma que a pessoa estigmatizada incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular.

Há, portanto, diversas normas, inclusive, que podem desqualificar muitas pessoas, como as associadas com a beleza física que tomam a forma de ideais e constituem modelos a serem perseguidos, almejados e aspirados por todos. Por exemplo, num sentido importante há só um tipo de homem que não tem nada do que se envergonhar, que não carrega nenhum estigma ou característica pejorativa: um homem jovem, casado, pai de família, branco, urbano, heterossexual, cristão, com alta escolaridade, bem empregado, de bom aspecto e, atualmente, magro e “sarado”. É isso que se espera de um “bom” homem. Qualquer homem que não preencha algum desses requisitos será considerado, em algum momento da vida ou situação cotidiana, como indigno, incompleto e inferior. É nesse aspecto que Goffman (1988) afirma que onde há normas de identidade, sempre haverá estigmas.

Sendo assim, muitas pessoas procuram se ajustar a essas normas, até mesmo as considerando como “naturais” e não arbitrárias. Algumas dessas pessoas que conseguem se livrar de seus estigmas em razão de alguma manipulação da identidade, ou seja, algum recurso que as permite se libertar da marca social indesejável, podem ser aceitas pelos outros

como pessoas que alteraram a sua personalidade em direção ao aceitável. O indivíduo estigmatizado adquire um novo status, o status, finalmente, de normal.

Não raro, podemos observar que o gordo, para fugir do estigma, pode se tornar frequentemente o centro da atenção, isto é, aquele que reúne os outros num círculo participante a sua volta a fim de se tornar valorizado, aceito, reconhecido como alguém “de valor”. O gordo fraternal, para Goffman (1988), é um dos maiores exemplos. O gordo brincalhão torna-se o centro das atenções e a alegria de todos.

Para Fischler (1995, p. 71), esse gordo é “o homem roliço, extrovertido, dotado para as relações sociais, bancando voluntariamente o brincalhão, contando histórias no fim dos banquetes [...]”. Dessa maneira, o sofrimento por seu estigma fica reservado para seu foro íntimo.

A fim de compreender esse sofrimento, procuramos investigar o que os alunos do PEFAO-UERJ pensavam sobre sua própria imagem corporal. Alguns alunos consideram a beleza como uma harmonia que todos têm e precisam cultivar. As práticas de embelezamento seriam formas de cultivar a beleza que a pessoa já tem em si.

“[...] Faz parte do ser humano. Mas não podemos mudar o que somos. Podemos lapidar um pouco. Cortar o cabelo, fazer a barba e tal, mas o corpo é aquilo mesmo. Aquilo que a natureza deu a cada um. [...] Se ele é feio para um, é bonito para outro. Não sobra ninguém sozinho na face da Terra. Não existe só vermelho, existe verde, amarelo, todos fazem parte. [...]” (Jonh, 56 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

“[...] O interior das pessoas é uma beleza descomunal. O olhar das pessoas é uma beleza. São poucas pessoas que conseguem olhar pra você e conhecer você. Ser belo é ser sincero, inclusive consigo mesmo. A beleza é isso. [...] O meu marido é feio e eu acho ele belo. Ele é careca, barrigudo e eu acho ele belo [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses).

“[...] A beleza não está relacionada a magreza. A pessoa é bela porque é bela. É bonita porque é bonita né [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

Outros alunos afirmam que a beleza não tem valor sem a saúde.

“[...] Eu não tenho essa coisa de ficar magra não. Eu queria mesmo é ficar com a pressão estabilizada. O que adianta eu ficar magrinha com a pressão lá em cima? Ficar morrendo né. Aí não adianta nada né [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

Contudo, no geral, os alunos continuam reconhecendo que são discriminados por não serem belos e na maioria das vezes também não se consideram belos. Muitos reclamam da época em que eram magros e possuem um certo saudosismo.

“[...] Eu nunca fui gorda. Então isso me incomoda. Pensar em engordar já me deixa até mal [...]” (Rosana, 44 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 24 meses).

“[...] Antigamente eu era magrinha. Vou trazer a minha foto só pra tu ver. Eu era magrinha. Você nem vai me reconhecer. Quero emagrecer. Ter meu corpinho de antigamente. Quando eu olho aquelas roupinhas, poxa [...]” (Milena, 39 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] À medida que fico mais magra, todo mundo nota e diz que estou ótima, que estou melhor. A gente é mais elogiada. Quando você engorda ninguém fala nada. Todo mundo fica quietinho [...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

Por fim, há alunos que reconhecem que esse culto ao corpo da “moda” não deveria ser uma questão para eles. Em nossa pesquisa compreendemos que a procura por práticas corporais que possam levar ao emagrecimento rápido e a melhoras urgentes na estética são preocupações maiores para os indivíduos com obesidade muito elevada (mórbida), indivíduos solteiros e mais novos.

O estado civil e a idade influenciam de maneira importante na percepção que os alunos do PEFAO-UERJ possuem do próprio corpo no plano estético. Isto é, os alunos casados e com mais idade revelam menor preocupação em ter o “corpo da moda”. O aconchego proporcionado por um companheiro(a) e pelos filhos passa a se tornar algo mais relevante do que ter um corpo “sarado”.

“[...] Tem essa preocupação com a vaidade sim, mas é menos importante. De dez, apenas duas estão preocupadas com essa coisa da vaidade. Até mesmo pela nossa idade. As mais novas têm quarenta e poucos anos. Essa preocupação não é tão grande. [...] E você não admira uma pessoa durante trinta a quarenta anos por causa do corpo maravilhoso, porque o bumbum cai, a perna afina, o peito cai. O homem também, pois a barriga cresce, o peito também fica meio arriado. Tudo cai. A gravidade é inimiga dos humanos. [...] Quem tem mais de cinqüenta anos tem que ter preocupação com estética como consequência da saúde, mas não como objetivo primário. [...] O marido quer a mulher ou quer um peito duro? Ele que compre um peito duro né [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] A pessoa que é mais jovem quer perder mais peso do que quanto ela precisa. As pessoas de mais idade acham que não. Aqui o pessoal já entendeu que o objetivo não é estética. Diferente do grupo de servidores públicos que atendemos que se preocupam mais com isso. São pessoas mais

novas e mais preocupadas com isso [...]” (Rebeca, 24 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Se o corpo gordo é um corpo estigmatizado, e as pessoas no cotidiano o olham a todo momento e comentam sobre suas formas corpulentas, é de se esperar que os sujeitos com níveis maiores de obesidade apresentem maior insatisfação com a imagem corporal. Entretanto, ao longo dessa pesquisas compreendemos que embora a estética seja algo preocupante, ela não é o principal fator que os motiva a procurar este Projeto de Extensão. Tampouco a melhora na aparência física é considerada o principal fator para a realização assídua de práticas corporais no PEFAO-UERJ. Constatamos que alunos sem melhora significativa na aparência física ou na massa corporal podem continuar a realizar as práticas corporais de saúde no PEFAO-UERJ em virtude de outros benefícios, tais como a solidariedade estabelecida entre seus colegas de turma e a maior capacidade funcional para realizar atividades cotidianas.

Acreditamos, assim, que algumas atividades coletivas com indivíduos portadores de um mesmo estigma podem resultar em efeitos significativos, na medida em que o encontro de seus pares os permite vivenciar novas experiências construtoras de valores e produtoras de sentidos para além do desejo de emagrecimento. Experiências com Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Jogadores Compulsivos Anônimos e outras já se mostraram bem sucedidas com indivíduos estigmatizados.

Retondar (2004) realizou uma pesquisa com jogadores compulsivos de bingo e pôde perceber que esses indivíduos sentem-se no “fundo do poço”, com o sentido simbólico de “abismo” e de “descida até o inferno”. Entretanto, esse inferno, na maioria dos casos, é o próprio sujeito marcado pela degradação moral e social que ele mesmo se sujeita e é sujeitado pelos outros.

Há também, não podemos deixar de mencionar, inúmeras pessoas que ajudarão os estigmatizados. Em geral são pessoas compassivas e dispostas que adotam o ponto de vista dos estigmatizados e os consideram “normais”, apesar de sua aparência e de suas próprias dúvidas. O primeiro grupo de pessoas que podem ajudar os estigmatizados, segundo Goffman (1988), são outros estigmatizados que compartilham os mesmos medos, angústias e inseguranças frente ao mundo.

Nesse sentido, muitos indivíduos gordos conseguem um aconchego ao lado de outros que se encontram na mesma situação. Eles passam a compartilhar um sistema comum de valores, deixam de ser considerados indivíduos inexpressivos e passam a ser pessoas

inteligentes e valorizadas no seio do próprio grupo, independente de sua aparência física. São redes de ajuda mútua que criam novos laços sociais. Constitui-se uma nova ética da existência.

Os profissionais de Saúde do PEFAO-UERJ, por sua vez, se dividem no tocante à procura pelo Projeto de Extensão em razão da estética. Muitos reconhecem que a estética é algo realmente que preocupa essas pessoas, mas a maioria acredita - ou procura acreditar - que na fase atual da vida desses alunos, a estética ficou em segundo plano.

“[...] Eu não vejo isso não. Eu não acho que as pessoas se preocupam muito com estética. Acho que eles já passaram dessa fase de ficar pensando: Ah eu quero ficar magrinha, bonita [...]” (Léia, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Acho que eles não têm na cabeça essa coisa de grande resultado com estética. Nenhum deles está preocupado com essa coisa de ficar magrinho, sequinho. A preocupação deles é a qualidade de vida mesmo, independente do quanto eles vão perder de peso [...]” (Paulo, 46 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ)

“[...] o que eu observo não me parece uma preocupação. E se isso não é uma preocupação da equipe, conseqüentemente eles também não se preocupam em demasia com isso. A modificação da estética é conseqüência, e não objetivo do Projeto e nem dos alunos. E posso dizer com certeza, pois há alunas que eu entrevisto, mais de cem ao longo desses anos. E se dez disseram que entraram aqui com objetivos estéticos isso já é muito. A redução do peso é uma conseqüência a partir do momento em que a pessoa muda o estilo de vida. E com a redução do peso melhora a estética. Então a estética é conseqüência da conseqüência [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Eles não entram aqui buscando um mínimo de padrão de beleza. Eu acho que eles estão mais preocupados com o que está dentro deles do que o exterior. Eles se preocupam mais com o colesterol do que com o padrão de beleza [...]” (Daniele, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ)

Algumas vezes os profissionais de saúde do PEFAO-UERJ não acreditam que os alunos não valorizam muito a estética, pois os próprios profissionais parecem acreditar que mudanças significativas na estética não são possíveis a partir de um peso ou idade muito elevados. Inclusive utilizando argumentos fisiológicos para explicar que alterações fisiológicas - a partir de certa idade e estágio de sobrepeso - são muito difíceis, o que dificultaria muito a modificação acentuada do corpo “gordo” para um corpo “sarado”.

Em suma, é preciso compreender que a identidade social virtual e a identidade real são parte, antes de mais nada, dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao

indivíduo cuja identidade está em questão. Pode-se tomar como estabelecido, para Goffman (1988), que uma condição necessária para a vida social é que todos os participantes compartilhem um único conjunto de expectativas normativas, sendo as normas sustentadas, em parte, porque foram incorporadas.

Os normais seguem suas vidas evitando, sempre que possível, os estigmatizados. E isso é tão intenso que a simples previsão do contato os faz, estigmatizados e normais, se evitarem e planejarem o não-contato. Podemos citar, por exemplo, os obesos que evitam ir às festas, os homossexuais discriminados, os ex-presidiários que não conseguem empregos, etc.

A pessoa estigmatizada acaba se isolando e ficando deprimida, ansiosa e com outros problemas. A falta do intercâmbio social cotidiano com os outros traz constantemente esses problemas. Sobreviver ao estigma da gordura é um desafio que precisa ser vencido diariamente, pois o belo é uma fabricação sociocultural e não um dado imediato da natureza.

CAPÍTULO V – O *HABITUS* CORPORAL E OS CAMPOS DO *FITNESS* E DA QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

5.1. Introdução

O objetivo deste capítulo é apresentar e discutir brevemente os conceitos de *habitus* e de *campo* na teoria de Pierre Bourdieu, relacionando-os com a corporeidade dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Investigar os sentidos que esses sujeitos atribuem a determinadas práticas corporais de saúde implica pensar em que *campo* e de que formas essas práticas acontecem. As categorias de *habitus* e de *campo* de Bourdieu nos ajudam a compreender essas práticas, relacionando-as com seu meio sociocultural. Para isso, apresentaremos inicialmente uma discussão sobre o *habitus* do corpo gordo e, posteriormente, sobre o *campo* do *fitness* e o *campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida como microcosmos sociais autônomos e, em geral, antagônicos.

Sabemos que os valores, as crenças, os gostos, as percepções, os desejos e os pensamentos mais profundos se manifestam na forma de um conjunto de disposições e práticas corporais, ao que Bourdieu (1982, 1983) chamou de *habitus*. Por isso, os sujeitos são agentes que utilizam o corpo, isto é, expressam a corporeidade a partir de um sistema de preferências, de princípios, de estruturas cognitivas e de esquemas de ação que orientam sua percepção e seu fazer.

Ao observar, descrever e interpretar os gestos, as posturas e os movimentos corporais, podemos compreender melhor (mas não em sua totalidade) a realidade sócio-histórica desses alunos, que é constantemente interiorizada e internalizada no corpo. Esses corpos, portanto, exprimem uma linguagem, mesmo quando estão em silêncio. Os sujeitos portam mensagens e marcas sociais em seus corpos. Os padrões de alimentação, a prática regular de atividade física ou o sedentarismo se expressam no corpo.

Sendo assim, privilegiamos as categorias *habitus* e *campo* na teoria de Pierre Bourdieu porque as consideramos fundamentais para compreender quem são esses atores que procuram atividade física no PEFAO-UERJ, o que eles trazem de suas histórias de vida e porque permanecem nesse Projeto de Extensão.

5.2. O *habitus* do corpo gordo

Bourdieu (1983) ao definir o *habitus* como um conjunto de disposições duráveis adquiridas pela aprendizagem formal ou informal que funciona como um sistema de esquemas geradores de percepção, nos ajuda a compreender como os gestos corporais, as práticas esportivas e a utilização do corpo, em distintas situações, possui relação com a incorporação e a internalização de valores, gostos, crenças, desejos, pensamentos, percepções e disposições de certo meio sociocultural. O sujeito colabora, sem perceber, para reproduzir as propriedades do seu grupo social de origem e a própria estrutura das posições sociais.

O corpo gordo é capaz de expressar um *habitus*, isto é, um conjunto de condutas e comportamentos frente à atividade física e principalmente à alimentação. Os alunos do PEFAO-UERJ reconhecem a comida como fonte de prazer, ao mesmo tempo em que entendem que essa mesma comida é a principal responsável por deixá-los nessas condições. A comida assemelha-se aos “desejos da carne” para os cristãos. Isto é, ao mesmo tempo em que é fonte de prazer, é fonte de adoecimento, sofrimento e morte. Um dos alunos conta que bebia *Coca-Cola* todos os dias e comia salgados na rua, mesmo que estivesse indo ou saindo do almoço. Era um momento de grande alegria, embora ele reconheça que isso contribuiu para seu estado de sobrepeso atual.

A cada papel social que o obeso exerce, se desvela um conjunto orgânico de gestos, de mímicas e de posturas, ou seja, um sistema de regras profundamente interiorizadas que sem jamais serem expressadas em sua totalidade e de maneira sistemática organizam implicitamente as relações dos indivíduos pertencentes a um mesmo grupo social. Essas regras que determinam as condutas corporais dos sujeitos, e cujo sistema constitui a “cultura somática”, são o produto das condições objetivas na ordem cultural.

Nos estudos com grupos obesos, percebemos que a obesidade não se manifesta de forma aguda, pelo contrário, é uma condição que se “produz” durante anos a partir de comportamentos no lar e na rua. Ou seja, a alimentação exacerbada, em geral, é praticada por toda a família e se constitui como uma “tradição” ou “passatempo”. Temos exemplos de famílias que se reúnem aos domingos para juntas almoçarem. Nessas refeições, as pessoas tendem a ingerir duas a três vezes mais aquilo que seria necessário e adequado à saúde.

Isto nos evidencia que as práticas sociais, tanto alimentares quanto de atividade física, são estruturadas, isto é, apresentam propriedades típicas da posição social de quem as produz, porque a própria subjetividade do indivíduo está previamente estruturada em relação ao momento da ação. Cada sujeito, em função de sua posição na estrutura social, vivencia

experiências que estruturam internamente sua subjetividade, constituindo uma matriz de percepções que orienta e estrutura suas ações no mundo social frente à comida e ao exercício físico.

Por isso, o *habitus* do corpo gordo se apresenta como uma interiorização da objetividade social que produz uma exteriorização da interioridade. O modo de perceber, de sentir, de fazer, de pensar a alimentação e os exercícios físicos são adquiridos pela interiorização das estruturas sociais, que nos levam a agir de determinada forma em uma circunstância dada. Nesse sentido, o *habitus* funciona como esquema de ação e de percepção que, segundo Thiry-Cherques (2006), está sempre presente no corpo (gestos, posturas) e na mente (formas de ver, de classificar).

O *habitus* coloca a questão da centralidade do corpo como *locus* privilegiado de análise do sujeito social. O corpo é, portanto, o espaço de inscrição das regras familiares e de classe e do nosso imaginário social em relação à saúde, à beleza, aos alimentos, aos exercícios físicos, etc. Na nossa sociedade, o corpo é o suporte de uma construção identitária realizada pela estrutura social sobre a pessoa, a construção da qual o próprio indivíduo não é inteiramente sujeito (MONTAGNER, 2006).

O *habitus* enquanto forma incorporada se manifesta nos julgamentos portados sobre o corpo, tanto do ponto de vista da estética, dos cuidados do corpo e da alimentação. O corpo é um elemento central do sistema de disposições. O corpo é certamente um fator de permanência de identidade (*ele diz o que eu sou*) (DURET, ROUSSEL, 2003).

Bourdieu (1983) afirma que a relação com o próprio corpo, enquanto dimensão privilegiada do *habitus*, distingue as classes populares das classes privilegiadas, assim como no interior destas há diferentes estilos de vida que trazem distinção a certos membros. A relação instrumental com o próprio corpo, que se exprime em todas as práticas que têm o corpo como objeto ou questão de disputas (regime alimentar, cuidados de beleza, relação com a doença, cuidados com a saúde, escolha de esportes, etc.) expressa um *habitus*.

Para finalizar esta breve discussão teórico-conceitual sobre a categoria *habitus*, queremos ratificar a existência de um *habitus* do corpo gordo, o que nos permite pensar em uma sociologia do corpo, pois as lógicas sociais e culturais, ou seja, as próprias estruturas, se inscrevem no corpo. Como a corporeidade, segundo Le Breton (2006), é socialmente construída, podemos compreender os gestos corporais à luz da sociologia e da antropologia.

Dessa forma, pudemos observar e compreender que os alunos, ao chegarem ao PEFAO-UERJ, ainda não possuem um *habitus* de saúde e qualidade de vida próprio do *campo* no qual eles procuram agora se inserir. Mas essa adesão a um novo *habitus* e,

conseqüentemente, à entrada no *campo* lhe põe diante de conflitos, não sabendo se aceita ou não um novo modo de viver, caracterizado, principalmente, pela restrição de certos alimentos e pela separação de um tempo próprio do seu cotidiano para a prática regular de atividades físicas.

Durante as entrevistas em profundidade, os alunos sempre ressaltam a necessidade de muita força de vontade para mudar, para emagrecer e para se tornarem mais saudáveis. Isto porque o estilo de vida já está “enraizado”, “internalizado”, “incorporado” dentro de cada um. Comer uma fatia de torta de chocolate em vez de cinco fatias é algo muito doloroso segundo os alunos e requer uma mudança total na forma de ver e compreender o alimento. Podemos dizer que só com uma resignificação sobre o comer e sobre a saúde que os alunos conseguem iniciar a mudança de estilo de vida. É preciso que novos sentidos sejam atribuídos ao corpo e à saúde para que essa eles possam realmente mudar. Os professores do PEFAO-UERJ também concordam que é preciso muita força de vontade para emagrecer, pois os alunos trazem certos hábitos de sedentarismo e alimentares desde a juventude.

“[...] E não adianta a nutricionista preparar a dieta, nós as aulas e a psicóloga o tratamento se ele não faz nada. Nós orientamos, mas eles têm que ter força de vontade e querer mudar [...]” (Davi, 36 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Sendo assim, queremos afirmar, junto com Bourdieu (1982, 1983, 2005, 2007) que a interiorização dos valores, desejos e disposições próprias do meio de socialização, adquiridas pela aprendizagem, condiciona um conjunto de percepções e disposições para o pensar e o agir em relação à alimentação e à prática regular de atividade física. Essa é, portanto, a questão central apontada por Bourdieu quando nos aprofundamos no estudo do *habitus* corporal. O conjunto de comportamentos e gestos corporais expressam e manifestam um *habitus* dos sujeitos obesos. As próprias representações e percepções de saúde e de beleza se inscrevem no corpo e tornam-se elementos importantes para o olhar do cientista social.

5.3. O *campo* na Teoria de Pierre Bourdieu

Outra categoria que Bourdieu (2004) utiliza em sua teoria é o *campo*. Este diz respeito a certos microcosmos sociais nos quais determinados bens simbólicos são produzidos, consumidos, classificados e hierarquizados. *Campos* são, portanto, esferas autônomas da vida social que agem sobre os indivíduos com suas relações de poder simbólico, pois é fundado sobre atos de conhecimento e reconhecimento atribuídos pelos próprios indivíduos dentro do *campo*.

Para Acioli (2000), trata-se de pensar o *campo* como um espaço socialmente determinado, onde as posições dos agentes se encontram pré-definidas, apresentando-se como espaço de luta onde se expressam relações de poder, ao passo que o *habitus* conforma e orienta as ações nesse campo. O *habitus* sendo produto das relações sociais tende a assegurar a reprodução das relações objetivas no *campo* nas quais se originou.

O *campo* é tanto um “espaço de forças”, uma estrutura que constrange os agentes nele envolvidos, quanto um “campo de lutas”, em que os agentes atuam conforme suas posições relativas no campo de forças, conservando ou transformando a sua estrutura. Entretanto, os *campos* não são estruturas fixas, mas sim produtos da história das suas posições constitutivas e das disposições que elas privilegiam.

O que determina a existência de um campo e demarca os seus limites são os interesses específicos, os investimentos econômicos e psicológicos que ele solicita a agentes dotados de um *habitus* e as instituições nele inseridas (THIRY-CHERQUES, 2006). O interesse pela saúde e qualidade de vida definirão um conjunto de práticas e estratégias de ampliação ou restauração da saúde de forma holística, enquanto o interesse exacerbado pela estética definirá as táticas para aquisição do corpo “belo”.

A relação de interdependência entre o conceito de *habitus* e *campo* é condição para seu pleno entendimento. [...] uma relação dialética entre sujeito e sociedade, uma relação de mão dupla entre *habitus* individual e a estrutura de um *campo*, socialmente determinado. Segundo esse ponto de vista, as ações, comportamentos, escolhas ou aspirações individuais não derivam de cálculos ou planejamentos, são antes produtos da relação entre um *habitus* e as pressões e estímulos de uma conjuntura. [...] Para Bourdieu, a maior parte das ações dos agentes sociais é produto de um encontro entre um *habitus* e um *campo* (conjuntura). [...] O *habitus* é um estoque de disposições incorporadas, mas postas em prática a partir de estímulos conjunturais de um *campo* (SETTON, 2002, p. 64-65).

Identificamos que o profissional de Educação Física, em geral, atua em quatro

campos: *Campo* do Fitness, *Campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, *Campo* da Educação Física Escolar, *Campo* do Alto Rendimento¹⁰. Cada *campo* possui seus agentes específicos e seu *habitus*. Assim como suas estratégias de concorrências, suas relações de poder, que tendem à conservação ou à subversão. Isso não significa que a saúde e a qualidade de vida estejam presentes apenas no *campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. A saúde está presente em todos estes campos, mas, na maioria das vezes, assume significados distintos.

Nesse sentido, a categoria *campo* merece atenção redobrada, pois são microcosmos autônomos no interior do mundo social que se caracterizam por agentes dotados de um mesmo *habitus*. Queremos portanto afirmar que há um campo do *fitness* (que estrutura um *habitus* do fitness) e um campo da *promoção da saúde e qualidade de vida* (que também estrutura um *habitus* próprio) que se constituem a partir de formas específicas de capitais: a aparência física, a beleza, o bem-estar, a pressão-baixa, a glicemia controlada, o baixo peso, etc.

¹⁰ O Campo da Educação Física Escolar e o Campo do Alto Rendimento não serão discutidos neste trabalho.

5. 4. O *campo* do Fitness

Bourdieu (2004) afirma que os agentes de um campo possuem um mesmo *habitus* que podem levá-los a reforçar ou resistir às forças do campo. Os indivíduos envolvidos nesses *campos* passam a lutar pelo controle da produção e pelo direito de legitimamente classificarem e hierarquizarem os bens produzidos.

No *campo* do *fitness*, há os “bons” exercícios físicos (musculação, spinning, jump, ginástica localizada, aero boxe, etc) e os “maus” exercícios (próprios dos feios, fracos, molengas, gordos, incapazes), tais como: hidrogenástica, caminhadas, alongamento, entre outros. Da mesma forma, há o uso legítimo do corpo (valorizado pelo *fitness*) e o uso ilegítimo do corpo (o gordo).

Nesse *campo*, grande parte dos sujeitos matriculam-se em academias de musculação e ginástica e passam a cultivar o corpo a fim de adquirir recompensas sociais, via modificações estéticas. Nesse sentido, Luz (2005a, p. 107-108) afirma que a prática de atividades físicas, atualmente, nas academias:

[...] é estreitamente ligada à estética do corpo individual, e visa a “modelar” os corpos dos indivíduos para que eles adquiram uma forma condizente com as rigorosas normas de beleza da cultura fisicalista em voga. Não se trata mais apenas de equilibrar mente e corpo na busca do equilíbrio-saúde, mas de fortalecer e tornar aparentes certos tecidos do corpo, “desenhando” músculos, “levantando” seios e nádegas, tornando fortes músculos e tendões, modelando assim uma imagem de saúde que associa força, juventude e beleza. A prática sistemática de exercícios repetidos em ritmo acelerado, frequentemente acompanhados por música coerente com tais ritmos, visando a pôr “em forma” o corpo, caracteriza esse conjunto de exercícios físicos como um movimento regido pela estética na cultura atual.

O corpo no *campo* do *fitness* é transformado em objeto descartável, passível de ser consumido e substituído. O fetichismo da mercadoria e a lógica do consumo se inscrevem no próprio corpo. As academias de musculação, para Sabino (2002), surgem como usinas de produção da forma, fabricando corpos para serem consumidos pela lógica do mercado. São espaços físicos onde se produz um *campo* do *fitness*. É ali que esse *campo* é gerado, produzido, difundido e valorizado pelos seus agentes. Os “Templos de Apolo” do século XXI tornam o corpo uma máquina que deve ser sempre aperfeiçoada.

“Faz parte da minha vida como comer e respirar. Não dá pra ficar sem. [...] Passei um mês em São Francisco e me matriculei numa academia de lá. De manhã meu namorado ia

passar e eu ia malhar” diz M.L., demonstrando que o *campo* do *fitness* ultrapassa as fronteiras nacionais. É preciso treinar o corpo de segunda a segunda, não importando em que continente, ou horário. Sempre há uma academia onde é possível treinar os músculos. Não importam as limitações, é preciso se dedicar ao máximo caso queira ter o corpo da moda nesse *campo*. A designer C. F., mesmo com a clavícula fraturada em um acidente, continuou a realizar seus treinamentos e diz: “*Não respeito nem médico nem treinador. Quanto se está no meio do processo de treino, você quer mais. É viciante*” (VEJA, 2008).

Para Vaz (2003), as academias de ginástica e musculação podem ser comparadas aos *shoppings centers*. Assim como os *shoppings centers* são os templos do consumo, as academias de ginástica e musculação são os templos de domínio e sacrifício do corpo. Como nos templos religiosos, elas exigem vocabulário, hierarquia, roupagem, gestos, sons, gostos, e odores muito próprios, assim como as orações sempre repetidas e as penitências peculiares. Possuem também os seus confessionários e lugares de contrição, de onde nada pode escapar desconhecido: as balanças e os espelhos. Não é à toa que os obesos são estigmatizados, quando não excluídos do *campo* do *fitness*.

“[...] Academia, por exemplo, só tem espelho. É um produto voltado para você ficar sarada. E você sem perceber começa a fazer parte daquele contexto. Fica se olhando no espelho e só fala disso. É um mundo sem cabeça e sem espírito. Mas aqui não tem isso. Você fica em contato íntimo com as pessoas que possuem o mesmo problema. É a questão da obesidade. Uns mais obesos, outros menos. A visão é diferente [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses)

“[...] A Academia tem aquelas pessoas saradonas, é cheia de espelhos. Aumentaria a responsabilidade deles de perder peso. Aqui eles perdem peso de uma maneira mais leve. Pelo gostar de estar aqui. Uma aula com coreografia, de dança. Eles se amarram. É aquele negócio de estar feliz por estar ali e não de ficar se olhando no espelho [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

O obeso é excluído do *campo* do *fitness* por não possuir o padrão hegemônico de beleza. Nesse campo ele é um agente subversivo que chega, inclusive, a trazer horror aos agentes do campo. O obeso carrega no seu corpo o extremo oposto daquilo que os agentes desse campo estão procurando eliminar: a gordura. Esta representa a sujeira, a impureza, o profano. Ao mesmo tempo, os músculos representam aquilo de mais desejável, de mais belo, sagrado, por excelência. Isso tem levado pessoas com sobrepeso ou obesidade a procurarem outros locais para praticarem atividade física a fim de que possam emagrecer. O mercado e a mídia difundem a todo instante que é preciso praticar atividades físicas regulares para o

emagrecimento. Este visto como o objetivo supremo para uma “boa” saúde.

Sabino (2005), ao realizar observação participante em diversas academias no Rio de Janeiro, pôde constatar a valorização dos fortes e “sarados”, considerados sadios, enquanto os corpos gordos são depreciados, considerados ora frágeis, ora doentes. Enquanto o “marombeiro” desfruta da sociabilidade alcançada pelo seu corpo, considerando sua posição no *campo* por intermédio das interações sociais, os gordos constituem sua posição de fracos, doentes e feios.

Em outro trabalho mais recente, Sabino e Luz (2007) nos mostram que a imagem de força, beleza e juventude é, nas academias, sinônimo de saúde, ou melhor, “a saúde está submissa à estética, o que significa que estar fora dos padrões de beleza do grupo e de suas práticas, é estar sem saúde e excluído de sua convivência [...]” (p. 65).

Assim, os alunos com sobrepeso ou obesidade tendem a rejeitar as academias como locais de promoção de saúde e qualidade de vida, pois os valores, sentidos, significados e representações de saúde não preenchem o vazio de sentidos que ronda suas vidas em virtude do estigma da gordura. Eles são considerados agentes subversivos no *campo* do *fitness* ao não reproduzirem o *habitus* desse *campo*. Mesmo que possa existir promoção da saúde e qualidade de vida nas academias de ginástica e musculação, os alunos obesos não consideram estes locais como ambientes para expandir ou recuperar sua saúde.

Se há agentes ou grupos que definem o uso legítimo do corpo, a partir da concentração de capitais econômicos, sociais e culturais num mesmo *campo*, há também grupos dominados que aceitam, até mesmo inconscientemente, essa legitimidade e corroboram para perpetuar essa “boa utilização do corpo”, produto de um arbitrário cultural. É nesse sentido que podemos afirmar que há uma violência simbólica, interiorizada pelos próprios dominados, no *campo* do *fitness*. Queremos ressaltar que o *campo* do *fitness* é produto e produtor de violência simbólica ao excluir os obesos e produzir estigma.

A categoria “violência simbólica” surge, então, para Bourdieu, a fim de compreender os mecanismos sociais que fazem com que os indivíduos vejam como “natural” as representações ou as idéias sociais dominantes. O arbitrário cultural é transformado em “natural”, o que ele chama de “eternização do arbitrário” (BOURDIEU, 2007, p. 78). Trata-se de entender a beleza hegemônica do *campo* do *fitness*, difundida também pelo mercado, pela mídia e pelas biociências, como “a beleza”, ou seja, universal, ontológica e necessária.

O *campo* do *fitness* é, portanto, um lugar de lutas simbólicas, lugar de concorrências de forças e estratégias de grupos sociais que tem por objetivo transformar ou conservar as próprias relações de força existentes nesse campo. A dominação dos corpos se exerce através

dessa violência simbólica porque ela está dentro de nós (de nossas mentes). Os próprios gordos incorporam a visão dos magros. Os gordos aplicam categorias construídas do ponto de vista dos magros às relações de dominação, fazendo-as assim serem vistas como naturais.

Quando os dominados aplicam àquilo que os domina esquemas que são produto da dominação ou, em outros termos, quando seus pensamentos e suas percepções estão estruturados de conformidade com as estruturas mesmas da relação da dominação que lhes é imposta, seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, de submissão (BOURDIEU, 2007, p. 22).

Podemos perceber isso no campo do *fitness*, ao observarmos o comportamento dos agentes sociais. A todo momento esses agentes elegem certos critérios de saúde como lícitos, legítimos e verdadeiros. Em contrapartida, os agentes que não conseguem (ou não querem) reforçar esse *habitus*, passam a ser identificados como estranhos ao *campo* e, mesmo incapazes, de nele permanecer.

Vale ressaltar que a violência só é simbólica porque se fundamenta num poder simbólico. Bourdieu (2005), nesse sentido, esclarece muito bem o que ele entende por poder simbólico. O poder é simbólico porque o que está em jogo não é somente a dimensão material ou financeira, mas o reconhecimento dos pares na tomada de decisão e a importância do indivíduo no seu *campo* de atuação. Ou seja, o poder é simbólico porque remete a um status em seu *campo* de atuação, remete, portanto, à localização do sujeito em seu *campo* de atuação.

É ao reconhecimento da superioridade dos magros, fortes e “sarados” que os gordos se sujeitam na ditadura da beleza que confere legitimidade (poder simbólico) ao corpo “sarado” como o corpo bom, belo e saudável. Os indivíduos com sobrepeso ou obesidade muitas vezes se auto-depreciam e tratam os “sarados” como ícones, exemplos de vontade e perseverança no cuidado com o corpo e no embelezamento de si. Por isso, Bourdieu (2005) afirma que esse poder simbólico se exerce de maneira invisível com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem.

Nesse sentido, todos os agentes querem essa saúde ou essa beleza valorizada pelo *campo* do *fitness*. A saúde se torna então uma utopia, ao mesmo tempo universalista e fragmentária. Ter saúde, ou conseguir saúde (no *campo* do *fitness*) tornou-se um mandamento, um paradigma universal. Para Luz (2005a), pessoas de todas as idades, gêneros, classes sociais e ocupações estão aderindo a essa busca pela saúde perfeita.

Essa universalidade do paradigma ou utopia da saúde pode ser constatada na tendência

atual de ressignificar atividades anteriormente vistas na sociedade como atividades lúdicas de jogo ou lazer, esporte ou recreação, ou ainda estéticas, ou mesmo eróticas, como atividades de saúde. O esporte, a dança, o namoro, as relações sexuais, o alimentar-se, o dormir, o caminhar, o trabalhar, enfim, tudo está sendo considerado como prática de saúde. Não é raro abrirmos revistas e encontrarmos reportagens sobre a quantidade de calorias que se perde ao beijar alguém, ou até mesmo ao dormir. A todo momento somos convocados a perder calorias. Surgem as Dietas do Sono, Dietas da Lua, Dietas do Beijo, dentre outras.

Com isso, a escolha da atividade física no *campo* do *fitness* depende não apenas de vocações, talentos e autonomia individual, mas principalmente do capital econômico, social e cultural dos agentes desse *campo*. Há, portanto, atividades dos belos e fortes, os “Apolos do Século XXI” (a musculação) e as atividades dos fracos: as caminhadas, as atividades lúdicas e de cooperação. Estas são eliminadas por completo do *campo* do *fitness*.

Busca-se nas atividades físicas nas academias um individualismo competitivo por formas corporais perfeitas que garantem um status nesse *campo*. O *habitus* dos agentes se baseiam no comportamento ascético e na meritocracia. Ou seja, é preciso renunciar tudo aquilo que pode comprometer o rendimento físico e a estética, pois aqueles que o fizerem serão privilegiados com seus “lindos” corpos de Apolo. As práticas corporais de saúde são tão mais valorizadas socialmente na medida em que legitimam uma certa visão do corpo, própria dos agentes dominantes do *campo*, e é menos apreciada conforme se afasta dessa visão.

Sendo assim, podemos concluir, como Bourdieu (1983), que em relação ao uso do corpo, seria fácil mostrar que os diferentes grupos sociais não concordam a respeito dos efeitos esperados pelo exercício corporal, efeitos sobre o corpo externo como, por exemplo, a força aparente de uma musculatura visível, preferida por uns, ou a elegância, a destreza e a beleza, escolhidas por outros, ou efeitos sobre o corpo inteiro, como a saúde, o equilíbrio psíquico, etc.

Todavia é o entendimento de que as práticas corporais são valorizadas pelo poder simbólico que elas trazem, isto é, pelo reconhecimento dos seus pares, que nos faz compreender o corpo “sarado” como desejável e o corpo gordo como indesejável. Assim, os diferentes grupos sociais, como os obesos, têm expectativas muito desiguais em relação aos lucros ‘intrínsecos’ (reais ou imaginários, pouco importa, pois são reais enquanto desejados) que são esperados para o próprio corpo.

Como as pessoas obesas são mal-vistas e rejeitadas no *campo* do *fitness*, lhes resta a possibilidade de tentar fazer exercícios em casa. Entretanto, essa estratégia se mostra falha e insuficiente, na medida em que a perda de sentidos e a demanda por práticas corporais de

saúde implica no restabelecimento de novos laços sociais com outras pessoas que possam lhes ajudar a enfrentar o estigma da gordura e o sofrimento diante do isolamento sócio-afetivo. Sendo assim, uma minoria consegue sair de casa e procurar um *campo* que compreenda a saúde para além dos valores de juventude, beleza, competição, individualismo e sucesso pessoal. Este *campo* é aquele que podemos chamar de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.

5.5. O campo da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida

“[...] Aqui é muito diferente da academia. Tenho certeza. O espaço, a mentalidade, os professores e os alunos são todos diferentes de academia. Tudo é diferente. Você interage com os alunos, mas não através de anabolizantes ou coisas parecidas. Você cria vínculos. Você cria amigos. E isso eu gosto. Dessa proximidade. Aqui não tem aquela rigidez em relação a academia. Em academia não pode conversar, não pode sentar. E aqui é diferente. Você pode conversar, interagir. É muito mais dinâmico” [...] (Michel, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Gosto muito da parte dos exercícios. Gosto de tudo. Dos exercícios, das brincadeiras. Nada disso tem na academia. É tudo individualizado lá. Você não encontra as mesmas pessoas [...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

Esses breves relatos nos mostram que os alunos obesos do PEFAO-UERJ estão inseridos em outro campo, distinto do *campo* do *fitness*. O *campo* da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida a que nos referimos não estabelece uma homogeneidade com o *campo* do *fitness* na medida em que se referem a diferentes modalidades de ação e de discurso.

O *campo* da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida é reforçado por um *habitus* específico de valorização da saúde como vitalidade, equilíbrio e harmonia. Saúde aqui é o bem-estar geral. Certas condutas e comportamentos precisos de cuidados com o próprio corpo e com o corpo do outro são adotados nesse *campo*. A ética estabelecida e partilhada pelos agentes desse *campo* privilegia o cuidado, o vínculo, a ajuda - mútua e o aumento da vitalidade.

O corpo, portanto, está no centro da experiência de grupo como mecanismo ao mesmo tempo de interiorização (incorporação de valores) e de exteriorização das disposições adquiridas. Por isso, o *habitus* desse *campo* nos permite elaborar homologias entre o corpo gordo e o social.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) desde 1978 têm elaborado espaços de discussão sobre a Promoção da Saúde. As conferências estão listadas abaixo:

- 1) 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata (Cazaquistão) em 1978. Conhecida como Conferência de Alma-Ata;
- 2) 1ª Conferência de Promoção da Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde em Ottawa (Canadá) em 1986. Conhecida como Conferência de Ottawa;
- 3) 2ª Conferência de Promoção da Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde em Adelaide (Austrália) em 1988. Conhecida como Conferência de Adelaide;
- 4) 3ª Conferência de Promoção da Saúde realizada pela Organização Mundial de

Saúde em Sundsvall (Suécia) 1991. Conhecida como Conferência de Sundsvall;

5) 4ª Conferência de Promoção da Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde em Jakarta (Indonésia) em 1997. Conhecida como Conferência de Jakarta;

6) 5ª Conferência de Promoção da Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde na Cidade do México em 2000. Conhecida como Conferência da Cidade do México;

7) 6ª Conferência de Promoção da Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde em Bangkok (Tailândia) em 2005. Conhecida como Conferência de Bangkok;

Independente da posição ideológica que os grupos sociais possuem em relação à saúde, precisamos reconhecer que espaços internacionais de discussão da Promoção da Saúde revelam a importância deste tema para a cotidiano das populações, em especial, dos países periféricos. O entendimento da saúde como um direito do cidadão foi uma grande vitória, mesmo diante dos órgãos neoliberais e do mercado que compreendem a saúde como um serviço, uma mercadoria. As discussões procuram reconhecer e ressaltar que as estratégias de promoção da saúde não são limitadas a problemas específicos de saúde ou a certos tipos de comportamentos. Isto é, a Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida estão relacionadas à violência urbana, aos problemas ambientais, à poluição, às políticas públicas educacionais, a legislação e ao não cumprimento da mesma.

O *campo* da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida incorpora, portanto, elementos que vão além do modelo biomédico centrado na saúde-doença. Promover estilos de vida saudáveis, desenvolver políticas públicas de saúde integradas e atuar fortemente na prevenção são medidas a fim de fugir do reducionismo da saúde como ausência de doenças. A qualidade dos atendimentos aos pacientes e as estratégias de prevenção de doenças crônicas estão no centro das discussões por uma melhora da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

O Ministério da Saúde no Brasil também avançou nessa discussão ao conceituar Qualidade de Vida como a condição em que é possível de forma subjetiva e global, a satisfação de um indivíduo em relação ao seu estado de saúde, com base em critérios fundamentais estipulados no âmbito da saúde. A qualidade de vida possui relação direta com a satisfação do usuário e suas expectativas em relação à atenção à saúde (BRASIL, 2006).

No *campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, não se procura exaltar as imagens das *top-models*, das modelos cinematográficas ou dos *reality shows*, fixando os corpos magros que nutrem um ideal da magreza, contribuindo às vezes para o desenvolvimento de patologias tais como anorexia nervosa nas adolescentes ou os regimes excêntricos. Não se trata do culto da excelência e da performance, característica do mundo atual, como nos diz Fournier (2002, 2004).

Para Pires (2005), o corpo se tornou o grito da moda. Estamos projetando-o com todos os tipos de combinações de textura, cores, tons e luminosidade. Todos estão recorrendo às alterações corporais estéticas, incorporadas pela moda, que buscam tornar os corpos diferentes do que são e semelhantes ao padrão de beleza estabelecido. O objetivo é eliminar os “erros” da natureza através de toda sorte de técnicas e tecnologias disponíveis. Com elas, os processos biológicos deixam de ser terminantemente estabelecidos, imutáveis, previsíveis, e tornam-se passíveis de alterações e de interferências, executadas, em geral, com objetivos estéticos. Da mesma forma que a racionalidade médica científica moderna procura descobrir as “leis da natureza” para conhecer as doenças e produzir os fármacos necessários, a beleza torna-se uma condição da natureza que carece de intervenção.

A promoção da saúde e a qualidade de vida, diferente do *campo* do *fitness*, fundamentado no paradigma da biomedicina, afirma que a saúde se refere a um corpo que é simbólico, no qual está inscrito uma regulação cultural sobre a saúde, bem como ideais estéticos e terapêuticos. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anatômica, constituída por mecanismos morfo-fisiológicos e por partes que devem ser ajustadas a fim de garantir o estabelecimento de padrões estéticos socialmente valorizados (BIRMAN, 2005).

O *campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida rejeita essa idéia de saúde submissa à estética. A saúde é vitalidade e harmonia. Da mesma forma, a extensão e a revitalização da saúde se identificam com a ludicidade, com a alegria, com os laços sociais e redes afetivas. Abaixo estão alguns relatos dos alunos e dos profissionais de saúde do PEFAO-UERJ que nos ajudam a compreender a Promoção da Saúde e a Qualidade de Vida:

“[...] Nossa, fiz muitas amigas. [...] a gente sai da aula e toma cafezinho. Quando tem aniversário nós vamos para barzinhos. E em grupo assim você faz os exercícios. O grupo te puxa. Em casa você fica acomodado vendo televisão, lendo livro, lendo jornal. E não faz exercícios. Se eu ficar em casa não vou me preocupar comigo. Mas aqui eu me preocupo com minha saúde mesmo [...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] Acho que não existe milagre. Mas mesmo sem emagrecer a questão de saúde é muito importante. Às vezes as pessoas acham que emagrecer é o fundamental, mas não acho isso. É claro que você tem que emagrecer para baixar seus índices, mas fazer exercício melhora sua qualidade de vida. É possível ser obeso e ser saudável. É claro que a obesidade está associada ao colesterol elevado e à pressão elevada. Mas as minhas taxas podem ficar normalizadas. A felicidade não tem a ver com o corpo. É um estado interior. Eu mesmo obesa já tive momentos felizes [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses).

O *campo* da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida é então aquele que procura enfrentar os múltiplos problemas de saúde, de adoecimento e de sofrimento a partir de formas diferentes do reducionismo biomédico do conhecimento das patologias.

“O objetivo desse Projeto é melhorar a qualidade de vida da pessoa. A gente não promete um verão magrinho como nas propagandas da televisão. Mas a gente promete uma melhoria na qualidade de vida. [...]. A qualidade de vida é permitir que o aluno viva dentro de suas possibilidades e de suas limitações. Viver bem e viver por mais tempo. Se sentir feliz com você mesmo. Que eles consigam fazer as coisas com mais independência. Tem relatos do tipo: meu remédio reduziu. Agora estou conseguindo subir escadas. Agora não sinto aquelas dores na perna [...].” (Paulo, 44 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] O objetivo do Projeto é melhorar a qualidade de vida das pessoas. Eu sei que o conceito de qualidade de vida é muito amplo e varia conforme as pessoas. Mas no todo eu acho que a equipe pensa bem próxima. Mas isso não interfere na qualidade do trabalho [...].” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] É uma relação entre bem-estar físico, mental e social. Saúde está relacionada a perder peso. Mas não é só isso. Estando no Projeto mesmo sem perder peso, ele está adquirindo saúde [...].” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Buss (2000) argumenta que a Promoção da Saúde deve levar em consideração um conjunto de valores: solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, educação. Nesse sentido, a concepção de saúde é identificada como um bem-estar completo e não apenas como ausência de doenças. A intervenção nesse *campo* não busca apenas diminuir os riscos de contrair certas doenças ou estados enfermos, mas sim de aumentar as chances dos sujeitos viverem com mais qualidade e mais autonomia.

Vale ressaltar, que essa representação de saúde no *campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida não pode ser confundida com o que o mercado, na maioria das vezes, tem chamado de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Segundo Minayo et al (2000), o mercado preconiza a Saúde e a Qualidade de Vida a partir de certos valores que não estão acessíveis a grande parte da população. São eles: conforto, boas refeições, viagens, carro, televisão, telefone, computador, *ipod*, consumo de arte e cultura, riquezas, produtos da moda, entre tantos outros. Dessa maneira, o mercado influencia a visão de saúde como uma mercadoria que pode ser adquirida a qualquer momento no mundo globalizado. Cria-se e difunde-se uma ideologia de saúde.

O que propomos chamar de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida é o bem-estar geral do sujeito a partir da expansão da sua vitalidade nas práticas terapêuticas (corporais ou

não) demandadas no seu cotidiano. Isto é, a possibilidade de usufruir de políticas públicas de saúde que tenham compromisso com o aumento da sua potência de vida e não apenas o aumento de sua “produtividade”, como o faz muitas vezes o mundo capitalista neoliberal. A compreensão da existência de um *campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no PEFAO-UERJ se deu a partir da análise das entrevistas realizadas com todos os alunos e profissionais de saúde imersos nesse campo. Os dados empíricos nos propiciaram essa interpretação.

Procuramos ressaltar neste capítulo que há um *campo* do *fitness* e um *campo* da Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, que ora se afastam, ora se aproximam. Os sujeitos com sobrepeso ou obesidade apresentam um *habitus* que se manifesta no comportamento em relação aos alimentos, à atividade física, à saúde e à estética. E esse *habitus* estrutura sua ação e percepção nesse *campo*.

Procuramos também relacionar o conceito de *habitus* com o corpo, pois os gestos, as técnicas, as posturas e as condutas corporais exibem uma linguagem, ou seja, a existência de uma gramática corporal que é produto de uma socialização específica. O desafio que temos é o de investigar as práticas corporais, e portanto sociais, dos agentes com sobrepeso e obesidade num campo, a fim de olhá-las por dentro, conforme aponta Acioli (2000), para que possamos compreender as ações intrínsecas a essas práticas. Trata-se de um esforço teórico-metodológico para compreender e interpretar a relação natureza/cultura que se manifesta no agir corporal.

CAPÍTULO VI – A PATOLOGIZAÇÃO DO CORPO GORDO: SERIA O GORDO UM ANORMAL?

Ao escrever *O normal e o patológico* em 1943, Georges Canguilhem nos ajuda a compreender que a relação entre saúde e doença não é quantitativa. Canguilhem irá problematizar a idéia, presente em Broussais, Comte, Bernard e outros, de que o patológico seria uma mera modificação quantitativa do normal. Para isso, ele escreve a primeira parte do seu trabalho com o título de “*Seria o Estado Patológico Apenas uma Modificação Quantitativa do Estado Normal?*” A doença, para Canguilhem, é uma nova forma de estar no mundo, logo é uma modificação qualitativa, implicando, portanto, em um valor. O critério quantitativo para diferenciar o normal e o patológico torna-se, portanto, insuficiente.

Canguilhem (2006) também nos mostra que todo fenômeno vital exhibe normatividade. Apenas o que não é vivo não é capaz de produzir normas para si. O ser humano como um ser normativo é capaz de atribuir normas para si sempre que for exigido, ambientalmente, para isso. Sendo assim, nós modelamos nossas relações com o meio conforme as exigências desse próprio meio. As práticas terapêuticas e corporais, devem, nesse sentido, se concentrar em ampliar a normatividade dos indivíduos. Sendo assim, nós modelamos nossas relações com o meio conforme as exigências desse próprio meio. Daí, por exemplo, o conceito de “*homeostase*”¹¹ tão freqüente na fisiologia.

Canguilhem procura definir as condições de possibilidade de uma individualidade biológica, a partir da experiência da doença, enquanto analisa criticamente a teoria médica e a biológica, posicionando-se contra o dogma positivista da doença e afirmando a distinção qualitativa entre saúde e doença, entre normal e patológico. O organismo é considerado uma totalidade, já a doença é vista como a expressão de um novo comportamento orgânico, é criação de uma nova norma (SOARES, CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Vale ressaltar que Canguilhem elabora uma crítica à possibilidade de uma saúde perfeita, sem doenças, típica da contemporaneidade. A saúde perfeita, portanto, não passa de um mito (SFEZ, 1996; CARVALHO, 1998). A saúde, para Canguilhem, existe quando um ser vivo possui condições de ficar doente e de novamente ficar são. Só se é saudável quando se pode ficar doente.

Essa crítica à saúde perfeita torna-se relevante nesse trabalho, na medida em que um dos nossos interesses é criticar o modelo de saúde perfeita do sujeito contemporâneo que tem

¹¹ Homeostase é o equilíbrio interno dinâmico, e não apenas estático, do organismo em exigência às modificações ambientais. Para mais informações: Astrand et al. (2003); Mcardle et al. (2003); Guyton e Hall (2002); Silverthorn (2003).

causado sofrimento e adoecimento face ao fracasso na busca pela “perfeição corporal”. Modelo este que valoriza um corpo magro, sem erros, sem escoriações, sem falhas, sem imperfeições. Essa obsessão pela saúde e compulsão pelo corpo “sarado” não amplia a normatividade dos indivíduos, mas cria um constrangimento cada vez maior da normatividade.

Poli Neto e Caponi (2007) em um trabalho recente chamam nossa atenção para o surgimento de uma “Medicina da Beleza” que torna a aparência física o seu objeto de estudo privilegiado. Essa “nova” medicina coloca as variações relacionadas à aparência física em termos de normalidade e patologia do ponto de vista biomédico. A imagem do corpo modificado pela Medicina da Beleza ascende à condição de normal. O belo se torna o normal, e o feio o patológico.

Diante disso, a pergunta que motivou esse capítulo é: seria o gordo (o obeso) um anormal? Procuramos elaborar uma discussão a fim de evidenciar que o gordo não é anormal, mas sim um indivíduo que precisa ampliar sua normatividade para viver uma vida mais saudável e, talvez, mais isenta das pressões midiáticas.

Para Silva (2005), Canguilhem em *O normal e o patológico* desmonta o dogma, bastante difundido no século XIX, de que haveria uma identidade real dos fenômenos vitais normais e patológicos e que as diferenças entre um estado e outro seriam apenas quantitativas. Dogma esse que, por sinal, influenciou significativamente a medicina e a psicologia.

Putini (2007) afirma que desde o século XIX tomava-se pela designação de patológico uma mera variação quantitativa do normal. É nessa dimensão quantitativa que se autoriza a intervenção médica na atividade terapêutica. A racionalidade médica ocidental, descrita por Luz (2005), fundamentada no paradigma da biomedicina (medicina moderna ocidental), identifica o corpo como uma máquina composta de peças ou partes articuladas e procura sempre restituir as variações quantitativas do corpo. Tal paradigma não se esgota na prática médica, mas já se perpetuou no campo da Educação Física, pois o corpo, em especial nas academias de musculação, é visto como uma máquina que se conserta aos poucos.

Para Le Breton (2002, 2003), essa comparação do corpo a máquinas é a expressão dos valores da modernidade que foram atribuídos ao corpo. O corpo passou a ser identificado como uma máquina falha, que envelhece e comete erros, precisando, assim, de consertos. O paradigma da medicina moderna trata o corpo como um conjunto de órgãos que precisam de regulações a todo momento para não falharem.

Canguilhem escolhe duas abordagens como desconstrução teórica, hegemônicas desde o século XIX: a de Augusto Comte e a de Claude Bernard.

Segundo Canguilhem (2006), Comte, a partir do “Princípio de Broussais”, especula que a doença é uma experimentação instituída pela natureza. Os fenômenos da saúde e da doença coincidem essencialmente, diferindo-se apenas pela intensidade na ação dos estimulantes indispensáveis à conservação da saúde. O patológico, portanto, se manifestaria pelo excesso ou diminuição de algum estímulo.

Na doutrina de Comte, baseada no princípio de Broussais, o interesse se dirige do patológico para o normal, com a finalidade de determinar especulativamente as leis do normal. Canguilhem observa que Comte ao tentar definir o que é normal, refere-se ao conceito de harmonia, que é um conceito qualitativo, estético e moral. Além disso, ao definir o patológico como mais ou menos que o normal, não precisa as noções de excesso e de falta, atribuindo ao normal um valor, de modo que o normal passa a ser normativo, fazendo com que um ideal de perfeição paire sobre essa tentativa de definição positiva (CANGUILHEM, 2006, SILVA, 2005).

Bernard vai além das especulações comtianas e passa a sustentar suas teorias a partir da elaboração de protocolos de experiências e de quantificação de conceitos fisiológicos. A doença seria, para Bernard, uma expressão exagerada ou diminuída de uma função normal. Valorizava-se, em geral, um critério quantitativo para definir as fronteiras do normal e do patológico (CANGUILHEM, 2006).

Afirmar, como Bernard, que a vida é idêntica na saúde e na doença e que só difere em graus, evidencia uma compreensão limitada e até equivocada, pois para Canguilhem um comportamento ou função do organismo pode estar em continuidade com uma função anterior, mas também pode ser uma função totalmente diferente. A doença, para Canguilhem, é uma forma diferente de vida e que não se pode atribuir apenas uma diferença quantitativa entre o estado normal e o estado patológico. A doença é uma mudança qualitativa, pois é um novo valor.

Canguilhem demonstra, nessa perspectiva, que entre o estado normal e o patológico há diferenças qualitativas que não podem ser traduzidas apenas em diferenças quantitativas, defendendo a tese de que o estado patológico não é um simples prolongamento quantitativamente variado do estado fisiológico.

Segundo Canguilhem (2006), a vida é considerada uma atividade normativa, já que institui normas. É o vivente humano que diz ao médico, ao professor de Educação Física, ao fisioterapeuta, ao nutricionista e ao psicólogo o que é normal e, portanto, qual é o ideal de saúde a ser atingido. Ser sadio não significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser normativo, pois a saúde é uma margem de tolerância em relação às

infidelidades do meio. Há, portanto, uma normatividade biológica, inerente à vida. A vida é sempre um movimento contínuo de auto-superação e auto-preservação. Essa categoria “normatividade” passa a ser o conceito-chave que permite precisar a distinção entre o normal e o patológico.

[...] entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que propomos falar sobre uma normatividade biológica (CANGUILHEM, 2006, p. 86).

Trata-se de pensar a vida como uma atividade normativa uma vez que é dependente das condições nas quais está inserida. E normativo é qualquer julgamento que determina uma norma, sendo esta subordinada ao homem que a institui. É o próprio sujeito que elabora normas para si diante das situações colocadas pelo meio no qual vive. A capacidade ou incapacidade de elaborar tais normas revela o aumento ou diminuição da normatividade biológica.

Canguilhem (2006) afirma que a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, mas é também um esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é, assim, uma reação generalizada com intenção de cura. É exatamente nesse estado patológico do homem que será possível decifrar a saúde.

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas de patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio –, serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (CANGUILHEM, 2006, p. 103).

Canguilhem (2006), portanto, está afirmando que uma anomalia só poderá ser chamada de patologia se a normatividade do ser vivo estiver diminuída. Caso contrário, o anômalo não pode ser considerado anormal, ou seja, patológico. É exatamente a ampliação ou a diminuição da capacidade de elaborar normas para si que permite diferenciar o normal do patológico. Poderíamos dizer que o obeso é anômalo, mas somos incapazes de precisar se ele é anormal. A anomalia só pode ser considerada anormalidade quando é incompatível com a

vida. Isto é, quando o sujeito, em razão do seu elevado grau de obesidade, não consegue mais elaborar novas normas para si. Quando há uma fixação a apenas uma norma.

A anomalia é a variação na forma e no volume dos órgãos, tecidos ou membros presentes na espécie humana. Qualquer particularidade orgânica apresentada por um indivíduo comparado com a grande maioria dos indivíduos de sua espécie, de sua idade, de seu sexo, constitui o que podemos chamar de “Anomalia”, segundo Canguilhem (2006). Nesse sentido, a anomalia é um conceito puramente empírico ou descritivo, ela é um desvio estatístico. A anomalia revela a diversidade da vida ao comportar múltiplas diferenças. Pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30 kg/m^2 são classificadas como “obesas”. Logo, são “anômalas”.

Entretanto, essa anomalia não caracteriza a anormalidade. Quando falamos em anormalidades não estamos mais pensando em variedades que são desvios estatísticos, mas sim em formas de vida incompatíveis com a vida. Por isso, mesmo sendo um anômalo, é possível ser saudável, na medida em que a normatividade não for diminuída. O obeso só pode ser considerado patológico se atribuímos ao baixo peso o valor de saúde. Assim como se sua normatividade estiver diminuída face à grande quantidade de gordura no corpo. A normalidade sempre advém da normatividade e não do caráter anômalo. Doente é aquele que não consegue instituir novas normas em condições diferentes. Por isso, o patológico é a perda da capacidade normativa, ou seja, a fixação a uma norma exclusiva decorrente da incapacidade de mudanças.

Para Canguilhem, o estado patológico é um estado normal na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida, sendo, porém, um estado qualitativamente (e não somente quantitativamente) diverso do normal fisiológico, o qual tem normas diferentes. Assim, a patologia não é ausência de norma, mas o estabelecimento de uma outra norma e uma restrição de normatividade (SOARES, CAMARGO JÚNIOR, 2007).

É importante, portanto, abordar a patologização do gordo na sociedade contemporânea. A cultura contemporânea estimulada pela mídia, pelas biotecnologias e pela moda valoriza tanto a magreza, que transforma a gordura em um símbolo de falência moral, com sérias conseqüências para a subjetividade dos que não se adaptam a esse ideal de corpo.

É o que Vigarello (1985) também discute sobre os corpos “limpos” e os corpos “sujos”, que vem ao encontro do juízo de valor atual em torno do obeso. Há uma série de sentidos e valores associados ao obeso como o corpo “sujo”, o corpo perdedor, o corpo fracassado, enquanto que o magro, “livre” das gorduras, representaria o corpo “limpo”.

Pensar o corpo gordo, a partir de Canguilhem, seria pensar um corpo anormal? Há

diminuição da normatividade do corpo gordo? Essas questões tornam-se relevantes nesse trabalho, pois possuem relação direta com a estratégia terapêutica que se propõe para os obesos. A contribuição de Canguilhem nos fornece um subsídio para pensar o obeso, não como anormal, mas como alguém que precisa e pode ampliar sua normatividade. É nessa capacidade de ampliar novas normas para si que a diferença entre uma anomalia (diferença) e anormalidade (patologia) se evidencia. O gordo só pode ser anormal se atribuirmos à ausência, ou baixa quantidade, de gordura um valor exclusivo para a saúde. Contudo, ocorre que muitos profissionais de saúde se apressam em dizer que o obeso possui uma anormalidade, pois a obesidade é considerada uma patologia. Em geral, esses profissionais lançam mãos de pesquisas biomédicas mais recentes que estabelecem pontos de corte entre a saúde e a patologia. Confundem, portanto, o julgamento de valor com o dado empírico.

Para Bonetti (2004), o modo como o corpo é concebido dentro da área biomédica prioriza a forma quantitativa, utilizando-se de parâmetros biológicos para analisar e desconsiderar as subjetividades humanas e as diferenças culturais. Entretanto, perceber, observar e analisar o corpo através de tabelas ou médias, definindo o que é ser normal ou patológico, considerando apenas a dimensão orgânica e desconsiderando a dimensão cultural, é reduzi-lo apenas a uma visão, que não necessariamente é a correta ou a melhor para os indivíduos.

Carvalho e Martins (2004) também concordam com Bonetti (2004), pois entendem que a saúde baseada numa representatividade numérica é esvaziada de sentidos e não permite um aprofundamento nos significados que constituem as várias facetas de um objeto complexo.

O discurso da Medicina da Beleza passa a produzir uma patologização das variações estéticas. A definição de curva-padrão para definir a estatura “ideal”, o peso “normal” e a aparência física “bela” se tornam freqüentes na biomedicina. A estatística começa a produzir um conjunto de dados e medidas para definir os padrões de beleza a qual todos devem almejar. Assim sendo, Poli Neto e Caponi (2007) ressaltam que as normas sócio-culturais de beleza são abandonadas pela biomedicina, a qual valoriza as normas biológicas de beleza como universais e “verdadeiras”.

Por isso, de acordo com Canguilhem (2006), o normal do ponto de vista estatístico não é o normal como normativo. A mera observação médica ou biológica não nos permite definir com segurança se algo é normal ou patológico. É preciso saber se a normatividade foi diminuída ou limitada. Aí, portanto, será possível afirmar se há patologia.

Sabemos que um indivíduo saudável possui freqüência cardíaca de repouso entre sessenta a oitenta batimentos por minuto (valores considerados saudáveis). Como

definiríamos, entretanto, um sujeito com frequência cardíaca de repouso entre trinta e trinta e cinco batimentos por minuto? Seria um ser patológico? Seria um ser anormal? Impossível responder estas perguntas sem uma análise da normatividade, pois um indivíduo com frequência cardíaca de repouso de trinta e três batimentos por minuto pode ser uma pessoa saudável, que pratica atividades físicas regulares, se alimenta adequadamente e dorme bem. Mas também poderia ser uma pessoa com uma insuficiência cardíaca grave e, portanto, com a normatividade muito diminuída. Nessa perspectiva, podemos afirmar, como Canguilhem (2006) o faz, que a média estatística não é capaz de revelar o normal e nem o patológico como a biomedicina deseja.

É preciso, portanto, ir além desse paradigma biomédico e inserir uma compreensão sócio-antropológica e sócio-histórica da doença e do paciente. É preciso, para Luz (2007a, 2007b, 2007c.), se deslocar da ciência cartesiana que se insere no paradigma da causalidade procurando descrever e explicar a partir de “leis universais”. A compreensão da saúde, a partir da normatividade, nos permite descrever e interpretar fenômenos sem a pretensão da verdade, mas sim abrindo a possibilidade de compreender o obeso não como alguém anormal, porém como um indivíduo que pode fazer uso de diferentes lógicas terapêuticas portadoras de distintas racionalidades úteis para a ampliação de sua normatividade.

Um corpo gordo, portanto, só pode ser definido como anormal se sua normatividade estiver diminuída. O objetivo principal da intervenção médica deveria ser a recuperação e a promoção da saúde dos sujeitos, e o objeto central do agir médico deveria ser o sujeito, e não a doença. Não se trata de simplesmente combater ou erradicar a obesidade. Trata-se de incentivar a existência de cidadãos saudáveis, capazes de interagir em harmonia com outros cidadãos, e de criar para si e para os que lhe são mais próximos um ambiente harmônico, gerador de saúde (LUZ, 2004, 2005a, 2005b).

Conclui-se, portanto, que o obeso não é anormal, mas também não é um sujeito isento do controle social e dos efeitos do poder. A mídia e a ciência compõem, principalmente, os discursos de verdade que procuram legitimar seu saber e suas intervenções sobre o corpo obeso. Se continuarmos nessa direção, chegaremos ao ponto de considerar certos percentuais de gordura até como algo criminoso, e não apenas imoral, como atualmente. Não bastaria o obeso ser estigmatizado socialmente, mas, em breve, o tornarão um criminoso. Se hoje ao ser parado por um policial em uma “blitz” é preciso apresentar identidade e habilitação, quem sabe algum dia será preciso apresentar o IMC, a RCQ e a CA¹².

¹² IMC (Índice de Massa Corporal (IMC), RCQ (Relação Circunferência-Quadril), CA (Circunferência Abdominal) são as variáveis mais utilizadas para classificar as pessoas como “Obesas”.

CAPÍTULO VII - AS RELAÇÕES DE PODER-SABER QUE PRODUZEM UM CORPO GORDO: A BIOPOLÍTICA DA OBESIDADE

No capítulo anterior elaborei uma discussão sobre a obesidade e sua relação com *O normal e o patológico*, de Georges Canguilhem (2006). O objetivo foi tentar responder a pergunta: Seria o gordo (o obeso) um anormal? A idéia de indivíduo normal está construída a partir de médias da espécie humana e do imaginário social, determinada em um contexto sócio-histórico em que nossa cultura atribui normalidade a um modelo idealizado social e culturalmente, com medidas antropométricas¹³ pré-determinadas. Tais medidas hierarquizam os indivíduos, qualificando-os social e moralmente. O um corpo gordo só pode ser definido como anormal em uma cultura contemporânea que institui um modelo de corpo magro como uma imagem ideal de corpo. Isto é, um corpo gordo só pode ser considerado anormal se atribuímos à magreza o valor de saúde. Em relação ao modelo de corpo considerado normal, o corpo gordo se torna na verdade *desviante*. No entanto, se ele se desvia dos padrões de beleza, ele não se desvia necessariamente de sua normatividade.

Considerando que o obeso não é anormal, mas também não é um sujeito isento do controle social e dos efeitos do poder, Michel Foucault nos ajudará a pensar o controle da massa corporal como uma forma de controle dos corpos. Isso porque o controle exercido pela disciplina e pelo biopoder são formas de dominação dos corpos. Os efeitos do poder se materializam na realidade corporal.

Sendo assim, nossa proposta neste capítulo é relacionar esse grande controle do sobrepeso e da obesidade com a introdução de uma nova tecnologia de poder que Foucault chamou de *Biopolítica* em alguns de seus textos, principalmente em sua aula de 17 de março de 1976 no *Collège de France* e também na sua obra *História da Sexualidade I (A Vontade de Saber)*. Se o biopoder, diferentemente do poder disciplinar, se preocupa com as populações e não somente com os corpos individualizados, é pertinente pensar que além de diversos mecanismos reguladores citados por Foucault (controle da natalidade, controle da fecundidade, controle do meio geográfico, controle do meio hidrográfico, controle das cidades, higiene e saúde pública, etc.) também há, a partir do século XX, o controle da massa corporal que se estende à população e às massas. Daí o combate a obesidade ter se tornado uma biopolítica, na medida em que a vida, efetivamente, se tornou uma preocupação política, isto é, um alvo privilegiado do poder. O combate à obesidade tornou-se uma meta da saúde

¹³ Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura-Quadril (RCQ), Circunferência Abdominal, Circunferências de Cintura, Circunferências de Quadris, Massa Corporal Total (MCT), entre outras.

pública porque a biopolítica patologizou o corpo gordo.

Por fim, faremos algumas considerações tentando relacionar esse controle do sobrepeso e da obesidade, a partir do século XX, com o que Deleuze (1992) chamou de “*Controle*”. A Sociedade de Controle nos ajuda a pensar essa regulação ininterrupta que sofrem as pessoas obesas. Tal regulação, inclusive, estimulada pela mídia, não só pelo discurso científico, legitima o corpo gordo como um corpo marcado pela falência moral, e que, portanto, deve ser corrigido, a fim de valorizar o homem-espécie. Os séculos XX e XXI se caracterizam, então, por um controle ininterrupto dos sujeitos (inclusive da aparência física), através dos discursos científicos e midiáticos.

Ao estudar a produção das subjetividades e, conseqüentemente, as relações de poder-saber, Foucault apresenta três formas distintas, porém complementares, de poder. São elas: poder de soberania, poder disciplinar e biopoder. São, portanto, tecnologias de poder que prevaleceram, em determinados momentos históricos, produzindo dispositivos de controle, regulação e gestão do corpo e da vida. Nessa analítica do poder, Foucault (1999, 2006a, 2006b) identifica no Antigo Regime um poder centrado na figura do Soberano (Rei)¹⁴. Este poder se exercia pela visibilidade, na medida em que o Soberano tinha o poder de vida e de morte em relação aos seus súditos.

Entretanto, as exibições públicas de punição estabelecidas pelo Soberano possuíam cada vez menos o assentimento dos expectadores. A violência popular contra os inocentes retorna contra os executores, contra o poder arbitrário e desmedido do monarca. Há uma crise na economia das punições. É preciso, portanto, não apenas punir, mas punir melhor. O poder de punir deveria se inserir cada vez mais profundamente no corpo social. Foucault identifica que entre os séculos XVII e XIX, a pena burocrática substitui progressivamente a punição-espetáculo do Antigo Regime. Em toda Europa até o início do século XIX, a enforcadeira, os instrumentos de esquartejamento e a guilhotina desapareceram para dar lugar às atividades punitivas mais brandas, tais como a prisão, a reclusão, os trabalhos forçados e a deportação. A pena ideal deveria ser mínima para aquele que a sofre e máxima para aquilo que ela representa. Trata-se, assim, de um deslocamento do ponto de aplicação desse poder: não é mais o corpo supliciado, mas o corpo disciplinado através do qual se visa o controle social (FOURNIER, 2005).

Com isso, Foucault identifica uma nova materialização de poder no século XVIII. É

¹⁴ Para compreender o que é o Poder de Soberania é possível recorrer a vários autores da Filosofia Social e Política. Sugiro ver Hobbes (1997). Para o autor, o homem se encontra num estado natural de guerra de todos contra todos e cabe ao Poder Soberano garantir a organização social.

aqui que Foucault introduz a categoria de “disciplina”. Não que o poder de soberania tenha desaparecido, muito pelo contrário, mas a disciplina passa a prevalecer como principal forma de dominação na primeira metade do século XVIII. É preciso compreender então que o poder disciplinar, para Foucault, não existe nas mãos de ninguém, ou seja, ninguém detém o poder, mas ele se manifesta nas relações. O poder, portanto, é algo que circula incessantemente sem se deter exclusivamente nas mãos de ninguém. Potencialmente, todos são, ao mesmo tempo, detentores e destinatários do poder, seus sujeitos ativos e passivos. Como diz Foucault (2006a), o poder transita pelos indivíduos, não se aplica a eles, mas transita pelo indivíduo que ele constituiu. O fato é que o poder não pode ser apropriado, não por uma mesma classe, não de forma exclusiva, não de forma permanente, não por um mesmo grupo de pessoas: o poder não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar.

Segundo Foucault (2006a, p. 248-249):

O poder não existe. Quero dizer o seguinte: a idéia de que existe, em um determinado lugar, ou emanando de um determinado ponto, algo que é um poder, me parece baseada em uma análise enganosa e que, em todo caso, não dá conta de um número considerável de fenômenos. Na realidade, o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado [...] De modo geral, penso que é preciso ver como as grandes estratégias de poder se incrustam, encontram suas condições de exercício em micro-relações de poder.

É nesse sentido que Foucault (2006a, p. 161-162) afirma: “Minha hipótese é de que o indivíduo não é dado sobre o qual se exerce e esse abate o poder. O indivíduo, com suas características, sua identidade, fixado a si mesmo, é o produto de uma relação de poder que se exerce sobre corpos [...]”.

O corpo se tornou um alvo do poder, pois ele é um objeto manipulado, modelado, treinado e capaz de se tornar cada vez mais hábil, na medida em que suas forças se multiplicam. O corpo se torna dócil, segundo Foucault (2006b), porque ele pode ser utilizado, transformado e aperfeiçoado. A disciplina, portanto, fabrica esses corpos dóceis, submissos e exercitados.

Uma “Sociedade Disciplinar”, segundo Foucault (2006a, 2006b) é aquela que distribui os indivíduos no espaço produzindo localizações funcionais que aumentam a produtividade; controla o horário dos corpos, tornando-os corpos-instrumentos e corpos-máquinas; produz um dispositivo de vigilância permanente e hierárquica; cria sanções normalizadoras e examina os indivíduos continuamente.

“[...] Se passam dez pessoas e não te olham, passam quinze e te criticam. E

eu observo isso. As vezes você pode estar me olhando, e não me criticando. Mas aí na minha cabeça eu penso que você está me olhando e me criticando. Eu penso que sempre as pessoas me vigiam. Aí eu já me chateio e amanhã eu já não vou, porque eu posso encontrar você de novo e achar que você vai me olhar [...]" (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses)

Entretanto, Foucault (1985a, 1999) argumenta que o poder disciplinar passa, a partir da segunda metade do século XVIII, a ser complementado por uma nova configuração e materialização do poder, a biopolítica, o biopoder. Enquanto a disciplina promove a individualização dos corpos, o biopoder acarreta uma massificação, tendo em vista que ele se dirige não aos indivíduos isolados, mas à população. Os efeitos do biopoder se fazem sentir sempre em processos de conjunto, coletivos e globais. O que é importante perceber é que em todos esses processos, nos quais se exerce o biopoder, há concomitantemente uma extensa produção de saber.

No poder disciplinar, havia o que Foucault (1985a) chama de uma anátomo-política do corpo humano. Isto é, o corpo era adestrado, suas aptidões eram ampliadas, sua utilidade e docilidade eram aumentadas e integradas em sistemas econômicos eficientes. Já na biopolítica, o poder centra-se no corpo-espécie. O poder não se dirige mais ao corpo individual, mas às massas. Há uma biopolítica da espécie, em vez da antiga anátomo-política. A vida torna-se um alvo privilegiado do poder e o centro das técnicas políticas, isto é, novas formas de dominação. O biológico reflete-se no político e o político reflete-se no biológico. "Foi a vida, muito mais que o direito, que se tornou o objeto das lutas políticas [...]" (DELEUZE, 2006, p. 97). A vida cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do biopoder. As relações e estratégias de saber-poder passam a controlar a vida.

Tomando o corpo coletivamente, num conjunto de corpos, o biopoder inventou um novo corpo, a população, mas agora se trata, ao contrário do poder disciplinar, de um corpo com uma multiplicidade de cabeças. Trata-se de um poder que se aplica à vida dos indivíduos, mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos, o que importa é que tais corpos são tomados naquilo que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie. Se o poder disciplinar fazia uma anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana. Os novos objetos de saber que se criam a serviço do novo poder destinam-se ao controle da própria espécie, da população e da cidade (FOUCAULT, 1999; VEIGA-NETO, 2005).

Assim, como a sexualidade, para Foucault (1985a, 1999), se tornou um campo de intervenção do biopoder e também um campo de extração de saber, queremos propor que o controle da massa corporal também se tornou um campo de intervenção do biopoder.

Controlar a massa corporal da população com o objetivo de “fazer viver” é uma tecnologia específica de poder chamada biopolítica. Se a biopolítica definia seu campo de intervenção de poder, segundo Foucault, no controle da natalidade, na mortalidade, na fecundidade, entre outros, agora podemos afirmar que a biopolítica, que se dirige as massas e não aos corpos individuais, busca controlar a quantidade de gordura existente no corpo da população. Ser gordo não é somente um problema estético ou social, ser gordo constitui-se num problema político.

A biopolítica, como nova tecnologia de poder, implanta mecanismos com funções diferentes dos mecanismos disciplinares. Ela produz previsões, estimativas estatísticas, demografias e medições globais. Trata-se, portanto, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo (gordo, por exemplo), enquanto indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global, ou seja, a gordura como algo que afeta a vida, o homem como espécie, como ser biológico. Será preciso modificar, baixar a morbidade. Será preciso aumentar a longevidade e estimular novas formas de viver. Será preciso criar dietas, remédios e protocolos de exercícios visando o emagrecimento.

A doença, como fenômeno de população, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece. Aumentam, então, as preocupações com essas doenças que enfraquecem e diminuem a vida. São elas: Hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatias, tabagismo, alcoolismo, etc. Surgem diversos estudos epidemiológicos, transversais e longitudinais, nacionais e internacionais que evidenciam uma direção da Saúde Pública e da utilização de estatísticas e medidas globais para se estudar, compreender e combater a obesidade.

Esse biopoder possui a capacidade de qualificar, medir, avaliar e hierarquizar o homem-espécie, conforme afirma Foucault (1985a). O ser humano ideal passa a ser construído a partir de medidas, como aquelas antropométricas que hierarquizam o corpo magro e o corpo gordo, tais como o Índice de Massa Corporal (IMC), a Relação Cintura-Quadril (RCQ), a Circunferência Abdominal, a Massa Corporal Total (MCT), etc. Há, nesse sentido, uma nova eugenia.

Há nesse discurso uma tentativa de formulação teórica sobre normas biológicas, desconsiderando-se as diferenças estéticas como diferenças sócio-culturais. Surgem medidas, distâncias, ângulos, curvaturas e saliências ideais que definem padrões de beleza ancorados em estudos biomédicos. Os padrões biológicos de beleza são aceitos por serem naturais, a-históricos e por valorizarem a vida (biopolítica).

Para Poli Neto e Caponi (2007), o enfoque nas normas biológicas permite à biomedicina discursar sobre padrões de beleza sem confrontar a sua própria prática, como se fosse mais uma técnica de restauração do normal, e não de criação de novas normas. A utilização da melhora da auto-estima torna-se a justificativa para as intervenções médicas no plano da estética. As práticas de embelezamento procuram trazer de volta a felicidade “perdida”, isto é, a “normalidade” do ponto de vista biomédico.

Como conseqüência desse biopoder, Foucault (1999) cita o racismo, que se expressou, principalmente no Nazismo. A eliminação da vida, pelo racismo, seria permitida, pois representaria a eliminação de um perigo biológico, buscando, assim, o fortalecimento de outro grupo biológico (raça). Utilizo, portanto, a mesma argumentação de Foucault para dizer que a partir do século XX a morte do outro (gordo/obeso) se justificaria, através de uma estratégia biopolítica, a fim de tornar a vida mais pura, eliminando, portanto, as imperfeições. O corpo gordo torna-se um perigo biológico que deve ser “combatido”, “erradicado”, “eliminado”. O gordo é convocado, através de mecanismos que regulamentam o homem-espécie, a mudar de vida. Caso contrário, será eliminado pelos “homens bons” (magros, sarados).

O sujeito obeso, portanto, passou a ser controlado ininterruptamente. Se na Sociedade Disciplinar o sujeito era adestrado, vigiado, domesticado e esquadrihado nas instituições, hoje ele é controlado em todos os locais. Foucault nos ajuda a entender isso com a categoria *biopolítica* e seu conjunto de biopoderes, mas Deleuze (1992) aprofunda a questão ao afirmar que hoje vivemos numa Sociedade de Controle.

Deleuze (1992, p. 220), portanto, afirma que “Encontramo-nos numa crise generalizada de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família. [...] mas todos sabem que essas instituições estão condenadas, num prazo mais ou menos longo [...]. São as Sociedades de Controle que estão substituindo as Sociedades Disciplinares”.

Nessa nova sociedade de controle, todos os lugares são moduladores de subjetividade. O sujeito nunca está completo em si. A vida sempre está falha e incompleta, precisando ser regulada. O gordo sempre precisa lutar, travar uma guerra cotidiana em prol da vida, do homem-espécie. O controle é sempre contínuo e ininterrupto sobre a necessidade de emagrecimento. Será possível se libertar desse controle?

CAPÍTULO VIII – RACIONALIDADE MÉDICA

8.1. Conceito de “Racionalidade Médica”

Para iniciarmos a discussão sobre “*Racionalidade Médica*” e a prática da médica no Projeto de Exercício Físico adaptado para Obesos (PEFAO-UERJ), é preciso situar o “*Projeto de Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde*”, iniciado por Madel Therezinha Luz, no campo da Saúde Coletiva. Campo este que compreende o estudo dos saberes e práticas interdisciplinares das distintas formas de adoecimento de pessoas e grupos sociais, assim como os comportamentos e representações de sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, a partir de estudos sócio-antropológicos interpretativos e compreensivos.

Sendo assim, para que possamos avançar no entendimento das racionalidades médicas, é preciso conceituá-la, e Luz (2005a, 2007) o faz afirmando que “*Racionalidade Médica*” é todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), uma doutrina médica (definidora de doença e de patologia, do que é tratável ou curável, de como tratar e como não tratar), um sistema diagnóstico (pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa) e um sistema terapêutico pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) identificado pela dimensão diagnose. Racionalidade Médica é, portanto, um sistema médico complexo específico estruturado segundo essas cinco dimensões teórico-conceituais.

O Projeto Racionalidades Médicas iniciou-se com um estudo teórico-conceitual comparativo de sistemas médicos complexos (medicina ocidental moderna, medicina homeopática, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica).

Na primeira fase do projeto, encerrada em 1994, Luz (2005a, 2005b) constatou que existe mais de uma racionalidade médica, contrariamente ao senso comum ocidental, que admite somente a biomedicina (ou medicina ocidental moderna) como portadora de racionalidade no sentido científico do termo. Esta racionalidade biomédica fundamenta-se no dogma da ciência como caminho único para a obtenção da “verdade”. Tal busca pela “verdade” é um ideal perseguido pelo saber moderno desde o século XVII. Nesse sentido, outras formas de expressão humanas de “verdades” ou outras formas de construção simbólica do real e do verdadeiro (como as artes, a política, a moral, a filosofia, a religião, o mito) e outras racionalidades médicas serão reordenadas social e epistemologicamente pela razão

científica. Entretanto, constatou-se que existem diversas racionalidades e, além disso, uma hierarquia das racionalidades.

Concluiu-se também que toda racionalidade médica tem em suas bases uma *cosmologia*¹⁵, própria da cultura em que se insere, enraizada em um universo simbólico de sentidos que incluem imagens, metáforas, representações e concepções, parte de um imaginário social irreduzível ao plano de proposições teóricas e empíricas demonstrativas pelo método científico. A física newtoniana, por exemplo, sobretudo nos seus aspectos mecânicos, é a cosmologia da racionalidade médica ocidental. Trata-se de uma cosmologia de caráter analítico que compreende as doenças como entidades concretas (lesões anátomo-patológicas) que se expressam através de sinais e sintomas “físicos”. Assim, a racionalidade médica ocidental se restringe cada vez mais às dimensões biológicas e biomecânicas, se afastando do saber médico que visa à recuperação e ao fortalecimento da saúde em sua globalidade, e se aproximando da mecânica, da física, da bioquímica que fundamentam a fisiopatologia.

Há também no interior de cada racionalidade médica duas formas de apreensão- interpretação, dois paradigmas, ligados às dimensões teórica (conhecimento acumulado do processo saúde e doença) e prática (intervenção nos corpos dos doentes através das dimensões diagnose e terapêutica).

Na segunda fase do projeto, iniciada em 1994, procurou-se analisar representações e sentidos atribuídos à doença, saúde, tratamento, cura, corpo, relação corpo-mente, para se apreender paradigmas em saúde em médicos (ou terapeutas) e pacientes das distintas racionalidades em estudo, bem como se essas representações eram partilhadas por profissionais e clientelas, ou não (LUZ, 2005a).

Ao eleger os sentidos e significados que indivíduos obesos atribuem a certas práticas corporais, esta pesquisa caminha ao encontro dessa perspectiva de compreender e analisar representações e sentidos que esses indivíduos possuem em relação à obesidade (como doença), à qualidade de vida, à saúde, à terapêutica (exercícios físicos, psicoterapia de grupo, atendimento nutricional) e à beleza.

Luz (2005a, 2005b) constata que os pacientes e profissionais de um determinado sistema médico tendem a partilhar paradigmas e representações de sua racionalidade, e que este partilhar cultural tende a facilitar as relações médico-paciente, ou terapeuta-paciente, facilitando assim o processo terapêutico. Trad et al. (2002) relatam, por exemplo, que os

¹⁵ Cosmologia é a explicação do mundo, do universo. A ordem do mundo possui uma racionalidade. A Cosmologia é a explicação racional sobre a origem do mundo, suas causas e suas transformações. Em geral, é aceita como a superação da teogonia e da cosmogonia (CHAUI, 2002).

pacientes valorizam muito a escuta e a gentileza dos médicos. Da mesma forma, a relação professor-aluno se apresenta como uma estratégia interessante do enfrentamento do estigma da gordura e do adoecimento provocado pelas morbidades associadas à obesidade, pois sabemos que grande parte dos alunos procura acolhimento e cuidado.

Assim sendo, Luz (2005a) nos mostra que as pessoas antes de se tratarem já possuem representações e sentidos sobre os seus problemas, pois as pessoas, quando procuram uma determinada racionalidade médica para fins de diagnose ou terapêutica, já carregam consigo um conjunto de imagens e representações sobre seu adoecimento, suas origens ou causas, e sobre as possibilidades de recuperação de saúde naquela racionalidade médica, que coincide em parte com o conjunto de concepções e representações do sistema médico escolhido.

Um desafio, em nossa pesquisa com os indivíduos obesos, é compreender quais são essas representações e sentidos que os indivíduos possuem ao procurar o PEFAO-UERJ. Muitos indivíduos ao procurarem esse Projeto de Extensão já revelam um conhecimento importante sobre a sua própria situação. Eles mesmos relatam a má alimentação (excesso de refrigerantes, salgadinhos, doces, etc.) e o sedentarismo como causas principais para o quadro clínico atual de obesidade.

“[...] Eu achava que sozinha iria conseguir, mas eu não conseguia nada sozinha. Eu pensava que estava emagrecendo, mas eu engordava. E assim eu fui levando esses anos todos. E quando aceitei a ajuda eu já estava assim. [...] Pelo meu excesso de peso, eu perco muito pouco....e eu achava que deveria ser um milagre....eu achava que deveria chegar num mês e no outro estar magra...e as coisas não acontecem assim né....até eu aceitar isso...tem que ser com muita calma....e isso é longo né.[...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] Eu sempre comia salgados na rua e tomava refrigerante toda hora. No caminho para o almoço eu ia comprando salgados na rua, comendo e tomando Coca-Cola. Sentia essa vontade louca de comer. Mas nunca me vi gordo. Quando eu cheguei no Projeto e vi as outras pessoas eu me perguntei: - Eu sou assim? Aí percebi o que essa alimentação fez comigo [...]” (Jack, 57 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 18 meses).

“[...] Eu nunca liguei pra essa coisa de emagrecer. Quando eu tentava fazer a dieta eu até fazia aquelas dietas malucas para emagrecer o mais rápido possível. Uma boa parte dos obesos tem a idéia de que tem que emagrecer rápido. A dieta pra ele tem que ser aquela dieta de fim de semana. Aquela dieta rápida. E eu ia nessa mesma linha. Comecei a fazer a minha dieta meio maluca. Dieta maluca sempre fiz. Quando eu cismava, eu cismava. Ou então ficava comendo direto mesmo. Tentar emagrecer é uma coisa complicada depois que você come muito a vida inteira [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Alguns alunos relatam a baixa motivação para aderir a dietas e aos exercícios físicos. Sempre afirmam que possuíam a antiga crença de que poderiam emagrecer a qualquer momento. Entretanto, ao se depararem com essa impossibilidade, passaram a procurar alguma terapêutica. As academias de ginástica e musculação são rapidamente descartadas em virtude do público jovem e “sarado”, do isolamento nas práticas de musculação nas máquinas, do abandono dos professores e dos preços elevados.

“[...] Academia, por exemplo, só tem espelho. É um produto voltado para você ficar sarada. E você, sem perceber, começa a fazer parte daquele contexto. Fica se olhando no espelho e só fala disso. É um mundo sem cabeça e sem espírito. Mas aqui não tem isso. Você fica em contato íntimo com as pessoas que possuem o mesmo problema. É a questão da obesidade. Uns mais obesos, outros menos. A visão é diferente [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna da PEFAO-UERJ há 35 meses).

“[...] Mas realmente acho que a academia é uma coisa para jovens mesmo...ela só está preparada para jovens. Os exercícios que nós precisamos nunca estão dentro do pacote. Tinha musculação...mas você fica fazendo sozinha umas cinqüenta repetições. É horrível...enche o saco né...tinha saco não. Ficar sozinho e repetindo é muito chato. Aí resolvi ficar na esteira e ficava andando e olhando para a rua. Era um saco também. Eu gosto mesmo é de ar livre, caminhada [...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

Dessa forma, podemos compreender que o conceito de racionalidades médicas, para Luz (2007) não é uma estrutura de definição lógica a priori, capaz de representar o real. O conceito de racionalidade médica é construído sócio-historicamente, sendo pois interpretativo do real e não explicativo ou revelador do real. Luz recorre ao tipo ideal, proposto por Weber, como construção conceitual que descreve e interpreta um conjunto de fenômenos observáveis de acordo com um modelo ideal definido, assinalado como portador de características empíricas ou traços teóricos localizáveis no objeto a ser estudado, ou no conjunto de fatos enquadráveis pelo conceito

Esse tipo ideal de racionalidade médica contribui para o campo da Saúde Coletiva a partir da inserção de pesquisas sócio-antropológicas e sócio-históricas que nos permitem considerar outros sistemas médicos como portadores potenciais de racionalidade científica, assim como estabelecer diferenças fundamentais entre sistemas médicos e práticas terapêuticas.

8.2. Paradigmas de Saúde

Paradigma é um conjunto de conceitos, idéias, símbolos e representações que servem de referência de mundo a um grupo de pessoas durante um longo tempo histórico. Em geral, um paradigma remete à idéia de modelo explicativo de mundo compartilhado durante esse longo período histórico.

Sabemos a partir dos estudos de Luz (2004, 2005a, 2005b, 2007) que a medicina se define a partir de paradigmas e de racionalidades. Dois paradigmas apresentaram-se no Projeto de Racionalidades Médicas. O primeiro paradigma (vitalista) é aquele no qual as representações corpo-mente são de uma totalidade indissociável, de “equilíbrio” como sinônimo de saúde, de “energia” como fonte de vitalidade, de adoecimento como um processo de desequilíbrio, de desarmonia, e de cura como um processo subjetivo de “harmonização”. Neste paradigma, os profissionais de saúde são os mestres na arte de curar.

O outro paradigma identificado por Luz (2005a) é o paradigma da biomedicina (medicina moderna ocidental), no qual há uma identificação em relação à representação do corpo como máquina composta de “peças” ou partes articuladas. É o paradigma biomecânico.

A biomecânica é uma disciplina da racionalidade científica que estuda os sistemas biológicos (animais e seres humanos) a partir de uma perspectiva mecânica. A biomecânica fundamenta-se na mecânica clássica, que é o ramo da física que analisa as ações das forças para estudar a anatomia e o funcionamento do corpo. A dinâmica, a cinemática, a cinética e a estática compõem o eixo norteador da biomecânica (HALL, 2000).

Nesse paradigma, os profissionais de saúde são os mestres científicos das doenças. São eles que estudam e analisam as “peças problemáticas” e elaboram formas de “correção”. Para compreendermos a emergência desse paradigma da biomedicina, biomecânico e biocientífico, é preciso retornar ao contexto sócio-histórico da modernidade e ao deslocamento epistemológico e clínico da medicina ocidental moderna, explicitado por Luz (2004), ao afirmar que a medicina, de uma arte de curar os doentes tornou-se progressivamente uma disciplina das patologias. Processo esse que se inicia no Renascimento.

O período compreendido pelos séculos XVI até o XVII é caracterizado pela grande ruptura de visão e organização de mundo expressa no Renascimento. Ele é, ao mesmo tempo, época de modificação de costumes e de idéias, e uma série de momentos inaugurais na criação artística, filosófica, científica e tecnológica. Trata-se de mais do que a compreensão do homem desligado do domínio dos deuses, da mitologia e da religião. Trata-se agora da afirmação do homem proprietário da natureza, assinalando uma cisão não apenas entre ordem

divina e ordem humana, mas também entre ordem humana e ordem natural (LUZ, 2004).

Gradativamente o saber médico separa as teorias das doenças, a semiologia e as práticas/estratégias terapêuticas. A partir disso, a medicina ocidental moderna começa a tornar-se ciência, isto é, forma sistemática de classificar doenças, síndromes, sintomas, e de buscar uma explicação causal para esses fenômenos. A anatomia patológica e a fisiopatologia estruturam o saber médico como ciência capaz de desvendar todos os mistérios sobre as patologias que afligem a “máquina” biológica.

Segundo Luz (1995), desde o século XVII o projeto epistemológico da medicina ocidental passou a ser produzir conhecimento sobre as doenças. A terapêutica passa a ser cada vez mais orientada pela busca sistemática de identificação e combate de doenças, e não mais pelo restabelecimento do equilíbrio de sujeitos doentes.

A biomedicina surge então como conseqüência das mudanças na visão de mundo ocorridas nos séculos XVI e XVII, que deram lugar a uma explicação mecanicista do mundo e a uma visão dualista do homem. A legitimidade e a pretensa universalidade da biomedicina derivam do fato de suas bases estarem estreitamente relacionadas com o conhecimento científico moderno (BONET, 1999).

O ideário da ciência moderna, de Descartes a Laplace, se define pela maneira a qual a complexidade do mundo pode e deve ser reduzida a leis pelas quais seus movimentos podem ser tidos como mecânicos. As leis mecânicas aparecem assim como as regras ocultas que regem a natureza e que podem ser compreendidas pelo homem. Assim, o homem poderá controlar as variáveis e os acontecimentos da natureza, dominando-a conforme o seu querer (MARTINS, 1999).

Todo pensamento ou concepção de mundo que ainda contém resquícios do período medieval, teológico, idealista e especulativo vai perdendo espaço para a aplicação da observação e da experimentação, isto é, do método científico moderno para explicação da natureza. O estabelecimento de relações entre fatos possibilita, gradativamente, acumular conhecimentos sobre o “natural” a fim de controlá-lo e dominá-lo. Procurava-se estabelecer um método científico objetivo e racional para descobrir as leis gerais da natureza (“do natural”) e da sociedade (“do social”) (MARTINS, 2003).

Valoriza-se, a partir daí, acima de tudo as iniciativas do homem científico, aquele que irá desvendar, desbravar e explorar o “mundo natural”. O suposto papel do homem é a ciência, a invenção, a descoberta, a revelação de tudo que está oculto na natureza. O que está sempre em causa é a decifração e a apropriação da “natureza” ou do “natural”, legitimando a ciência como forma socialmente privilegiada e institucionalmente legitimada de produção de

verdades. As novas teorias filosóficas e científicas, e grandes descobertas nas ciências, física, astronomia, mecânica, fisiologia consolidarão a racionalidade moderna como uma nova e revolucionária estrutura de produção de verdades sobre a natureza (LUZ, 2004).

O cosmo passa a ser concebido como um mecanismo regulado e a matéria como um composto de propriedades ou qualidades primárias, apreensíveis pela razão e exprimíveis em linguagem matemática, considerada “real” e universal. As teorias e conceitos sobre o mundo e a matéria baseiam-se em representações de engenhos ou máquinas, cujo mecanismo de funcionamento pode ser exposto, desvendado, explicado. Imaginando o mundo mecanicamente, a razão mecanicista imagina também poder controlá-lo racionalmente.

Faz parte deste traço mecanicista supor a Natureza, do micro ao macrouniverso, como um conjunto de *compósitos* de elementos inter-relacionados, discerníveis pela *análise* e deriváveis racionalmente a partir de hipóteses. As causas das relações entre os elementos e os compósitos são também enunciáveis racionalmente. O todo natural é pensado como *automaton*, mecanismo dotado de leis que a razão pode descobrir, se aplicar ao objeto o método adequado. Dessa forma, no imaginário mecanicista, afirma-se que a Natureza tem leis (as leis naturais); que essas *leis* são semelhantes às de qualquer máquina, com suas peças e seu modo de funcionamento próprio, e que a razão está apta a descobrir tais leis por meio de um método adequado de *exploração*. Este método é experimental e quantitativo; sua linguagem mais adequada é a matemática (LUZ, 2004, p. 78-79, grifos do autor)

Da mesma forma, o corpo humano passa a ser visto como uma grande máquina, cujas peças se encaixam perfeitamente para formar um todo. O mecanicismo ganha força na constituição dessa racionalidade médica moderna. A vida deixa de ser o objeto central da clínica médica e cede lugar à patologia. Em vez de se teorizar sobre a saúde, sobre a vida ou sobre a cura, Luz (2004) nos mostra que a medicina passará a estudar cada vez mais as patologias. As observações minuciosas dos doentes e os interrogatórios presentes na clínica médica são considerados inconsistentes diante das autópsias que podem “revelar” a “verdade” sobre a doença, isto é, as “verdadeiras” causas das patologias.

Essa medicina que se assenta na física clássica, permitiu a imposição da mecânica como modelo científico de explicação e investigação dos corpos dos seres vivos, dando assim origem à Biologia. A biologia surge, portanto, em oposição à História Natural, se estabelecendo como ciência ao afirmar que a verdade pode ser encontrada desde que o cientista se ponha frente à natureza e a interogue seguindo o método experimental. A biologia torna-se então o discurso de referência sobre a vida (MARTINS, 1999).

Nesse sentido, Duarte (2003) afirma que o processo de constituição da identidade da

biomedicina se estabelece a partir da crença na marcha em direção à transparência da natureza, algumas vezes perturbada pela patologia. A fisiopatologia, portanto, desvendaria as causas dos processos patológicos.

Camargo Júnior (1990) corrobora com esse pensamento ao afirmar que as doenças, para a biomedicina, se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção.

Na Educação Física também encontramos essa transformação, na medida em que muitos profissionais se preocupam mais com as técnicas de terapêutica como forma de “corrigir” ou “reparar” as lesões ou patologias dos alunos, do que com o sujeito que sofre. A Fisiopatologia aplicada à Educação Física torna-se predominante diante dos estudos sobre a vida e a saúde. Há uma supervalorização da micro-materialidade pela física, química e bioquímica. O estudo da biologia celular e molecular torna-se a solução para a identificação da lesão e da causa do sofrimento. Este paradigma biomédico por excelência não reconhece a multicausalidade e a complexidade do sofrimento, mas limita-o a uma visão exclusiva das biociências.

Para Luz (2004), a biomedicina instaura-se como um discurso de objetividades, discurso que institui a doença e o corpo como temas de enunciados. A medicina como disciplina das doenças torna-se parte integrante da racionalidade médica moderna. Se o corpo é objetificado pela Medicina, ele também o é pela Educação Física que passa a valorizar mais os testes, os exames e as avaliações físicas (traduzidas em números e dados estatísticos) do que o próprio sujeito. A vida, a saúde e a cura são excluídas diante de uma cura como ausência de sintomas. Eliminando-se as doenças, o sujeito é considerado saudável.

Sendo assim, no primeiro paradigma (vitalista), a saúde é um processo de equilíbrio físico, mental, afetivo, social e espiritual, enquanto no segundo paradigma (biomedicina), a saúde é identificada com o estado atual do corpo físico ausente de sintomas. Enquanto o saber no paradigma vitalista volta-se para o indivíduo em desequilíbrio no sentido de reparar-lhe a saúde e a qualidade de vida, o saber da biomedicina orienta-se pela morte (anatomia patológica) e volta-se para a causa da patologia (agente patogênico) e para sua origem espaço-temporal (localização orgânica e história sintomática pregressa).

Da mesma forma, a Educação Física sofrerá influência do paradigma biomédico, principalmente na valorização da diagnose e da medicalização diante da terapêutica, pois os fármacos, para aumentar o rendimento desportivo (ou não), ganham espaço entre os profissionais e leigos a fim de otimizar os ganhos profissionais, pessoais, estéticos ou sociais.

Mais importante do que a adesão à prática regular de atividade física, os remédios tornam-se a “ajudinha” perfeita para os impacientes. Sabino (2002, 2005) relata em seus estudos a grande adesão indiscriminada de jovens aos esteróides anabolizantes-androgênicos (medicamentos controlados vendidos apenas com retenção de receita médica) a fim de otimizar os “resultados” corporais, não somente desportivos, mas principalmente estéticos.

Com isso, é possível checar as fichas de avaliações funcionais de alunos que ingressam nas academias, ou até mesmo perguntá-los diretamente e constatar que quase a totalidade alega estar ali buscando saúde ou qualidade de vida. Entretanto, muitos desses, nos primeiros meses, demonstram sua impaciência com as recompensas estéticas, que deveriam ser proporcionadas pelo exercício, e já lançam mão de inúmeros recursos farmacológicos sem prescrição médica. É nesse sentido, que o paradigma da biomedicina apontado por Luz (2005), predomina nas academias de ginástica e musculação. Nele, o corpo é formado por peças que devem estar cada vez melhores e mais ajustadas.

Para fins didáticos, a tabela abaixo foi elaborada a fim de facilitar a compreensão dos dois paradigmas:

Paradigma Vitalista	Paradigma da Biomedicina
Objeto de Estudo: Sujeito Doente	Objeto de Estudo: Doença
Saúde é energia, harmonia, equilíbrio, vitalidade	Saúde é ausência de sintomas e ausência de alterações nos sinais vitais
Doença é desequilíbrio, desarmonia	Doença é lesão anatômica e disfunção fisiológica
Objetivo do Médico: exercer a arte de curar	Objetivo do médico: conhecer e teorizar cada vez mais sobre a doença. Ciência das doenças.
Atuação do Médico: centrada em diversas racionalidades médicas	Atuação do Médico centrada na Anamnese, Semiologia, Anátomo-Clínica e Farmacologia.
Saber orientado para o sujeito em desequilíbrio e desarmonia a fim de restaurar-lhe a energia da vida	Saber orientado pela morte de sujeitos (anatomia patológica), causa da doença (agente patogênico) e localização espacial da doença.
Corpo: uma unidade ora em harmonia, ora em desarmonia	Corpo: uma máquina; um conjunto de peças que precisam ser consertadas uma a uma.
Corpo-Mente compõem uma unidade	Corpo e Mente são substâncias distintas (Descartes)
Saúde relaciona-se com socialização, ludicidade e alegria	Saúde relaciona-se com as medidas produzidas pela biomedicina e difundidas pelo mercado

8.3. A Insuficiência do Paradigma da Biomedicina para pensar a Saúde

A terceira fase do projeto, iniciado no fim de 1997, parte da percepção da dualidade existente entre racionalidades médicas e práticas terapêuticas. As práticas terapêuticas são frequentemente utilizadas de forma isolada, deslocadas de um contexto de significados para outro, obedecendo mais a uma lógica empírica de eficácia do que a uma coerência teórica (ou racionalidade) dos sistemas.

Sendo assim, Luz (2005a, 2005b) constata que a terapêutica da medicina, fundamentada na biomedicina, é insuficiente para atender as demandas dos pacientes. As disciplinas tradicionais da área de saúde ligadas à biologia, tais como anatomia, fisiologia, fisiopatologia, entre outras, com seu olhar tecnicista sobre a vida, são incapazes de abarcar a totalidade da vida, principalmente da saúde. Em razão desse vazio deixado pela biomedicina, as ciências humanas e sociais vêm sendo solicitadas a cooperar nos estudos sobre a saúde, sobretudo nesta área denominada Saúde Coletiva.

Para Birman (2005), o reconhecimento da insuficiência da biomedicina como prática médica hegemônica sobre a saúde e a doença inicia-se por volta da década de 1920, quando as Ciências Humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. Não que a biomedicina não seja importante para os estudos no campo da saúde, muito pelo contrário, pois seus estudos e investigações são imprescindíveis para qualquer sistema médico de saúde. Entretanto, é evidente que a hegemonia do discurso biomédico não é capaz de responder às demandas dos sujeitos e dos profissionais de saúde por uma promoção da saúde e qualidade de vida mais humana. Nessa perspectiva, a introdução das Ciências Humanas no campo da Saúde reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico. Cabe, portanto, à Sociologia, Antropologia, Política, História, Psicologia e Filosofia, entre outras, cooperarem com as disciplinas biomédicas nos seus estudos sobre a saúde e a terapêutica na vida social contemporânea.

Com isso, Luz (200?) afirma que as ciências sociais possuem um papel importante para investigar e compreender as novas práticas de saúde, em razão da grande demanda por novas terapêuticas. O conhecimento produzido pelos estudos sócio-antropológicos, como este, se faz no sentido da compreensão e da interpretação dos fenômenos da vida, do adoecimento e da morte humana em sua relação com a cultura, com a sociedade e com os outros. Seu paradigma não inclui, de forma alguma, a eficácia, que supõe intervenção, o que é típico das

ciências ligadas à vida, sua conservação, ou sua recuperação, como é o caso da medicina, ou das medicinas.

A medicina ocidental moderna insere-se, portanto, num paradigma de causalidade, procurando descrever e explicar os fenômenos, quando não determiná-los, a partir de modelos explicativos constituídos por “leis”. Essa medicina, fundamentada na biomedicina como forma de saber erudito, se assume como a única portadora de racionalidade e legitimadora das práticas “válidas” de saúde (LUZ, 2007a, 2007b, 2007c).

Entretanto, a contribuição dos estudos sócio-antropológicos no campo da Saúde Coletiva se dá a partir de outra maneira, que não essa eficácia da medicina ocidental moderna. É preciso, portanto, entender a diversidade dos sentidos e a pluralidade de modelos presentes nas práticas terapêuticas e corporais atuais a fim de tentar compreender e interpretar os valores e as representações diferenciadas nessas práticas. A contribuição se dá, então, a partir de uma sociologia compreensiva de fatos e fenômenos sócio-históricos no campo da saúde. Assim, a abordagem compreensiva das ciências sociais contribui para a superação de concepções reducionistas da relação corpo-saúde.

A saúde passa a ser compreendida para além de um viés orgânico-funcional, isto é, fisiológico, e passa a ser considerada como um equilíbrio, uma harmonia. Não se trata de esboçar um sistema explicativo das doenças e suas causas, mas sim de repensar as práticas de saúde como um modelo terapêutico centrado na arte de curar os doentes. Este é o ponto de partida clínico e o objeto epistemológico da prática médica, ao invés da doença. A finalidade destes novos olhares sobre os doentes concentram-se na arte de curar, e não em teorizações sobre as doenças

Tal abordagem sócio-antropológica propõe-se a compreender o sentido que os sujeitos atribuem às práticas corporais de saúde, focalizando-os como sujeitos com uma singularidade e uma história própria. Para Minayo-Gomes e Thedim-Costa (2003) os estudos no campo da saúde devem necessariamente incorporar as ciências sociais na produção de conhecimentos.

8.4. A prática da médica no PEFAO-UERJ

O PEFAO-UERJ possui uma médica (cardiologista) responsável pelo atendimento clínico e, algumas vezes, ergométrico, dos alunos. A médica do PEFAO-UERJ possui quatorze anos de formada dentro da área de cardiologia e medicina do esporte, atuando no atendimento clínico e na ergometria. Desde sua graduação atua nessa área, pois sempre gostou muito de esportes. Relatou que precisou fazer uma escolha entre ser atleta e ser médica e hoje está feliz com sua escolha. Pratica atividades físicas regulares, pois reconhece a importância disto para sua vida, embora esteja insatisfeita com a impossibilidade de se dedicar mais aos exercícios, em virtude de uma hérnia de disco. Ela relatou que chegou ao PEFAO-UERJ em virtude de uma indicação de outra médica, pois este Projeto de Extensão estava precisando de uma médica ergometrista.

A rotina da médica é prestar atendimento diante de alguma intercorrência, isto é, quando alguém se sente mal durante a atividade física. Eventualmente os alunos obesos hipertensos podem apresentar irregularidades na pressão arterial durante o esforço. Nesse caso a médica presta o socorro e medica-os quando for necessário. Tais alterações fisiológicas que podem ocorrer durante o esforço, sinalizam que a pessoa possui alguma limitação orgânica que se manifestou durante a atividade física.

Segundo a médica, a atuação profissional de um médico no PEFAO-UERJ possui um papel bem específico, diferente dos demais profissionais de saúde, porém complementar. Sua ação está direcionada para o diagnóstico, basicamente compreendido como a identificação da doença, e o tratamento farmacológico. A diagnose é bastante valorizada.

“[...] O médico trata...uummm...O papel do médico é diagnosticar e traçar um perfil histórico...Fazer uma anamnese...O que está acontecendo, quais são as doenças do passado, o histórico familiar....tenho trinta minutos ou menos para fazer isso tudo...tenho trinta minutos para fazer um diagnóstico..... Depois passar o tratamento junto com os remedinhos...Para isso que há uma equipe multidisciplinar... Cada um tem o seu papel... Meu papel é esse [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ)

A partir desse relato da médica, podemos observar a existência de um tripé na Medicina (Anamnese, Semiologia, Clínica). O sujeito que sofre, segundo Camargo Júnior (1990), traz as suas queixas e a prática (bio) médica opera com as três técnicas em seqüência: colhe-se a “história da doença” por meio da Anamnese, identificam-se sinais por meio da Semiologia e utiliza-se o raciocínio clínico para identificar e tratar a doença.

A categoria central na prática (bio) médica é a doença, a patologia e o diagnóstico, sendo este a grande questão para o médico. É preciso identificar a patologia rapidamente a fim de combatê-la, erradicá-la. Não se trata de pensar prioritariamente no restabelecimento e ampliação da saúde, mas sim em conhecer a patologia do sujeito. A prática médica ainda perpetua sua visão centrada na doença marcada pelas três cisões: a cisão entre ciência das doenças e a arte de curar desenvolvida historicamente no saber médico ao longo dos últimos três séculos, a cisão na prática médica de combate às doenças entre diagnose e terapêutica, desenvolvida, sobretudo, a partir do fim do século XIX, e, por fim, a cisão no agir clínico da unidade relacional-afetiva-terapêutica médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente (LUZ, 1995).

Nesse processo de intervenção, pautado no paradigma da biomedicina, a subjetividade e o sofrimento do paciente são apagados para que possa aparecer a objetividade da doença. Para a clínica biomédica, é importante fazer desaparecer o subjetivo, para que surja a doença, e não o doente. Além disso, a médica relata a importância dos fármacos.

“[...] O tratamento pode ser com remédio. Pode ser com conversa também. Existe o momento do diálogo que a pessoa quer falar. Mas tem que ter o remédio também. Quando são emergências é preciso sempre medicar. Alteração da pressão arterial não é uma coisa normal, tem que melhorar logo. E tem que fazer tratamento, se tiver que dar remédio eu vou dar [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Tal relato corrobora com a análise de Luz (2004), pois além de a medicina ocidental moderna tornar-se a disciplina das doenças, o remédio (fármaco) torna-se seu principal aliado. Não se trata mais de ajudar o paciente a restabelecer seu estado de saúde, mas sim de intervir de forma farmacológica para derrotar ou administrar a doença, no caso das patologias crônicas. Deste ponto de vista, a eficácia terapêutica, entendida como vitória sobre a doença, levará a prática médica a pesquisar com maior afinco os fármacos e considerá-los seus principais aliados no combate às patologias.

Ao ser questionada especificamente sobre remédios para emagrecimento, a médica relata uma compreensão mais próxima do paradigma vitalista, pois reconhece alguns problemas adicionais (e desnecessários) que esses fármacos podem trazer ao o sujeito que sofre.

“[...] Esses remédios em geral são inibidores do apetite e acabam interferindo no sistema nervoso central. O que adianta emagrecer e afetar o sistema nervoso? É importante saber quais os remédios que afetam a parte neurológica [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Entretanto, a médica justifica sua posição ressaltando a não adesão ao fármaco em virtude da incompatibilidade de especialidade médica, isto é, uma defesa ética para não adentrar na especialidade de outro colega de trabalho.

“[...] Eu não prescrevo remédio para emagrecimento, porque não sou endócrino [...]”(Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

É interessante que a médica inicialmente parece reconhecer a unidade entre corpo-mente, isto é, não os dividindo e nem os hierarquizando.

“[...] Você não é mente e depois o corpo. Você é a duas coisas. Então eu procuro tratar ao mesmo tempo. As coisas se misturam e vão e vem. Você é assim e eu sou assim. É o holístico. Acima de tudo tem a pessoas. Existe um todo. É preciso ver a pessoa como um todo [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Porém, seu discurso revela um conjunto de contradições ao dizer que corpo e mente são uma coisa só e depois dizer que há doenças do corpo e doenças da mente.

“[...] Você tem que tratar as duas coisas, a mente e o corpo. Temos que tratar ao mesmo tempo. Mas não é só o fator psicológico, tem a doença física também. Muitas alterações são devido ao psicológico. Realmente o psicológico influencia muito. Mas não determina. Mas não há somente a questão psicológica. Existe a doença também. Nós não somos gavetas, mas ao mesmo tempo eu não posso pensar que é um todo. Tem a doença [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

A produção dessas dicotomias se dá a partir da racionalidade moderna que institui a “natureza” como objetividade e como exterioridade ao homem, como materialidade a ser apreendida e explicada. A razão “pura” e “livre” da racionalidade moderna quer desvendar os segredos da natureza. Essa razão cria, portanto, um conjunto de dualidades que a ciência assumirá no seu trajeto histórico e que dará origem a uma série consecutiva de novas dualidades. A dualidade, ressaltada nesse momento, é o corpo-mente. Para Luz (2004), essa fragmentação do sujeito é um dos sinais do avanço da racionalidade científica sobre a sociedade.

A médica revela claramente a crença na divisão entre *res cogitans* e *res extensa*, como o fez Descartes. E para justificar a importância de valorizar a doença, independente do que ela chama de “psicológico”, ela faz um apelo à racionalidade biomédica.

“[...] O médico tem que ter racionalismo médico. Tem o fator doença também, não é só psicológico...Tem doença que não tem nada de psicológico...É somático [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-

UERJ).

Como afirma Luz (2004), o corpo do homem foi paulatinamente entregue à ordem da racionalidade biomédica. É preciso sempre sediar a doença e descobrir-lhe a causa. A doença não pode mais ser considerada como uma totalidade de sintomas ou entidade mórbida, mas deve ter uma causa “somática”. A medicina dos sintomas pouco a pouco entrará em regressão, para se dissipar diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica. O olhar médico se torna profundo na medida em que deve penetrar no corpo do doente e localizar a sede da doença no próprio corpo doente, determinando a lesão privilegiada em relação aos sintomas, agora fenômenos secundários. A doença se localiza no corpo e a lesão explica os sintomas. Por isso a médica ressalta que o médico deve ter “racionalismo médico” para encontrar a doença, e não limitar tudo a um tal de “psicológico”.

Para diagnosticar a doença, Foucault (2004) nos mostra que o olhar médico deve penetrar verticalmente no corpo, seguindo um percurso que se estende da superfície sintomática à superfície tissular que lhe é anterior, do manifesto ao oculto. Trata-se, assim, de compreendermos a grande modificação no saber médico produzido pela anátomo-clínica, que fundamenta o paradigma da biomedicina: o olhar no interior do corpo doente que faz com que a doença deixe de ser uma entidade nosológica para se tornar uma realidade existente no corpo e identificada pela lesão. A doença que era uma espécie natural, estudada segundo o modelo botânico, passa com a anátomo-clínica a ter, segundo o modelo da anatomia patológica, uma sede orgânica.

Como Camargo Júnior (1990) nos diz, a única realidade concreta para a biomedicina é a doença, a expressão da lesão. Toda a prática médica acaba se voltando para a identificação e a eliminação das doenças e lesões. Tudo o mais passa a ser secundário, até mesmo o sujeito que sofre e traz a doença. Esta, por sua vez, para a biomedicina, se expressa por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção.

Vale ressaltar que há uma crença na cientificidade da medicina para tentar definir o que é saúde e o que é doença. A médica prontamente afirmou que a obesidade é uma patologia devido a alterações quantitativas no organismo, em relação ao normal. E, continuando, revelou a crença nos exames como os indicadores reais e verdadeiros das anormalidades, consideradas patologias.

“[...] A obesidade é uma patologia. Mesmo tendo o aspecto psicológico, isso

tudo que a gente sabe, a obesidade vira uma doença. Os exames mostram isso. Como começou a obesidade não podemos saber. Mas sabemos que é uma doença...A anormalidade é uma patologia [...]”(Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Esse discurso vem de encontro ao pensamento de Canguilhem (2006), para o qual a patologia não pode ser semelhante à anormalidade, pois também é um estado de normas. Tampouco a patologia pode ser considerada uma mera diferença quantitativa do estado normal. Patologia, nessa perspectiva, é a incapacidade momentânea ou definitiva de um dado organismo produzir novas normas adequadas às exigências do meio ambiente para manter a continuidade da vida. Enquanto que a saúde seria a capacidade de produção contínua de novas normas. Saúde, portanto, é um valor, e não um fato.

Essa compreensão de patologia, por parte da médica do PEFAO-UERJ, insere-se no paradigma da biomedicina, explicativo por excelência. Para Martins (1999), tal paradigma está intimamente associado à ciência moderna que busca os universais. Isto é, alcançar na cientificidade neutra e positivista os conhecimentos verdadeiros. A idéia na qual o conhecimento médico (razão/intelecto) se encontra separado e acima da natureza. A “verdade” da doença encontra-se, portanto, no microscópio, no exame laboratorial. Ela passa a ser buscada cada vez mais na intimidade microestrutural dos tecidos.

Embora a médica pareça estar fora do paradigma da biomedicina, podemos perceber o reconhecimento, ainda que parcial, dessa crença positivista da ciência, no relato abaixo:

“[...] o cientista médico acha que está criando as coisas, acha que consegue explicar tudo. Eu consigo explicar quase tudo, mas não tudo... Mas isso é cultural. Na medicina antigamente, no Egito e na Grécia, o médico era o Deus. Era aquele que dava remédio e curava. Mas eu ainda não faço milagre. Eu não adivinho pensamento ainda. Porque do jeito que as pessoas querem milagre, quem sabe um dia a gente vá fazer [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Parece que a crença na ciência é tão forte que os médicos, algumas vezes, são reconhecidos como os detentores legítimos dos conhecimentos sobre a saúde e a doença. Um dos estagiários de Educação Física chega a afirmar que os próprios alunos do PEFAO-UERJ corroboram com essa visão hierárquica do médico como o sujeito que possui o conhecimento. O aluno tomaria, portanto, o médico como o Outro que conhece a doença.

“[...] Primeiro é o médico com certeza. O médico sempre é o mais importante para eles. Essa coisa de status. Essa coisa de que o médico sabe tudo [...]” (Léia, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Nesse sentido o médico investido de legitimidade no *campo* da saúde adquire um poder simbólico. Este, segundo Bourdieu (2005), é um poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade dos pacientes e demais agentes do mesmo *campo*. Ele se constitui quando é reconhecido como natural e ignorado como arbitrário na própria estrutura do *campo* em que se produz e reproduz a crença no médico. O que está em jogo é um *status* do médico em seu *campo* de atuação, isto é, sua localização num *campo* da saúde.

Saliba (1999) argumenta que a medicina ocidental moderna, ao se apropriar da autoridade legítima de definir o critério do normal e do patológico, do estado de saúde e de doença, torna o médico a única autoridade (profissional) de legitimar uma pessoa num estado de doente, atribuindo seus direitos e deveres como paciente. Toda outra forma de manifestação que não entra num quadro “racional-legal” não recebe a legitimidade médica. Por isso, toda sintomatologia excluída do campo médico racional-legal caminha em direção às medicinas populares e paralelas, relegadas à marginalidade e consideradas muitas vezes como exercício ilegal da medicina. As patologias e disfunções do corpo tornam-se matéria unicamente de um trabalho de natureza profissional (bio)médica, excluindo o discurso religioso e o de outras racionalidades médicas.

Entretanto, ao ouvirmos os alunos do PEFAO-UERJ, através de entrevistas formais e informais, alguns relatos se mostraram contrários ao que os profissionais acreditam que os alunos pensam do médico. Isto é, os alunos reconhecem a importância do médico, mas a racionalidade biomédica, muitas vezes, não é capaz de comandar suas vidas.

“[...] O médico passa remédio para dor. Ele fala para eu tomar o remédio durante quinze dias, mas eu só tomo durante cinco dias. Cinco dias está ótimo. Aí eu já estou livre da dor e largo o remédio lá dentro da geladeira. Se passou a dor em cinco dias eu uso a compressa e largo o remédio [...]” (Renata, 64 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 34 meses).

“Os médicos acham que tomando o remédio a gente mantém o colesterol estabilizado... É bom para as artérias da gente...O médico que eu vou, meu cardiologista, falou que está tudo bom. Mas quando eu não estou sentindo nada eu paro de tomar o remédio e nem aviso ao médico. Eu mesma leio a bula e decido se tomo o remédio ou não[...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

Entretanto, nesse outro relato abaixo, podemos perceber novamente a crença da médica do PEFAO-UERJ na comprovação e validação da ciência.

“[...] Se fechar a boca e fizer atividade física vai perder. Já ta comprovado. Já foi mais do que comprovado. Você já leu vários artigos na sua faculdade.

O obeso é um fator de risco, porque já foi confirmado [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Camargo Júnior (1990) nos alerta para a crença dogmática da biomedicina na Epidemiologia, por exemplo. O fato de um grupo experimental apresentar uma resposta matemática passa a ser entendido como uma chance dessa resposta se reproduzir no sujeito. A estatística torna-se o campo de conhecimento revelador do real, isto é, matematizando-o. Os dados epidemiológicos passam a determinar a voz da “verdade”.

Foucault (1999) relata a ação da biopolítica (conjunto de biopoderes) sobre o corpo através de dados estatísticos. É a observação de fenômenos, através da matemática, que permite o aumento da capacidade de regulamentação da vida. As doenças crônicas, que enfraquecem e diminuem a vida, tais como a obesidade, passam a sofrer um controle normativo cada vez mais freqüente na medida em que se produz um conjunto de saberes sobre o corpo patológico. As previsões, as estimativas estatísticas e medições populacionais tornam-se “o saber” sobre a morbidade e a mortalidade das massas. A estatística e a epidemiologia tornam-se saberes que legitimam a intervenção dos biopoderes nas populações.

Queremos assim ressaltar que não há neutralidade e objetividade científica total, conforme defende a biomedicina.

Não há atitude totalmente neutra e objetiva; há esforço de se conseguir ou de se aproximar a uma postura de neutralidade e objetividade. Contudo, não nos iludamos: mesmo que uma atitude neutra e objetiva fosse possível, na produção do conhecimento, o produto dessa atividade, ao ser absorvida socialmente, não seria neutro, pois, na prática social, teria sempre o caráter de legitimação ou de denúncia (RODRIGUES, 1983, p. 5).

Vale ressaltar que Weber já havia nos mostrado que, embora a ação do cientista seja racional com referência a um objetivo, pois ele se propõe a enunciar proposições factuais, relações de causalidade e interpretações universalmente válidas, há um juízo de valor, isto é, um julgamento sobre o valor da verdade demonstrada. Os valores do pesquisador influenciam na escolha do objeto de estudo e no processo de investigação. Por isso, a neutralidade e a objetividade científica total (100%) ressaltada pela medicina ocidental moderna não existe. Weber nos mostra que o cientista jamais será imparcial e neutro (ARON, 2002).

Já que a doença passou a ser mais valorizada do que o sujeito, foi importante investigar o que a médica entende por saúde.

“[...] O que é saúde?Todo mundo sabe o que é saúde...Saúde é qualidade de vida [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Embora a saúde seja compreendida como qualidade de vida, ainda persiste a indefinição do que seja qualidade de vida. Ou melhor, a qualidade de vida está associada, para a médica, à melhoria das variáveis fisiológicas.

Camargo Júnior (1990) argumenta que certas categorias fundamentais na prática médica, como saúde, doença, cura, sofrimento nunca são definidas com clareza pela biomedicina. Essas categorias fundamentais são empurradas para o terreno da Metafísica e/ou as respostas dos profissionais de saúde são evasivas e vazias. Percebemos isto no relato de duas estagiárias de Educação Física:

“[...] Ahh eu não sei. Eu tenho medo até de falar um conceito de saúde, porque a gente aprende tantos conceitos de saúde na faculdade que a gente fica meio perdido sabe.....Tipo uma repetição [...]” (Léia, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde, é ausência de.....esqueci o termo....Ausência de doenças né.....Mas a gente sabe que não é só isso né...É meio complicado [...]” (Natália, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

A fim de compreender melhor o que a médica entende por saúde, sugeriu-se que ela tentasse comentar os motivos dos alunos para a procura desse Projeto de Extensão. Novamente o tema “saúde” e “qualidade de vida” retornam e agora ambos se aproximam de emagrecimento.

“[...] O objetivo de quem vem para cá é buscar qualidade de vida. Saúde é qualidade de vida. Emagrecer é qualidade de vida. Tem que saber emagrecer da forma certa e natural. É preciso saber como isso pode aumentar a sua expectativa de vida por questões naturais. Comer certo é questão natural. Andar é questão natural. Isso é natural [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

A médica, assim, salienta a relevância das questões “naturais” para a qualidade de vida, não reconhecendo que o “natural” foi, progressivamente, na modernidade, o fruto de uma montagem epistemológica. Montagem que permitiu a ordenação não apenas do mundo “externo” ao homem, mas também do “interno”. A médica não reconhece que o “natural” é uma produção moderna que se tornou uma “coisa”, isto é, um objeto passível de ser conhecido pela razão, conforme aponta Luz (2004). O desconhecimento de que o “natural” foi produzido, explicado e explorado pelo “Homem” revela a ordem da razão como a condição ontológica para que o homem possa conhecer, moldar e colocar o “reino natural” no selo da ordem.

Além disso, sabemos que o comer “natural” ou andar “natural” pode ser

problematizado. Rodrigues (1983) e Laraia (2004) salientam que a alimentação não é algo “natural”, mas são as convenções sócio-culturais que decidem o que é o alimento “natural” e o que não é, bem como quem pode comer o quê e quando pode comer. Todos os hábitos de alimentação, que cada cultura elege de sua própria maneira, configuram princípios normativos que podem definir a condição da socialização naquela cultura.

Helman (2003) também corrobora com os autores acima ao afirmar que em todas as culturas, as refeições são fortemente controladas pelas normas de um grupo social. Tais normas ou regras determinam quem prepara ou serve o alimento, quem come em conjunto e quem limpa no final. Elas também determinam os momentos e a configuração das refeições, a ordem dos pratos na refeição, os talheres ou a louça usados e a forma precisa pela qual o alimento deve ser consumido.

Da mesma forma, a médica afirma que “andar” é uma questão natural. Sabemos, portanto, que a forma de andar varia conforme as culturas, sendo impossível determinar uma marcha “natural”. Mauss (1974) nos mostrou que as maneiras das quais os sujeitos utilizam seus corpos varia conforme a cultura. Toda atitude corporal, como a marcha, por exemplo, possui uma forma cultural. Andar é, portanto, uma técnica e toda técnica é produto da cultura. Mauss chega a afirmar que muitos fenômenos que consideramos fisiológicos ou genéticos são, na realidade, sociológicos.

É importante também tentarmos compreender a relação saúde-beleza na visão da medicina, pois como diz Carvalho e Freitas (2003), estamos vivendo em uma época na qual a estética, considerada sinônimo de boa forma, tornou-se também sinônimo de saúde.

Fournier (2004) afirma que vivemos o momento da onipresença do corpo. A explosão do número de revistas de moda, dos produtos cosméticos e dos salões de beleza, das academias de ginástica, dos novos medicamentos e das técnicas médicas e cirúrgicas para transformar e melhorar o corpo exemplifica isto. O corpo se tornou produtor de nossa identidade, isto é, um reflexo do Eu profundo e original de cada um. E qual será, então, a identidade do sujeito obeso?

“[...] Eles não se preocupam e nunca se preocuparam com estética. Quem chegou nesse estágio não se preocupa com estética. Jamais deixaria as coisas chegarem a esse nível. Se estética fosse importante, eles não deixariam isso acontecer [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Podemos perceber que os sujeitos obesos são considerados pessoas que não se preocupam e nunca se preocuparam com a estética. Seriam pessoas que não se enquadram nos padrões hegemônicos de beleza? Sim. Mas por que isso?

“[...] Porque ele não tem força de vontade. Falta objetivo. O que adianta fazer seiscentos abdominais, correr, ficar na chibata e depois pegar um pote de sorvete de dois litros? E depois chega aqui e diz que não emagreceu. Muitos não têm força de vontade [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

“[...] há pessoas com muita displicência [...] Uma vez eu o chamei no canto e dei uma bronca. Disse para ele que tem tudo aqui e que ele tinha que resolver se ficava ou se saía. Ele tava muito displicente [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO-UERJ).

Percebe-se claramente que o discurso médico corrobora com a literatura recente que tem mostrado as representações contemporâneas sobre o corpo gordo. Este, portanto passa a ser identificado como o preguiçoso, mole, fracassado, enquanto o magro é identificado como aquele que realmente se preocupa com a estética e a saúde. Fischler (1995) relata isto muito bem ao definir o “Obeso Maligno”, aquele considerado “glutão”, que viola as regras da divisão dos alimentos, ameaçando a própria organização social, o que remete à animalidade, ao mal, à besta, ao maligno. O gordo é considerado o preguiçoso e o displicente por excelência.

Chegando ao final deste capítulo, queremos ressaltar que a prática médica no PEFAO-UERJ concentra-se na diagnose e na ação emergencial diante de intercorrências clínicas durante o esforço, enquanto a ação preventiva concentra-se na atuação profissional dos professores de Educação Física, psicólogos e nutricionistas. A medicina no PEFAO-UERJ teria por objetivo principal avaliar a condição física do sujeito, permitindo-o ou não praticar atividades físicas regulares e socorrê-lo diante de alterações fisiológicas indesejadas durante o exercício. Através da entrevista em profundidade podemos compreender que a médica fundamenta sua prática, em grande parte, no paradigma biomédico. Nesse sentido, é freqüente a divisão do corpo em partes e, algumas vezes, o reconhecimento da lesão orgânica/doença/patologia como a causa real dos sintomas. Entretanto, é possível perceber uma visão inicial de que o obeso estaria em um quadro de desequilíbrio, desarmonia, o que nos levaria a uma aproximação, apenas inicial, com o paradigma vitalista.

CAPÍTULO IX – PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO PROJETO DE EXERCÍCIO FÍSICO ADAPTADO PARA OBESOS

9.1. Introdução a compreensão dos sentidos e significados que os sujeitos atribuem à Saúde nas Práticas Corporais de Saúde

Ao iniciarmos este trabalho elaboramos três hipóteses para a procura e três hipóteses para a permanência dos alunos no PEFAO-UERJ. Nesse sentido, cabe-nos agora discutir os resultados obtidos a partir das entrevistas e dos nove meses de observação etnográfica, a fim de comprovarmos ou não as hipóteses inicialmente estabelecidas. Ao longo deste trabalho, já fizemos algumas considerações importantes sobre certas hipóteses estabelecidas. Todavia, neste capítulo queremos apresentar e discutir os sentidos de saúde e qualidade de vida apreendidos durante a pesquisa.

As hipóteses inicialmente estabelecidas para a procura deste Projeto de Extensão apontam para três fatores principais: o estigma provocado pela grande quantidade de gordura, a existência de demandas por cuidado e atenção da equipe profissional de saúde e de seus pares, a menor vulnerabilidade psicofísica que diminui a autonomia para a vida cotidiana. Da mesma forma, elaboramos três hipóteses para a permanência neste Projeto de Extensão. A primeira hipótese relacionando a insatisfação com a estética corporal como principal motivo para a procura de um local multidisciplinar para praticar atividade física e emagrecer. A segunda hipótese centrada no lúdico e nos laços sociais como os dois pilares de sustentação do grupo social. Sendo assim, a solidariedade estabelecida entre o grupo estaria diretamente vinculada à adesão. E por fim, a terceira hipótese que aponta para a insuficiência da biomedicina como provedora da saúde, isto é, a valorização das alterações das variáveis fisiológicas, como indicadores de qualidade de vida e saúde, não explicam em sua totalidade a permanência dos alunos no Projeto de Extensão, visto que as demandas ultrapassam a esfera orgânico-funcional.

As aulas no PEFAO-UERJ sempre começam às 14h30min e os alunos são orientados para chegarem às 14h15min a fim de repousar para a aferição da pressão arterial e da frequência cardíaca. A sala é bem iluminada, arejada e não há espelhos. Tampouco há máquinas individualizantes e balança.



Os alunos geralmente chegam, sentam-se no fundo da sala e ficam conversando. Os estagiários e os professores cumprimentam os alunos, mas na maioria das vezes eles mesmos, antes de se sentarem no fundo da sala já o fazem. Existe uma disposição espacial

diametralmente oposta, pois os alunos situam-se no fundo da sala conversando e os estagiários e os professores na mesma direção, porém não no fundo da sala. Todas as mulheres utilizam calça de ginástica e camiseta, sem ter medo de esconder o corpo ou as “gordurinhas”. Os homens também utilizam camisetas e bermudas. Os estagiários ou professores aferem a pressão arterial de todos os alunos antes da aula e depois o aluno se dirige ao anotador que está na mesa para informar sua pressão arterial e sua frequência cardíaca, ambas de repouso. Valores alterados de pressão arterial¹⁶ antes da aula exigem procedimentos diferentes, os quais iremos abordar ao longo deste capítulo.

Os homens, que são muito pouco, cerca de 20 a 25% da turma, sentam-se próximo aos estagiários e professores, longe das outras alunas. Na medida em que eles se enturmam com as colegas, a disposição especial se modifica e eles passam a sentar-se junto com elas no fundo da sala antes do início da aula.

Os professores e estagiários elaboram circuitos que serão utilizados durante a aula, pegam os equipamentos nos armários e organizam as estações enquanto os alunos ficam sentados e outros estagiários aferindo pressão. Alguns professores - mesmo que não estejam trabalhando nesse horário - aproveitam esse período anterior à aula para conversar e colocar os papos em dia.

As aulas começam sempre com um alongamento e movimentos nas diversas articulações do corpo, a fim de preparar os alunos (fisiologicamente) para a aula. A segurança e a escolha dos exercícios são fundamentais, visto que muitos obesos possuem limitações das mais variadas para a prática de movimentos corporais. Os alunos se distribuem de frente para a estagiária (ou professora), que ensina alguns exercícios de alongamento. Após esse alongamento inicial, começa um aquecimento com passos de dança ou com movimentos aeróbios em deslocamento ou no mesmo lugar. As músicas que tocam, em geral, são bem divertidas, embora a escolha do repertório musical dependa das preferências do professor e da relação de amizade que ele possui com a turma. Quando esse aquecimento se dá com os passos de dança, os alunos sempre ficam rindo e se divertem. Aqueles que estão há pouco tempo no PEFAO-UERJ parecem mais tímidos, mas ao longo das aulas aderem

¹⁶ O aluno que em repouso tiver valores de pressão arterial sistólica a partir de 180 mmHg e/ou pressão diastólica de 110 mmHg não participará da aula. O aluno também será retirado da aula se durante a mesma sua pressão arterial alcançar ou ultrapassar tais valores. O aluno não poderá executar o treinamento de força se sua pressão sistólica estiver igual ou superior a 160 mmHg e/ou sua pressão diastólica estiver igual ou superior a 100 mmHg, embora possa continuar na aula realizando caminhadas. .

emocionalmente ao espírito do grupo. Quando o aquecimento termina, os alunos se dirigem para a mesa para informar a frequência cardíaca.

Na parte principal da aula, são realizados jogos cooperativos, jogos modificados de iniciação desportiva, dança, brincadeiras e jogos com equipamentos (bola, bastão, arco, peteca, etc.). Há atividades individuais e em grupos. As atividades sempre são intercaladas com caminhadas pela sala. A parte aeróbia da aula é o momento de vínculos sociais, construção de laços, ludicidade, liberdade e criatividade. Após a atividade, todos se dirigem à mesa para informar novamente a frequência cardíaca. Quem não conseguir aferir a frequência cardíaca, o que parece raro, pois todos aprendem e possuem autonomia para isso, deverá procurar o professor ou estagiário.

Após a parte aeróbia da aula, momento dionisíaco, repleto de alegrias, sorrisos e atividades cooperativas, inicia-se o treinamento de força. Um professor ou estagiário comanda os exercícios e os alunos ficam ora sentados, ora em pé, realizando exercícios para membros inferiores e membros superiores. Os alunos ficam uns ao lado dos outros e ninguém fica de frente para o outro, exceto o professor. Esse é o momento apolíneo. É o momento de concentração, de atenção a respiração, de silêncio, de sentir o próprio corpo e experimentar os seus limites. Os professores não realizam contagens de exercícios, pois cada aluno deve ser capaz de realizá-los conforme suas possibilidades no tempo estabelecido. Após a série de força, os alunos deitam nos colchões para um alongamento e relaxamento final. A aula termina com a volta à calma, que pode ser uma brincadeira, um jogo de palavras, um jogo de mímica, de músicas, etc.

Após essa breve descrição “modelo” ou “tipo ideal” das aulas no PEFAO-UERJ, vamos aprofundar a análise da nossa experiência nesse Projeto de Extensão a fim de compreender os sentidos e significados que os próprios indivíduos atribuem às práticas corporais de saúde.

Vale retomar a idéia de que estamos procurando compreender estes sentidos na perspectiva sociológica weberiana, isto é, compreender, interpretar e apreender a significação, organizando o sentido subjetivo em conceitos e evidenciando as regularidades das condutas. O pesquisador tem o objetivo de tornar inteligível o que não o foi, de fazer aparecer o sentido daquilo que foi vivido sem que o sentido tenha sido consciente aos alunos do PEFAO-UERJ que o viveram (ARON, 2002; WEBER, 2005).

Não estamos procurando chegar a um sistema hipotético-dedutivo, mas a um conjunto de interpretações, todas seletivas e inseparáveis do sistema de valores escolhido. Por isso, as ciências sociais, na abordagem weberiana, são sempre compreensivas, e não

preditivas/explicativas. Trata-se de compreender os sentidos subjetivos, isto é, em última análise, a significação que os alunos atribuem à sua existência, experiência e vivência no PEFAO-UERJ.

As ações no PEFAO-UERJ podem ser consideradas sociais, quando de acordo com o sentido que lhe atribui o ator, ela se relaciona com o comportamento de outras pessoas. O sentido atribuído por cada aluno, de um grupo de alunos que age, se relaciona com a atitude dos outros, de modo que suas ações são mutuamente orientadas.

No capítulo IV procuramos discutir a primeira hipótese referente à busca por esse Projeto de Extensão. Foi possível compreender que os alunos, em especial os mais obesos, se preocupam com a imagem corporal e relatam a insatisfação diante do olhar das pessoas na rua e da própria dificuldade em utilizar certas roupas. Entretanto, a estética não é o principal motivo para que os alunos procurem esse Projeto de Extensão, visto que não consideram o emagrecimento como um fim em si mesmo, mas sim como uma consequência da boa saúde, da prática regular de atividade física e do controle da alimentação. Vale ressaltar que o estado conjugal e a idade são elementos importantes nessa análise sobre a estética. Isto é, ao passar dos anos, a preocupação excessiva com a estética diminui diante do aparecimento de outras questões mais relevantes na vida, tais como: cuidar dos filhos, dos netos, do marido, etc. O estado conjugal também possui relação com a percepção que os alunos possuem do seu próprio corpo. A maioria das alunas são casadas e o acolhimento e carinho do marido, independente da aparência física, são sempre ressaltadas.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, a estética é a consequência dos cuidados com o corpo e com a saúde. A estética aparece não como algo incompatível com a saúde, mas algo explicitamente diferente e menos valorizada. Mais importante do que ter um corpo da moda, segundo os padrões hegemônicos de beleza, é ter um corpo em boas condições funcionais para realizar todas as atividades do cotidiano, sejam elas profissionais ou de lazer. Vamos, assim, ao longo desse capítulo, nos concentrar nas demais hipóteses estabelecidas para a busca e permanência neste Projeto de Extensão.

9. 2. Saúde é Autonomia

Segundo Wilmore e Costill (2001), a obesidade em vários momentos da história foi considerada uma patologia decorrente dos distúrbios endócrinos, principalmente do mau funcionamento de alguma glândula. Depois, os esforços científicos se concentraram no aspecto psicológico do indivíduo, tentando entender a gula. Entretanto, hoje já se sabe que a etiologia da obesidade não é tão simples como parece. A obesidade possui uma origem complexa e suas causas específicas diferem de uma pessoa à outra. Reconhecer isto é importante para o tratamento da obesidade e para sua prevenção.

Sabemos que a obesidade é um fator de risco para várias doenças, contribuindo, assim, para o aumento das morbidades, quando não da mortalidade, dos indivíduos. Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doenças Cardiovasculares, Síndrome Metabólica e Câncer estão associados ao sobrepeso e à obesidade (AACE, 1998; FRANCISCHI et al., 2000; FORD et al., 2002; STAMLER, 1993).

Nesse sentido, a diminuição da capacidade funcional e da autonomia para a realização das atividades cotidianas é freqüente. Dificuldades para realizar as tarefas domésticas e profissionais, assim como subir no ônibus ou entrar num carro aumentam na medida em que os níveis de obesidade aumentam. Por isso, estabelecemos a hipótese de que os alunos com sobrepeso ou obesidade procuram este Projeto de Extensão devido à vulnerabilidade psicofísica (locomoção, respiração, pressão arterial) e social em razão da menor autonomia e capacidade funcional para as atividades da vida diária (AVDs). Abaixo temos alguns relatos:

“[...] Hoje eu já perdi mais de dez quilos. Mas antes eu estava com quase cento e cinquenta quilos. Era muito incômodo para eu andar. Minha pressão era muito alta. Eu não podia mais andar do estacionamento até o meu setor no trabalho porque quando eu chegava lá eu não agüentava mais. A minha pressão subia muito. Pior foi minha pressão arterial né...Na última vez eu estava com a pressão a 220/180 mmHg. De tão alta que ela era eu ficava mal. Eu segurava na pessoa que estava na minha frente. Eu tinha aquelas tonteiras doidas [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

“[...] Às vezes você se sente mal né. Uma roleta de ônibus né. Às vezes você fica mais chateado, mais puto com os caras da empresa. Por que fizeram uma roleta tão apertadinha né? [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 18 meses).

“[...] Eu acredito no exercício físico. Eu vou para o projeto porque sei que melhora. Melhora meu coração, minha musculatura, minha osteoporose, etc. [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ).

“[...] Eu quase já não agüentava mais fazer as coisas em casa. Fazer as coisas

que fazia antes por causa do excesso de peso que não me dava mais condições. Eu sentia muita dor nos ossos. Aí eu resolvi que deveria cuidar de mim [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] Você vai entrar num ônibus e nem consegue. Eu tive um acidente de carro. Fiquei três meses afastada porque não passo na roleta de um ônibus. Não posso andar de ônibus. A van é perigosa, esse transporte alternativo. E cobra por pessoa. Ele não vai querer que eu entre numa van, ocupe dois lugares e pague um. Então você sente uma série de dificuldades [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

“[...] O obeso sofre muito né. Quando ele chega a um certo peso até para se locomover é difícil, calçar um sapato, uma meia né [...]” (Jonh, 56 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Alguns estudos evidenciam que a vulnerabilidade psicofísica que diminui a capacidade funcional é um dos maiores fatores de risco, senão o maior, para a depressão. A maior incapacidade para as atividades do lar, atividades profissionais e de lazer contribui significativamente para o aumento da depressão (ONYKE et al., 2003; ROBERTS et al., 2000).

A impossibilidade de realizar tarefas com autonomia gera angústia e sofrimento nas pessoas e, conseqüentemente, as leva a procurar práticas corporais de saúde que possam restabelecer essa autonomia. Quanto mais obeso, mais o sujeito sofre com a incapacidade para realizar tarefas cotidianas, antes consideradas simples. Vestir meias, calçar sapatos e até mesmo se locomover se tornam tarefas árduas para os sujeitos com níveis elevados de obesidade. Tal fato contribui ainda mais para a angústia e a tristeza decorrente dessa situação.

Sendo assim, a prática regular de atividade física contribui de forma importante para a autonomia dos indivíduos, na medida em que aumenta a capacidade funcional para as atividades cotidianas. Vale ressaltar que, independente dos benefícios estéticos que possam ser adquiridos, a prática sistemática de exercícios contribui para a realização eficaz das tarefas motoras antes realizadas com grande dificuldade.

A realização dos exercícios físicos melhora o quadro clínico dos indivíduos obesos que possuem diversas co-morbidades, tais como diabetes e hipertensão (ADA, 2003; ERIKSSON et al., 1997; GORDON et al., 1990; MANSON et al., 1991; NIH, NHLBI, 1998; RICHTER et al., 1992; WHELTON et al., 2002). Em virtude da grande massa corporal e da grande circunferência abdominal, os alunos obesos sedentários tendem a desenvolver diabetes e hipertensão.

“[...] Eu estava com a pressão altíssima, mesmo tomando remédios e aí eu vim para cá e passei um tempo aqui com a pressão alta. Eu ficava muito cansada. Meus dedos inchavam. Para subir no ônibus era um sacrifício. Eu

não tinha força no braço. Agora eu to subindo no ônibus e descendo. E com isso graças a Deus estou bem melhor. Eu tenho problema respiratório e melhorei muito mesmo. Quando a pessoa sai do Projeto é que ela sente os problemas. Eu passei um tempo sem vir porque estava com problemas respiratórios. E eu voltei mal e cansada. Depois peguei o ritmo novamente [...]” (Janaina, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] Em termo de espessura, de arredondamento eu continuo a mesma coisa. Mas o fôlego melhorou para fazer as coisas. Antes, no final da caminhada eu chegava morto, esbaforido. Agora eu consigo andar os quatro quilômetros sem ficar assim. Percebo que esta ficando legal. A atividade aqui no Projeto tem me ajudado muito. Claro que ainda estou muito distante de uma pessoa normal. Sei da minha limitação [...] Mas eu penso: ainda vou correr [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

A Educação Física atualmente possui um papel importante no restabelecimento da autonomia e da vitalidade dos alunos. Luz (2007b) afirma que a Educação Física é herdeira de um conjunto de saberes e práticas tradicionais ligados ao treinamento do corpo e seu adestramento, que antecedem em muito a medicina moderna e a clínica das especialidades. Estes saberes/práticas podem estar ligados seja à tradição militar, seja ao esporte, seja à tradição circense, remontando a muitos séculos de atividade na cultura ocidental, e possivelmente há milênios em culturas orientais, tais como a da China e da Índia, através de artes marciais¹⁷.

Contudo, foi somente nos dois últimos séculos (XIX e XX) que a prática da educação física, em termos de “atividade física regular” foi incluída como uma “disciplina”, no sentido teórico e prático, nos quartéis, na escola, no clube, e se organiza institucionalmente em diversas modalidades, principalmente através do ensino e da prática do desporto. Isso só foi possível porque um conjunto de saberes e práticas passou a sofrer grande influência dos saberes da área médica, buscando durante o século XX legitimação científica, preferencialmente no campo biomédico, como todos os saberes relativos ao corpo. A Educação Física institucionalizada e reestruturada como saber/prática científica passou a ser fundamentada em procedimentos rigorosos de protocolos e metodologia de pesquisa (LUZ, 2007b).

Segundo Guiraldelli Júnior (2003), a Educação Física no século XIX e início do século XX possuía um papel fundamental na formação de homens e mulheres sadios e fortes. A ginástica e o desporto deveriam, antes de qualquer coisa, disciplinar os hábitos das pessoas no sentido de levá-las a se afastarem de práticas capazes de provocar a deterioração da saúde. Contudo, a Educação Física se modificou conforme as configurações sócio-históricas que se

¹⁷ Ver Pierre Arnaud (1991).

apresentavam. Durante o século XX, ela adquiriu um caráter militarista e competitivista. Essa Educação Física destacava o papel dos exercícios físicos e do desporto na formação do homem obediente e adestrado. Seus valores se fundamentam na competição e na superação. Produz-se uma Educação Física voltada para o culto do atleta-herói, aquele que a despeito de todas as dificuldades chegou ao *podium*. A sociedade capitalista meritocrática difunde seus valores através do esporte, massificando-o a fim de brindar o país com medalhas olímpicas. A Educação Física tornava-se sinônimo de desporto, e este, sinônimo de verificação da performance.

O culto ao atleta-herói, ao individualismo, é marca registrada divulgada e glorificada pela mídia. A idéia de que todos podem vencer com seu próprio esforço é repetida com os ídolos do desporto, principalmente aqueles provindos dos lares mais pobres e que se destacam em grandes campeonatos nacionais e internacionais e que, na verdade, escondem a verdadeira falta de oportunidades de enriquecimento material e cultural em que vive a maior parte da população em razão da desigualdade social (GUIRALDELLI JÚNIOR, 2003).

Somente na década de 1980 com o movimento de redemocratização do país e maior pressão popular por reformas sociais e educacionais, que a Educação Física começa a ser reconhecida como prática pedagógica (e não somente desportiva) que tematiza diversas formas de atividades expressivas corporais como o jogo, o esporte, a dança, a ginástica, a capoeira e a recreação. Surge a idéia de que a Educação Física deve se preocupar com a cultura corporal e contribuir para a formação do cidadão. É uma nova Educação Física que privilegia a ludicidade e a solidariedade (COLETIVO DE AUTORES, 1992).

Entretanto, a Educação Física estava ainda restrita ao âmbito escolar. É somente na década de 1990 que ela começa a ganhar espaço nos hospitais e clínicas em termos de “reabilitação” com finalidade terapêutica. Luz (2007b) relata que somente em 1988, um Grupo de Pesquisas CNPq iniciou um estudo sócio-antropológico de várias práticas corporais, comumente denominadas “atividades físicas”. Entre as práticas observadas, incluíam-se a ginástica, a hidroginástica, o alongamento, a musculação, além de outras que não pertencem à tradição ocidental, de exercícios envolvendo o corpo, mas crescentemente incorporadas ao conjunto de atividades da área, tais como yoga, o tai chi chuan, a capoeira e a dança de salão.

Hoje, Luz (2007b) ressalta que a inclusão de programas, de caráter inovador, de atenção à saúde e à qualidade de vida dos usuários devem ser expandidos. Devemos valorizar os programas multidisciplinares, assim como a institucionalização de outras racionalidades médicas empregadas como terapia na prevenção ou recuperação de grupos portadores de patologias ou deficiências específicas. As práticas corporais tornam-se práticas terapêuticas na

medida em que os exercícios físicos contribuem para melhorias físicas, psicológicas, sociais e afetivas.

Nesse sentido, o PEFAO-UERJ insere-se nessa nova lógica, a qual chamo de lógica dos *Programas Gratuitos de Atenção e Cuidados aos Indivíduos que procuram Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Nesses programas são valorizadas as práticas terapêuticas corporais de saúde para a prevenção, recuperação e expansão da saúde. Além do mais, segundo Luz (2007b), esses tipos de programas se inserem no paradigma distinto da lógica hegemônica de combate e erradicação das patologias, tendendo a centrar-se na restauração ou expansão da vida do ser humano, visto como um todo indivisível, considerado parte e expressão, ao mesmo tempo, do meio ambiente natural, social, psíquico, emocional e espiritual. São programas públicos, gratuitos e de atenção a todas as pessoas que demandam cuidados em saúde.

Por isso, em nossa pesquisa, podemos afirmar que um dos sentidos atribuídos pelos alunos do PEFAO-UERJ às práticas corporais de saúde realizadas é a restauração da saúde a fim de restabelecer a capacidade funcional e autonomia diminuídas em consequência da obesidade. ***Saúde é, pois, ser capaz de realizar as atividades do cotidiano – ter autonomia funcional.***

“[...] Saúde seria eu poder caminhar, poder fazer as coisas que eu gosto, poder comer as coisas que eu gosto. Poder participar socialmente de muitos eventos. E pela obesidade eu abro mão de muitos eventos. Eu desisto. Por exemplo: uma caminhada ecológica. Eu acabo incomodando as pessoas. Esses programas que exigem disposição física né. Eu já sou até excluída do convite. Já pensam logo em não me chamar porque estou pesada. Essa exclusão me incomoda. Tem que ir no banco da frente no carro dos outros, porque atrás não cabe [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] Saúde é a gente poder andar bem na rua. É estar livre da dependência de outras pessoas. Depender das pessoas é muito ruim. Ir em algum lugar sozinho é muito importante. Os filhos precisam trabalhar, eles não tem que ficar levando a gente para médico. Nós que precisamos ir sozinhos. Isso é saúde. É não ficar dependendo dos filhos e de ninguém. Eu e meu marido pensamos assim [...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] Saúde pra mim é eu estar em pé e andando. E estar com minha pressão estabilizada. Minha pressão melhorou muito [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

A restauração e ampliação da Saúde e da Qualidade de Vida para os alunos do PEFAO-UERJ está intimamente relacionada ao fato de eles conseguirem realizar melhor as atividades do dia-a-dia, se sentirem mais bem dispostos para as atividades e ficarem mais

fortes para se movimentarem. A saúde é quantificada e qualificada pelo aumento da vitalidade.

“[...] Quem continua nesse Projeto, continua por causa da saúde. Eu continuo por causa da minha saúde, as dores na coluna nem sinto mais. [...] Mas se eu fizer tudo bonitinho a minha dor acaba logo. O exercício não me provoca dor, pelo contrário, às vezes eu faço exercício e a dor some. E eu vou para casa uma maravilha. É muito bom. [...] E eu sei que minha saúde melhorou porque estou com mais agilidade. Eu avalio pela minha coluna. A minha coluna era uma coisa, era um sofrimento só. Era um sofrimento só. Ficava tudo travado. Era uma loucura quando eu tinha essas dores. O telefone do meu lado e eu não podia esticar o braço. Ficava tudo travado. E depois que eu comecei no Projeto não tive mais crises. Estou dois anos sem crise. Uma vez eu fui pegar uma manga no quintal e o braço não voltou para o lugar. Não tenho mais isso. Bendito Projeto. Tomara que não acabe nunca. Porque não tenho mais isso. Hoje já consigo subir escada para pegar o trem [...]” (Renata, 64 anos, aluna do PEFAO-UERJ 34 meses).

Os professores de Educação Física do PEFAO-UERJ também reconhecem a importância dos exercícios na autonomia dos alunos. Eles estão sempre preocupados com os limites e possibilidades de cada aluno. O cuidado coletivo se expressa no respeito à individualidade psicofísica. Quanto mais obeso, mais vulnerável funcionalmente é o aluno. Maiores são as dificuldades para locomoção, para respiração e para o controle da pressão arterial. Contudo, na medida em que se engajam na prática regular de atividade física as mudanças fisiológicas aparecem e beneficiam os alunos.

“[...] Uma aluna que fez uma cirurgia há pouco tempo veio me dizer que a musculatura dela está muito forte. Que a última cesariana que ela fez foi há dezenove anos, mas que hoje ela está muito mais forte do que naquela época. Então ela disse que o Projeto faz efeito e que ajudou ela [...]” (Rebeca, 24 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Antes de operar eu procurei melhorar muito mais a parte cardiorrespiratória por causa da anestesia. E eu vinha com muito afinco. E essa cirurgia foi uma das melhores da minha vida em termos de recuperação. Eu me preparei fisicamente e mentalmente. A recuperação foi mais rápida do que todas as cesáreas que fiz na minha vida. É o fato de fazer exercícios sistemáticos. Levanta da cama com mais facilidade. E eu mais velha, gorda, mas mesmo assim, a preparação física me ajudou [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses).

Podemos concluir afirmando junto com Luz (2007b) que a Educação Física, no campo da Saúde Coletiva, não trata de “treinar” (caso do desporto) ou de “adestrar” (caso da maioria das ginásticas), talvez nem mesmo de “habilitar” (caso da Educação Física escolar) o corpo dos praticantes para o desempenho de atividades físicas, mas na maioria das vezes, simplesmente, através do exercício físico, colocar em contato com seu corpo pessoas que

jamais se detiveram para “sentir” ou “ouvir” o corpo como algo seu, vivo, pulsante, com capacidades e limites. Sendo assim, elas podem retornar às suas atividades cotidianas com mais prazer e mais segurança.

“[...] Mas agora eu vou para o sol fazer minhas atividades né. Cuidar dos meus bichos no meu quintal, lavar quintal, cuidar dos cachorros, galinhas. Esse Projeto tem me ajudado muito [...]” (Renata, 64 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 34 meses).

É preciso uma percepção do corpo que supere o modelo biomecânico e incluam nas suas concepções de corporeidade as categorias de *saúde, vida e vitalidade*. Não se trata de um combate às patologias, mas sim de um modelo centrado na busca da conservação ou expansão da vitalidade humana, vista como totalidade irreduzível através de atividades e hábitos saudáveis em relação à alimentação, ao trabalho, à sociabilidade, à sexualidade e à vida emocional, ao lazer, enfim, ao viver em geral.

9.3. A Ludicidade e os Novos Sentidos para o Viver: Na terra de Dionísio

A aula começa com um aquecimento. Todos estão em círculo e com bolas nas mãos. Eles realizam exercícios com os braços e pernas, ao som de uma música bem animada, orientados pelo professor. A turma está cheia e ao longo da parte aeróbia todos se movimentam pela sala. Eles caminham e conversam. As roupas são leves e coloridas, sempre camisetas e calças de ginástica, mesmo diante de um corpo que não corresponde aos padrões hegemônicos da moda. Há atividades em duplas, trios e grupos. Sempre alguém está rindo, outrora rebolando. Duas alunas caminham de forma engraçada e dizem que estão imitando “bixinhas”. Ao final de uma das atividades os alunos gritam: - *Eeeeehhhh!*

Esse breve relato remete a uma parte da aula chamada Treinamento Aeróbio que, em geral, ocorre logo após o aquecimento. É o momento da ludicidade, das músicas animadas, dos jogos cooperativos e solidários. Se o treinamento de força pode ser descrito como o momento apolíneo (discutiremos mais adiante), o treinamento aeróbio é o momento dionisíaco. É o momento de expansão da felicidade, do deleite, do prazer. É o momento de catarse, de se perder, de deixar Dioniso vencer Apolo.

“[...] Uma pessoa dos obesos comentou comigo que já havia feito atividade física em vários lugares, mas que não sabia que podia ser feito como aqui. Aí eu perguntei: ‘-Como assim?’ E a pessoa respondeu: ‘-Parece uma brincadeira. A aula é tão agradável. A gente ri, a gente brinca’. Em outros lugares não se oferece isso. Em outros lugares o exercício aeróbio se restringe a caminhar ou pedalar. E aqui há atividades lúdicas [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Eu gosto de atividades aeróbias. Gosto muito mesmo. Eu gosto de tudo agitado [...]” (Amanda, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Queremos, portanto, ressaltar o lúdico como uma prática corporal terapêutica. Prática esta que permite a produção de novos sentidos para o viver, constituindo-se, assim, como um elemento fundamental para a permanência das pessoas em certas práticas corporais de saúde. Sendo assim, ao longo deste capítulo, discutiremos a saúde com o sentido de brincar. ***Saúde é, portanto, brincar como criança, mesmo não sendo criança.***

Como as atividades lúdicas ocorrem sempre durante o treinamento aeróbio, é preciso compreender a importância desse tipo de atividade física em qualquer local que busca a promoção da saúde das pessoas. Precisamos entender porque as práticas corporais que buscam a promoção da saúde e a qualidade de vida privilegiam o treinamento aeróbio. Sabemos que ao longo da vida, principalmente em razão do sedentarismo, algumas complicações no

organismo começam a surgir. Podemos citar a Diabetes Mellitus, a Hipertensão Arterial Sistêmica, as cardiopatias, os distúrbios metabólicos e diversas disfunções ósteo-mio-articulares. Em geral, todas essas morbidades são agravadas em decorrência da obesidade.

O Diabetes Mellitus, por exemplo, atinge grande parte da população brasileira. Só no Rio de Janeiro, estima-se que 7,5% da população possua esta patologia, enquanto em São Paulo os números podem chegar a 10% da população. Alterações vasculares, insuficiência renal, retinopatia, cegueira, neuropatia, amputações, aterosclerose, cardiopatias e outras morbidades estão relacionadas à Diabetes Mellitus (SBD, 2003).

O exercício físico tem sido proposto como uma das principais estratégias de combate ao diabetes, pois inúmeros benefícios têm sido demonstrados. Existem diversos trabalhos que apontam para a ação ora preventiva, ora terapêutica do exercício físico diante do Diabetes Mellitus. A maioria dos estudos aponta os exercícios aeróbios como os mais adequados e o treinamento de força como complemento (ADA, 2003; CASTANEDA, 2001; CASTANEDA, et al, 2002; GUIMARÃES, TAKAYANAGUI, 2002; HONKOLA et al, 1997; KHAWALI et al, 2003; MANSON et al, 1991; MANSON et al, 1992; SBC, 2002; SIGAL et al, 2004; SILVA, LIMA, 2002).

A Hipertensão Arterial Sistêmica, como o Diabetes Mellitus, também possui relação com a obesidade. Diversos estudos demonstram que o exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas, resultantes de respostas agudas e crônicas que beneficiam o sistema cardiovascular. Os efeitos benéficos estão mais diretamente relacionados com a prática de exercícios aeróbios, embora os exercícios de força possuam um papel também importante. O exercício físico aeróbio têm um importante papel como elemento não medicamentoso para o controle da pressão arterial (BLUMENTHAL et al, 2000; MONTEIRO, SOBRAL FILHO, 2004; WHELTON et al, 2002; SBC, 2002; SBC, SBH, SBN, 2006).

Diante desses fatos, a prática regular de atividade física é recomendada para a prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas. Ciolac e Guimarães (2004) ressaltam que o condicionamento físico deve ser estimulado para todos, tanto pessoas saudáveis como aquelas com múltiplos fatores de risco, desde que sejam capazes de participar de um programa de treinamento físico. Assim como a terapêutica clínica preocupa-se com o bom funcionamento dos órgãos, a atividade física promove adaptações fisiológicas favoráveis, resultando em melhora da qualidade de vida. Ciente disto, o PEFAO-UERJ dedica uma parte das aulas ao treinamento aeróbio.

Entretanto, entendemos que a valorização de alterações das variáveis fisiológicas, como indicadores de qualidade de vida e saúde, são insuficientes para a adesão dos alunos ao

Projeto de Extensão, visto que as demandas ultrapassam a esfera orgânico-funcional. Isto é, as demandas não se concentram apenas em melhorias fisiológicas, como de pressão arterial, glicemia ou massa corporal. Mesmo que as atividades físicas aeróbias possam ter uma eficácia biomédica considerável, acreditamos que a adesão dos alunos a este tipo de atividade concentre-se em outro tipo de eficácia, isto é, na eficácia simbólica das atividades lúdicas produtoras de sentidos de alegria, prazer, solidariedade e cooperação.

Acreditamos, portanto, que a hipótese, estabelecida no início da pesquisa, que procura relacionar a ludicidade com a permanência no PEFAO-UERJ, tornou-se verdadeira, pois os alunos com sobrepeso ou obesidade permanecem neste Projeto de Extensão não apenas pela estética ou por desejo de emagrecimento, mas também pelo caráter lúdico das aulas que os permitem vivenciar novos valores e sentidos. Cabe-nos, portanto, conceituar e discutir a ludicidade no PEFAO-UERJ.

Sabemos que o homem já foi classificado como *Homo sapiens* e como *Homo faber*, mas Huizinga (2000) argumenta que nós devemos classificá-lo como *Homo ludens*, pois a origem da civilização humana está no lúdico que se materializa no jogo. Toda cultura, portanto, possui um caráter lúdico.

Entender o jogo somente como uma ferramenta/instrumento pedagógico para se desenvolver conteúdos e competências externas a ele mesmo é minimizar a importância da ludicidade nas culturas humanas. Retondar (2005) ressalta que o jogo não é apenas um meio de desenvolver cognição, afetividade e motricidade, mas é um fenômeno social presente em todos os momentos da história. A investigação do fenômeno lúdico nos permite compreender – em parte – o sistema simbólico que garante a coesão social. Isto nos leva a entender que as atividades lúdicas não são apenas atividades fisiológicas ou psicológicas. Muito pelo contrário, as atividades lúdicas são simbólicas, pois encerram sempre um sentido. Durante o jogo as pessoas estão produzindo sentidos, significados, elaborando representações e confrontando seus valores. O jogo, portanto, transcende as necessidades imediatas da vida e confere um sentido à ação social.

Diante disso, Retondar (2004a) ressalta o jogo como uma dimensão humana por excelência. O homem é lúdico porque joga, e joga porque necessita vivenciar potencialmente sua liberdade, nem que seja por lapsos de segundos; momentos fugidios que se eternizam no “mais uma vez”. O lúdico é o espaço-tempo onde liberdade e imaginação se potencializam para garantir ao homem múltiplas produções de sentidos sobre o mundo e sobre a vida, de maneira gratuita. As atividades lúdicas fazem parte de nossas vidas sob diferentes formas, por meio da poesia, do direito, da linguagem, das relações amorosas, enfim, de todas as relações

sociais cuja realidade estrutura-se sobre a voluntariedade, as regras, o espaço-tempo próprio e a liberdade, sendo provocado pela evasão momentânea da “realidade”.

“[...] Pra mim isso é uma terapia ocupacional. Eu não penso na vida. Enquanto vou fazendo os exercícios, não vou pensando em nada. Aqui é uma Terapia Ocupacional e Física [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

O lúdico, portanto, não é uma substância, uma “coisa”, uma mercadoria, mas é uma disposição estética do homem de se relacionar com o mundo de maneira mais livre, mais criativa e mais bela. O lúdico é estético, é criativo, é libertador, e, por fim, catártico.

“[...] Lúdico??? Nossa! Viram crianças. Até os mais contidos se soltam” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Aqui é o momento que eles brincam. Aqui é o momento que eles voltam a ser crianças. E a maioria não se incomoda com isso. Pelo contrário, eles gostam bastante [...]” (Natália, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Por isso, Retondar (2005, 2007) afirma que o jogo não é um simples método de ensino-aprendizagem como o fazem/querem os pedagogos e professores escolares. O jogo - lúdico por excelência - é uma construção simbólica a partir da dimensão mítico-religiosa. É nele que Apolo e Dionísio se encontram para ora dialogar, ora se confrontar.

9.3.1. A Ambiência Poética do Espaço Lúdico

Se o jogo, conforme Retondar (2004a, 2007) afirma, é uma construção humana e, portanto, simbólica, compreende-se que o jogo só existe quando a ação humana funda no movimento do jogador um lugar social de sentidos, de significados que escapam na sua totalidade a uma explicação racional.

“[...] Alguns comentam que a sala é mágica. Elas dizem que ali fora é de um jeito, mas quando entram muda tudo. Elas dizem que esquecem os problemas quando entram nessa mágica [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Há, nesse sentido, uma ambiência poética do espaço lúdico que produz sentidos. Isto é, ao entrar na sala para realizar os exercícios, os alunos do PEFAO-UERJ se deparam com um lugar de produção de sentidos, motivados pelo aconchego do ambiente proporcionado pelos seus colegas, pelos professores e pelo próprio espaço físico. Há uma ambiência que não pode ser apreendida totalmente pela razão, pois em seu conjunto contém um amálgama de valores, crenças, desejos, medos, tensões e aberturas para o inesperado. É exatamente este inesperado, este imprevisível que leva as pessoas a quererem sempre voltar.

Assim, o lugar onde se joga, isto é, o espaço físico e arquitetural, é também um lugar simbólico de acolhimento, de aconchego e de liberdade para aquele que procura jogar. Pois nesse espaço o jogo assume sentidos diversos. É um espaço cuidadosamente preparado para o jogador (RETONDAR, 2004a, 2005, 2007).

O espaço é sempre um lugar produtivo e produtor, pois dialetiza com a produção de sentidos construída pelos freqüentadores ao espaço próprio do PEFAO-UERJ, mas capaz, também, de incitar a significação. Isso nos permite dizer que o espaço é lugar de produção de sentidos. O espaço não é apenas uma sala com suas paredes, pilastras e objetos, mas é uma realidade percebida e construída imaginariamente pelo sujeito.

O espaço é real porque pulula a vida. É produtor de efeitos de sentidos, devido a seu caráter simbólico. Não é um lugar passivo, inerte, frio, onde uma vez consumido desaparece [...] Da mesma forma que os animais de maneira geral demarcam seu espaço fazendo uso de urina, fezes, saliva, os humanos de alguma maneira também procuram significar seu campo de atuação criando imagens símbolos de ocupação de uma determinada área (RETONDAR, 2004a, p. 126-128).

Isto ficou muito marcante ao longo da observação etnográfica, pois os alunos, ao chegarem à sala, sempre ocupam os mesmos lugares. Eles sempre escolhem e demarcam seus

locais colocando suas bolsas, seus halteres, colchões e caneleiras. O que pensamos ser um mero espaço físico e com um sentido funcional e utilitário no plano cotidiano das aulas, passa a ser significado pelos alunos como lugar mágico onde as emoções, a imaginação e a produção de desejos e dos sonhos serão acolhidas sem qualquer tipo de preconceito ou pudor. É o local no qual você pode ser feliz independente do estigma da gordura atribuído a você. É o momento onde você pode rir, dançar, rebolar sem o medo de ser ridicularizado pela quantidade de gordura no corpo.

Nesse sentido, Huizinga (2000) ressalta que sentidos próprios são produzidos somente em espaços simbólicos próprios e específicos. A arena, a mesa de jogo, o círculo mágico, o templo, o palco, a tela, o campo de tênis, o tribunal, a rua para brincar de amarelinha, taco ou pique-bandeira, assim como a nossa sala no PEFAO-UERJ possuem a forma e a função de terrenos de jogo, isto é, lugares proibidos, fechados, sagrados, em cujo interior se respeitam determinadas regras. Todos eles são mundos temporários dentro do mundo habitual, dedicados à prática de uma atividade especial.

Assim, Retondar (2004a, 2007) afirma que o espaço do jogo é antes de tudo um espaço de criação simbólica. Um espaço de significado. A representação do lugar onde determinados sentimentos estão autorizados a vigorar sem causar qualquer constrangimento para os alunos envolvidos. Nesse espaço do jogo, compreendido enquanto lugar da produção de sentidos, ao qual o ato de jogar remete e evoca, sentimentos diversos circulam em seu interior, como coragem e covardia, amizade e inimizade, solidariedade e egoísmo, justiça e injustiça, condescendência e arrogância, autoridade e autoritarismo, cooperação e individualismo, força e fraqueza, alta estima e baixa estima, extroversão e introversão, criatividade e repetição, respeito e desrespeito às regras do jogo. A ambiência poética do espaço, portanto, remete a demarcação de um lugar e ao mesmo tempo de significação desse lugar como um espaço de sentidos profundos, onde as emoções, as tensões, os desejos, as crenças e toda produção imaginária dos indivíduos encontram-se acolhidos para se manifestarem sem qualquer tipo de censura ou julgamento moral. No espaço do jogo, o jogador pode ser herói, bandido, polícia, ladrão, gato, cachorro, homem, mulher, homossexual, etc.

É exatamente o que acontece em uma das aulas, nas quais o professor Paulo diz algo em voz alta e todos devem imitar. Ele diz: “-*Automobilismo*”. E todos imaginam, brincam e riem. Todos imitando carros pela sala. Depois ele diz: “-*Natação*”. E assim a atividade lúdica continua com o *Boxe*, o *Voleibol*, o *Samba*, etc. Em um dos momentos ele diz: “-*Avião*”. E os alunos começam a gargalhar sem parar e dizem “-*Não pode ser o da TAM*”

hein". O professor Davi passa a falar nome de animais. Ele diz: "*-Gato*". Todos imitam um gato. E por fim, ele diz: "*-Cabritinho e viadinho*". Os alunos começam a gritar e rir. Até os homens, sempre os mais tímidos, começam a rir e participam das atividades.

Logo,

O espaço, nesse caso, não é algo inerte e sem vida; ele significa, ele informa, ele induz, ele facilita isto ou aquilo, ele possibilita ou impossibilita. À medida que as brincadeiras e jogos vão sendo dimensionados de maneiras diferentes, as percepções serão solicitadas, a atenção será redobrada, a concentração e abstração serão ampliadas (RETONDAR, 2007, p. 70).

Cada gesto, cada olhar, cada movimento, cada pulsar de tensão e de atenção absorve por completo o sujeito na tarefa que, naquele momento do jogo, pode ser muito significativa para ele. Janaína é uma das alunas mais alegres do PEFAO-UERJ. Ela participa dos jogos com uma adesão emocional incrível. Suas colegas já me relataram confidencialmente que seu marido não a deixa ir às festas e nem sair de casa. Até mesmo que ela já sofreu violência doméstica física. Mas nas atividades lúdicas do PEFAO-UERJ ela está absorta e envolvida pelo jogo, se encontra desnudada, totalmente entregue ao movimento de superar o outro e de se auto-superar, de experimentar a tensão entre o momento mais ou menos adequado para a jogada decisiva. Quem entra no jogo não sai a mesma pessoa, pois o jogo modifica. O lúdico promove transformações. Daí, o jogo - segundo Retondar (2004a, 2007) - ser tão sério, pois absorvente e envolvente de tal maneira que provoca uma profunda exposição íntima do sujeito.

9.3.2. O Tempo além do Tempo

Se o lúdico possui um espaço próprio, produtor de sentidos, podemos afirmar que ele também possui um tempo próprio. Um tempo que não é quantificado, medido ou matematizado. É o tempo da evasão da realidade.

Chegamos, assim, à primeira das características fundamentais do jogo: o fato de ser livre, de ser ele próprio liberdade. Uma segunda característica, intimamente ligada à primeira, é que o jogo não é vida “corrente” nem vida “real”. Pelo contrário, trata-se de uma evasão da vida “real” para uma esfera temporária de atividade com orientação própria (HUIZINGA, 2000, p. 11).

O lúdico produz um tempo que não pertence à vida comum (ordinária). Trata-se de um intervalo na vida cotidiana. Uma atividade temporária, que tem uma finalidade autônoma e se realiza tendo em vista uma satisfação que consiste nessa própria realização.

“[...] é o momento que a pessoa não tá pensando em nada. Ela está voltada para aquilo ali mesmo. Elas esquecem o lá fora. Depois pode acabar a aula e voltar tudo. Mas naquele momento eles estão descontraindo. Eles estão em outro mundo. E você percebe isso porque eles falam disso. São coisas simples, mas que são significantes. É o momento de relaxar da vida [...]” (Diana, 26 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ)

“[...] Todo mundo precisa de uma ludicidade na vida, uma brincadeira, meio que uma fuga da realidade talvez. É uma maneira de se divertir e esquecer dos problemas, das coisas, é brincar né. Eles preferem as brincadeiras do que aquelas aulas tradicionais de flexão e extensão e tal. Preferem a aula lúdica a aula tradicional [...]” (Léia, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ)

O tempo lúdico é o tempo do prazer, o tempo da alegria, o tempo da satisfação, o tempo da celebração que o jogador sente no decorrer do jogo e que pode cessar de uma hora para outra. É um tempo subjetivo, não sendo possível de ser medido por um observador externo ao jogo. Ele tem de ser vivenciado. Daí a observação participante.

Se esse tempo não pode ser quantificado e nem medido por um observador externo, e precisa ser vivenciado, podemos, portanto, compreender por que o paradigma da biomedicina (medicina ocidental moderna) é insuficiente para interpretar o lúdico, o jogo, o divertimento. As variáveis biomédicas não dão conta da pluralidade de sentidos produzidos durante o jogar. A biomedicina só dá conta (ou tenta) daquilo que ela pode quantificar, medir, transformar em gráficos e tabelas.

Huizinga (2000) chama nossa atenção para a intensidade do jogo e seu poder de fascinação que não podem ser explicados por análises biológicas, pois a finalidade que ele

possui é exterior e estranha aos interesses materiais imediatos e à satisfação individual das necessidades físico-químicas. Pelo fato de o jogo estar além do paradigma da biomedicina e da vida cotidiana, ordinária, nós podemos considerá-lo como sagrado. É reservado ao jogo um espaço-tempo simbólico isolado do ambiente cotidiano (mesmo que seja na rua). Essa delimitação espaço-temporal o torna sagrado com características de um culto. Nesse sentido, Huizinga (2000, p. 30) afirma que “O jogo sagrado, pelo fato de ser indispensável ao bem-estar da comunidade e um germe de instituição cósmica e de desenvolvimento social, não deixa de ser um jogo que, como dizia Platão, se processa fora e acima das austeras necessidades da vida quotidiana”.

Durkheim (1996) chega a afirmar que os jogos parecem ter nascido da religião e que conservaram, durante muito tempo, um caráter religioso e, portanto, sagrado. O culto religioso e o jogo se assemelham, pois são formas de recreação caracterizadas por um intervalo na vida cotidiana. Para o aluno entrar em contato com o sagrado que existe nas atividades lúdicas, ou melhor, para se relacionar de maneira sacra, é preciso se despojar do que há de profano em si.

Através de ritos existentes nas práticas corporais lúdicas, é possível assegurar um duplo papel do lúdico: sacralizar a prática do jogo instaurando um espaço-tempo próprio e, segundo, assegurar a coesão do grupo através de rituais de pertencimento. O fortalecimento da consciência coletiva durante as atividades lúdicas favorece a coesão social. Nesse sentido, os rituais de sacralização ultrapassam meras regras dos jogos, mas regulam a conduta social dos alunos envolvidos de maneira que o jogar com o outro passa a ter um efeito de reforçar os sentimentos de pertencimento coletivo (BERNARD, 2003; SEGALLEN, 1998).

Chevalier e Gheerbrant (1994), através de análises históricas, nos mostram a sacralidade dos jogos gregos e romanos. Os jogos apareciam como ritos sociais que exprimiam e reforçavam a unidade do grupo, assim como os cultos religiosos, cujas oposições internas se exteriorizavam e se resolviam nas diversas manifestações lúdicas.

Sendo assim, podemos afirmar como Chateau (1987), Huizinga (2000) e Retondar (2007) o fazem: o jogo é uma evasão da realidade opressora. É a oportunidade de abandonar temporariamente o mundo que nos fecha, nos oprime e nos estreita com seus valores individualistas, competitivos e destruidores de laços sociais. É a chance que temos num tempo próprio, sagrado e específico de criar um outro universo. De criar sentidos que desejamos para nossas vidas.

“[...] aqui além do exercício tem o lado lúdico né, a brincadeira, tem a intenção da descontração. E nós não temos isso, por causa da gordura e por causa de ter que cuidar de marido, da casa né, os filhos, essas coisas todas.

Essas brincadeiras aqui servem para que eu possa me renovar. Isso me dá ânimo para renovar e mudar [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] As brincadeiras aqui são legais. Eu gosto. É a distração né. Você se solta mais né. Eu sou muito presa. Minha criação foi essa. Comecei a trabalhar com onze anos. A criança amadurece muito rápido. Então eu sou muito reservada. Eu me guardo muito, mas nas brincadeiras consigo me soltar mais. A gente brinca, fala besteira. Isso distrai a gente. A gente brinca, é o carinho um pelo outro [...]” (Rosana, 44 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 24 meses).

A realidade é estressante, opressora e ameaçadora. Mas durante o lúdico, podemos vivenciar um novo mundo no qual acreditamos em novos valores e novas representações da vida. Surgem novas maneiras de pensar, sentir e agir no social. É o tempo do prazer de estar realizando uma atividade que seja percebida como uma fonte de enriquecimento, de excitação e de evocação de sentimentos agradáveis. É isso que sustenta o tempo próprio do jogo pelo aluno.

“[...] Aqui é o momento que eles têm para interagir fora de casa. Eles interagem sempre. Você os vê brincando uns com os outros. Brincadeiras normais sabe. Brincadeiras de crianças mesmo. Ao mesmo tempo eles fazem atividade física e se distraem. Dentro de uma brincadeira, as pessoas interagem e cooperam para que aquilo dê certo [...]” (Natália, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Se o trabalho capitalista nos traz dor, sofrimento e põe em perigo nossa saúde mental, como afirma Dejours (1992), é o lúdico que atua como um tempo fundamental para a alegria, para a descontração, para a capacidade de imaginar, de se sonhar. Um tempo onde seja possível jogar pelo simples prazer de jogar. Um tempo da criação, do mergulho na fantasia.

Dejours (1992) nos conta que uma forma que os trabalhadores possuíam de compensar a violência simbólica imposta pelo trabalho era utilizar o tempo fora do trabalho para o lazer. Atividades esportivas nas empresas eram estimuladas para que os trabalhadores experimentassem a coletividade e “liberassem” o estresse. Entretanto, o próprio autor reconhece que essas práticas esportivas coletivas não garantem aos trabalhadores um sistema defensivo contra a loucura do trabalho e de seus valores. Por que será?

Porque o esporte é a oficialização da perda das características do lúdico como prática terapêutica produtora de sentidos para o viver. O esporte se distancia da esfera lúdica, abandona a sacralidade e torna-se individualista e mercadológico. O jogo – quando transformando em esporte - torna-se um negócio, uma mercadoria, um comércio. O mercado, embalado pelos seus valores competitivos vorazes, destrói a ludicidade. A ética capitalista é baseada na competição. Tanto Huizinga (2000) como Bourdieu (1983) nos mostram essa

relação entre esporte e mercado.

Retondar (2007), junto com esses autores, ressalta que a competição entendida como característica secundária no lúdico se torna plena e definidora do esporte. Nele temos a necessidade constante de superação dos adversários, levando os esportistas à aquisição de prêmios, de medalhas, de troféus e à mudança de classe social. Já nas atividades corporais lúdicas, o espírito competitivo pode emergir durante o movimento do jogador, mas sua finalidade última é realizar os próprios jogadores e provocar a superação e a auto-superação por parte deles no momento presente do jogo, sem qualquer finalidade externa a ele mesmo.

Além do espírito competitivo, o esporte inaugura o que podemos chamar de Treinamento Desportivo, isto é, um processo técnico-científico pedagógico que visa a aprimorar o rendimento dos atletas ou equipes. Objetiva-se ganhos, lucros e status a partir da competição esportiva. O esporte dá as mãos ao mercado e afasta a dimensão lúdica das atividades corporais. Com isso, tenta destruir a dimensão estética das práticas corporais lúdicas.

Retondar (2004a) ressalta que o jogo, materialização do lúdico, é uma experiência estética que nasce e morre misteriosamente e é destituído de qualquer julgamento de valor. Seu único objetivo é o de manifestar uma necessidade fundamental de expressão intrinsecamente motivada por parte do sujeito que joga e que, ao jogar, também se coloca em jogo, pois o tempo do jogo, em termos de experiência estética, é um tempo de fruição, de êxtase, de transcendência. É um tempo sagrado. É o tempo da suspensão momentânea do real para a afirmação profunda e silenciosa do encontro consigo mesmo e com o mistério da criação.

O tempo do jogo e da brincadeira é o tempo da experiência estética. A propósito, o jogo é uma das formas de manifestação de beleza, principalmente por estar fundamentado na dimensão lúdica da existência. A ludicidade é um dos fundamentos da estética. O lúdico prima pelo movimento livre e liberado de todo julgamento moral. Trata-se de um movimento que nasce e morre nele mesmo, cuja finalidade última é auto-satisfazer-se. Sua finalidade radica em não ter finalidade prática, isto é, não se realiza pela necessidade externa de ter que se produzir isto ou aquilo. Realiza-se para celebrar a vida como acontecimento misterioso e inusitado, embalado pela gratuidade do riso frouxo e da criação ilimitada da alma humana (RETONDAR, 2007, p. 79-80).

Diferente do esporte, o jogo deve ser apropriado e oportunizado para os alunos do PEFAO-UERJ enquanto manifestação estética, isto é, enquanto movimento fundado na dimensão lúdica da existência, onde sua maior finalidade é não ter qualquer tipo de finalidade prática, pois ele próprio se basta.

9.3.3. O Lúdico é Criação

Já sabemos que as práticas corporais lúdicas são os momentos dionisíacos. É o momento de riso, de alegria, de gargalhada, de deleite e de prazer. Momento singular de catarse e de expansão da felicidade. Com isso podemos situar o lúdico como uma prática terapêutica corporal que possui uma dimensão estética, um espaço-tempo próprio e, portanto, uma estratégia importante para a produção de novos sentidos para o viver que contribuem para a expansão/promoção da saúde e da qualidade de vida. Ressalta-se doravante que ***Saúde é, portanto, brincar como criança, mesmo não sendo criança.***

“[...] É uma infância que não tive. Estou tendo depois dos cinquenta anos. Gosto das brincadeiras dos bambolês. É uma brincadeira para crianças, mas a infância que não tive, eu estou tendo hoje [...]” (Jonh, 56 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

“[...] Acho que todo mundo tem um pouco de criança. Você pode ter trezentos anos e não perder aquela vontade de brincar. [...] Mas depende do jogo também. Depende do jeito que você coloca a brincadeira e do jeito que você trate eles. Por mais que você procure desenvolver o espírito infantil deles, é preciso saber que eles são adultos. E você tem que saber lidar com isso [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Diante disto, é preciso ressaltar que as atividades lúdicas são momentos de criação. A ludicidade possui sempre um espaço para a liberdade e a criatividade. Não há processo criativo sem um componente lúdico. Nas atividades corporais lúdicas, resalta-se bastante a tensão entre trabalho e criação. O lúdico é o espaço-tempo de criar e não de trabalho. Isso porque o trabalho se tornou um fardo na sociedade capitalista em que vivemos. O trabalho se tornou destruidor e não criador.

“[...] O exercício areja a cabeça. Tira o estresse do trabalho. Vir para cá é bom. Espairar a cabeça [...]” (Milena, 39 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] Minha vida é só trabalho. Esse horário que eu venho aqui é a minha distração. Eu não sou aquela pessoa de ir para bar e tal. Minha vida é trabalho. E essa é a minha distração [...]” (Rosana, 44 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 24 meses)

“[...] As brincadeiras descontraem. Às vezes você está cansado. Às vezes a gente vem do trabalho. Igual eu. Eu já venho do trabalho. Já venho com uma coisa na cabeça. Pensando no que tenho que fazer. Mas eu venho porque tenho que vir. É pra mim né. Mas já pensou se eu chegasse aqui e todo mundo estivesse de cara amarrada? Você não tem prazer né. Mas quando

tem brincadeira, uma distração, você se descontraí, você faz aquilo com mais prazer, com mais alegria [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

“[...] Estou há quarenta anos aqui no Rio de Janeiro e já trabalhei demais. Essas aulas são um lazer que eu nunca tive. E quando a gente nasce no interior, a gente trabalha muito cedo. É diferente da cidade grande, quando os pais podem pagar os estudos, cursos e esportes. E eu não tive infância nenhuma. A tendência é viver um pouquinho a vida. Eu aproveito aqui. É a infância que não tive né [...]” (Jonh, 56 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Luz (2005a) ressalta a precarização do trabalho e da qualidade de vida no mundo globalizado. O impacto desse processo sócio-político e econômico chamado “globalização” tem modificado as relações de trabalho e provocado cada vez mais o adoecimento do trabalhador. A questão social torna-se tão grave que, para muitos, ter saúde é estar empregado. O próprio adoecimento deve, então, ser excluído do cotidiano do trabalhador, pois ele não tem mais esse direito. Caso contrário, ele será rapidamente substituído por mão-de-obra mais barata e disponível no mercado.

[...] a perda de sentidos relativos ao estar e agir social no mundo, sobretudo através do trabalho, gera sentimentos e sensações de confinamento, limitação e insegurança nos sujeitos. E esses sentimentos e sensações geram, por sua vez, danos indiretos ou diretos à saúde das pessoas submetidas a essa ordem social. O mundo do trabalho passa a ser considerado e sentido por elas como hostil à vida, como um mundo sombrio a ser evitado, e a dificuldade de enfrentá-lo cotidianamente é uma fonte a mais de mal-estar e de adoecimento (LUZ, 2006, p. 17).

O lúdico, por sua vez, traz à tona a tensão entre trabalho-jogo-brincadeira. Ele ressalta o esvaziamento de sentidos e o adoecimento que o trabalho tem provocado na vida das pessoas e instaura um momento libertador, catártico, dionisíaco. Trata-se, portanto, de uma estratégia de resignificação da vida, de reposição de valores perdidos e de busca por novos sentidos.

Se as atividades corporais lúdicas são diferentes do trabalho, é porque elas são voluntárias. Em várias ocasiões presenciei as alunas afirmarem a seguinte frase para os professores e estagiários diante de um momento lúdico: “- *Quando está ficando bom vocês param!*”. A voluntariedade remete a autonomia e coloca o aluno como responsável por suas decisões e atos e, principalmente, criador de sua própria existência. A voluntariedade no jogo nos ensina que o espírito da alegria do lúdico é o que deve imperar contra qualquer tipo de obrigação ou imposição externa ao próprio jogo. Pois senão não é jogo, é trabalho. O lúdico não é uma imposição física ou moral, nem constitui uma tarefa ordenada por alguém. O lúdico

é voluntário, livre e criativo (HUIZINGA, 2000; RETONDAR 2007).

Chateau (1987) também compreende o lúdico como o momento de distanciamento do sujeito face a um novo mundo onde ele tem o poder de criar. Por isso, para viver a ludicidade é preciso ser criador.

Entretanto, é Winnicott (1975) que irá nos mostrar que o brincar é uma forma de viver. É uma experiência singular, sempre criativa, com espaço-tempo próprio. É a ludicidade como uma terapia criativa por excelência. É no brincar que frui a liberdade de criação. Por isso, no PEFAO-UERJ, se o professor ou o estagiário não brincar, ele não se adequa ao trabalho. Se é o aluno que não consegue brincar e criar, então algo precisa ser feito pela equipe profissional de saúde. O brincar é essencial para que o aluno manifeste sua criatividade e descubra sua própria personalidade. Isto é, há alunos que não conhecem suas potencialidades e no PEFAO-UERJ têm a oportunidade de conhecê-las e utilizá-las. Para haver atividade corporal terapêutica é preciso brincar, criar, viver. No PEFAO-UERJ, para haver melhora da saúde e da qualidade de vida, isto é, para que o exercício físico atue de forma terapêutica, também é preciso brincar.

Além disso, Winnicott (1975) afirma que o brincar produz socialibilidade. A brincadeira expande a saúde ao conduzir relacionamentos coletivos. E o professor pode estimular a sociabilidade via ludicidade. Onde há ansiedade, medo, vergonha e falta de confiança, o professor pode estimular a criação através do lúdico.

“[...] No final geralmente eu faço. Um joguinho. Uma brincadeira. Às vezes perguntas ao meu respeito. Eles gostam muito [...]” (Paulo, 46 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Eu penso em dar prazer a eles. Eu sou muito ligado em jogos e brincadeiras. Penso sempre em passar exercícios prazerosos. A aula se torna muito mais prazerosa quando você brinca. Eu tento deixar o ambiente alegre para motivá-los. Nem sempre consigo isso, mas é o que eu busco. E eles sentem isso de mim. Se eu der uma aula mais formal eles mesmos vão estranhar. Eu acho que isso ajuda a manter a aderência deles e a aula fica mais prazerosa. A aula passa até mais rápido [...]” (Davi, 36 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Porque você olha de longe e acha que o obeso não pode fazer nada, mas é muito pelo contrário. Elas querem fazer a atividade. [...] Você vê a motivação neles. Você não vê aquelas pessoas retraídas. Eles brincam com eles mesmos. Eles brincam com o problema deles mesmo. Acho que é a turma que mais gosta de fazer essas aulas. Todos gostam da aula mais lúdica. Você mesmo vê muitos obesos que estão brincando [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

A possibilidade de criar diz respeito a novos significados para o viver. Se as pessoas

perderam a vontade de viver, se elas sentem um esvaziamento de sentidos em razão do sofrimento provocado pelo estigma da gordura, o momento criativo surge como a possibilidade de dar um novo colorido a vida. Sendo assim, todo gesto simbólico possui um potencial criador que fundamenta a imantação do sentido, do existir e do fazer no mundo humano. Esse ato criador é, pois, lúdico, universal e próprio do humano. Sendo capaz de lançá-lo na esfera do brincar e do jogar.

O lúdico, portanto, proporciona a possibilidade de produção de novos sentidos ao viver. Sendo assim, Winnicott (1975) afirma que “É através da percepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida” (p. 95).

9.3.4 Solidariedade e Cooperação nas Práticas Corporais Lúdicas

Num mundo marcado pela opressão, pelos valores individualistas e competitivos, o jogo cria ordem, produz solidariedade e estimula a cooperação.

Para Retondar (2004a, 2007), a cooperação e solidariedade não são apenas comportamentos que podem ser evidenciados no espaço do jogo, mas também estimulam novos valores que, aderidos emocionalmente pelos jogadores, tendem a se transformar em um possível guia de orientação para a vida das pessoas fora do próprio jogo.

Não é possível considerar equipe vencedora aquela que faz apologia ao individualismo e ao egocentrismo. Até porque tanto a vitória quanto a derrota é de responsabilidade de todos. Cada um dentro de seu papel e dentro de suas possibilidades de contribuição para o coletivo. Na emergência e na provocação do sentimento de cooperação, ser diferente significa ser normal, isto é, não significa ser superior ou inferior a ninguém, apenas diferente (RETONDAR, 2007, p. 65).

Bruhns (1993) argumenta que nas atividades lúdicas, o corpo do adversário se torna corpo-parceiro. Enquanto o pragmatismo do esporte privilegia os resultados e a manutenção de valores, tais como o consumismo, a dominação, a acumulação e a competição numa sociedade em que os evidencia, no PEFAO-UERJ os alunos possuem a oportunidade de vivenciar práticas corporais lúdicas, até mesmo esportivas de maneira adaptada e cooperativa.

“[...] Com as atividades lúdicas é mais fácil incentivar esses relacionamentos. É muito melhor do que uma aula mecânica. [...] É o prazer de estar com o outro. Não sei explicar muito bem isso [...]” (Daniele, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Esse “prazer de estar com o outro” a que a estagiária se refere, Maffesoli (1987) chama de desejo ardente e inabalável de estar de acordo com o grupo. O estar junto consiste na espontaneidade que assegura um grupo social e possibilita sua permanência. Na medida em que há uma expectativa pelo estar junto, as atividades lúdicas podem ser consideradas atividades corporais produtoras de sociabilidade.

“[...] É aquele negócio de estar feliz por estar ali. Elas estão felizes de estarem em grupo. De estarem com os amigos. Não é só emagrecer. É participar. Você vê a reação. [...] Você vê alguns alunos que chegam passando mal, com a pressão muito alta. Você vê na cara deles que eles queriam estar fazendo a aula. Eles queriam estar brincando, participando. Ali ele não está pensando em emagrecer, mas sim em estar junto com o grupo [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Para Luz (2005a), essas atividades tendem a se tornar estratégias e táticas de resistência aos valores competitivos e individualistas, com a possível criação de novos valores e práticas de sociabilidade. As atividades lúdicas de saúde podem ser vistas, neste contexto, como um tipo de estratégia de sobrevivência social, de rompimento com o isolamento provocado pela cultura individualista que predomina nas sociedades capitalistas atuais. A cooperação, a cordialidade, a solidariedade e o prazer de estar em contato com o outro e consigo mesmo, favorecem a integração e a criatividade social.

Bernard (2000) ressalta que, mesmo em um grupo sociologicamente tão diverso, composto por pessoas de classes sociais distintas, gostos divergentes e objetivos singulares na vida, é possível, nas atividades lúdicas, detectar uma realidade antropológica em um grupo cultural que possui características comuns que garantem sua especificidade e sua coesão. Os alunos do PEFAO-UERJ, mesmo diferentes entre si, passam a estabelecer um conjunto de rituais e objetivos comuns que valorizam a integração simbólica do grupo, assim como um vocabulário particular sobre saúde, alimentação e exercício físico. Na medida em que o aluno vai permanecendo no grupo, ele aproxima-se cada vez mais dos valores e sentidos coletivos que são produzidos. Para Bourviev (2000), trata-se de um grupo que se constitui, se cristaliza e se argumenta num sentido coletivo.

Há, podemos dizer, um espírito de alegria que contagia a todos e os estimula a cooperar e não mais competir uns contra os outros. Aqui se aprende que saúde é brincar, é diversão. Não é mais luta ou competição. Não se busca tirar vantagem sobre o outro, mas sim conviver com o outro.

“[...] Eu acho que nosso estado de espírito contagia. Eu sinto isso vindo trabalhar aqui. Eu sinto isso quando entro na sala de aula. A gente está lá como professor e quando você vê está lá no meio deles participando. Você se torna professor-aluno. Esse prazer é enorme, não é uma obrigação. É uma delícia. Nosso local de trabalho é o nosso local de prazer [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

O pertencimento comum ao mesmo meio lúdico, para além das diferenças sociais, pessoais e profissionais, cria um efeito integrador entre as pessoas, na medida em que elas se reconhecem como membros do mesmo conjunto. A partir disso, é possível exprimir uma familiaridade entre si.

9. 4. Saúde é rir/gargalhar

Em uma das aulas o professor Paulo pede que os alunos comecem a andar uns próximos aos outros e tocarem uns nos outros. Tocar no braço, na perna, no joelho, na cabeça do companheiro. Eles começam a rir e apertar as mãos uns dos outros. Uma pedagogia do toque repleta de risos e gargalhadas.

Em outra aula, o professor Paulo pergunta à aluna Janaína: “-A cobra morde ou pica?”. Todos começam a rir. Janaína responde: “-A cobra tem dente?”. E novamente os alunos não param de rir. O professor Paulo também conversa com as alunas sobre sua infância e diz que gostava de cortar as pipas das criancinhas. As alunas começam a rir e dizem que ele é muito vingativo. O próprio professor Paulo não agüenta de tanto rir. Durante muitas aulas, através de observação direta ou participante, percebemos que os alunos freqüentemente riem e até dão gargalhadas. Não se trata apenas de ficar alegre, mas de gargalhar.

Bergson (2001) levanta a questão: O que significa o riso? Ele mesmo responde: compreender o riso é compreender o humano. Uma paisagem poderá ser bela, graciosa, sublime, insignificante ou feia, mas nunca poderá rir. O riso é humanidade por excelência. Nesse sentido, queremos afirmar que, no PEFAO-UERJ, *Saúde é rir/gargalhar*.

Um observador desatencioso poderia pensar que o riso é apenas uma manifestação do lúdico. O riso é muito mais do que um desdobramento do lúdico. Ele é uma função social. O riso possui uma significação social. Ele representa a alegria, o prazer, a satisfação coletiva. Por isso, Bergson (2001) afirma que o riso é sempre o riso de um grupo. Aí está o grande sentido do riso e da gargalhada: a expansão e a elasticidade que provoca sociabilidade. Vivemos sob tensões e incertezas a todo momento em nossas vidas. Mas precisamos de um espaço-tempo próprio no qual possamos vivenciar experiências produtoras de novos sentidos. Como dissemos anteriormente, esse espaço-tempo próprio, voluntário e criador caracteriza a ludicidade. E nesses momentos lúdicos o riso atua como uma elasticidade da vida.

“[...] Eu observo isso cotidianamente. Não só no discurso, mas principalmente na expressão facial. Eu acho que aprendi a perceber isso com o tempo, pois o rosto diz muito. Ele te mostra se a pessoa está mais triste, mais feliz. Sem ela dizer nada já dá para perceber. O brilho do olhar, o contentamento, a satisfação. O sorriso diz tudo. O prazer que as pessoas têm quando estão aqui. Elas estão rindo, sorrindo [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Rir é resgatar a humanidade que nos foi tirada pelo mundo opressor do trabalho capitalista e pelas diversas mazelas da vida. A gargalhada flexibiliza a rigidez da mecânica

corporal. Quando a turma está grande e o professor ou estagiário começa o aquecimento com uma música animada, imediatamente os alunos começam a rir e a rebolar. O riso é um gesto social que sinaliza a abertura para um novo mundo que se inicia todas as vezes que a aula começa.

Durante toda a observação participante foi possível perceber que não há saúde, harmonia e equilíbrio sem rir, sem gargalhar. Gisele, aluna do PEFAO-UERJ, grita durante alguns exercícios com o bastão: “-Sem largar o pau!”. E imediatamente todos riem. Ela diz: “-Você não sabem usar o pau!”. E todos continuam rindo. Estão felizes. Se durante alguma atividade uma equipe vence, os alunos começam a rir. Se alguém trapaceia eles também continuam rindo da mesma forma. É nesse sentido que Bergson (2001) afirma que o riso pode minimizar os conflitos de grupo e resgatar a alegria muitas vezes tolida pela vida cotidiana rígida e mecânica. Situações que poderiam gerar conflito como uma trapaça num jogo se tornam momentos cômicos. O que era rígido torna-se flexível. Por isso, rir e gargalhar é sinônimo de relaxar. É a distração da vida que possui um ritmo acelerado.

Ao gargalhar é possível produzir outro ritmo de vida. O ritmo da sociabilidade. Todos os alunos gostam muito quando os professores os estimulam a praticar as atividades físicas. Eles se empenham e começam a rir.

“[...] Quando a aula fica lenta, eles percebem. Por isso tem que fazer o máximo de brincadeiras que agitem. Sempre se preocupar com a ludicidade e instigar a capacidade deles de fazer exercícios [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação do PEFAO-UERJ).

“[...] É uma turma que precisa ser muito estimulada. Eu procuro animar bastante a aula. Coreografias elas gostam. Elas começam a rir. [...] Aulas dinâmicas, mas sempre respeitando os limites deles [...]” (Rebeca, 24 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Ao longo de toda observação etnográfica, sempre pude ouvir a professora Rebeca falando com os alunos:

“- Vamos lá turma ! Sem preguiça !”

“-Vão bora gente ! Não pára não!”.

“-Vamos lá turma! O feriado está chegando!”

“-Vão bora turma! Capricha que o fim de semana está chegando. São dois dias sem atividades no Projeto!”.

Todo esse incentivo tem o objetivo de estimulá-los a realizar os exercícios físicos durante as aulas. Não há tentativa de padronizar a intensidade do esforço para toda a turma,

como nas academias de ginástica e musculação. Tampouco há tentativa de estimulá-los a competir uns contra os outros. Esses incentivos são sempre bem recebidos pelos alunos e eles gostam muito. Começam a rir e alguns chegam a gargalhar quando a professora Rebeca os chama diretamente pelo nome. Há um respeito à individualidade biológica, isto é, todo ser humano é diferente do outro e por isso necessita de atenção singular.

“[...] Todos são tratados bem pelos professores e pelos estagiários. E os próprios colegas não discriminam, pois estão em situação parecida. [...] o ambiente não é competitivo. Você não lida com desempenho da pessoa, mas sim com a saúde. A saúde sempre em primeiro plano. E as pessoas são gratas por isso [...]” (Davi, 36 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

9.5. Saúde é Dançar

Cheguei ao PEFAO-UERJ a e aula iniciara nesse instante. A estagiária Léia está ministrando um aquecimento. Ela coloca uma música de forró e está ensinando alguns passos aos alunos. O aquecimento todo é realizado com os passos de dança. A dança torna-se um elemento pedagógico importante porque os alunos, na maioria das vezes, se entregam à aula com mais prazer. Grande parte deles também não tem oportunidade para dançar em outros locais e até mesmo dizem que não o fariam em razão da vergonha e da falta de parceiros. A estagiária Léia coloca os alunos em duplas e pede que eles dançam. Todos gostam e aproveitam esse momento. Joel, aluno do PEFAO-UERJ chega atrasado e imediatamente me pergunta se os alunos estão ensaiando para a festa junina, porque ele os vê dançando. Eu digo que não. Que é a aula mesmo. Ele se espanta com as danças e com a alegria.

O que é a dança? O que a dança produz no ser humano? Qual é a relação da dança com a saúde? Qual a importância da dança no PEFAO-UERJ?

Garaudy (1980) afirma que a dança é a expressão do homem. É o momento de expressar angústias, combates e conflitos internos, medos e esperanças. Tragédia e mística, heroísmo ou poesia, na dança o homem vive no seu plano mais elevado. A dança é a realização em ato humano sempre nascendo e sempre ameaçada, sempre criando e se recriando. A dança como projeção de um possível futuro, como imitação ou superação de si e de ordens já existentes. Se a dança é expressão do homem, ela também é expressão da cultura. E as culturas dançam para celebrar a vida. Quando a linguagem não é capaz de expressar o que o homem sente, ele dança. A dança é, portanto, a linguagem para além das palavras. É o apelo do homem quando as palavras não bastam. Não há cultura que não celebre a vida. Logo, não há cultura que não dança. Não basta viver a vida, mas é preciso dançá-la.

Na Índia, a dança simboliza a destruição e a recriação. A dança representa o movimento vital, criador e intelectual. Nas tradições chinesas, a dança, ligada ao ritmo dos números, permite organizar o mundo. Ela é utilizada para pacificar os animais selvagens e estabelecer a harmonia entre o céu e a terra. É a celebração da vida humana em contato com a natureza. Na África, a dança é uma forma dramática de expressão da cultura, porque é a única expressão em que o homem se recusa ao determinismo da vida e se vê liberado dos limites. No Egito, as danças traduziam os mitos e as crenças religiosas, como a transformação de deuses em animais (CHEVALIER, GHEERBRANT, 1994).

Nesse sentido, podemos dizer que a dança está em todos os lugares:

Não apenas jogo, mas celebração, participação e não espetáculo, a dança está presa à magia e à religião, ao trabalho e à festa, ao amor e à morte. Os homens dançaram todos os momentos solenes de sua existência: a guerra e a paz, o casamento e os funerais, a sementeira e a colheita (GARAUDY, 1980, p. 13).

A dança é assim a arte de fazer passar emoções e ações à alma do espectador pela expressão verdadeira de nossos movimentos, de nossos gestos e de nosso corpo. A dança não é um simples virtuosismo físico, mas um meio de expressão dramática e de comunicação. Ela torna os deuses presentes e o homem potente. A dança, portanto, possui íntima relação com a saúde ao fortalecer o homem e a sua coletividade. Por isso, queremos afirmar que *Saúde é dançar, ou seja, é poder dançar e sentir prazer em usar e mostrar o corpo na dança*. É ter o domínio novamente do corpo. É poder expressar o que você é através do corpo. Expressão antes tolida pela vergonha e pelo estigma da gordura. A dança é uma prática corporal estética provedora de vida. Ela intensifica a existência humana.

Em uma das aulas do PEFAO-UERJ, a aluna Gisele, ao dançar, diz: “-Podia ter só isso e nem aula” (indicando o som e rindo). A estagiária Lívia responde: “-Aí seria aula de dança”. Gisele diz: “-mas dança tem cobrança e não pode ter cobrança se não perde a graça. Cada um tem que poder dançar do jeito que gosta”.

Mas por que não há cobrança na dança?

Porque a dança é uma forma condensada e estética da vida. Não a vida opressora, mas a vida livre, liberta, catártica. A estética presente na dança permite que o organismo goze a vida de forma construtora e criativa. É o momento de produção do belo e da expressão interior do ser. A dança possui relação direta com nossos sentimentos. Os gestos motores são expressões da adesão emocional do aluno. Para Chevalier e Gheerbrant (1994), toda dança, seja ela popular ou erudita, elaborada ou de improvisação, individual ou coletiva, busca uma libertação no êxtase, na catarse. Ela convoca a presença de Dionísio.

Segundo Garaudy (1980), a dança é um divertimento, pois trata-se de um conjunto de movimentos controlados e reações espontâneas do homem em sua relação com a natureza, com os outros homens, com seu próprio futuro. A dança tenta recuperar a relação do homem com seu corpo e de seu corpo com o mundo. Por isso, dançar é restabelecer/restaurar a saúde.

Dançar é vivenciar e exprimir, com o máximo de intensidade, a relação do homem com a natureza, com a sociedade, com o futuro e com seus deuses. Dançar é, antes de tudo, estabelecer uma relação ativa entre o homem e a natureza, é participar do movimento cósmico e do domínio sobre ele [...] Identificar-se, pela dança, com o movimento e as forças da natureza, para captá-los, imitando-os, continua sendo uma necessidade primordial da vida [...] (GARAUDY, 1980, p. 14).

Podemos dizer que a dança é uma prática corporal terapêutica na qual o homem dialoga com o sobrenatural a fim de livrar-se do perecível. A dança, para Chevalier e Gheerbrant (1994), pode ser considerada uma prece/oração com o corpo.

A dança, como toda arte, é comunicação do êxtase. É uma pedagogia do entusiasmo, no sentido original da palavra: sentimento da presença de Deus e participação no ser de Deus. [...] Dançar a vida não seria, antes de tudo, tomar consciência de que não apenas a vida, mas o universo, é uma dança, e sentir-se penetrado e fecundado por esse fluxo do movimento, do ritmo, do todo (GARAUDY, 1980, p. 24-26).

O homem, através da dança, passa a experimentar a existência na sua forma estética. Esquece de si próprio ao participar da vida heróica ou divina da qual é o celebrante. Dançar é como aprender o movimento dos deuses. É uma poética que se vive com o parceiro de dança. Vale ressaltar que dançar no PEFAO-UERJ não é uma atividade imediata, mas é realizada quanto mais à vontade o aluno se sente no seio do grupo.

Na dança a relação do homem com o corpo se apresenta de forma singular. Para Luz (2005a), a dança comporta representações de corpo e de saúde em que harmonia e equilíbrio aparecem como base da vitalidade. O ritmo dos exercícios, a concepção de tempo e os movimentos musculares excluem a busca da produtividade, como as atividades “modeladoras e esculptoras” do corpo - as atividades das Academias de Ginástica e Musculação. A dança cultiva a diversidade de formas dos corpos e não impõe padrões como o *fitness*.

Chevalier e Gheerbrant (1994) e Luz (2005a) afirmam que a dança é uma fusão de movimentos relacionados com a energia vital, isto é, com a vitalidade, com a harmonia. Trata-se de um movimento estético, erótico, religioso, místico, físico de expansão da vitalidade.

Garaudy (1980) ressalta que, mesmo com movimentos comedidos no próprio corpo, a dança nos mobiliza e nos permite tomar consciência da posição e da tensão de nossos músculos no espaço, o que nos leva a sentir nosso corpo como a expressão da nossa existência. Tal experiência de vitalidade que se expressa através da dança é uma arte cuja tarefa é tornar visível o invisível. Aquele aluno que dança no PEFAO-UERJ vivencia uma experiência não redutível à palavra. Se pudéssemos dizer uma certa coisa, não precisaríamos dançá-la. Como o mito e a religião, a dança é um indicador de transcendência.

Em uma das aulas, a estagiária Léia coloca uma música de quadrilha e alguns alunos formam duplas e começam a dançar. Léia ensina as danças e pede que eles façam uma roda de festa junina. Ela grita: “- Olha a chuva!”. E Eles gritam: “-Uhhhh!”. Ela grita: “-Olha a cobra!” e todos batem com o bastão no chão. Ela grita: “-Olha a pressão subindo”. E eles

gritam: “-Aeeeeeeee”. Ela grita: “-*Olha a Barata*”. E eles batem com o bastão no chão com força e começam a rir.

“[...] Gosto mais das brincadeiras e tal [...]. Gosto das atividades em grupo, duplas. Gosto daquelas aulas dançantes. É uma coisa diferente [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] Eles gostam de coreografia, gostam de dançar [...]” (Paulo, 46 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Eu to tentando propor mais atividades de dança, porque eles adoram demais. Eu sou tímida pra dançar, mas to tentando melhorar isso em mim, porque eu sei que eles gostam muito de dançar. A aula ganha outra cara [...]” (Natália, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Em outra aula, a estagiária Livia coloca músicas do *Rick Martin* e do *Village People* e os alunos começam a dançar. Realmente a música é muito animada e dá vontade de dançar também. Alguns mexem os braços e as pernas com mais desenvoltura. Outros alunos estão mais comedidos. Livia vai pedindo que eles formem grupos. Quando ela termina essa atividade e retira a música, todos eles dizem bem alto: “- *Aaaaaaaaaa!*”. Livia, então, retorna e ensina os passos da música para que eles possam fazer a coreografia do refrão. Ela recoloca a música e todos começam a dançar e no refrão da música devem fazer os passos em duplas. O clima da aula modifica totalmente. Todos começam a dançar, rebolar e rir. Livia diz: “- *Agora podem fazer o que quiserem, dançando livremente*”. Todos eles gritam: “- *Aeeeeeeeeee!*”.

Por que as pessoas ficam tão contagiadas com o momento da dança? Primeiro, porque a dança aumenta a potência da vida. Segundo, porque a dança não tem compromisso com o mercado, com o individualismo e nem com competição. Tampouco busca sucesso ou status. Terceiro, a dança produz sociabilidade e fortalece a coesão social.

O homem da modernidade inaugura seu projeto de desvendar e dominar a Natureza. A razão torna-se seu instrumento para conhecer as verdades que estão ocultas na Natureza. Esse homem se preocupou tanto com o domínio das coisas que deixou de dominar a si mesmo, de governar a si mesmo. O homem deixou de *Cuidar de Si*¹⁸, para utilizarmos uma expressão foucaultiana. Garaudy (1980) afirma que a dança é uma possibilidade de colocar em primeiro lugar esse domínio de si. E quando passamos a exercer esse *Cuidado de Si*, essas *Tecnologias de Si*, despertamos em nós uma significação mais plena da vida, que se dilata até os confins do mundo e que experimentamos diretamente em nosso corpo, em sua feliz plenitude. Pela dança, o corpo deixa de ser uma matéria para ser tornar uma interrogação, uma

imprevisibilidade. Pela dança, o corpo deixa de ser uma massa para ser tornar uma potência criadora, criativa e desejante. A dança é potência de vida.

É Espinosa que nos ajuda a compreender essa potência de vida, essa potência de agir. Todos os homens possuem um grau de potência. Todos somos dotados de uma potência para agir. E o envolvimento afetivo do dançarino (aluno do PEFAO-UERJ) aumenta a potência da vida causando alegria e prazer. Isto é, produz um novo desejo de viver. Produz um novo sentido para a vida. Sendo assim, a dança produz saúde. Ela expande a vontade de viver, a potência de agir (ESPINOSA, 2005).

Essa potência de vida aumenta na medida em que nos encontramos com o outro. É na relação de afetividade com o corpo do outro que aumentamos nossa vitalidade, nossa existência. São esses encontros que possibilitam o aumento da potência da vida (DELEUZE, 2002; GLEISER, 2005).

Nesse sentido, Garaudy (1980) afirma que a dança fazendo do corpo inteiro, centrado em si mesmo, um instrumento controlado de expressão e de criação deu a dança o papel de desenvolver uma atividade que não é outra senão a própria vida, porém mais intensa, mais despojada, mais significativa.

Ampliam-se os limites individuais, a sensação de bem-estar, a auto-estima e a autonomia através da prática sistemática da dança despojada de qualquer preconceito ou estigma em relação à gordura. É a busca gradativa da ampliação da saúde através de uma prática corporal estética. Não se trata de dançar para “queimar calorias”, mas para “queimar” o estigma da gordura.

Em segundo lugar, afirmo que a dança não tem compromisso com o mercado, com o individualismo e nem com competição. Tampouco por busca pelo sucesso ou status.

Garaudy (1980) ressalta que a liberdade para assistirmos aos diversos esportes reflete um modo de vida e os espetáculos esportivos integram-se aos circuitos comerciais, ao sistema de concorrência econômica, às violências simbólicas. Os esportes que congregam as massas (à força de muita publicidade e manipulação pela imprensa e pela televisão) são os esportes profissionais de competição ou de combate, característicos de uma sociedade em que a relação fundamental entre os indivíduos é uma relação de rivalidade, de concorrência, senão de esmagamento. É significativo, por exemplo, que a televisão não nos mostre jamais o maravilhoso balé de formas ou os aspectos estéticos do movimento. O movimento humano só é explorado e popularizado pelas forças econômicas e políticas na medida em que pode ser

¹⁸ Ver Foucault (1985b).

integrado às concorrências, à corrida, ao lucro e às violências do sistema. A dança é a subversão a essa lógica mercantilista. Que papel então pode a dança desempenhar?

Fortalecer a coesão social. Subverter o individualismo e a competição voraz. A dança inspira nos alunos do PEFAO-UERJ o sentimento de coesão social, de grupo. Ela aproxima os alunos e cria fortalecimento grupal, mesmo sem necessitar da mediação das palavras. Ela só precisa de sentidos. O movimento dançante nos mostra que a realidade física, mental e espiritual não estão separadas, mas sim unidas através dos laços sociais estabelecidos. As pessoas não dançam apenas porque a dança é considerada uma atividade aeróbia e os faz emagrecer. Elas querem dançar porque a dança ultrapassa a lógica orgânico-funcional e permite que eles vivenciem novos sentidos, valores, idéias e desejos para além de qualquer medo, estigma ou pudor em relação ao seu corpo gordo.

“[...] o homem que entrou é um motorista de táxi que nunca fez atividade física na vida. Ele chegou aqui todo errado. Agora ele está sambando, brincando no meio da roda. Tem uma cara de que não samba nada. Mas chegou no meio da roda e sambou muito. Com o tempo eles vão vendo que não tem preconceito aqui. Todo mundo só quer ajudar mesmo [...]” (Lívia, 19 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

A dança faz isso: desperta um desejo e preenche aquele sentido vazio. Só que ela só pode se manifestar na coletividade. Ela é expressão da vida coletiva. Ela não é egoísta e individualista como as práticas corporais hegemônicas do mercado. Ela não fundamenta seu valor no tamanho dos músculos, na pequena quantidade de gordura no corpo, nos cabelos loiros e nos olhos azuis. Ela é um novo modo de existir. É a expressão, através dos movimentos do corpo organizados em seqüências significativas, de experiências que transcendem o poder das palavras. É a cura através do social.

A dança não é apenas expressão e celebração da continuidade orgânica viva dos homens. É também realização da comunidade viva dos homens. [...] Desde a origem das sociedades, é pelas danças e pelos cantos que o homem se afirma como membro de uma comunidade que o transcende. [...] a força do grupo, uma vez coordenada e ritmada, mostrava-se superior à soma das forças individuais dos participantes. O homem adquire assim um novo poder e toma consciência dessa transcendência da comunidade com relação aos indivíduos. Este poder e essa transcendência estão ligados ao ritmo dos gestos e à comunhão que esse ritmo permite concretizar (GARAUDY, 1980, p. 17-19).





9. 6. Treinamento de Força e a Saúde: Na Terra de Apolo

Todas as aulas no PEFAO-UERJ possuem uma parte dedicada ao Treinamento de Força. Esta, por sua vez, é conceituada como a capacidade neuromuscular de gerar tensão contra uma resistência. Utilizamos a força a todo momento em nosso cotidiano, por isso ela é uma das principais valências físicas com relação direta com a capacidade funcional.

A fraqueza dos músculos aumenta ao longo dos anos e pode limitar atividades cotidianas, tais como tarefas domésticas, levantar-se de uma cadeira, varrer o chão, jogar o lixo fora e, até mesmo, se locomover, no caso dos obesos. Sabe-se que ocorre diminuição da força em razão da degeneração irreversível de algumas fibras musculares gerando perda de 40-50% da massa muscular (Sarcopenia). Por isso é importante manter a força, porque ela é vital para a saúde, para a capacidade funcional e para a autonomia (FLECK, KRAEMER, 1999; MCARDLE et al 2003).

Dessa forma, o *American College Sports of Medicine* (1998, 2002, 2003) recomenda que todo programa de exercícios físicos que busca Promoção da Saúde e Qualidade de Vida deve conter exercícios de força. A manutenção ou aprimoramento da força muscular permite que o sujeito possa executar as tarefas com menor estresse fisiológico, o que ajudará a manter a independência funcional durante toda a vida. O estresse cardiovascular para sustentar cargas no cotidiano também diminui nos indivíduos que treinam a força regularmente. Diversos estudos têm relatado grandes benefícios para a saúde dos indivíduos, pois o treinamento de força é capaz de provocar ganhos importantes (FIATARONE et al., 1994; FRONTERA, et al, 1988; HURLEY, 1995; MCARDLE et al., 2003).

Weineck (2003) afirma que o treinamento de força pode ser muito importante para indivíduos em processo de reabilitação. Nos casos de obesidade muito acentuada, esse treinamento pode ser importante na medida em que o sujeito não consegue se deslocar com facilidade para a realização de exercícios aeróbios. Indivíduos com movimentos limitados tendem a se beneficiar com esse tipo de treinamento. Ciente dos benefícios do Treinamento de Força, uma parte da aula sempre é dedicada para que os alunos possam realizar estes exercícios. Eles mesmos selecionam seus pesos e escolhem seus lugares.







Os movimentos são sempre lentos e cadenciados. Os alunos ficam uns ao lado dos outros, de frente para o professor. Geralmente se dividem em duas fileiras, ambas de frente para o professor. Cada um se localiza na sua cadeira e começam a fazer os exercícios com as caneleiras e os halteres. Cada um demarca seu espaço antes da aula começar. Não há contagem de repetições como nas academias de ginástica, mas apenas avisa-se o início e o término do exercício. Os professores orientam os alunos para não deixarem os pesos caírem rápido e para levantarem as pernas devagar. É também o momento de prestar bastante atenção na respiração, inspirando e expirando corretamente. Alguns concentram-se em respirar pelo nariz e soltar o ar pela boca, conforme a orientação do professor. A postura também é sempre ressaltada pelos professores, a fim de não causar sobrecarga à coluna. É preciso fazer os exercícios com concentração, com cuidado com a respiração e com a coluna. Cada um deve fazer devagar e no seu ritmo. A respiração e a postura são elementos fundamentais durante esses exercícios.

O Treinamento de Força é o momento de autocontrole, concentração, disciplina (não como forma de dominação, mas como autoconsciência e autoconhecimento), seriedade. Ninguém conversa. É o momento apolíneo.

O momento apolíneo é aquele que busca a harmonia entre as partes e o equilíbrio entre as tensões. É o momento no qual Apolo surge como o mediador das paixões e tensões humanas, não a fim de suprimi-las, mas de orientá-las no sentido de uma crescente

espiritualização do homem, isto é, uma consciência de si mesmo. Nesse sentido, *Saúde é conhecer o corpo e saber conduzi-lo buscando a harmonia e o equilíbrio*.

Trata-se, segundo Luz (2005a), de associar a ginástica com a saúde e a beleza, representando um equilíbrio-harmonia em uma totalidade individual e social. Não há espelhos para ninguém se contemplar ou comparar-se aos demais. Todos devem sentir o próprio corpo e fazer o exercício no seu ritmo, no seu limite. Não se trata de modelar o corpo para que eles possam adquirir uma forma condizente com às normas de beleza em voga. Não se trata de “desenhar músculos” ou “levantar” seios e glúteos. Trata-se de treinar e tratar bem o corpo sem cair nos excessos e nas variedades que vão da obsessão da musculação aos recursos mais fantasiosos da estética e da medicina.

É uma busca de equilíbrio e de saúde numa sociedade na qual os modelos da moda e da publicidade nos convidam a chegar sempre mais rápido, mais alto, mais bonito, estar sempre em forma e com menos rugas. É o momento de negação da estética da plenitude que se coloca atualmente. Não há, nesse treinamento, o desejo pela juventude como medo de envelhecer (esse fantasma generalizado), mas um desejo de vitalidade, de equilíbrio e de harmonia. O cuidado do corpo não é uma forma de escultura de si, mas sim uma forma de restabelecer a vitalidade que foi diminuída em razão das morbidades associadas ao sobrepeso e a obesidade (FOURNIER, 2004).

Nas academias de ginástica e musculação, o treinamento de força se empenha na beleza-juventude, enquanto no PEFAO-UERJ ele procura ampliar os limites individuais, aumentar a capacidade funcional, a sensação de bem-estar e autonomia para as atividades cotidianas. Trata-se de personificar o mito apolíneo da ponderação, do equilíbrio, da harmonia.

A conservação da juventude e a obtenção do rejuvenescimento por meio do treinamento de força configuram os sentidos atribuídos pelos indivíduos nas academias, os quais buscam sempre imprimir na sua identidade as marcas corporais contemporâneas. A marca corporal do músculo faz o sujeito mudar de pele, mudar de rosto, mudar de sorriso, enfim, o torna outra pessoa. O corpo passa a ser uma fantasia particular, que você pode colocar e tirar o que quiser cada vez que tiver vontade. Essas marcas corporais que permeiam o universo das academias se tornaram um objeto de uma nova fascinação. Há um entusiasmo pelo corpo “sarado”. A saúde fica reduzida a estética padronizada difundida pelo mercado de consumo (LE BRETON, 2002; LUZ, 2005a).

No PEFAO-UERJ há diferenças. A finalidade do treinamento com pesos não é o cultivo do “músculo”, mas sim a concentração e a experimentação do próprio corpo. É preciso

pensar e aprender com o movimento corporal. É preciso restabelecer a vitalidade através do autocontrole e da autoconsciência. Todos fazem os exercícios se concentrando, olhando sempre para frente e respirando devagar. O professor fica em pé, sentado na cadeira ou andando entre os alunos. Ele não faz contagem. Depois de um pequeno período de tempo ele pede para eles trocarem os exercícios. Ele levanta da cadeira, anda e dá o comando dos exercícios. Cada aluno faz o número de repetições conforme suas próprias possibilidades. Cada aluno pode realizar os exercícios no seu próprio ritmo. Ora os alunos realizam o treinamento de força em pé, ora sentados e também deitados. A música é baixa e todos se concentram.

Seguem abaixo algumas fotografias desse momento apolíneo:







No dia 27 de abril de 2007, o professor Davi estava orientando o Treinamento de Força. Ele conduz a aula para os alunos que conseguem fazer sozinhos e as estagiárias Livia e Diana ajudam pessoalmente dois alunos que possuem mais dificuldade. As estagiárias procuram dar atenção àqueles que possuem alguma limitação funcional e, conseqüentemente, apresentam maior dificuldade. O professor Davi chama atenção para a respiração dos alunos. Ele diz que eles devem ter cuidado com a respiração, pois prender a respiração na hora de realizar os exercícios pode elevar muito a pressão arterial. Todos os alunos deitam nos colchonetes e realizam exercícios com os halteres e logo após realizam os abdominais. Só Janaína está sentada fazendo exercícios com os halteres. Os alunos realizam os exercícios de forma lenta e harmoniosa. No final da série de treinamento de força, eles realizam um alongamento. Está sempre tocando uma música lenta nesses momentos da aula. O professor Davi pediu para os alunos deitarem e relaxarem durante dois minutos. Alguns deitam com os braços abertos, outros com os braços ao longo do corpo. Alguns esticam as pernas e outros não. Davi agradece a todos e deseja um bom fim de semana.

Em outra aula, no dia 20 de junho de 2007, logo após o aquecimento inicial a estagiária Juliana chama os alunos para o Treinamento de Força. O treinamento de força é - como sempre - feito no fundo da sala, onde há cadeiras, steps e colchonetes. Cada aluno deve pegar suas caneleiras e seus halteres no armário e deixá-los próximos a sua própria cadeira.

Os alunos sentaram nas cadeiras e realizaram exercícios com os halteres. Todos estavam sentados em uma única fileira, um ao lado do outro, numa distância de um ou dois metros. A estagiária Juliana estava de frente para os alunos conduzindo os exercícios. Ela não grita e nem fala alto - como professores de academias de ginástica. Ela também não faz a contagem dos exercícios como no *fitness*. Ela apenas marca o tempo no relógio e pede que os alunos iniciem o exercício e avisa o tempo de término. Cada aluno faz o exercício no seu ritmo e quantas repetições for possível naquele intervalo de tempo. A preocupação é sempre de respeitar a individualidade de cada aluno. Os alunos realizam alguns movimentos em pé com os halteres, alguns exercícios sentados na cadeira e outros deitados nos colchonetes. A aula termina com os alunos deitados nos colchonetes, fechando os olhos, respirando devagar em silêncio total a fim de se prepararem para a volta ao cotidiano.

Entretanto, precisamos ressaltar que a aula é, antes de tudo, um conjunto de relações regulares entre o sagrado e o profano. A aula é sagrada e contém um conjunto de interditos entre o sagrado e o profano, assim como diversos ritos, que são maneiras de agir que só surgem no interior dos grupos e se destinam a suscitar, manter ou refazer alguns estados mentais e sócio-afetivos desses grupos. A atividade física no PEFAO-UERJ possui um caráter sagrado e por isso certos rituais devem manter esse grau de sacralidade. Aqueles que violam as regras sofrem interdições.

Segundo Durkheim (1996), todo sistema de interdições:

está logicamente implicado na noção mesma do sagrado. Tudo o que é sagrado é objeto de respeito, e todo sentimento de respeito se traduz, naquele que o experimenta, por movimentos de inibição. [...] Ora, o mundo sagrado mantém com o mundo profano uma relação de antagonismo. Eles correspondem a duas formas de vida que se excluem ou que, pelo menos, não podem ser vividas simultaneamente com a mesma intensidade (p. 337).

Os seres sagrados são, portanto, seres separados. Entre estes e os seres profanos há uma continuidade, embora seja necessário um conjunto de interdições. Isto é, todo um conjunto de ritos que tem por objetivo realizar esse estado de separação que é essencial. Como sua função é evitar misturas e aproximações indevidas - impedir que um dos domínios avance sobre o outro - esses ritos só podem promulgar abstenções. Eles proíbem certas maneiras de agir. Ao longo da observação etnográfica, ora direta, ora participante, foi possível perceber o caráter sagrado dos exercícios físicos realizados nas aulas do PEFAO-UERJ e as interdições daqueles que violam as regras. Duas situações foram extensamente observadas:

1ª) Interdição à participação no Treinamento de Força quando a Pressão Arterial encontra-se muito elevada;

2ª) Interdição à participação de certas partes da aula quando o aluno chega atrasado.

Em primeiro lugar, as atividades físicas (sagradas) não podem coexistir num mesmo espaço e tempo com a vida (ou comportamento) profano. Portanto, segundo Durkheim (1996), para que a atividade sagrada possa se desenvolver, “é preciso providenciar-lhe um local especial de onde o profano seja excluído”. Por isso, no PEFAO-UERJ todos os alunos que chegam atrasados ou que estão com a pressão arterial muito elevada são separados dos demais alunos. Há uma interdição estabelecida nesse grupo.

Como afirma Durkheim (1996, p. 324): “Os seres sagrados não somente são separados dos profanos, como também nada do que concerne, direta ou indiretamente, à vida profana deve se misturar à vida [...]”.

O caso que mais chamou atenção durante a observação participante foi o da aluna Kate. Inicialmente ela era separada da turma nos momentos do Treinamento de Força, pois havia voltado ao PEFAO-UERJ há pouco tempo. Enquanto todos estavam realizando os exercícios, Kate ficava andando pela sala sozinha a pedido do professor responsável pela aula. Ela era separada do convívio com os demais. Eu sempre aproveitava estes momentos para conversar e realizar entrevistas informais. Kate é a aluna mais obesa da turma. É simpática, mesmo sem me conhecer. Ela relata que sofreu um acidente em 14 de março de 2007 e por isso ficou três meses afastada do PEFAO-UERJ. Ela reside em Nova Iguaçu e seu marido a traz de carro porque ela não consegue passar na roleta do ônibus e nem na roleta da estação de trem. Ela relata gostar muito desse Projeto de Extensão pelo fato de ele ser gratuito e de oferecer, também gratuitamente, psicóloga e nutricionista. Entretanto, ao longo dos nove meses de etnografia percebemos que Kate raramente participava do Treinamento de Força. A interdição sempre estava presente, pois ela freqüentemente estava com valores alterados de pressão arterial. Ela relata que sua pressão arterial é, exatamente como ela, rebelde. Mesmo ela indo ao médico e utilizando os remédios, a pressão arterial sempre está muito elevada, impedindo-a até de praticar atividades físicas. Algumas vezes a elevação da pressão arterial é tão intensa que ela sofre interdição total, isto é, precisa sair da aula e se dirigir ao laboratório para receber atenção médica.

Se para Durkheim (1996), a religião e a magia têm em comum o fato de promulgarem incompatibilidades entre certas coisas e de separarem as coisas assim declaradas incompatíveis, observamos que no PEFAO-UERJ essa incompatibilidade também se apresenta. A elevação da pressão arterial sistólica ou diastólica antes da aula no PEFAO-UERJ (ou durante a mesma) exemplifica essa situação na qual se apresenta uma incompatibilidade. Os alunos com essas alterações na pressão arterial sofrem a interdição e

são separados da turma, não podendo praticar os exercícios em conjunto, apenas sozinhos, e, até mesmo sendo impossibilitados de praticar qualquer exercício. Há uma incompatibilidade entre pressão arterial e participação conjunta. Para participar do grupo e realizar atividade em conjunto é preciso seguir o mesmo ritual dos demais (aferir a Pressão Arterial) e evidenciar a condição funcional adequada para a aula.

Outra situação semelhante que observamos é a pontualidade. Chegar atrasado é tentar romper as interdições entre o sagrado e o profano das práticas corporais de saúde. Por isso, a maioria dos professores solicita que os alunos atrasados sejam separados da turma para que possam se aquecer sozinhos. Segundo os professores, trata-se de pensar na segurança fisiológica do próprio aluno, pois o aquecimento é parte fundamental de qualquer prática corporal. E se o aluno chega atrasado, ele não pode adentrar na parte principal da aula sem o aquecimento.

Joel, por exemplo, costuma chegar atrasado e, por isso, precisa se aquecer sozinho. O professor Paulo é mais rígido com a pontualidade e pede que ele realize movimentos de braços e pernas, além de deslocamentos durante alguns minutos. A maioria dos alunos sempre reclama do professor Paulo, o considerando o mais rígido e severo. Embora reconheçam sua grande competência técnica.

“[...] A aula dele é toda certinha. Ele até é rígido demais. Tu chega um minuto atrasado e tá fora. Ele não dá trela. Eu acho aquilo ali meio chatinho. Eu já vi ele reclamando com outras alunas que ficam conversando. Ele tem uma rigidez em relação à aula. Fora da aula ele não me parece uma pessoa severa. Mas a aula dele é padrão, toda cronometrada, toda certinha. Tecnicamente deve ser um dos melhores [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

“[...] Até o Paulo que é meio assim né. Todo durão né. Mas eu brinco muito com ele [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] Até o Paulo eu gosto. Mesmo ele querendo manter aquela pose militar. Mas eu tiro de letra [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] Paulo? Gosto. Embora ele seja sério, eu gosto. Ele não é muito de brincadeira [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses).

“[...] Tem um que não gosto quando dá aula. A aula é boa. Acho até que tecnicamente é a melhor aula. Mas a pessoa não. É uma questão de empatia. Não bate. Ele passa antipatia. É uma aula que vai mal psicologicamente do início ao fim. Mas eu sinto que ele tecnicamente é bom, ele cobra, ele corrige os exercícios. Tem uns professores que não corrigem. Ele corrige sempre. Ele corrige tudo mesmo. Não deixa ninguém fazer nada errado. Se tiver errado ele corrige. Talvez seja a melhor aula. Mas a antipatia, Deus me livre. Eu já ouvi que outras pessoas também não gostam dele. Elas dizem: ‘-

Aaaa esse cara hoje!. Mas é uma questão pessoal e não profissional. Ele é meio estranho mesmo [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

A interdição sempre realizada pelo professor Paulo e pelos demais se justifica do ponto de vista sociológico, pela incapacidade de o homem se aproximar inteiramente da sacralidade quando traz ainda em si as marcas de sua vida profana. Ele só pode entrar na aula (ou em certas partes da aula) após ser santificado pelo rito. Assim o ritual separa o sagrado do profano e busca purificar o aluno.

Os ritos (teste de esforço anual, aquecimentos isolado da turma, caminhadas em vez do Treinamento de Força, aferição freqüente da pressão arterial e da freqüência cardíaca) servem para manter a vitalidade da crença na eficácia do exercício físico na saúde das pessoas e a preocupação com a segurança fisiológica durante todas as práticas de exercício físico. Através desses ritos, o grupo reanima periodicamente o sentimento que tem de si mesmo e de sua unidade, e ao mesmo tempo, os indivíduos são revigorados em sua natureza de seres sociais no PEFAO-UERJ.

“Tudo, portanto, nos faz voltar à mesma idéia: é que os ritos são, antes de tudo, os meios pelos quais o grupo social se reafirma periodicamente” (DURKHEIM, 1996, p. 422).

A função de todos esses rituais no PEFAO-UERJ é expressar e manter a solidariedade do grupo. Ao venerar as forças e as divindades (aqui representadas pela saúde), o homem (nesse caso o aluno) respeita sua sociedade (seu grupo) simbolicamente representada. Ao reconhecer a importância dos rituais para a saúde e qualidade de vida, o aluno está admitindo e confirmando em si e para os outros a experiência dos poderes protetores que formam o próprio grupo. E todos que não respeitam as regras são considerados transgressores e punidos com as interdições. Nesse sentido, Durkheim (1996) afirma que:

Para que as idéias coexistam, é preciso que as coisas não se toquem, não estejam de maneira nenhuma em contato. Esse é o princípio mesmo da interdição. [...] Mas o meio profano e o meio sagrado não são apenas distintos, são ambos fechados: entre eles existem um abismo. [...] Por isso é necessário mantê-los à distância um do outro e criar, de certo modo, o vazio entre eles (p. 337-338).

Vazio este, que causa, muitas vezes, constrangimento e até aborrecimento para os interditados. Amanda, aluna do PEFAO-UERJ, em uma aula no dia 27 de abril de 2007, foi separada da turma - única vez em toda sua participação do PEFAO-UERJ - porque sua pressão arterial estava alterada, muito elevada. Ela ficou séria e pouco amigável. Não se sentiu nem um pouco à vontade sendo separada dos demais, mas teve de respeitar o interdito.

Este interdito mantém a sacralidade das aulas.

O ser sagrado é o ser proibido que não pode ser violado, do qual não ousamos nos aproximar, porque ele não pode ser tocado. Está permanentemente protegido desse contato pelas interdições que o isolam e protegem do profano. Tudo o que é sagrado existe à parte: não pode ser colocado em pé de igualdade com o que é profano e muito menos estar com eles misturado (RODRIGUES, 1983, p. 25).

Jack, aluno do PEFAO-UERJ, também já teve que ser separado dos demais em virtude da alteração da pressão arterial. Ele mesmo me relatou que estava de castigo, pois sua pressão arterial havia se elevado excessivamente. Sentiu-se de castigo, mas o cumpriu. A interdição vem do respeito que o objeto sagrado inspira e tem por finalidade impedir que falte esse respeito. Por isso também há felicidade quando o aluno não está com essas alterações de pressão arterial e pode participar da aula com os demais, livre dos interditos.

Gisele, aluna do PEFAO-UERJ, junto com os professores, verificou que seus valores de frequência cardíaca e de pressão arterial estavam ótimos. Ela riu muito e disse que hoje não brigou com o marido, por isso os valores estão adequados. Todos os professores e estagiários também ficaram rindo com ela.

É importante ressaltar que não apenas as aulas, mas o PEFAO-UERJ é considerado sagrado pelos alunos e profissionais de saúde. Quem entra nesse Projeto de Extensão deve se tornar outra pessoa. Todos os rituais existentes no PEFAO-UERJ (Teste de Esforço, consulta com a Nutricionista, Psicoterapia, etc.) têm em vista um objetivo: condição de acesso às aulas para praticar exercícios físicos que possam ajudar na melhora da saúde e da qualidade de vida.

Assim, as aulas não se limitam apenas a proteger as pessoas - agora seres sagrados - dos contatos vulgares com a comida rica em calorias responsável pela condição de obesidade, mas agem sobre o próprio aluno, modificando-lhe o estado. O aluno que se submeteu às interdições prescritas não é, depois delas, o mesmo que era antes. Antes, era um ser comum. Depois, encontra-se mais junto delas, pois aproximou-se do sagrado pelo simples fato de ter se separado das coisas baixas e triviais que entorpeciam sua natureza, como a dieta hipercalórica rica em doces e gorduras, o excesso de álcool, o tabagismo e o sedentarismo. E quando isso não é obedecido, quando as interdições falham, os próprios alunos reclamam.

“[...] Não sei se é imaturidade do Projeto. É uma falha do Projeto. A meu ver deveria ser mais rigoroso né. Não existe também um controle de peso né. Só quando eu entrei. Depois disso nunca mais me chamaram para pesar. Para quem tem a proposta de perder peso deveria saber se está perdendo ou ganhando, se está alcançando o objetivo do programa. [...] O professor deveria nos pesar para ter o controle para ele. Se eu ver que emagreci vou

pensar como um crédito, vou querer tomar cerveja, batata-frita, cachorro- quente. Eu acho que os professores que deveriam ter o controle de peso. Deveriam chamar todo dia um aleatoriamente para se pesar. É preciso um acompanhamento mais rigoroso [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO- UERJ há 21 meses).

O resultado dessas interdições múltiplas (dietas restritivas, exercício físico, acompanhamento psicológico, separação na aula) é determinar no aluno uma mudança de estado radical. Antes de entrar no Projeto de Extensão, comia desordenadamente, era sedentário, ora bebia e fumava.

Entretanto, ao ser admitido no PEFAO-UERJ, ele toma parte nos ritos e adquire um caráter sagrado. Para Durkheim (1996), a metamorfose pode ser tão complexa, que muitas vezes é representada como um segundo nascimento. O ser profano que se alimentava mal e era sedentário morre e um indivíduo completamente diferente toma o seu lugar.

Portanto, Durkheim (1996) afirma que os rituais negativos (caracterizados por interdições) provocam efeitos positivos. Efeitos estes que se apresentam na melhoria da saúde e da qualidade de vida dos alunos. Atividades que antes eram difíceis e ora impossíveis diante da vulnerabilidade psicofísica, agora tornam-se viáveis. Caso este do treinamento de força, antes imaginado como um treinamento de jovens e de praticantes de academias. Através da participação coletiva marcada por ritos e por interdições, o aluno consegue adquirir os benefícios decorrentes da prática de exercícios físicos regulares e de uma alimentação mais saudável. Há realmente uma eficácia simbólica na permanência no PEFAO-UERJ que muitas vezes se traduz numa eficácia fisiológica.

9.7. Saúde é Acolhimento, Cuidado e Atenção

9.7.1. O Cuidado como Valor

“[...] Não tem porque eles terem vergonha. Aqui todos são iguais a eles. Aqui eles podem dançar sem ser discriminados por ninguém. [...] Eles querem saber coisas da nossa vida, da nossa faculdade, etc [...]” (Daniele, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ)

“[...] Eu acho que a maioria fica aqui porque está carente. Carente de conversar, de amizade, sei lá [...]” (Léia, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Gostaríamos de começar este capítulo com estes relatos de duas estagiárias do PEFAO-UERJ, pois acreditamos que o cuidado em saúde implica em acolhimento, atenção e vínculo. O cuidado é um valor a ser aspirado num programa de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida, pois consiste em uma resposta ao sofrimento do aluno/paciente que procura um serviço de saúde público e gratuito.

Num trabalho recente, Tesser e Luz (2008) ressaltam que o paciente, ao procurar um especialista ou instituição de saúde, valoriza o comportamento simbólico e o acolhimento emocional recebido pela equipe de saúde, diante de seu sofrimento. O paciente é muito mais exigente quanto à ética envolvida na arte de curar do que aos procedimentos biomédicos de diagnose e terapêutica. Ele deseja se tornar o objeto de atenção da equipe de saúde sendo reconhecido como pessoa que sofre, e não como “mais um doente”.

Ao longo do texto iremos apresentar outros relatos e interpretações produzidas a partir da observação etnográfica e das entrevistas em profundidade. Queremos ressaltar uma das hipóteses iniciais deste estudo, na qual afirmamos que os alunos obesos procuram este Projeto de Extensão devido à existência de demandas subjetivas por cuidado e atenção, em virtude do isolamento social vivenciado em razão do estigma da gordura e do sofrimento/adoecimento provocado pela grande quantidade de gordura no corpo. Supõe-se que eles procuram um lugar de aconchego onde possam encontrar seus pares. Nesse sentido, *saúde e acolhimento, cuidado e atenção*.

Partindo desses pressupostos, aceitamos o desafio de compreender a experiência do estigma da gordura, do adoecimento e do sofrimento - em razão da fragilidade psicofísica e social - utilizando o cuidado como unidade de análise. Este capítulo tem o objetivo múltiplo de levantar questões e dar visibilidade a nossas indagações acerca da procura por práticas corporais de saúde que possam trazer acolhimento, atenção e cuidado.

O cuidado está presente no encontro, na conversa, na atitude do professor de Educação Física que busca reconhecer, para além das demandas fisiológicas e funcionais, as necessidades dos alunos no que diz respeito à atenção, ao acolhimento e ao vínculo. O cuidado é uma preocupação de toda a equipe profissional que busca o uso correto e adequado das estratégias de promoção e reabilitação da saúde.

Na Educação Física, o cuidado é uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas práticas corporais terapêuticas. Considera-se cuidado, portanto, a relação entre duas ou mais pessoas que buscam aliviar o sofrimento ou intervir com intuito de conquistar uma qualidade de vida melhor. O cuidado representa o compromisso e a responsabilidade de cada um e de todos com a construção de atitudes e estratégias que visam a promoção da saúde e qualidade de vida (CARVALHO, FILHO, 2006).

O busca por acolhimento, cuidado e atenção é um dos principais motivos para a procura do PEFAO-UERJ. Iremos primeiramente apresentar o cuidado como um valor, isto é, não apenas aquilo que é “bom de ser feito”, mas é também o que deve ser aspirado e desejado em um grupo social como os “bons fins do agir e do existir”. Trata-se de pensar o valor do cuidado situando-o no PEFAO-UERJ, na medida em que os valores definem a prática em relação a si mesmo e ao outro.

Teixeira (2005), em seus estudos, também confirmou que muitas pessoas, ao procurarem os serviços públicos de Saúde, estão, na verdade, procurando acolhimento e vínculo. As pessoas procuram (e precisam) cada vez mais práticas terapêuticas humanizadoras, isto é, práticas nas quais se procura cuidar do outro como um sujeito que sofre e não como um sujeito que “porta” uma doença.

Para Pinheiro e Gomes (2005), o acolhimento e o vínculo são componentes essenciais das práticas integrais de saúde e das estratégias de melhoria no atendimentos às pessoas. O acolhimento baseado no vínculo e no cuidado permite inverter a lógica institucional, centrada nos profissionais de saúde, para uma estratégia terapêutica centrada no aluno/paciente/usuário. Além disso, o vínculo estabelecido entre os alunos do PEFAO-UERJ e os profissionais de saúde é uma prática social de humanização muito desejada nos serviços de saúde. O acolhimento-vínculo incentiva o cuidado e induz a responsabilização conjunta dos alunos e dos profissionais de Saúde do PEFAO-UERJ pela Promoção da Saúde.

Continuando a discussão sobre o cuidado, o cuidado de si (no sentido foucaultiano) , a meu ver, pode ser considerado uma prática social de produção de laços e de sentidos de comunhão. Cuidar do outro e ser cuidado pelo outro implica na identificação com o sofrimento do outro como o nosso próprio sofrimento. A partir dessa constatação iremos

finalizar este capítulo com a ênfase na discussão sobre os laços sociais e as redes afetivas estabelecidas no PEFAO-UERJ, que permitem o repensar da saúde a fim de resignificar a própria condição de estigmatizado pela gordura.

O cuidado surge como uma prática social que ganha sentido de acordo com o interesse e as expectativas dos atores sociais envolvidos, sendo entendido como uma articulação entre saúde-doença-sofrimento e o meio sócio-cultural. Acioli (2006) nos ajuda a compreender que o cuidado ganha significado no contexto específico de atuação dos sujeitos e que, a partir dele, as pessoas passam a enfrentar seus processos de adoecimento junto com os seus pares. O cuidado, portanto, opera como mediador entre a saúde e a doença, ajudando as pessoas a reconhecerem sua condição psicofísica e deixarem a posição de “vítimas” para se lançarem num projeto de autonomia em conjunto com o outro. Isso as permite vivenciar novas experiências que as levam a pensar na real possibilidade de serem amadas e saudáveis, desconstruindo a representação de gordura como a grande vilã de suas vidas.

Luz (2006) analisou a fragilidade e a vulnerabilidade da população na busca de atenção à saúde na sociedade contemporânea capitalista e globalizada. Para a autora, o sistema capitalista tem produzido problemas coletivos de saúde, gerando cada vez mais adoecimento. E quando as pessoas começam a adoecer em virtude da maior fragilidade e vulnerabilidade (física, mental, social, espiritual, afetiva, sexual, emocional) elas passam a procurar atendimento em saúde. Isto é, as pessoas procuram práticas terapêuticas.

“[...] Muitas dessas mulheres são aposentadas ou do lar. Algumas até sozinhas. E o fato de ter aquela rotina de vir para cá três vezes por semana já faz elas se sentirem importantes. A gente conversa, a gente mede a pressão, a gente cuida [...]” (Rebeca, 24 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ)

A busca por cuidado e atenção a partir das práticas terapêuticas é, portanto, uma busca pelo preenchimento das funções culturais ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer coletivos. A saúde, segundo a autora, se tornou, no mundo capitalista contemporâneo, um depósito de significados e sentidos. A demanda pela saúde é uma demanda por símbolos, por um universo simbólico que está desencantado pela racionalidade econômica do capitalismo.

Entretanto, a biomedicina não consegue lidar com os problemas da sociedade capitalista neoliberal. A biomedicina não “fala” a linguagem do cuidado, da atenção e do acolhimento. Ela “fala” a linguagem da matemática, da estatística, da epidemiologia, do patológico. Assim, cresce a demanda por medicinas não-convencionais/alternativas como

formas simbólicas de restabelecer a perda (ou esvaziamento) de sentidos.

O modelo biomédico hegemônico a orientar grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos é pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades. Nesse modelo biomédico, existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde (LACERDA, VALLA, 2006, p. 91).

As práticas terapêuticas centradas nas medicinas alternativas, segundo Luz (2005a), passam a responder a demanda subjetiva por cuidado e atenção. Trata-se de terapias destinadas a atender indivíduos ou grupos, tendendo ao modelo de medicinas voltadas para o sujeito, que buscam a recuperação da identidade das pessoas, sua autonomia em face da doença, sua reinserção social e, principalmente, o restabelecimento da alegria de viver. A promoção da saúde e a qualidade de vida é pensada como um equilíbrio e uma harmonia que todos devem recuperar.

“[...] Aqui não tem essa coisa da vergonha. Você encontra seus pares. As pessoas que tem as mesmas dificuldades que você. O fato de estarem todos juntos com o mesmo perfil é muito bom. E nada daquela grande preocupação com a estética. Elas precisam conhecer o próprio corpo para saberem seus limites [...]” (Rebeca, 24 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Eu acho que já é um passo muito grande a pessoa entrar no Projeto. Só a atitude de vir para cá já é uma grande coisa. Todo mundo aqui na mesma condição. E eles mesmo já começam a dar apoio um para o outro. Elas ficam mais felizes por ter pessoas aqui que são como elas e compreendem o que elas tem [...]” (Daniele, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

No PEFAO-UERJ podemos perceber que os alunos, na maioria das vezes, estão carentes e necessitando de cuidado, de atenção, de acolhimento. Uma palavra amiga, um abraço apertado e um estímulo é fundamental para que eles possam saber que podem mudar sua condição frágil e vulnerável para uma condição mais autônoma e feliz. É possível, a partir das práticas sociais de cuidado, restabelecer e expandir a saúde, que outrora foi perdida. Segue abaixo um relato que evidencia que as demandas por saúde ultrapassam a esfera orgânico-funcional e convergem para o cuidado, a atenção e o acolhimento dos seus pares e dos profissionais de saúde:

“[...] Eu estou muito satisfeita com o Projeto, porque foi aqui que eu me reanimei. Eu trabalhava com cachorro-quente e perdi tudo. Eu vinha para cá nervosa e muito perturbada. E a psicóloga e o grupo levantaram meu astral. Eu ficava muito nervosa e apreensiva porque meus filhos estavam desempregados. Agora eu estou mais animada para me arrumar e para pintar o meu cabelo. Agora faço caminhadas no Iguatemi e na 28 de setembro vendo vitrines. Eu quero é relaxar e fazer minha atividade. Sabe por que eu gosto? Porque eu sei que todo esse exercício é para me beneficiar. O meu mau-humor fica na rua. Agora eu quero ter alegria, prazer. Eu agora quero aproveitar, passear, curtir. A vida é linda e bela para quem sabe aproveitar ela. Por isso eu faço meu exercício. E quando não estou aqui, estou passeando ali na 28 de setembro. É ótimo. Tem que aproveitar a vida [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

Este relato é um dos exemplos, entre tantos outros, de que o acolhimento dos alunos pela equipe profissional e pelos seus colegas de turma é fundamental para a restauração da saúde e da qualidade de vida. Entende-se inclusive que as tristezas da vida, muitas vezes, são mais prejudiciais ao sujeito que sofre do que o próprio estigma da gordura. A perda de entes queridos, o desemprego, o medo de adoecer são preocupações que rondam a vida dos sujeitos diante da crise social provocada pelo regime capitalista.

Esse regime capitalista que provoca desemprego, ansiedade, angústia, vulnerabilidade, fragilidade e diminuição da qualidade de vida não é capaz de ajudar os sujeitos a enfrentarem as mazelas cotidianas. Muito pelo contrário, ele exacerba e estimula a competição, o individualismo e a meritocracia, que provocam cada vez mais adoecimento (LUZ, 2006).

O mercado pode restabelecer a saúde dos sujeitos obesos? As biociências podem aliviar o sofrimento dos sujeitos obesos?

Não e Não. O mercado e suas leis atuam no intuito de transformar a busca coletiva por cuidado e atenção em valores de uso e consumo individual, submetidos à lógica da economia capitalista. Essa atuação tem sido, até certo ponto, bem-sucedida, pois a expansão crescente do “mercado de cura” privado, com a proliferação de práticas, de discursos não deixa dúvidas sobre a verdadeira invasão dos “bens” (adquiridos por intermédio da compra) que nos prometem uma “nova saúde”. As academias de ginástica e musculação transformam-se em usinas de corpos. São verdadeiras indústrias que vendem uma saúde “pronta”.

As biociências, por sua vez, ratificam as concepções de vida e saúde que se tornaram hegemônicas nos últimos vinte anos, com a busca de juventude, longevidade, beleza e vigor como bens preciosos que se podem adquirir através de biotecnologias. E a utopia de que a vida pode ser estendida, modificada e mesmo planejada por mecanismos científicos, criando-se uma nova era de crença no poder da ciência como geradora e conservadora da saúde (LUZ, 2006).

O modelo biomédico, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as lesões e as doenças, se afastou do sujeito humano sofredor enquanto totalidade viva, e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde. No entanto, mais do que um diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (LACERDA, VALLA, 2006, p. 95).

Assim, uma compreensão ampliada do processo de adoecimento e sofrimento para além do campo biológico e da ciência das doenças implica que os profissionais de saúde incorporem em sua prática as compreensões e interpretações sócio-antropológicas dos sentidos e significados que os sujeitos obesos atribuem às práticas corporais de saúde escolhidas. Dessa forma, é possível compreender como cada sujeito fica afetado em sua existência e carece de cuidado e atenção.

“[...] Às vezes a pessoa tem capacidade física, mas está mais comprometido emocionalmente até pela sua própria doença. Aí ele está mais cabisbaixo e mais deprimido. E aí a gente conversa com o aluno. Eu acho que a gente passa a ser para o aluno um ouvido, uma escuta. Eles falam da emoção deles. São pessoas que sofrem de ansiedade, depressão. Eu não sou psicóloga, eu não estudei para isso. Mas as pessoas demandam isso. A situação cai no seu colo [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

O cuidar, portanto, se expressa como uma atitude interativa entre o sujeito que sofre, o profissional de saúde e o outro sujeito que sofre. É um triângulo formado por atores sociais que se ajudam mutuamente. De um lado, temos o profissional de saúde que escuta o sujeito, o acolhe e respeita seu sofrimento. De outro lado, temos os sujeitos que estabelecem redes afetivas entre si e procuram reorganizar os laços sociais fragmentados pela sociedade capitalista.

As relações de cuidado podem ser intensificadas e desenvolvidas sem que se reforcem os valores do individualismo. O relato abaixo nos mostra como o cuidado se manifesta no PEFAO-UERJ na medida em que as pessoas estabelecem relações e trocas objetivando restaurar e ampliar a saúde.

“[...] Eu leio muito, mas a prática lhe ensina a lidar com as pessoas. E a prática não está escrita nos livros. Há um sentimento de gratidão pela expectativa que as pessoas depositam na gente. Elas chegam com uma expectativa. Não sei se é uma fantasia, mas ela vê algo aqui que não vê em outros locais de prática de atividades físicas. Eu pergunto: ‘- O que você quer?’ Ela responde: ‘-Eu quero melhorar’ [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

O cuidado não está escrito nos livros. Não se aprende a cuidar do outro a partir de teorias ou pensamentos utópicos, mas sim, no cotidiano, ao se importar com o outro e valorizá-lo. Só dessa forma é possível cuidar da sua vida a fim de intensificar a sua existência. O professor pode desempenhar um papel fundamental na prática do cuidado.

“[...] Os meninos e as meninas daqui são muito bons para mim, sabe? Essa atenção que eu tenho é o que eu não tinha. A falta que eu tinha acho que aqui me complementa. Esse entusiasmo. [...] Nós pegamos muita amizade e o respeito deles. Pode ser na rua, ou aqui dentro e eles param e falam com a gente. E isso é bom para gente. Ver que a pessoa gosta de você. É muito legal. A pessoa vê como carinho. E isso é bom para gente. É o estímulo que falta para gente” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

“[...] Foi muito bom. Eu vi o empenho da professora Rebeca querendo que eu entrasse no Projeto. Fiquei muito contente com isso. Até para não decepcioná-la né. Eu vi que ela realmente queria que eu entrasse no Projeto. Ela queria me ajudar mesmo. Aconteceu até uma coisa engraçada. Não iria ter aula na segunda, e no domingo eu recebi telefonema de uma e de outra e depois de outra. Todo mundo me ligando. Eu achei aquilo engraçado né. Todo mundo querendo falar comigo. A preocupação de todo mundo. Mó vínculo de amizade [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Junto com Luz (2006, 2007c), nós acreditamos que os sujeitos que sofrem são capazes de elaborar estratégias de resignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde, diferentes dos hegemônicos na cultura contemporânea. É uma tentativa de refazer o tecido social rompido pela lógica das relações sociais dominantes. Há, portanto, um cuidar de si e um cuidar do outro que se manifestam nessa formação de laços sociais que criam práticas de sociabilidade capazes de cuidar da pessoa, e não apenas da doença. Queremos, assim, ressaltar o cuidado como estratégia produtora de sociabilidade.

9. 8. A Construção de Laços Sociais como Estratégia de Promoção da Saúde e de Qualidade de Vida

“Se eu fosse explicar mais amplamente o dilema de Rico, diria que o capitalismo de curto prazo corrói o caráter dele, sobretudo aquelas qualidades de caráter que ligam os seres humanos uns com os outros, e dão a cada um deles um senso de identidade sustentável” (SENNETT, 2006, p. 27).

Gostaria de iniciar esta parte da dissertação com esse texto de Richard Sennett contido no seu famoso livro *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Ao longo dessa obra, Sennett vai nos mostrando de forma profunda como a nova ordem sócio-econômica capitalista neoliberal está destruindo o caráter das pessoas e fragmentando os laços sociais. A leitura dessa obra nos leva a levantar as seguintes questões na interface com o campo da Saúde e da Qualidade de Vida: quem precisa de mim? Eu preciso de quem? Quem cuida de mim? Eu cuido de alguém?

O próprio autor nos ajuda a responder essas perguntas ao afirmar que o capitalismo produz indiferença entre as pessoas e torna a dependência, a coletividade e a solidariedade motivos de vergonha para os sujeitos. A cada dia as pessoas não se entendem, ou quando se encontram logo se dispersam, indiferentes umas às outras de tal modo, que já não há fidelidade nem comunidade digna de confiança mútua. Essa falta de solidariedade recíproca provoca a fragmentação dos laços sociais e gera sofrimento. Há um enfraquecimento da consciência coletiva e da solidariedade entre as pessoas. Os grupos que nos dariam a sensação de segurança frente à ausência de garantia de tudo o que está no mundo, como diz Jaspers (1997), tornam-se cada vez mais escassos.

Se Marx dizia que o capitalismo produz miséria social, desigualdade econômica e pauperização, podemos dizer – a partir das pesquisas no campo da saúde - que o capitalismo produz miséria afetiva. Ele rouba o tempo necessário às relações sociais e destrói laços afetivos cujos fins diferem do capital. O sujeito se sacrifica afetivamente – rompendo laços de solidariedade entre seus pares – e “afunda” no isolamento social. Associados ao estigma da gordura, o adoecimento e o sofrimento aumentam a ponto de pequenos restabelecimentos afetivos – como o PEFAO-UERJ – possibilitarem o restabelecimento da saúde, da vitalidade.

O mercado diz: *pratique atividade física, se alimente adequadamente, não fume, não beba demasiadamente e durma cedo que você será Saudável e Feliz*. A tradução desta ideologia é: *Seja individualista, cuide você mesmo da sua saúde. Você não precisa dos outros para ser saudável. Tampouco do Estado*.

As pessoas passam a ter vergonha de depender do outro. Elas se envergonham do compromisso mútuo de cuidado. E isso tem impedido cada vez mais a solidariedade e a cooperação. Cuidar do outro em um sistema que irradia a indiferença soa como um absurdo. Como nos mercados em que o vencedor leva tudo, a indiferença e a falta de apoio mútuo tem produzido pessoas descartáveis.

A ligação social nasce, de forma mais elementar, do senso de mútua dependência. Todos os jargões da nova ordem tratam a dependência como uma condição vergonhosa: o ataque à rígida hierarquia burocrática quer libertar estruturalmente as pessoas da dependência; o assumir riscos destina-se mais a estimular a auto-afirmação que a submissão ao que existe (SENNETT, 2006, p. 166).

Luz (2005a, 2006). ao analisar algumas transformações sociais e éticas no mundo do trabalho capitalista. aponta como principais conseqüências para os cidadãos: a destruição dos laços sociais e a perda de sentidos. Isso tem gerado instabilidade emocional, isolamento social e desamparo. A competição (vista como lei da vida social), o sucesso (visto como vitória pessoal, com conseqüente exclusão ou dominação do outro), o individualismo (visto como condição do sucesso), o lucro (categoria que invade a esfera de todos os valores), a vantagem sobre o outro e o consumismo tornaram-se os grandes valores da atualidade.

Isso tem provocado a perda do estar junto. As pessoas são estimuladas ao individualismo e ao isolamento para conquistar sempre e cada vez mais. Perdem-se os laços sociais e perdem-se os sentidos culturais. Perdem-se também os sentimentos e atividades expressivas de pertencimento a um grupo social, ao “nós”. Entretanto, essa perda não provoca poucos efeitos na sociedade. Muito pelo contrário, tem aumentado o mal-estar e o sofrimento. Como já dissemos anteriormente, as pessoas tornam-se mais frágeis e mais vulneráveis e adoecem cada vez mais.

Percebemos, contudo, que as pessoas não ficam imóveis diante dos valores capitalistas. Tampouco as pessoas aceitam docilmente o hegemonia neoliberal que corrói os laços sociais, a lealdade, a confiança e o compromisso mútuo. Elas procuram novas ligações que foram perdidas mediante a supervalorização do individualismo e da competição. Elas elaboram táticas, estratégias e ações para renovar a sociabilidade e recuperar o estar junto. As pessoas demandam relações de profundidade e podem procurar isso em práticas corporais de saúde.

Mesmo a nova ordem capitalista neoliberal exaltando o individualismo e tornando a dependência algo vergonhoso, as pessoas estão procurando resgatar o senso de comunidade e

o pertencimento coletivo (SENNET, 2006).

Novas práticas corporais de saúde passam a ser demandadas pela população que reconhecem o adoecimento que o sistema atual tem provocado em suas saúdes. Nesse sentido, podemos afirmar que:

Relações de solidariedade, ou mesmo de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de “novos amigos”, de “trocas sociais” (de informações, experiências, conselhos, orientações) que vão pouco a pouco formando um tecido social comunicativo, com a criação e extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde. O isolamento é aos poucos vencido e ressurgem nos indivíduos o otimismo e a esperança, com o restabelecimento da confiança no outro, mesmo que no restrito grupo e no curto espaço de tempo onde a atividade é exercida. São estas formas de exercício focais de solidariedade que se tornam pequenos e múltiplos pontos de resistência ao individualismo dominante, pondo a fraternidade e a cooperação no lugar do valor dominante da competição (LUZ, 2005a, p. 119-120).

Sendo assim, queremos ressaltar que os alunos¹ obesos permanecem neste Projeto de Extensão em virtude dos laços sociais estabelecidos com os seus colegas de turma e com a equipe profissional, na medida em que esses laços sociais estabelecidos através de atividades conjuntas (cooperativas) os permitem produzir novos sentidos para o viver que contribuem para refazer o tecido social (fragmentado pela cultura individualista hegemônica).

“[...] Eles me ligam, me telefonam. Tem uma aluna aqui que, quando a mãe dela faleceu a primeira pessoa que ela ligou foi o professor Samuel. Elas ligam pra contar da vida delas. Elas ligam pra dizer que estão sentindo uma dor diferente e querem saber se podem fazer aula [...]” (Rebeca, 24 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] A maioria fica por causa dos relacionamentos sociais. Você percebe isso nos eventos, nas festinhas, nas aulas [...]” (Daniele, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Elas estão felizes de estarem em grupo. De estarem com os amigos. Não é só emagrecer. É participar. Você vê alguns alunos que chegam passando mal, com a pressão muito alta. Você vê na cara deles que eles queriam estar fazendo a aula. Eles queriam estar brincando, participando. Ali ele não está pensando em emagrecer, mas sim em estar junto com o grupo. A questão vai muito além de querer perder peso [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Trata-se de pensar a saúde a partir de novos laços sociais e do prazer da coletividade. Nesse sentido, *saúde é construir novos vínculos sociais através do estar junto coletivo e*

cooperativo.

“[...] Mesmo não sendo nosso objetivo principal, eles acabam criando vínculos sociais muito fortes. Teve um grupo que ficou muito junto e é o que permanece desde o começo até agora. E eu acho que elas gostam de estar junto. Elas se falam pelo telefone. Elas iam até para o Planeta tomar chopp depois da aula [...]” (Rebeca, 24 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] E eles acabam sendo beneficiados pelo lado social e afetivo também. Eu conheço caso de pessoas que não possuem convívio nenhum fora desse Projeto. Pessoas que não têm amigos. E toda amizade dela é esse Projeto. E inclusive chega antes da aula pra ficar batendo papo. Eles acabam conseguindo outros benefícios [...]” (Davi, 36 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Para Maffesoli (1987), esse tipo de grupo social está fundamentado no mecanismo de pertença. Mesmo com as diferenças entre as pessoas, existe um espírito coletivo. Uma espécie de aura que sustenta o grupo social e assegura a permanência. A experiência do outro fundamenta o grupo, mesmo que ela seja, algumas vezes, conflitual. O conflito não impede a organização do grupo, pois ele privilegia o estar junto. O grupo procura assegurar sua perdurância, proteger seu território e organizar sua vida em torno de objetivos comuns. O grupo unido por sentimentos comuns irá se organizar para manter a coesão através da solidariedade e da cooperação. Mesmo as pessoas sendo diferentes, cada uma com sua singularidade, a própria diversidade assegura a unicidade do grupo.

Há, para Maffesoli (1987), uma alma coletiva, uma espécie de matriz fundamental que engloba e anima o conjunto. Os laços sociais ligam os indivíduos entre si. O objetivo de emagrecimento se torna menos importante do que o desejo de estar junto. A valorização do grupo torna-se uma desconstrução, ainda que parcial, do individualismo hegemônico na sociedade capitalista.

Essas práticas corporais de saúde, na medida em que estabelecem vínculos sociais, transformam os espaços públicos em “lugares de encontro” entre as pessoas e os profissionais de saúde. Isso contribui de forma importante para a expansão da saúde (PINHEIRO, GUIZARDI, 2006).

A solidariedade, a cooperação e o apoio social inserem-se no paradigma da saúde como vitalidade e apontam para a possibilidade de pensarmos no sofrimento do sujeito e no processo de cura para além da divisão corpo-mente ou saúde-patologia. Assim, é preciso levar em consideração que o processo de adoecimento e de sofrimento dos sujeitos pode passar por uma reelaboração e resignificação, de forma que a dor e o sofrimento podem encontrar novos sentidos.

As trocas entre os sujeitos estão repletas de afetividade, a qual contribui de maneira importante para a permanência do grupo. O afeto social, portanto, condiciona múltiplas atitudes que compõem a sociabilidade. A proteção contra o individualismo e a competição, a proteção contra o estigma da gordura e contra os padrões hegemônicos de beleza são efeitos resultantes da afetividade que se estabelece entre as pessoas. O partilhar dos objetivos e o desejo de estar junto garante essa proteção, segundo Maffesoli (1987).

Para Durkheim e Mauss (2001), a coletividade é um estado afetivo social. São as afinidades sentimentais entre os indivíduos que garantem a organização – e coesão – social. As atividades sentimentais entre os indivíduos reforçam a sensibilidade social. Os valores afetivos desempenham papel preponderante na maneira pela qual os indivíduos se aproximam.

Produz-se, assim, modos de sobrevivência face ao estigma da gordura e do adoecimento causado pelo sobrepeso. A conservação do grupo através da solidariedade e da proximidade nos remete à noção de família. Esta família - como todas as outras - deve garantir o cuidado e a proteção de seus membros. Há, podemos dizer, encontros afetivos que aumentam a potência do agir ao produzirem alegria. Espinosa (2005) relata o valor desses encontros afetivos ao afirmar que todos nós possuímos uma espécie de polaridade de modos de existência. Tal polaridade, poderíamos dizer, distingue o homem saudável do doente. Trata-se de uma diferença de potência, de mais ou menos potência, o que implica modos qualitativamente distintos de existência. O aumento da Potência produz um aumento da intensidade da vida, de viver, isto é, um aumento do desejo pela vida. E esse aumento da potência só ocorre a partir dos encontros entre os corpos, nos quais os afetos são estabelecidos criando os laços sociais.

Trata-se de entender os afetos como possibilidades de aumento da potência e da vitalidade. É através das experiências afetivas que os alunos do PEFAO-UERJ podem aumentar ou diminuir a vitalidade. Aumentando a vitalidade, aumenta-se a potência da vida e vice-versa. Os laços sociais são produtos das ações afetivas que aumentam a potência de agir/de vida/de existir, aumentando doravante a vitalidade e a autonomia.

Relações de solidariedade, ou ao menos de cooperação e apoio mútuo, ainda que localizadas, restritas ao espaço onde se desenvolvem as atividades de saúde, tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de ‘novos amigos’, de ‘trocas’ (de informações, experiências, conselhos e orientações) que vão aos poucos restaurando o tecido social comunicativo, com a criação e a extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde. O isolamento é aos poucos vencido pelas atividades, e ressurgem nos indivíduos o otimismo e a

esperança com o restabelecimento da confiança no outro, mesmo que no restrito grupo onde a atividade é exercida. Junto com esses sentimentos ressurgem a saúde, ou a melhora (LUZ, 2001).

O que devemos, portanto, nos perguntar é se as práticas corporais de saúde no PEFAO-UERJ, em seu trabalho afetivo, têm promovido encontros capazes de aumentar a potência dos corpos, a vitalidade e a harmonia.

Outro momento muito importante que precisa ser ressaltado são as festas. A observação etnográfica nas festividades do grupo (aniversário, amigo oculto, festa junina, festa de fim de ano, etc.) também foi privilegiada, pois Malinowski (1986) nos orienta a anotar precisa e cuidadosamente as condutas e ações dos atores nas cerimônias e demais acontecimentos tribais. Os dias de festas são bastante esperados pelos alunos. Nesses dias, as aulas duram apenas trinta a quarenta minutos para que a festa possa acontecer ao final. Os alunos ficam animados e ansiosos para acabar a aula e se confraternizarem. Alguns chegam atrasados para a aula, pois se ocupam na preparação da mesa com as comidas e bebidas. Outros chegam atrasados e nem fazem aulas. Chegam apenas para a confraternização.







Podemos dizer que a festa é um momento de consolidação do cimento emocional, como chama Maffesoli (1987). O grupo se reúne em torno de um mesmo território simbólico a fim de se confraternizar e reafirmar a importância da permanência do coletivo. Participar de um grupo de alunos que praticam exercícios físicos regularmente num mesmo espaço social expressa a valorização do sentimento de pertencer a um grupo. O que podemos perceber nesses momentos é a alegria, a afetividade e a solidariedade que se revelam como fundamentais para a perenidade de um grupo social. Há uma função de realização, que faz de um conjunto de pessoas um sistema harmônico, onde todas se ajustam e confirmam o coletivo. Com isso, o grupo de alunos obesos tem uma função simbólica, pois o grupo legítima, nas festas, o desejo de estar junto.

Acioli (2006), ao analisar os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde, também constata que o clima de festas evoca um espírito de solidariedade, de reciprocidade e de doação. Valores como gratuidade, cooperação, vínculo e amorosidade, presente nas festas, são fundamentais para que possamos entender a permanência do grupo no PEFAO-UERJ. As práticas corporais de saúde incorporam o lúdico, a alegria, o afeto e a amizade, assim como a possibilidade das pessoas sentirem-se felizes, livres e sem medo. Afinal, estar com os amigos também é saúde.

As festas no PEFAO-UERJ são rituais que, à medida que os alunos estão mais juntos, ganham mais importância. Maffesoli (1987) as chama de “rituais de pertença”, pois organizam da melhor maneira possível as pessoas juntas em torno de sentimentos e objetivos.

Durkheim (1996) também ressalta que as festas são oportunidades de garantir a existência da vida sagrada separada da vida profana. As festas são caracterizadas, para o autor, pela paralisação do trabalho, suspensão da vida ordinária e fins que transcendem as necessidades temporais e materiais. As festas, independentes de serem religiosas ou não, expressam sempre a crenças da coletividade e da comunhão entre todos.

Embora a ingestão de grande quantidade de comida ao longo da vida seja um dos fatores responsáveis pela condição atual de sobrepeso e obesidade, os alunos gostam muito de comer doces e salgados, beber refrigerante e tomar sorvete nessas festas. Nesse sentido, como dizia Durkheim (1996), as refeições realizadas em comum criam entre seus participantes um laço parentesco. As pessoas consideram o momento de comer, nas festas, como um momento de prazer. Elas conjugam o prazer da confraternização com seus colegas e professores ao prazer dos alimentos “proibidos” para obesos. Isto não significa dizer, entretanto, que haja 100% prazer, liberdade e alegria nas festas. Em alguns momentos, podemos perceber que os

alunos mais obesos sentem-se constrangidos de ingerir os alimentos muito calóricos que são servidos nessas festas.

Se nos espaços das academias de ginástica e musculação esses alunos sentem-se deslocados e inferiorizados pela sua condição física e estética indesejável, nesses espaços sociais há uma suavização dos valores individualistas e hedonistas, mediante ao cuidado com a saúde do outro que se expressa nesses singelos momentos de cooperação e solidariedade. Como diz Luz (2005a), estas atividades favorecem a solidariedade e a amizade como valores aspirados, e não o individualismo, a busca exacerbada de beleza ou de juventude. A vitalidade se expressa essencialmente na alegria, na sociabilidade e no prazer de estar junto.

“[...] Eu não sei quanto elas reduziram em peso. Mas me parecem que elas aumentaram tanto a vitalidade, a vivacidade, a energia, o sorriso, sei lá, a felicidade. E o quanto isso variou no peso eu não sei. E nem sei se esse indicador deveria ser o mais indicado para medir a saúde. Não observo grandes variações no peso, mas elas estabelecem outras relações com o corpo e se sentem mais felizes. No início, aquele grupo mais retraído, mais quietinho. Agora tem mais espontaneidade. Talvez até de aceitação [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Abaixo mais algumas fotos desses momentos festivos:







Além destas fotos, temos alguns relatos dos alunos e da equipe de saúde que nos ajudam a compreender a importância dos laços sociais estabelecidos no PEFAO-UERJ:

“[...] Eles estabelecem laços de amizade entre eles. Eles se encontram fora da UERJ, vão a restaurantes. Eles já me convidaram e eu já fui. A gente cria esses laços sociais com os alunos e se forma na verdade uma grande família. Há pessoas aqui que acompanharam minha gestação, meu parto, o crescimento dos meus filhos. Isso transcende a relação professor-aluno [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Hoje mesmo uma senhora me disse que estava precisando vir para se sentir bem. Ela disse que estava mal e que estava precisando vir. Ela disse que precisava fugir de casa hoje. [...] Eles ficam por convívio social. Pela amizade. O que segura eles aqui é o grupo e não a perda de peso [...]” (Michel, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Tem essa coisa do convívio entre eles. Essa coisa da festinha, da brincadeira, da festa do final do ano. De um ficar sabendo do outro. Às vezes avisa que o fulano não vem hoje. Eles se comunicam entre si. Um fica sabendo do problema do outro [...]” (Paulo, 46 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Podemos dizer, no sentido Weberiano (2005), que o PEFAO-UERJ forma uma comunidade, isto é, uma relação social de orientação social baseada num sentido de solidariedade entre os alunos e profissionais. Essa solidariedade só se estabelece porque as relações são baseadas em ligações emocionais e afetivas de apoio mútuo. A comunidade está aberta à introdução de valores emocionais que se estendem além da mera utilidade arbitrária ou técnica. Há, portanto um compartilhar do sentimento de comunidade, na medida em que vivenciam as mesmas experiências e possuem os mesmos objetivos.

“[...] Eles têm afeição pelos professores e pelos estagiários. Pelo Projeto em si. [...] Eu adoro trabalhar com eles. São pessoas muito gratas e demonstram isso em reuniões e festas. Eles falam coisas que emocionam a gente. A gente não tem noção como isso os ajuda. Eles melhoram minha auto-estima quando pedem minha aula. Eu trabalho com alunos em escola e eles não elogiam a gente como aqui. Eles têm um carinho muito grande pela gente aqui. Eles chegam a chorar na nossa frente [...]” (Davi, 36 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Eu vejo uma interação grande. Uma gritaria. Brincadeiras. Eu vejo muitas trocas. Eu vejo isso e sinto isso [...]” (Adriana, 38 anos, Médica do PEFAO—UERJ).

“[...] Participei de duas festas. Uma no final do ano passado, e agora na festa junina. A do ano passado foi ótima. Foi muito bom mesmo. Não me senti discriminada não. São somente os grupos que participam e você se destaca ali com o seu grupo. O seu grupo não te discrimina de nada. Você permanece ali [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

Por fim, queremos ressaltar a importância da relação professor-aluno, uma prática do *Cuidado de Si*. Essa experiência de cuidado pode se manifestar na relação entre o professor e o aluno, pois ambos estão buscando juntos a promoção da saúde e a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas no PEFAO-UERJ. Abaixo, há um relato que expressa o carinho dos alunos pelos professores:

“[...] Os professores são um amor. O carinho das pessoas. O carinho dos professores, dos colegas né. Os colegas se preocupam comigo né. E eu sou uma pessoa que gosto de carinho. Eu quero agradecer pelo Projeto e pedir a Deus que esse Projeto possa ajudar as pessoas que virão [...]” (Renata, 64 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 34 meses).

“[...] Gosto muito dos professores. Gosto dos que passaram e dos que estão aqui. Até os que não estão mais aqui passam para nos abraçar. Eles têm muita paciência com a gente. [...] Eu faço caminhada todos os dias para me preparar para desfilar pela Mangueira e arranjei convite para dois professores aqui. Eles desfilaram lá. Eu arrumei tudo para eles e gostaram muito. [...] O objetivo dos professores é colocar a gente bem. Eles nos orientam nos exercícios. Eles se preocupam mesmo com a gente e eu gosto [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] Eles até pedem para que faça aulas com elas. Ficam com ciúmes quando eu faço aula com outros grupos. E elas se sentem valorizadas quando a gente faz aula com elas [...]” (Raquel, 44 anos, Professora de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Poderíamos então afirmar, ainda que de forma simples e breve, que há uma transferência (no sentido freudiano do termo) entre os alunos e os professores/estagiários de Educação Física. Não temos pretensão alguma de aprofundar uma discussão psicanalítica do nosso objeto de estudo, mas é interessante pensar que existe uma carga libidinal, que não satisfeita nas relações cotidianas, como Freud (1996a, 1996b) o diz, é transferida inconscientemente para a figura do responsável pela prática terapêutica. Isto é, sentimentos afetuosos (e até hostis) podem ser transferidos para os professores e, dessa forma, contribuir para o estabelecimento do tecido social fragmentado. É claro que a transferência que ocorre no cotidiano é muito diferente da transferência que ocorre no set psicanalítico. Entretanto, não podemos desconsiderar que o campo do significante, o campo do simbólico pode estar encarnado na figura do professor.

A transferência não é uma invenção da psicanálise, pois desde que o homem supõe o saber a alguém a transferência já existe. Ela não foi inventada pela psicanálise, mas sim revelada. Ela possui um caráter espontâneo e, por isso, está em todas as relações sociais. O

aluno que busca inicialmente o PEFAO-UERJ chega com muitas queixas em relação a sua saúde, mais especificamente em relação ao seu peso. Poderíamos dizer que o sujeito, ao procurar esse Projeto de Extensão, está vivenciando uma perda de sentidos em sua vida de tal maneira que não consegue lidar com seus sintomas. Isto o leva a demandar um saber aos profissionais de Saúde do PEFAO-UERJ a fim de que possam ajudá-lo a resolver sua condição de obeso. Não se trata de pensar em demanda por análise, mas sim em demanda por práticas corporais de saúde fundamentadas na afetividade entre professor-aluno. Ao longo da permanência com seus colegas e com a equipe profissional no PEFAO-UERJ, o aluno vai percebendo que o saber sobre sua própria condição não está com a médica, com a psicóloga, com a nutricionista e muito menos com o professor. Pelo contrário, o saber necessário para o enfrentamento do estigma da gordura e do sofrimento decorrente disto está com ele mesmo. O aluno se dá conta de que ele mesmo é responsável pela sua saúde (principalmente alimentação).

Mais uma vez é preciso ratificar que não queremos propor nenhuma intervenção psicanalítica. Tampouco lançar mão da teoria psicanalítica para subsidiar nosso trabalho. Nossa intenção é apenas apontar a existência de um mecanismo transferencial, semelhante ao descrito pela psicanálise, que pode ser utilizado pelos professores e estagiários a fim de ajudar o processo de expansão da saúde dos alunos do PEFAO-UERJ.

Em resumo, podemos afirmar que as práticas corporais de saúde no PEFAO-UERJ ocupam um lugar social e simbólico importante na vida dos alunos, na medida em que preenchem lacunas deixadas pelo sistema biomédico de tratamento da doença e aquelas deixadas pelo isolamento social e afetivo cotidiano em razão do estigma da gordura ao não se encaixarem nos padrões hegemônicos de beleza. A promoção da saúde e o aumento da qualidade de vida através da formação de laços de amizade entre as pessoas pode representar uma vitória contra a morte social, contra o sofrimento e o adoecimento.

CAPÍTULO X – A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NAS PRÁTICAS CORPORAIS DE SAÚDE

10.1. O Acompanhamento Psicológico como Prática Terapêutica de Saúde

A psicóloga do PEFAO-UERJ é graduada pela Universidade Gama Filho (UGF-RJ) e especializada em desenvolvimento de recursos humanos (RH) pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-RJ). Toda sua vida profissional se deu no campo da psicologia organizacional. Desenvolveu atividades em todos os segmentos chegando à gerência de recursos humanos numa empresa. Sempre trabalhou procurando mensurar o índice de satisfação dos empregados, mediante as políticas e normas implantadas pelo RH. Trabalhou durante quatorze anos fora da cidade do Rio de Janeiro e isso a impossibilitou de seguir a carreira acadêmica. Entretanto já participava de eventos e cursos voltados tanto para a área clínica quanto para a área acadêmica. Fez formação em terapia regressiva e em psicologia transpessoal. Isso a possibilitou modificar sua trajetória profissional para o atendimento clínico.

Em 2005, a ex-psicóloga do PEFAO-UERJ a telefonou e a convidou para iniciar uma participação, ainda sem vínculos profissionais. Atualmente ela é a única psicóloga responsável pelo PEFAO-UERJ. Ao conversarmos sobre as abordagens psicoterapêuticas, a psicóloga prefere a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) à psicanálise, por exemplo. Ela considera muito importante as contribuições de Freud e Lacan, mas afirma que não há mais possibilidade de se ater a essas linhas, que são muito demoradas e reducionistas. Embora haja a preferência pela TCC, a psicóloga também não a considera como única proposta terapêutica. Pelo contrário, acredita mais em uma ação/abordagem holística diante das necessidades específicas de cada grupo que encontra na sua prática no LAFISAEF. Ela ressalta a necessidade de uma conduta terapêutica específica para os alunos obesos.

Para Abreu e Roso (2003), a terapia cognitiva vem mostrando eficácia por trabalhar a partir da estrutura operante do paciente com objetivos de organizar as contingências para mudanças na massa corporal e no comportamento. A reestruturação cognitiva, as imagens orientadas, o treinamento de auto-instrução, a determinação de objetivos, o estímulo ao auto-reforço e a resolução de problemas são procedimentos de base cognitiva para alterar o comportamento do indivíduo.

Segundo Vasques et al (2004), a crença de que “ser magro é fundamental para a solução de problemas do cotidiano” e que, portanto, pessoas obesas seriam “eternas

perdedoras” é uma significação encontrada freqüentemente na avaliação psicológica de obesos. Essa crença contribui para o desenvolvimento de comportamentos equivocados que acabam por aumentar os níveis de sobrepeso.

Os atendimentos individuais no PEFAO-UERJ são solicitados apenas quando a psicóloga percebe que o aluno está passando por um momento um pouco mais delicado em sua existência. Salvo essas situações, a psicoterapia é realizada em grupo.

Ao analisarmos as entrevistas abertas formais (gravadas) e as entrevistas abertas informais (não-gravadas para evitar constrangimento), chegamos a duas compreensões sobre os sentidos que os alunos atribuem à psicoterapia de grupo como prática terapêutica de saúde no PEFAO-UERJ.

O primeiro grupo de alunos, quase a totalidade, compreende a psicoterapia como uma prática terapêutica capaz de trazer consolo e conforto para as angústias da vida. Nesse sentido, ela é compreendida pelos agentes como uma terapêutica importante para o emagrecimento, na medida em que os ajuda a distinguir a fome, da gula e do desejo. Esses agentes não se referem à psicóloga como a “Psicóloga”, mas freqüentemente a chamam pelo nome, isto é, a “Alana”.

Tivemos, por exemplo, duas experiências ligadas ao luto. Uma das alunas perdeu um ente querido há quase uma década e isto a levou a engordar de forma significativa. Outra aluna também perdeu um ente querido, mas durante o período no PEFAO-UERJ. Ambas relatam a importância da psicoterapia desenvolvida nesse Projeto de Extensão para ajudar o restabelecimento da vida cotidiana, o enfrentamento do luto e a própria condição de sobrepeso.

“[...] A gente não esperava a morte do meu irmão. Ele era uma pessoa linda e maravilhosa que vivia sempre de bem com a vida. Dizia que a vida era maravilhosa e um dia ele se mata. Isso tem uns oito a nove anos. Isso me deixou muito triste. E esse Projeto me deixou bem. Foi muito bom pra minha cabeça. Têm as meninas, tem a Alana que me ajuda sempre. É o conjunto que faz bem pra minha cabeça [...]” (Renata, 64 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 34 meses).

“[...] Eu perdi minha mãe em janeiro e a Alana fez uma terapia maravilhosa comigo. No dia das mães eu chorei muito porque lembrei da minha mãe que eu perdi e foi a Alana que me sustentou. Ela foi maravilhosa pra mim. Fiquei muito triste quando tomaram minha barraca de cachorro-quente. Mas a Alana me consolou. [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

A possibilidade de compartilhar os sentimentos, as dúvidas e os medos é um grande diferencial da psicoterapia em grupo. Quase a totalidade dos alunos entrevistados ressalta essa característica. É o momento no qual eles têm voz e podem opinar. Na psicoterapia do

PEFAO-UERJ se aprende a falar, mas também se aprende a ouvir. Isto é o que se chama compartilhar. É falar e ouvir. É compreender a solidariedade, a cooperação e a ajuda mútua como estratégias contra a morte social. Elas querem ser acolhidas pelos seus pares.

“[...] Somos um grupo e sempre um da palpite. A Alana é ótima. A Alana está dando muita força. Temos psicóloga de graça e a Eleonora, nutricionista de graça e atividade física. Não precisamos de mais nada. As pessoas que saíram não dão muito valor porque não pagam. Se pagassem dariam [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] E a Alana está sendo muito importante na vida da gente também. O que se passa ali não pode sair dali. Não podemos contar para os outros. Todo mundo precisa ir a psicóloga. As pessoas acham que é para maluco, mas não é nada disso [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] A gente conversa sobre tudo. No geral eu gosto. Não sei se é porque nós firmamos um grupo. Um grupo que somos nós seis. A gente se manteve. A gente chega ali e conversa tudo. A gente conta o que faz de certo e o que faz de errado. Então é bom. O grupo é muito unido. A gente fala de tudo um pouquinho ali [...]” (Kate, 46 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 32 meses).

“[...] É muito bom. É divertido. A gente discute. Cada um dá seu parecer, como cada uma pode ajudar a outra numa idéia. E assim vai. Eu nunca tive consulta individual, se as outras tiveram eu não sei. Eu nunca senti a necessidade de marcar. Eu acho muito importante o trabalho da psicóloga [...]” (Renata, 64 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 34 meses).

A psicóloga me revelou que, ao entrar em contato com os alunos, são estabelecidos contratos (simbólicos). As regras são esclarecidas e validadas para todo o grupo. E são essas regras criadas juntamente com o grupo que evidenciam o desejo de se cuidar. A frequência e a pontualidade são muito importantes, segundo a psicóloga Alana, pois ratificam esse desejo de expansão da saúde e da qualidade de vida. Além disso, frequência e pontualidade geram coesão porque são formas de respeito. A coesão do grupo favorece a interação, o compartilhar. O olhar para si e o olhar para o outro. É um compromisso consigo e com o grupo. Aquele horário é o horário de compromisso com o grupo. É o horário separado para o aluno olhar para dentro de si e ajudar a si mesmo e ao seu companheiro(a).

A psicóloga sempre preza pelo aprendizado do cuidado e do olhar. É preciso, portanto, aprender a olhar para dentro de si para que se estabeleça o cuidado com o próprio corpo. Isso é constantemente ensinado aos alunos. Ela procura ensinar ao aluno a ser autor da sua história e, conseqüentemente, restabelecer o equilíbrio corpo-mente-espírito. O aluno que não é assíduo revela, segundo a psicóloga, o desejo de não se cuidar. É o aluno que tem medo de si mesmo. É aquele que tem medo de emagrecer e enfrentar a vida sem essa desvantagem.

“[...] E por baixo do gordo há o medo de si mesmo. Eu não falo em perder peso, falo em emagrecer. Ele começa a emagrecer e pensa: “Quem sou eu? E se der certo? E se eu emagrecer?” E aí ele mesmo começa a se sabotar. Ele mesmo começa a faltar [...]” (Alana, 56 anos, Psicóloga do PEFAO-UERJ).

Nesse sentido, a psicóloga cobra muito o estar junto com os outros nas sessões. É preciso crescer junto com os colegas de turma.

“[...] E essa proximidade do beijo e do abraço a gente cobra muito. Aqui não tem ninguém perfeito. Perfeição está no andar de cima. Ninguém quer ser Deus [...]” (Alana, 56 anos, Psicóloga do PEFAO-UERJ).

Cada aprendizado na psicoterapia pode e deve ser levado para a vida cotidiana. Os alunos realmente reconhecem isto e revelam a aplicabilidade da psicoterapia em diversas situações do cotidiano, assim como na ajuda ao emagrecimento.

“[...] Aí eu associo. Cabeça de velho né, os neurônios morrendo. E os que sobram estão fraquinhos. Tem uma vizinha minha que se chama Camila e a filha dela Thaís. Aí eu associo para poder lembrar os nomes delas. A psicóloga aqui me disse isso. Nós temos que associar para nos lembrarmos. E eu faço isso [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] Agora eu não me preocupo mais com isso. A Alana ensinou a gente a relaxar. Quando sinto a pressão ficar alta eu faço o relaxamento que ela ensina. Fico pensando que estou vendo um lindo mar, um rio. Ela me disse que tudo é com o tempo, devagar. Se ficar nervosa aí não emagrece mesmo. E nem consegue fazer as dietas. A ansiedade faz você comer. No começo ficava muito ansiosa para emagrecer. Mas porque eu não estava entrosada. A pressão ficava alta né. E eu só ficava na cadeira [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

Um dos grandes benefícios da psicoterapia, segundo os próprios alunos, no emagrecimento é a possibilidade de compreenderem a distinção entre fome, gula, desejo, vontade de comer, etc. Os alunos reconhecem que ao aprenderem essas diferenças são capazes de escolher melhor os alimentos e modificarem suas condutas frente aos mesmos.

“[...] Ela trabalha muito essa coisa de mostrar que a gente come muitas vezes porque está com desejo, outras por gula e outras por fome. Eu comia muito por gula e por vontade [...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] Trabalha a parte da conscientização da comida, da fome, do desejo, da gula. Temos que parar para pensar sobre isso. Às vezes estamos comendo nossos problemas. Estamos com problemas e mastigamos. Entendeu? É

fome mesmo? Ou é aquela gula que você não consegue parar de comer? As vezes alguém está com um problema a mais e tem uma boa acolhida. Fome é uma coisa física. O desejo é aquela coisa de querer comer um brigadeiro. Se você já acabou de almoçar, isso não pode ser fome. Isso não é físico. E a gula é aquela coisa de querer comer vários brigadeiros. Eu sou muito gulosa. Como doces, biscoitos. Não tenho problema de comida, mas de gula. Aí eu engordo né [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses).

A alimentação é algo bastante específico na psicoterapia com obesos. Segundo a psicóloga do PEFAO-UERJ, sempre que a dieta for compreendida como privação, e não como prazer os resultados tendem a ser pífios. A psicoterapia procura ajudar os alunos a pensarem na dieta como outra forma de alimentação, e não como privação. Dessa forma, o aluno passa a compreender como pode se cuidar através da alimentação. Através da escolha e do uso dos alimentos, aumenta-se a qualidade de vida. E como efeito desse processo, muitos conseguem estabilizar o peso, mesmo que não consigam emagrecer de forma significativa.

A psicóloga tenta sempre ressaltar essa diferença entre fome, desejo e gula. Na sua análise, a fome é um mecanismo fisiológico mediado por neurotransmissores e hormônios. Halpen et al (2004) estabelecem um conjunto de determinantes fisiológicos do apetite. Os fatores neurais, endócrinos, adipocitários e intestinais são determinantes do controle do apetite e alterações fisiológicas podem desencadear um desequilíbrio entre fome/saciedade. Rodrigues et al (2003) compreendem que há um controle neuroendócrino preciso da fome e do peso corporal implicado na gênese da obesidade. Os estudos de substâncias e estruturas como: Leptina, Pró-ópio-Melanocortina, Receptor da Melanocortina 4, Pró- Hormônio Convertase 1, Peptídio YY, Cocaine and Amphetamine-regulated transcript seriam fundamentais para aumentar o conhecimento sobre a fome e a fisiopatologia da obesidade.

Já o desejo, segundo a psicóloga, estaria fundamentado não na fisiologia do organismo, mas no olhar e na apreciação dos alimentos. Por fim, a gula seria a representação do pecado, do exagero, do descontrole, da desordem. Gula lembra pecado. Ou melhor, o pecado que provocou a obesidade.

O sujeito gordo, segundo a psicóloga, tende a comer grande volume de comida a fim de se empanturrar. Mesmo depois de satisfeito ele continua a comer. Comer é um prazer para ele. Entretanto, a psicóloga procura ensiná-los a utilizar esse prazer para experimentar novos alimentos mais saudáveis. O caminho para a vitalidade e para o emagrecimento é a reeducação alimentar. Trata-se de uma mudança comportamental.

“[...] Não pode comer todo o pacote de biscoito recheado né. Mas se tá com vontade coma um, dois. Se você comia vinte, coma dezoito agora. E a pessoa tem que refletir, pensar e perceber o que ela sente quando ela faz essa

mudança de vinte para dezoito. Essa é a questão [...]” (Alana, 56 anos, Psicóloga do PEFAO-UERJ).

Vale ressaltar que a psicóloga do PEFAO-UERJ trata a psicoterapia de grupo como um momento muito sério para a saúde, pois considera a obesidade uma doença capaz de trazer muito sofrimento à vida das pessoas. Não se trata de pensar que a psicologia busca “passar a mão na cabeça” dos alunos, mas sim de pensar em um momento real de confronto com a realidade que se expressa na materialidade corporal.

“[...] A obesidade é uma doença. Ela não é um transtorno como a anorexia ou bulimia. Eu acredito que um obeso não pode ser saudável [...] Dizer que um gordo é feliz, é um mito. E as comorbidades que existem? Comorbidades emocionais mesmo. Elas são várias além da depressão, ansiedade, angústia. Pode haver transtorno de déficit de atenção, compulsão alimentar. Então não posso dizer que um obeso é saudável. Isso é um estereótipo. Essa coisa de dizer que o gordo é feliz. A obesidade e a depressão são as maiores doenças no mundo atual [...]” (Alana, 56 anos, Psicóloga do PEFAO-UERJ).

Outro ponto bem levantado pela psicóloga é a associação entre obesidade e depressão. É difícil apontarmos se a obesidade causa depressão ou se a depressão causa obesidade. Contudo, nossa preocupação não está em estabelecer relações de causa-efeito, mas sim em compreender como a psicoterapia pode contribuir para aliviar a perda de sentidos e os quadros de angústia que vivem muitos alunos obesos.

Roberts et al (2000) relatam que a vulnerabilidade psicofísica decorrente da obesidade que diminui a capacidade funcional é um dos maiores fatores de risco, senão o maior, para a depressão. A maior incapacidade para as atividades do lar, atividades profissionais e de lazer contribui significativamente para o aumento da depressão, na medida em que as pessoas perdem os sentidos para a vida.

Onyime et al (2003), em um grande estudo recente, utilizaram dados do *Third National Health and Nutrition Examination Survey* para examinar a relação entre depressão e obesidade. Os achados sugerem que a obesidade está associada com a depressão entre pessoas com obesidade severa, isto é, quanto maior o nível de obesidade, maior a possibilidade de quadros depressivos. Outro dado relevante é a maior prevalência de depressão em mulheres.

Carpenter et al (2000) usaram dados do *National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. Entre os adultos com idade a partir de dezoito anos, quanto maior o sobrepeso, maior é a prevalência de depressão e de desejo suicida em mulheres. Em homens, não foram encontrados dados significativos, o que ainda indica o maior sofrimento das mulheres.

Se fossemos realizar uma revisão da literatura a fim de averiguar a relação entre obesidade e depressão, teríamos muitos estudos que mostram essa correlação positiva. Entretanto, não pretendemos nos ater a dados epidemiológicos, e sim ressaltar a importância da psicoterapia como prática terapêutica de saúde para o tratamento da depressão (e outras psicopatologias) que acomete os indivíduos obesos (BLACK et al., 1992; BRITZ et al., 2000; HOPKINSON, BLANC, 1982; KATON, SULLIVAN, 1990; ONIKE et al., 2003).

Alguns profissionais do PEFAO-UERJ também concordam que a psicoterapia tem grande importância no tratamento dos obesos em virtude da ação preventiva ou curativa da depressão e de problemas que podem aumentar a tristeza e a angústia.

“[...] Ajuda a não entrarem em depressão. Ajuda muito eles. Até no relacionamento com os cônjuges. A psicologia tem o papel de abrir os olhos, abrir os horizontes. Você tem um problema, mas você pode vencer esse problema [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Muitos não tem com quem conversar. Sentem-se mal. Pra quem tem dificuldade de se relacionar, dificuldade de dividir e tal, é bem legal [...]” (Michel, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Tem sido ótimo. A gente fala sobre os problemas. Só tem problema né. Quem é que não tem problema né? Quem não quer ter problema tem que morrer. Viver já é um problema né. Eu digo isso para meu marido. E viver tem que ter problema [...]” (Janaina, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] Aumentar a auto-estima. A sociedade é muito baseada nesse padrão de beleza que todo mundo tem que ser magro. Imagina você ver na televisão aqueles artistas magrinhos e saradinhos. Aí você chega e se olha no espelho e seu corpo não é nada daquilo que está na televisão. E isso dá uma queda no seu ego. E a psicologia está aí para não deixar você cair na depressão. Porque senão perde a vontade de viver e cai de vez [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Diante disso, a psicoterapia no PEFAO-UERJ procura ensinar os alunos a relaxarem a fim de restabelecer a harmonia, o equilíbrio, a paz. A psicóloga relata que a conversa, em alguns momentos, não dá conta para modificar os comportamentos, pois o que o aluno pensa, sente, deseja e teme está ligado ao corpo e se manifesta no próprio corpo. Utiliza-se então técnicas de visualização, de relaxamento e de respiração.

A equipe profissional do PEFAO-UERJ também parece concordar com a abordagem psicoterapêutica e reconhece seu valor para o tratamento dos alunos obesos. A psicoterapia - segundo os estagiários e professores de Educação Física - ajuda o aluno a não desanimar na busca pela promoção da saúde e qualidade de vida. Ela ajuda o aluno a persistir no seu

emagrecimento e aprender a se cuidar. Há uma reavaliação da vida e um repensar da existência que possibilita a atribuição de novos sentidos ao corpo e a saúde. Por isso, consideramos a psicoterapia no PEFAO-UERJ como uma prática terapêutica de saúde. Seguem abaixo alguns relatos:

“[...] Eu acho que a psicologia ajuda muito. Ela desenvolve a sua capacidade de olhar o mundo de outra forma. Não é só aquilo que a gente quer. E a gente não pode perder a confiança de mudar. E eu acho que a psicologia é isso, ela te faz perceber que nunca pode perder a esperança de que as coisas podem melhorar para você. Superar os desafios [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] É fundamental sim. Eu acho muito importante. Vai ajudá-los em vários aspectos. Alguns estão extremantes pesados. [...] Então a partir do momento que você tem o apoio da psicologia, você consegue aceitar sua limitação, sua doença, para que você não espere milagres. E também ao mesmo tempo continuar na luta batalhando porque a situação piora. Eu acho que a psicologia funciona para colocar na cabeça das pessoas que elas nunca serão magrinhas, fininhas, mas ao mesmo tempo estimulá-las para que elas continuem na luta para que a situação não piore [...]” (Paulo, 46 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Eu acho que muitos chegaram nessa condição de obeso foi por causa de problemas psicológicos. E só de estar no tratamento psicológico já é um grande avanço. Eu acho que quando a pessoa procura tratamento ela já demonstra que quer viver melhor, que quer uma qualidade de vida melhor. Quando a pessoa não se preocupa com nada, ela se larga mesmo. Se a pessoa vem procurar a gente é porque ela quer se cuidar mesmo. E sei que não é fácil [...]” (Davi, 36 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Entretanto, precisamos ressaltar que há uma parte dos alunos que compreende a psicoterapia como uma relação entre um profissional de saúde e alguém incapaz de resolver os seus problemas, muitas vezes, alguém considerado solitário, sem amigos e sem cônjuge. Ainda que isso possa ser “verdadeiro”, esse grupo de alunos considera essa pessoa como “inferior”. A pessoa que procuraria um psicólogo é considerada como preguiçosa e sem força de vontade para mudar. Os alunos que compreendem a psicoterapia desta maneira se referem à psicóloga como a “Psicóloga” e a consideram menos importante na hierarquia profissional da racionalidade médica científica. O médico se destaca como o porta-voz da saúde, o professor de Educação Física em segundo, a nutricionista em terceiro e por último a psicóloga.

“[...] Tem gente que ta mó tempão aí. E sai da aula pra comer chocolate, bala de goma, refrigerante. Como se fosse uma festa né. Mas no dia-a-dia tem que dizer não. Que psicologia é essa? [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] Se é importante? É e não é. É uma hora que toma o meu tempo. Preciso ir trabalhar né. Preciso ir no mercado [...]” (Milena, 39 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

“[...] Eu tenho os meus problemas, mas eu sei controlar os meus problemas no dia-a-dia. Para mim psicóloga só mesmo....sei lá....acho que pra mim não tem tanta necessidade....o que eu já passei já me deixou pronta...já consegui passar por cima e relevar as coisas...e agora já consigo passar por cima dos problemas...já não choro mais....Um casamento de dez anos te ensina muito. Minha separação foi um baque. Eu tinha que enfrentar a realidade. E fui enfrentando tudo. Botei minhas filhas na creche, no brizolinha e fui passando pelas barreiras. Ele foi assassinado porque se meteu em paradas erradas. Foi horrível. Mas eu passei por cima de tudo. Então eu passei por uma barreira pesada. Então eu não posso reclamar de nada. Estou com uma nova pessoa. Voltei a estudar. Ele me ajuda. Então a psicologia não vai me ajudar muito. Não preciso. Eu conversei com a psicóloga e disse que não preciso, não tenho esses problemas que elas dizem que a gente tem. Conversar é ótimo, mas não preciso de psicologia [...]” (Rosana, 44 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 24 meses).

Para a psicóloga, essas pessoas que atribuem valor depreciativo à psicologia, em geral, são pessoas que ainda estão esperando pela pílula mágica. Ainda querem dormir gordos e amanhecerem magérrimos. São pessoas, ao olhar da psicóloga, que ainda não se permitiram cuidar de si mesmas. Ainda não se envolveram e nem se comprometeram por completo com o PEFAO-UERJ.

“[...] Por enquanto isso está engatinhando né. Acho que não vai me ajudar em nada [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] Não sei ainda o que a parte psicológica vai me trazer. Ainda é uma incógnita se isso vai resolver algo ou não. Eu ainda estou curioso no que esse conhecimento da parte psicológica pode me trazer [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

As dúvidas quanto à psicoterapia ainda relatam a crença na eficácia mecanicista da racionalidade médica moderna ocidental. Ou seja, só consideram a psicoterapia eficaz se o peso na balança diminui. Ainda não entenderam que se trata de uma terapêutica que possui uma eficácia simbólica, como aponta Lévi-Strauss (1975). O doente (o aluno do PEFAO-UERJ) sofre porque perdeu grande parte de sua força vital, como diria Lévi-Strauss. Essa perda se dá não apenas pelo estigma da gordura. Ela se dá, muito pelo contrário, por

problemas cotidianos em sua vida, tais como perdas familiares e conjugais. Desemprego, precarização das condições de trabalho, falta de atendimentos médico nos serviços públicos de saúde também são problemas rotineiros na vida dessas pessoas. A psicóloga do PEFAO- UERJ exerce uma prática terapêutica (inclusive corporal, através de técnicas de relaxamento e respiração), da mesma forma que o xamã - assistido por seus espíritos protetores - empreende uma viagem ao mundo sobrenatural para arrancar o espírito maligno que capturou o paciente, a fim de restituir-lhe a cura.

A prática psicológica como uma estratégia terapêutica constitui uma ação puramente psicológica (anti-farmacológica), visto que a psicóloga, assim como o xamã descrito por Lévi-Strauss (1975) não lhe administra remédio. Mas, ao mesmo tempo, a psicóloga põe em causa, direta e explicitamente, o estado de sofrimento dos alunos e suas técnicas individuais ou grupais constituem uma estratégia terapêutica de intervenção. E a cura para grande parte dos alunos é esperada dessa estratégia, na medida em que acreditam que a psicóloga é capaz de lhes “abrir os olhos” para entender o que é gula, o desejo e a fome.

A cura consiste, pois, em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos alimentares. Que a terapêutica da psicóloga corresponda ou não a uma realidade objetiva, biomédica e neurocientífica, não tem importância, pois os alunos acreditam nela, e a psicóloga é um membro de uma equipe profissional que eles acreditam. A eficácia não está fundamentada no paradigma da biomedicina. Ela é, como o diz Lévi-Strauss (1975), simbólica.

A psicoterapia portanto, reintegra um conjunto onde todos os alunos se apóiam mutuamente. Um grupo coeso, comprometido com a importância da frequência e de sua responsabilidade no processo de melhorias internas e coletivas aumenta em grandes chances o sucesso no enfrentamento do estigma da gordura e do adoecimento. As mudanças no estilo de vida ganham força a partir de um novo olhar perante a própria existência. Os altos níveis de ansiedade e depressão, a baixa auto-estima, a impulsividade e a compulsão vão transformando-se, ainda que lentamente, em novos sentidos para o viver.

10.2. O Acompanhamento Nutricional como Prática Terapêutica de Saúde

A nutricionista do PEFAO-UERJ começou a trabalhar no LAFISAEF em 2003, logo após se graduar. Ela é pós-graduada em Treinamento Desportivo, fez inúmeros cursos de Nutrição Esportiva e cursa Mestrado em Nutrição. Atualmente ela trabalha em quatro academias, em consultório particular e faz atendimentos domiciliares. Embora os locais de trabalhos sejam distintos, ela relata que a grande maioria dos seus clientes estão preocupadas em emagrecer. Quando os alunos (ou clientes) a procuram por seus serviços, ela percebe que eles já tentaram várias estratégias: dietas com médicos, uso de remédios para emagrecimento, programas de vigilante do peso, etc. A dietoterapia aparece como mais uma oportunidade para emagrecer. Isto é, a busca por uma nutricionista torna-se uma estratégia de emagrecimento, ainda que seja uma das últimas opções das pessoas.

Ao longo das entrevistas em profundidade com os alunos e com a nutricionista, foi possível compreender que para a nutricionista, a dieta possui o objetivo de mudança comportamental. Ou seja, a dieta só será eficaz se o aluno modificar seus comportamentos perante à alimentação, mesmo que para isso seja preciso um acompanhamento psicológico. Para os alunos, a dieta adquire dois sentidos. Primeiro, os alunos compreendem que a dieta é mudança de comportamento, assim como a nutricionista. Eles reconhecem que é preciso uma nova maneira de lidar com a comida e que esse re-pensar e re-atuar passa pelas modificações de atitudes, condutas e comportamentos. Entretanto, os alunos também compreendem a dieta como uma privação do prazer, da alegria e das “coisas boas da vida”. Ao longo deste capítulo iremos discutir esses sentidos atribuídos à dieta no PEFAO-UERJ a fim de compreender como a estratégia nutricional se torna uma prática terapêutica de saúde para pessoas obesas.

A nutricionista relata que as consultas demoram cerca de cinquenta minutos, nos quais ela colhe dados pessoais, hábitos alimentares, hidratação, função intestinal, doenças, etc. Após essa Anamnese, característica da biomedicina, a nutricionista elabora um “Recordatório de 24 horas”. Isto é, um conjunto de informações sobre os hábitos alimentares, a fim de destacar os principais erros cometidos pelos alunos do PEFAO-UERJ. Em seguida, a nutricionista explica a estratégia hipocalórica a ser seguida para a reeducação alimentar e emagrecimento.

Durante a abordagem clínica, a nutricionista reconhece que muitos alunos estão procurando algo além do emagrecimento. Alguns começam a conversar sobre seus problemas, principalmente os familiares, durante a consulta. A nutricionista me relata que procura cortar esses assuntos, tentando limitar a consulta à alimentação. Entretanto, é muito difícil em virtude do isolamento social em que vivem essas pessoas. Na opinião da nutricionista, a

maioria dos alunos chega ao Projeto de Extensão porque um amigo o chama. Ao seu ver, a sociabilidade é muito importante, porque o obeso tem a oportunidade de estar num local onde as pessoas são semelhantes e possuem as mesmas limitações. Por trabalhar em academias de ginástica e musculação, ela reconhece que nas academias eles ficariam isolados, além de serem censurados pelo olhar dos demais. Enquanto nas academias as pessoas se preocupam excessivamente com a estética, no PEFAO-UERJ as práticas corporais, psicológicas, nutricionais e sociais estão voltadas para a saúde, independente da estética e do emagrecimento.

“[...] Academia é muito estética mesmo. Aqui é mais preocupação pela saúde. Aqui a gente trabalha os outros lados também. Tem a psicologia, o exercício físico. A preocupação com a saúde é maior. Problemas quanto à estética aqui são menores. E a maioria tem contato com pessoas que sofreram por causa da mesma doença. No caso dos diabéticos, por exemplo, é mais forte, pois muitos conhecem algum amigo ou parente que amputou a perna por causa da doença. Mas na obesidade também é frequente” (Eleonora, 27 anos, Nutricionista do PEEFAO-UERJ).

Segue abaixo o relato de uma aluna que teve uma experiência marcante com uma parente obesa. Essa experiência foi um dos grandes incentivos para que essa aluna procurasse uma abordagem terapêutica para o sobrepeso.

“[...] Olha, eu vou te dizer uma coisa muito séria. A sobrinha do meu marido....Meu cunhado perdeu a filha dele há sete anos, em 2000, por obesidade mórbida. Então foi uma coisa horrível. Eu nunca vi uma coisa tão terrível na minha vida. A garota tinha vinte e dois anos e ela era gorda desde pequena. Você via isso nas fotos desde pequena. E a mãe, naquela ignorância, achava que gordo era fofinho, fortinho. E ela foi engordando e engordando. Não praticava atividade física. Ficava sentada o dia inteiro na frente da televisão [...] Aí ela começou a passar mal e chamaram a Unimed e eles não conseguiram tirar ela de dentro de casa. A ambulância parou na porta e um médico, dois enfermeiros, meu cunhado, meu marido, no total oito homens que não conseguiam tirar ela de cima da cama para levar para a ambulância. Aí tinha uma rede, dessas que balança em varanda, e colocaram por baixo dela e saíram arrastando-a. Eles não conseguiam levá-la. Então foram arrastando ela. E todo mundo suado. Difícil. E os vizinhos vendo tudo. Gente pra caramba. [...]. Levaram mais de duas horas para levá-la para a ambulância. Jogaram ela lá dentro. Ela teve uma parada cardiorrespiratória. Aí a médica, com todo esforço, conseguiu virá-la. Aí foram para o hospital do Andaraí. E nem tinha maca pra ela. Até chegar outra maca, ela teve outra parada cardíaca. [...]Ela morreu com 308 Kg. Nos últimos dias de vida, ela nem andava direito. Muita dificuldade. Ela teria que perder 150 Kg para fazer uma cirurgia por causa do risco [...] E pra arranjar o caixão? Foi terrível. Na Santa Casa tinha. Até o nome do caixão era piada. Era o tipo Baleia. Mas não podia ter velório, por causa do peso. Aí tiveram que colocar no chão. E tinha que ser uma cova dupla. E a ambulância teve que parar no alto para arrastar o caixão até a cova. Foi uma coisa terrível [...]” (Amanda,

51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Embora a nutricionista reconheça que a saúde é mais importante do que a estética, ela ainda acredita em uma estética “universal”, o que desconsidera as influências sócio-culturais nos padrões de beleza. Para a nutricionista, uma pessoa gorda sempre possui a estética modificada, embora possa se sentir alegre e com auto-estima elevada. Da mesma forma que há uma estética padrão, há uma saúde padrão. Nesse sentido, a obesidade é considerada, para a nutricionista, uma patologia.

A nutricionista relata que a obesidade atrapalha a saúde, a estética e a vida social. Além disso, ela viria acompanhada de fatores psicológicos graves. Na maioria das vezes, há questões além da vontade de comer. Por isso, a obesidade é difícil de tratar apenas com a dietoterapia. Há crises compulsivas, depressão, ansiedade e outros problemas. A obesidade, segundo a nutricionista, sempre está associada à ansiedade e frustrações.

Tal relato da nutricionista corrobora com a literatura, pois diversos estudos têm demonstrado forte correlação entre obesidade e ansiedade, angústia, depressão e todo tipo de sofrimento. Tal fato ocorre principalmente devido ao estigma da gordura, pois os obesos se reconhecem como pessoas excluídas, discriminadas, humilhadas e até abandonadas. Além disso, sentem-se com mais desvantagens sociais e menores oportunidade profissionais (ANDREOLETTI et al, 2001; CARR, FRIEDMAN, 2005; EAGLY et al, 1991; FEINGOLD, 1990; FRIEDMAN et al, 2002; LINK et al, 1997; ONYIKE et al, 2003).

A nutricionista parece bem certa de que muitos obesos comem muito, mesmo sem fome. Segundo ela, eles buscam alguma coisa na comida, o que provoca os episódios compulsivos. A compulsão por doce é muito freqüente nas mulheres. E a psicoterapia, segundo a nutricionista, tem importância fundamental para ajudar a dietoterapia a retirar o doce do alcance do obeso. As mulheres quando ficam ansiosas, em geral, tendem a comer doces em excesso. A nutricionista ratifica que essa compulsão é uma busca por algo. Talvez seja uma frustração ou uma carência, segundo Eleonora.

Ela afirma que quando a psicóloga iniciou o trabalho sobre a diferença entre gula, desejo e fome, o tratamento nutricional melhorou bastante. Quando o aluno consegue conjugar bem a psicoterapia com a dietoterapia ele consegue perder peso.

No PEFAO-UERJ, a nutricionista realiza consultas individuais mensais ou bimestrais e palestras coletivas semanais. Essas palestras duram de dez a quinze minutos. Sempre é abordado algum tema relacionado à nutrição. O objetivo é sempre mudança de comportamento.

“[...] Tudo se resume a mudança de hábitos. É muito difícil abandonar as guloseimas e as frituras. Mas a gente tenta modificar os hábitos [...]” (Eleonora, 27 anos, Nutricionista do PEFAO-UERJ).

“[...] Quanto mais tempo ele ficou com os comportamentos errados, mais difícil é reverter esse comportamento [...]” (Eleonora, 27 anos, Nutricionista do PEFAO-UERJ).

Os demais profissionais do PEFAO-UERJ também reconhecem que a mudança de hábitos é fundamental para os alunos obesos, mesmo sabendo que isto é muito difícil. O *habitus* corporal adquirido pelos alunos obesos no que diz respeito à alimentação é um dos maiores fatores para o insucesso na adesão às dietas para emagrecimento.

“[...] A maioria não segue a dieta. É muito difícil você largar as coisas que você gosta. Por mais que você coloque na cabeça das pessoas que elas não devem comer chocolate, eles sempre darão aquela beliscadinha, porque elas gostam do chocolate e ele as faz feliz. Mesmo sabendo que aquilo vai engordar, você continua comendo porque aquilo te faz feliz [...]” (Luke, 23 anos, Estagiário de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Dieta? A maioria chuta o balde. Algumas já me disseram. Algumas pessoas desistem mesmo. No começo então é muito difícil, você já tem um costume de hábitos alimentares. E a nutricionista faz um corte, por mais brando que seja. E as pessoas que conseguem sobreviver a isso mantêm a dieta. E as que não conseguem sobreviver enganam, mentem dizendo que estão fazendo a dieta. [...] Eu acho que a comida é como uma fuga né. É como uma droga. E depois você fica em depressão. E para sair da depressão você come mais ainda. É um círculo vicioso [...]” (Paulo, 46 anos, Professor de Educação Física do PEFAO-UERJ).

“[...] Dieta? Elas não fazem rigorosamente. Acho até que elas se esforçam para fazer alguma coisa. Mas eles não seguem 100%. Para você fazer uma mudança de comportamento que você adquiriu a vida toda...nossa...você tem que ter muita vontade de fazer [...]” (Léia, 21 anos, Estagiária de Educação Física do PEFAO-UERJ).

Os alunos do PEFAO-UERJ também reconhecem que os hábitos alimentares são muito difíceis de serem modificados e respondem principalmente pela condição de sobrepeso atual. A presença de grandes quantidades de doces, frituras, pizzas e *fast-food* no seio familiar contribuem para um padrão alimentar desequilibrado. As mudanças no tocante à alimentação, quando recebem apoio da família tendem a serem bem-sucedidas.

“[...] Na minha casa todo dia era muito refrigerante, pizza, salgadinho, bolo. Aí eu e minha filha fomos cortando tudo. Quando eu sinto vontade eu como um e vou fazer caminhada na rua para desgastar. Agora como folha, pois eu

comia muita carne, macarrão, carré, batata-frita, rabada, mocotó. Agora já como muito frango e peixe [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] Dieta? Tem que fazer uma restrição e é muito difícil. Você criou hábitos durante toda a vida e agora para mudar é mais difícil. Eu como muitas besteiras. Gosto de doces e chocolates e não posso comer mais. [...] Eu já sei o que pode comer e o que não pode comer. Eu sou muito gulosa. O problema é esse. Lá em casa todo mundo adora besteiras. E você faz o quê? sai de perto? [...]” (Cristiane, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 35 meses).

“[...] Eu comia muito misto- quente, salgado, refrigerante. [...] Eu não sei o que é estar na casa de dois dígitos há décadas. 99 kg era um luxo de adolescente. Agora só vivo na casa dos três dígitos. Sair da casa dos três dígitos dá para se sentir menos não-saudável [...]” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

“[...] Meu marido traz quindim, doces, etc. Eu fico pensativa depois que como. Mas comer é um prazer né. Tentei compensar a consciência e não jantei. Tomei só um chá e fui dormir mais cedo [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

Entretanto, mesmo com as dificuldades para modificar o comportamento alimentar, muitos alunos do PEFAO-UERJ consideram a nutrição como uma importante ferramenta que os auxilia a elaborar novos sentidos sobre as comidas, as refeições e a própria escolha dos alimentos. Com isso, sentem-se mais saudáveis, independente do grau de emagrecimento.

“[...] Minha paixão sempre foram tortas e doces de confeitaria. Essas comidas “engordiet” né. As próprias palestras da Eleonora me ajudaram. Essa coisa de gordura hidrogenada, o açúcar refinado, o arroz comum. Tudo isso que eu venho aprendendo me levam a mudanças na minha casa. Agora eu tenho conhecimento né. Antigamente eu ia para o shopping comer aquelas tortas. Agora eu corro delas. Eu sei o mal que aquelas tortinhas fazem a mim mesma. É o colesterol, a glicose [...]” (Luana, 56 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

“[...] Hoje eu me controlo mais porque sou orientado pela nutricionista. Eu não parei de comer nada, eu só diminuí a quantidade. Porque às vezes a gente come os alimentos sem saber se fazem bem ou mal. E eu estou evitando certos alimentos. Gordura, fritas, essas coisas, têm diminuído bastante [...]” (John, 56 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

“[...] Às vezes eu pulo as refeições, pulo os horários. Faço bobagens, como o que não deveria comer. Mas hoje mesmo eu acho que estou certinha. Eu não como doce. Parei mesmo. Macarrão só se for integral. Arroz eu uso integral também, que é uma beleza. Agora que eu descobri o arroz integral. E pão que eu comia mais, eu como menos agora. Queijo eu comia muito também e agora como menos porque descobri que o queijo tem muita gordura. Como ricota agora, que é melhor [...]” (Renata, 64 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 34 meses).

A fim de ajudar os alunos do PEFAO-UERJ a modificarem seus hábitos alimentares, a nutricionista estabelece metas. Ela procura estabelecer objetivos individuais com cada aluna, isto é, perder tantos quilos em tantas semanas. Algumas vezes, as metas são mais simples e possuem um caráter educacional. Assim, a nutricionista relata que há alunos que não bebem nem um copo de água por dia. E ela os ensina a beber os dois litros diariamente. A maioria dos alunos também não sabe que as refeições precisam ser fracionadas, fazendo erroneamente apenas três refeições diárias. Ela ensina que o número de refeições deve ser maior, com quantidades menores. A partir dessas simples dicas, há melhoras significativas na saúde, independente do emagrecimento.

Nas consultas, a nutricionista precisa fazer um bom levantamento dos hábitos alimentares do aluno, a fim de que as metas possam ser coerentes com as possibilidades do organismo. As pessoas mais obesas sempre possuem uma história alimentar horrível, relata a nutricionista. Elas não relatam tudo o que comem, pois se sentem envergonhadas. Quanto maior o peso, mas elas distorcem as informações nas consultas.

Esses alunos mais obesos sentem vergonha de admitir que a comida é um grande prazer, mesmo sabendo que ela pode fazer mal ao organismo. Como a própria nutricionista percebeu, os alunos mais obesos são realmente aqueles que menos falam sobre seus hábitos alimentares. Pude perceber isso durante as entrevistas que realizei. A alimentação, para os alunos com valores elevados de obesidade, quase não era abordada durante os sessenta minutos (em média) de entrevista.

“[...] Que dieta é horrível é. As coisas saborosas são imorais e engordam né. Acho que alguém disse isso. Ou é imoral ou engorda né. Realmente é uma verdade. E você sempre diz não para as delícias da vida [...] Meu marido chega com bombons, doces. Vou ficar só olhando? Não dá...Isso é terrível...É tentação [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

“[...] Há muitos anos que eu não vou ao teatro, ao cinema, eu não vou em festas, nem em bailes, nem em sambas, eu vou acabar virando uma Testemunha de Jeová. Entendeu? Alguma coisa eu tenho que fazer né. Pelo menos uma cervejinha. O que eu mais sinto falta é de uma cervejinha. Uma delícia. [...] Isso pra mim foi a coisa mais difícil, foi o sacrifício maior. Até grama eu como se tiver que comer. A única coisa que eu tenho que cortar que eu gosto muito é a cervejinha [...]” (Amanda, 51 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Embora a maioria dos alunos reconheçam a importância da nutrição para a saúde e para o emagrecimento, mesmo considerando a dieta algo muito difícil, há uma minoria que reclama da estratégia nutricional realizada no PEFAO-UERJ. Um dos alunos obesos, por

exemplo, reconhece a importância da dietoterapia, mas considera a dieta elaborada pela nutricionista muito fraca, mesmo não a realizando.

“[...] Eu ainda nem sigo a dieta que a doutora mandou. Eu ainda como pra caramba. Janto pra caramba. Como um monte de besteiras. A dieta ainda não me serve. [...] A nutricionista está passando uma dieta que eu gostaria que fosse mais radical, mais forte. Mas ela não vai passar, eu sei. Mas tudo bem, está lá o que ela propôs para mim” (Joel, 39 anos, aluno do PEFAO-UERJ há 15 meses).

Outra aluna reclama da nutricionista do PEFAO-UERJ por exercer um controle desnecessário sobre os alunos do PEFAO-UERJ. Esta aluna se sentiu discriminada e percebeu - pela primeira vez - o estigma da gordura dentro do PEFAO-UERJ.

“[...] Nos dias de festas a Eleonora fala para não falarmos em cima dos alimentos. E no dia da festa eu vi um monte de senhoras falando em cima dos alimentos. Recomendaram tanto a nossa turma, mas um monte de senhoras que nem conheço estavam fazendo isso. Além disso, eles proíbem nossa família de vir à festa e um monte de gente desconhecida vem. Há privilégios para uns e não para outros. Fomos mal servidas. A Eleonora falou para não repetirmos e nós vimos um monte de gente repetindo e não se afastando da mesa. Passaram educação só para gente? Nosso grupo se comportou muito bem. Sempre nos comportamos muito bem. Por que implicaram tanto com a gente? [...]” (Patrícia, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 38 meses).

Há, por fim, uma aluna que reclama que o controle sobre alguns alunos é grande, enquanto sobre outros é pequeno. Todavia, o controle sobre o peso corporal é sempre insuficiente.

“[...] Não existe também um controle de peso né. Só quando eu entrei. Depois disso nunca mais me chamaram para pesar. Para quem tem a proposta de perder peso deveria saber se está perdendo ou ganhando, se está alcançando o objetivo do programa. Nós os gordos sabemos que haverá uma cobrança. Deles mesmo não há uma cobrança. É complicado né. Eu acho que os professores que deveriam ter o controle do nosso peso [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

Esta aluna inúmeras vezes me relatou sua insatisfação com a presença de doces e lanches após as aulas do PEFAO-UERJ. Para ela, é um absurdo a permissão que os alunos têm para fazer esse tipo de alimentação após as aulas.

“[...] Eu comentei isso né. Gente fazendo lanche. E tem gente que fica fazendo lanchinho depois da aula. Fica trazendo amendoim torrado, bala de

coco e tal né. Isso me preocupou. Até que ponto essa pessoa quer perder peso. E elas disseram que cada um é cada um. Eu não concordo, não acho coerente. Então há pessoas aqui que não se enquadram. Eu não concordo. É ilógico [...]” (Gisele, 52 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 21 meses).

A insatisfação, até mesmo revolta, de Gisele vem ao encontro do que Durkheim (1996) argumenta sobre a necessidade de compartilhamento das crenças. As crenças, religiosas ou não, só são ativas quando compartilhadas. Pode-se certamente sustentá-las algum tempo por um esforço inteiramente pessoal, mas não é assim que elas nascem, nem assim que se adquirem. Na verdade, o aluno do PEFAO-UERJ que tem uma verdadeira fé/confiança nas práticas terapêuticas do PEFAO-UERJ sente a necessidade de vivenciá-la com seus pares. Para isso, sai de seu isolamento, aproxima-se dos outros, busca convencê-los e fortificá-los.

Ao se inserir no PEFAO-UERJ, o aluno precisa, gradativamente, adotar um comportamento ascético em relação aos alimentos. Ele precisa se privar de certos alimentos se quiser emagrecer. Abster-se é impor-se a renúncias. É preciso suscitar no aluno do PEFAO-UERJ mudanças de atitude em relação aos alimentos e introduzi-lo mais rapidamente no círculo das comidas saudáveis com as quais se busca pô-lo em contato. Ele é separado da alimentação profana (doces, balas, refrigerantes, guloseimas, *fast-food*) e isso é acompanhado de abstinências múltiplas e de um sistema de interdições. A privação de não poder comer certos alimentos é o sinal de que se romperam alguns dos laços que o prendem aos alimentos profanos. Essa relação de sacralidade e interdições frente aos alimentos é fundamental para a atribuição de novos sentidos e significados sobre a saúde. Mudar de alimentação é mudar de vida, é mudar de história.

A insistência na alimentação desequilibrada é a prorrogação do sofrimento e o esvaziamento cada vez maior de sentidos atribuídos à saúde. A comida, vazia de sentidos, torna o sujeito cada vez menos dono de si e mais suscetível ao adoecimento.

“[...] Mas tem pessoas que não emagrecem e nem é por comida. É por tireóide, vivência com familiares, estresse, etc. A vida moderna é assim. É por isso que as pessoas estão gordas. O brasileiro está gordo. Isso por causa do estresse, do *Big Mac*, refrigerante. É uma comida vazia. Não tem nada. Nem nutrientes. Nada em todos os sentidos [...]” (Janaína, 61 anos, aluna do PEFAO-UERJ há 42 meses).

Queremos, portanto, finalizar este capítulo apontando a importância de uma equipe multidisciplinar no tratamento do sobrepeso e da obesidade. Bressan e Costa (2006) nos alertam que o tratamento nutricional para obesos não se caracteriza somente pela implantação de um

plano alimentar restritivo, mas também por modificações dos hábitos alimentares e estilos de vida, a fim de evitar episódios compulsivos de ingestão alimentar.

Muito mais do que dietas hipocalóricas bem planejadas para os alunos do PEFAO-UERJ, o que precisa ser feito é um repensar do processo de alimentação no estabelecimento da harmonia e do equilíbrio na saúde. Doravante sabemos que a atribuição de novos sentidos aos alimentos contribui para as construções de novos valores e representações sobre o corpo gordo na atualidade.

CAPÍTULO XI – CONCLUSÕES

Os estudos sócio-antropológicos na Saúde Coletiva dedicam atenção específica sobre as formas de pensar e compreender o sofrimento e a cura, assim como, as concepções e representações dos pacientes e profissionais de saúde sobre os problemas de saúde, os tipos de terapêuticas, os processos pelos quais os indivíduos buscam ajuda e as instituições que regem o espaço sociocultural da saúde. Poderíamos afirmar que nossa pesquisa utiliza uma abordagem micro-social de práticas corporais de saúde para pessoas com sobrepeso ou obesidade, fundamentadas sobre dados etnográficos.

Trata-se, pois, de um estudo sócio-antropológico que procura analisar os comportamentos, práticas, ações e estratégias dos alunos obesos no tocante ao estigma da gordura. A abordagem sociológica utilizada teve por opção teórico-conceitual a sociologia de Max Weber (2001, 2005), isto é, uma ciência que pretende compreender e interpretar a ação social como conduta humana com um sentido. Compreensão - nessa pesquisa - é a captação de sentidos que os alunos obesos atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no PEFAO-UERJ.

A idéia de estigma da gordura chamou nossa atenção, pois sabemos que a idéia de magreza como condição da beleza ganhou força no início do século XX e se prolonga até os dias atuais, gerando sofrimento – não apenas no âmbito físico, mas social, afetivo e moral – para as pessoas obesas.

Del Priore (2000) afirma que nas décadas de 1920 e 1930 começou a surgir uma mitologia em torno da magreza. O grande tamanho corporal passou a causar constrangimento social e moral, iniciando o que nessa pesquisa chamamos de estigma da gordura. As mulheres brasileiras sofreram influências da representação de mulher branca européia que se dedicava aos esportes e aos exercícios físicos. Dessa maneira, a aparência física feminina foi introduzida na vida urbana. A beleza tornou-se a nova ordem.

Os exercícios físicos tornaram-se valiosos para a saúde e manutenção/aquisição de beleza, através do discurso médico higienista da década de 1920. A “boa aparência” tornou-se dever de todas as mulheres, enquanto a gordura e a feiúra – quando não sinônimas – deveriam ser erradicadas. A obesidade começou a tornar-se o critério determinante da feiúra, representando o vulgar, o ordinário e a velhice. A gordura evocava a repugnância – quando não a sujeira - e a afronta aos corpos jovens e sensuais da “verdadeira mulher”.

Chegamos ao final do século XX e iniciamos o século XXI com a tríade ser bela/jovem/saudável difundida exaustivamente pela mídia. Para Del Priore (2000), a

supremacia da aparência em que vivemos coloca a estética como motor da existência. A feiúra é vivida como um drama e a gordura como uma maldição no corpo. Assim como os espíritos maus devem ser exorcizados do nosso corpo, a gordura deve ser retirada. Não com um exorcista ou com uma bíblia, mas com o personal trainer, com a nutricionista e com o cirurgião plástico.

As mulheres tornam-se bonecas *Barbies* e os homens bonecos *Ken*. E os gordos e gordas? O que acontece com esses? A estigmatização é o efeito dessa época lipofóbica. Ficamos ora com pena, ora assustados com o “horror” causado pela gordura. Horror que não escapa ao olhar do outro – do companheiro(a), namorado(a), colega de trabalho, parente, etc. – quando não do próprio olhar diante do espelho.

Sendo assim, nos propusemos a investigar os motivos que os alunos do PEFAO-UERJ possuem para procurar esse Projeto de Extensão e para nele permanecer. Como esse estudo é qualitativo, não nos interessava a aplicação mecânica de questionários – ainda que isso possa ser relevante – para inferirmos os motivos de procura e de permanência no PEFAO-UERJ. Procuramos ir adiante utilizando uma abordagem sócio-antropológica no campo da Saúde Coletiva, ancorada na compreensão e interpretação dos sentidos e significados que os alunos obesos atribuem às práticas corporais de saúde realizadas no referido Projeto de Extensão. Uma abordagem global e homogênea, oriunda de totalizações e de análise estatística preditiva ou explicativa foi de imediato descartada, ao passo que privilegiamos a linguagem corporal e verbal dos alunos do PEFAO-UERJ.

Nesse sentido, para entendermos a linguagem corporal que constitui as relações sociais no PEFAO-UERJ, tornou-se necessário perceber o *campo* em seu funcionamento estruturado por um *habitus*, como Sabino (2007) recomenda nos estudos sócio-antropológicos. É o *habitus* de cada agente social que se expressa no corpo (sua postura, sua aparência, seus movimentos) que constitui um sistema estruturado de pensar e agir frente à prática regular de atividade física e à alimentação. Vive-se, portanto, entre a afirmação de sua singularidade corporal e a adesão a uma identidade coletiva. Para que fosse possível interpretar e compreender os significados e os sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde realizadas no PEFAO-UERJ, investigamos as práticas, estratégias e representações que demarcam as ações de cuidado com o corpo.

A partir da observação etnográfica durante nove meses e das entrevistas em profundidade formais (gravadas) e informais com os alunos e com a equipe profissional de saúde, foi possível compreender alguns sentidos atribuídos às práticas corporais de saúde realizadas no PEFAO-UERJ. Tais sentidos encontram-se expostos abaixo:

- (1) Saúde é ser capaz de realizar atividades do cotidiano, ter autonomia funcional.
- (2) Saúde é brincar como criança, mesmo não sendo criança.
- (3) Saúde é rir/gargalhar.
- (4) Saúde é poder dançar e sentir prazer em usar e mostrar o corpo na dança.
- (5) Saúde é conhecer o corpo e saber conduzi-lo buscando harmonia e equilíbrio.
- (6) Saúde é acolhimento, cuidado e atenção.
- (7) Saúde é construir novos laços sociais através do estar junto coletivo e cooperativo.

Compreendemos que o PEFAO-UERJ teria, portanto, uma finalidade básica teórica e prática comum a todo sistema médico, que é restabelecer a saúde dos seres humanos, ou pelo menos combater as doenças que os afligem. A equipe profissional procura elaborar estratégias conjuntas para prevenir a ocorrência de enfermidades decorrentes do sobrepeso e da obesidade, assim como prevenir a evolução de enfermidades já presentes nos alunos, a fim de evitar o sofrimento em todo seus âmbitos (físico, psíquico, social, afetivo, etc.).

Entretanto, as práticas corporais de saúde realizadas no PEFAO-UERJ não se esgotam na prescrição de exercícios físicos na saúde e na doença orientados para as alterações da composição corporal com o exercício. Não se trata apenas de pensar o papel do exercício físico na prevenção, controle e tratamento da obesidade – como Pollock et al (1986) – arautos da racionalidade médica científica - tanto defendiam.

Muito pelo contrário, percebemos que os vínculos sociais e a ludicidade – presentes nas aulas do PEFAO-UERJ - levam os atores sociais a repensarem a sua própria existência e resignificar o sofrimento. A partir da entrada no *campo* da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida, estruturado por um novo *habitus* – inicialmente estranho aos obesos – há um ritual de passagem que dá lugar à afirmação “Eu nasci de novo”.

Esse novo nascimento – simbólico – se estabelece quando o aluno consegue ampliar sua vitalidade e valorizar sua existência enquanto ser humano, independente da quantidade de gordura no corpo. Aos poucos o estigma da gordura vai sendo resignificado e novos sentidos sobre a vida são produzidos coletivamente e partilhados pelo grupo social.

Trata-se de produzir uma nova ética da existência que se transforma em estética do viver saudável. No PEFAO-UERJ, os alunos aprendem – mediados pelo outro – que é preciso um cuidado/domínio de si que lhes permitam transfigurar em beleza a angústia provocada pelo estigma da gordura. Se a sociedade capitalista produz um individualismo patológico que torna incapaz um projeto ético comum, no PEFAO-UERJ ressalta-se o cuidado e o vínculo como práticas produtoras de sociabilidade.

Concluimos, assim, que atividades coletivas com indivíduos partilhando um mesmo estigma podem resultar em efeitos significativos, na medida em que o encontro de seus pares permite que vivenciem novas experiências construtoras de valores e produtoras de sentidos para além do desejo de emagrecimento.

O padrão hegemônico de beleza difundido pela mídia e por muitos profissionais de saúde adquire um novo significado na medida em que os alunos compreendem o valor do cuidado de si, não individual, mas coletivo. O acolhimento de seus pares, o vínculo com os profissionais de saúde e o afeto estabelecido nas relações sociais contribuem para o aumento da potência de agir.

A prática de atividades físicas deixa de ser mecânica, ordinária e biocientífica para se constituir em movimento corporal carregado de sentidos. A relação entre natureza e cultura se expressa num corpo que se move, não apenas para “queimar calorias”, mas para pensar numa nova forma de estar no mundo mais saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C.N.; ROSO, M. **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista, novas fronteiras da prática clínica**. Artmed: Porto Alegre, 2003.

ACIOLI, S. Novas práticas em saúde: estratégias e táticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas. **Série Estudos em Saúde Coletiva (VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas)**, Rio de Janeiro, n. 202, p. 3-17, maio 2000.

_____. Os Sentidos de Cuidado em Práticas Populares Voltadas para a Saúde e a Doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006.

ALLON, N. The Stigma of Overweight in Everyday Life. In: WOLMAN, B. (Ed.) **Psychological Aspects of Obesity: A Handbook**. New York: Van Nostrand Rheinhold, 1981.

ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS - AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY. AACE/ACE Position statement on the prevention, diagnosis, and treatment of obesity. **Endocrine Practice**, v. 4, n. 5, p. 297-329, 1998.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

_____. The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Health Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 30, n. 6, p. 975-991, 1998.

_____. Progression Models in Resistance Training for Healthy Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 34, n. 2, p. 364-380, 2002.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). ADA Stand position: physical activity/exercise and diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 26, p. 573-577, 2003.

ANDREOLETTI, C.; ZEBROWTIZ, L.A.; LACHMAN, M.E. Physical Appearance and Controle Beliefs in Young, Middle-Aged, and Older Adults. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 27, n. 8, p. 969-981, 2001.

ANDRIEU, B. **Les styles d'incarnation du biosujet**. Texte présenté dans l'atelier scientifique du GRD 2322 "Perception et représentation du corps, la notion de normalité. 2003.

_____. **Le corps humain: une anthropologie bioculturelle**. Disponível em http://www.staps.uhp-nancy.fr/bernard/docpdf/article_corps%20v.%2002_2007-1.pdf. Acesso em 05 de maio de 2007 (a).

_____. **La représentation du corps, inventrice de normes biosubjectives**. Disponível em: <http://www.staps.uhp-nancy.fr/bernard/docpdf/normesbiosubjectives.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2007 (b).

_____. **Corps**. Disponível em: http://www.staps.uhp-nancy.fr/bernard/docpdf/corps_cultes_site.pdf. Acesso em 08 de dezembro de 2007 (c).

ARCHER, C.S.; FRERICHS, R.; HUBA, GEORGE. Depression and Physical Illness: A Multiwave, Nonrecursive Causal Model. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 25, p. 350-371, 1984.

ARNAUD, P. **Le Militaire, L'Ecolier, Le Gymnaste**: naissance de l'éducation physique em France. Lyon: Presses Univer Sitaires de Lyon, 1991.

ARON, R. **Etapas do Pensamento Sociológico**. Tradução de Sérgio Bath. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção Tópicos).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Documento do Consenso Latino Americano sobre Obesidade**. 10 de outubro de 1998. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/doc/consenso.doc>. Acesso em 08 de jul. de 2007.

ASTRAND, P-O.; RODAHL, K.; DAHL, H.A.; STROMME, S.B. **Textbook of Work Physiology: Physiological Bases of Exercise**. 4th. ed. Champaign: Human Kinetics, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BENJAMIN, W. **Reflexões**: a criança, o brinquedo, a educação. São Paulo: Summus, 1984.

- BERGSON, H. **O Riso: Ensaio sobre a significação da comicidade**. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Coleção Tópicos).
- BERNARD, J. Un ensemble né d'une pratique ludique: Les joueurs d'échecs professionnels. **Socio-Anthropologie** (Jeux / Sports), n. 13, 2003
- BEYER, E. (Ed.) **Dictionary of Sports Science**. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 1992.
- BIRMAN, J. **Entre Cuidado e Saber de Si: Sobre Foucault e a Psicanálise**. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.
- _____. A Physis da Saúde Coletiva. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 11-16, 2005.
- BLACK, D.W.; GOLDSTEIN, R.B.; MASON, E.E. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 149, p. 227-234, 1992.
- BLUMENTHAL, J.A. et al. Exercise and Weight Loss Reduce Blood Pressure in Men and Women With Mild Hypertension. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 13, p. 1947-1958, 2000.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina Machado. Organização de texto de Maria Andréa Loyola e Regina Machado. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.
- BONETTI, A. O SER DOENTE: uma reflexão à luz de GEORGES CANGUILHEM. **Revista Pensar a Prática**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 45-48, 2004.
- BONET, O. Saber e Sentir: Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999.
- BOUCHARD, C. **Atividade Física e Obesidade**. Barueri: Manole, 2003.
- _____. C. Physical activity, fitness, and health: overview of the Consensus Symposium. In: QUINNEY, H.A.; GAUVIN, L.; WALL, A.E.T. (Orgs.) **Toward active living**. Champaign: Human Kinetics, 1994.
- BOURDIEU, P. **A Economia das Trocas Simbólicas**. Introdução, Organização e Seleção de

Sérgio Miceli. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002. (Pensamento Contemporâneo).

_____. **Os Usos Sociais da Ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. Tradução de Denise Bárbara Catani. São Paulo: UNESP, 2004.

_____. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. **A Dominação Masculina**. Tradução de Maria Helena Kuhner. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BOUVIER, P. **La Sócio-Anthrologie**. Paris: Armand Colin, 2000.

BRAGA, S.R.; VLACH, V.R.F. Os Usos Políticos da Tecnologia, o Biopoder e a Sociedade de Controle: considerações preliminares. **Scripta Nova – Revista Eletrônica de Geografia y Ciências Sociais**, Barcelona, v. 8, n. 170, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário Temático: Economia da Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRESSAN, J.; COSTA, A.G.V. Tratamento Nutricional da Obesidade. . In: NUNES, M.A.; APPOLINARIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. (Orgs). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRITZ, B. et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population bases study. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v. 24, p. 1707-1714, 2000.

BROWN, T.N. et al. Race, Ethnicity, and Culture in the Sociology of Mental Health. In: ANESHENSEL, C., PHELAN, J.C. (Ed.) **Handbook of the Sociology of Mental Health**. Nem York: Kluwer/Plenum, 1999.

BRUHNS, H.T. **O corpo parceiro e o corpo adversário**. Campinas: Papirus, 1993.

BURKE, P. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In: BURKE, P. (Org.) **A Escrita da História: Novas Perspectivas**. São Paulo: UNESP, 1992.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. (Ir) **Racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6 ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARDOSO JÚNIOR, H.R. Para que Serve uma Subjetividade? Foucault, Tempo e Corpo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 343-349, 2005.

CARPENTER, K.M. et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. **American Journal of Public Health**, v. 90, p. 251-257, 2000.

CARR, D. ; FRIEDMAN, M.A. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 46, p. 244-249, set. 2005.

CARVALHO, Y.M. **O “Mito” da Atividade Física e Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1998

CARVALHO, Y.M.; FREITAS, F.F. Atividade Física e Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 489-506, 2003.

CARVALHO, Y.M.; FILHO, L.C. Ressignificando o Esporte e o Lazer nas Relações com a Saúde. In: CASTRO, A.; MAL, M. (Orgs). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. (Saúde em Debate, v. 175).

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

CASTANEDA, C. Type 2 Diabetes Mellitus and Exercise. **Nutrition in Clinical Care**, v. 3, n. 6, p. 349-358, 2001.

CASTANEDA, C. et al. A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 25, p. 2335-2341, 2002.

CHATEAU, J. **O Jogo e a Criança**. Tradução de Guido de Almeida. São Paulo: Summus, 1987.

CHAUÍ, M. **Introdução à História da Filosofia**: dos pré-socráticos a Aristóteles. Volume I. 2 ed. rev e ampl. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de Símbolos**: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. Tradução de Vera da Costa e Silva, Raul de Sã Barbosa, Ângela Melim e Lúcia Melim. 8 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

CIOLAC, E.G.; GUIMARÃES, G.V. Exercício e Síndrome Metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 10, n. 4, p. 319-324, jul./ago. 2004.

COITINHO, D.C.; LEIÃO, M.M.; RECINE, E. SICHIERI, R. **Condições nutricionais da população brasileira**: adultos e idosos. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino da Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992. (Coleção Magistério 2º Grau. Série Formação do Professor).

COOPER, P.J. et al. The Development and Vlidation of the Body shape Questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v. 6, p. 485-494, 1987.

COSTA, J.F. **O Vestígio e a Aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

COSTA, A.F. A pesquisa de terreno em sociologia. In: SILVA, A.S.; PINTO, J.M. **Metodologia das Ciências Sociais**. 12 ed. Porto: Afrontamento, 2003.

COSTA, V.L.M. O Jogo e o Imaginário Social. In: GUEDES, G.; VARGAS, A.; BARROS, J.; ARAGÃO, S. **Desenvolvimento Infantil**. Livro Anual da Sociedade Internacional de Estudos da Criação. Lisboa: Educação Física, Saúde e Desportos, 2002.

COSTILL, D.L.; WILMORE, J.H. **Fisiologia do Esporte e do Exercício**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2001.

COURTINE, J.-J. Os Stakhanovistas do Narcisismo: Body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT'ANNA, D. B. (Org). **Políticas do Corpo**: Elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

CRANDALL, C.S.; SCHIFFHAUER, K.L. Anti-fat Prejudice: Beliefs, Values, and American Culture. **Obesity Research**, v. 6, p. 458-460, 1998.

CROCKER, J.; MAJOR, B.; STEELE, C. Social Stigma. In: GILBERT, D.T.; FISKE, S.T.; LINDZEY (Eds.) **The Handbook of Social Psychology**. 4 th. Boston: McGraw-Hill, 1998.

DAMASCENO, V.O.; LIMA, J.R.P.; VIANNA, J.M.; VIANNA, V.R.A.; NOVAES, J.S. Tipo Físico Ideal e Satisfação com a Imagem Corporal de Praticantes de Caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 11, n. 3, p. 181-186, 2005.

DAOLIO, J. **Educação Física e o Conceito de Cultura**. Campinas: Autores Associados, 2004. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo).

DEITEL, M. Overweight and Obesity Worldwide now Estimated to Involve 1.7 Billion People. **Obesity Surgery**, n. 13, p. 329-330, 2003.

DEJONG, W. The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, n. 1, p. 75-87, mar. 1980.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. Qu'est-ce qu'un dispositif? In: **Michel Foucault Philosophe**. Paris: Éditions du Seuil, p. 185-195, 1988.

_____. **Espinosa**: filosofia prática. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. **Foucault**. Tradução de Cláudia Sant'Anna Martins. Revisão de Renato Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2006a.

_____. **Diferença e Repetição**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006b..

DEL PRIORE, M. **Corpo a Corpo com a Mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: SENAC, 2000. (Série Ponto Futuro, 2).

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**. Tradução de Mônica Siqueira Leite de Barros e Zilda akia Pinto. São Paulo: Perspectiva, 1976. (Coleção Debates).

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

DURET, P.; ROUSSEL, P. **Le corps et ses sociologies**. Paris: Nathan, 2003.

DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa**: o sistema totêmico na Austrália. Tradução de Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1996. (Coleção Tópicos).

DURKHEIM, E.; MAUSS, M. Algumas Formas Primitivas de Classificação. In: RODRIGUES, J.A. (Org.) **Durkheim**. São Paulo: Ática, 2001. p. 183-203. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

EAGLY, A.H.; ASHMORE, R.D.; MAKHIJANI, M.G.; LONGO, L.C. What is beautiful is good, but...: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. **Psychological Bulletin**, v. 110, p. 109-128, 1991.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi**. Paris: O. Jacob, 1998.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador**. Volume 2: Formação do Estado e Civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ERIKSSON, J. TAIMELA, S.; KOIVISTO, V.A. Exercise and the metabolic syndrome.

Diabetologia, v. 40, p. 125-135, 1997.

ESPINOSA, B. **Ética**: demonstrada à maneira dos geômetras. Tradução de Jean Melville. São Paulo: Martin Claret, 2005. (Coleção A obra-prima de cada autor).

FEINGOLD, A. Gender differences in effects of physical attractiveness on romantic attraction: A comparison across five research paradigms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 39, p. 981-993, 1990.

_____. Good-looking people are not what we think. **Psychological Bulletin**, v. 111, p. 304-341, 1992.

FERREIRA, N.T. (org.); COSTA, V.L.M. (org). **Esporte, Jogo e Imaginário Social**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

FIATARONE, M.A. et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. **New England Journal of Medicine**, v. 330, p. 1769-1775, 1994.

FISCHLER, C. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: SANT'ANNA, D. B. (Org). **Políticas do Corpo**: Elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FLECK, S.J.; KRAEMER, W.J. **Fundamentos do Treinamento de Força Muscular**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FLEGAL, K.M. et al. Prevalence and Trends in Obesity among U.S. Adults, 1999-2000. **Journal of the American Medical Association**, v. 288, p. 1723-1727, 2002.

FORD, E.S.; GILES, W.H.; DIETZ, W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. Finding from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Journal of American Medical Association**, n. 287, p. 356-359, 2002.

FOUCAULT, M. Anti-Édipo: uma introdução a vida não-fascista. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**. Nova York: Viking Press, 1977.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhaon Albuquerque. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985a.

- _____. **História da sexualidade II: O Uso dos Prazeres.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. **História da Sexualidade III: O Cuidado de Si.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985b.
- _____. O Sujeito e o Poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault – Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995
- _____. **Em Defesa da Sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Coleção Tópicos)
- _____. **O Nascimento da Clínica.** 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- _____. **Microfísica do Poder.** 22. ed. São Paulo: Graal, 2006a.
- _____. **Vigiar e Punir.** 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2006b.
- FOURNIER, M. Le corps, emblème de soi. **Sciences Humaines**, n. 132 (Le Souci du Corps), nov. 2002.
- _____. Souci du corps et sculpture de soi. **Sciences Humaines**, n. 154 (L'individu hypermoderne), nov. 2004.
- _____. Suveiller et punir. Naissance de la prison. **Sciences Humaines**, n. 3 (Foucault, Derrida, Deleuze: Pensées rebelles), maio./jun. 2005.
- FRANCISCHI, R. P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, 2000.
- FRIEDMAN, K.L.; REICHMANN, S.K.; COSTANZO, P.R.; MUSANTE, G.J. Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress. **Obesity Research**, v. 10, 33-41, 2002.
- FRONTERA, W.R. et al. Strength conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. **Journal of Applied Physiology**, v. 64, p. 1038-1044, 1988.

FREUD, S. A Dinâmica da Transferência. In: FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Comentário de James Strachey em colaboração com Anna Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. Observações sobre o Amor Transferencial (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise III). In: FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Comentário de James Strachey em colaboração com Anna Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

GARAUDY, R. **Dançar a Vida**. 4 ed. Tradução de Glória Mariani e Antônio Guimarães Filho. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIACÓIA JÚNIOR, O. **Nietzsche**. São Paulo: Publifolha, 2000. (Coleção Folha Explica).

GIACOMINI, S.M. O Corpo como cultura e a Cultura do Corpo: uma explosão de significados. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 395-423, 2004.

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. **Conversas com Anthony Giddens: O Sentido da Modernidade**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

_____. **Novas Regras do Método Sociológico**: uma crítica positiva das sociologias compreensivas. Tradução de Maria José da Silveira Lindoso. Revisão Técnica de Eurico de Lima Figueiredo. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GLEIZER, M.A. **Espinosa & a afetividade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. (Coleção Filosofia Passo-a-Passo, 53).

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

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M.S. A civilização das formas: O corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (org) **Nu e Vestido: Dez Antropólogos revelam a Cultura do Corpo Carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

_____. O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira. **Arquivos em Movimento (Revista Eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos – UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p. 115-123, jul./ dez. 2006.

GORDON, N.F.; SCOTT, C.B.; WIKINSON, W.J.; DUNCAN, J.J.; BLAIR, S.N. Exercise and mild hypertension. Recommendations for adults. **Sports Medicine**, v. 10, p. 390-404, 1990.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 37-44, jan. 2002.

GUIRALDELLI JÚNIOR, P. **Educação Física Progressista: A Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos e a Educação Física Brasileira**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HADJISTAVRIPOULOS, H.D.; ROSS, M.A.; VON BAYER, C.L. Are physicians' ratings of pain affected by patients' physical attractiveness? **Social Science and Medicine**, v. 31, p. 69-72, 1990.

HALL, S. **Biomecânica Básica**. Tradução de Giuseppe Taranto. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

HALPERN, Z.S.C.; RODRIGUES, M.D.B.; COSTA, R.F. Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 150-153, 2004.

HANSEN, R.; VAZ, A.F. Treino, Culto e Embelezamento do Corpo: Um Estudo em Academias de Ginástica e Musculação. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 26, n. 1, p. 135-152, 2004.

HARRIS, M.B.; HARRIS, R.J.; BOCHNER, S. Fat Four-Eyed and Female: Stereotypes of Obesity, Glasses and Gender. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 12, p. 503-516, 1982.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOBBS, T. **Leviatã**. São Paulo: Nova Cultural, 1997. (Coleção Os Pensadores).

HOCHSCHILD, A. **The Managed Heart: Commercialization of Human Feelings**. Berkeley: University of Califórnia Press, 1983.

HONKOLA, A.; FORSÉN, T.; ERIKSSON, J. Resistance training improves the metabolic profile in individuals with type 2 diabetes. **Acta Diabetologica**, v. 34, n. 4, p. 245-248, 1997.

HOPKINSON, G.; BLANC, R.C. Depressive syndromes in grossly obese women. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. 213-215, 1982.

HUIZINGA, J. **Homo Ludens: O jogo como elemento da cultura**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

HURLEY, B. Strength training in the elderly to enhance health status. **Medicina, Exercise, Nutrition and Health**, v. 4, p. 217-229, 1995.

IRIART, J.G.B.; ANDRADE, T.M. Musculação e uso de esteróides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1379-1387, set./out. 2002.

JASPERS, K. **Iniciação Filosófica**. Lisboa: Guimarães Editores, 1997. (Coleção Filosofia e Ensaios).

KAPANTAIS, E. et al. First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 50, n. 4, p. 330-338, 2006.

KATON, W.; SULLIVAN, M.D. Depression and chronic medical illness. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 51, p. 3-11, 1990.

KATON, W.; CIECHANOWSKI, P. Impact of major depression on chronic medical illness. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, p. 859-863, 2002.

KHAWALI, C.; ANDRIOLO, A.; FERREIRA, S.R.G. Benefícios da atividade física no perfil lipídico de pacientes com diabetes tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 47, n.1, p. 49-54, fev. 2003.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006.

LAMOUNIER, J.A.; ABRANTES, M.M.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-166, 2003.

LANGE, A. et al. **Habitual physical activity and health**. Copenhagen: WHO, 1978.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. Tradução de Marie-Agnès Chauvel. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 17. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LE BRETON D. Tatouages et piercings: um bricolage identitaire? **Sciences Humaines**, n. 132 (Le Souci du Corps), nov. 2002.

_____. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas: Papyrus, 2003.

_____. **A Sociologia do Corpo**. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2006.

LEITÃO, D.K. Resenha do livro *L'adieu au corps* de David Le Breton. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, n. 15, p. 281-284, 2001.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LI, C.; FORD, E.S.; MCGUIRE, L.S.; MOKDAD, A.H. Increasing Trends in Waist Circumference and Abdominal Obesity among U.S. Adults. **Obesity**, v. 15, p. 216-224, 2007.

LINK, B.G.; STRUENING, E.L.; RAHAV, M.; PHELAN, J.C.; NUTTBROCK, L. On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, n. 2, p. 177-190, jun. 1997.

LUZ, M. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 7, p. 109-128, 1995.

_____. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001.

_____. **Natural, Racional, Social** – razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudos Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005a.

_____. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 145-176, 2005b.

_____. Fragilidade social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006.

_____. **Contribuição do Conceito de Racionalidade Médica para o Campo da Saúde: estudos comparativos de sistemas médicos**. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE/ABRASCO; VIII CONGRESSO DA ALAMES; XI CONGRESSO DA IAHO. Apresentação Oral. Salvador, 2007a.

_____. Educação Física e Saúde Coletiva: Papel Estratégico da Área e possibilidades quanto ao Ensino na Graduação e Integração na Rede de Serviços Públicos em Saúde. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Orgs.) **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007b.

_____. **O Valor dos Valores na Cultura Contemporânea: a questão do Cuidado**. In: VII SEMINÁRIO NACIONAL DO PROJETO INTEGRALIDADE: Razões Públicas para a Integralidade em Saúde – O Cuidado como Valor. Instituto de Medicina Social, Universidade

do Estado do Rio de Janeiro. Apresentação Oral, Rio de Janeiro, nov. 2007c.

_____. **Especificidade da Produção do Conhecimento e dos Produtos em Ciências Sociais e Humanas no Campo da Saúde.** [S.l.] [200-?].

MACHADO, R. **Foucault: a ciência e o saber.** 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MAFFESOLI, M. **O Tempo das Tribos: O declínio do individualismo nas sociedades de massa.** Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

_____. Corpos tribais e memória imemorial. **ALEA: Estudos Neolatinos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, jul./dez. 2006.

MARTINS, C.B. **O que é Sociologia.** 32 ed. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Coleção Primeiros Passos, 57).

MARZANO-PARISOLI, M.P. **Pensar o corpo.** Petrópolis: Vozes, 2004.

MALINOWSKI, B. **Antropologia.** Organizado por Eunice Ribeiro Durham. São Paulo: Ática, 1986.

MANIFESTO DE SÃO PAULO PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS AMÉRICAS. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2003.

MANSON, J.E.; STAMPFER, M.J.; COLDITZ, G.A.; WILLET, W.C. ROSNER, B.; HENNEKENS, C.H. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. **Lancet**, v. 338, p. 774-778, 1991.

MANSON, J.E.; NATHAN, D.M.; KROLEWSKI, A.S.; STAMPFER, M.J.; WILLET, W.C.; HENNEKENS, C.H. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. **The Journal of The American Medical Association**, v. 268, n. 1, p. 63-67, 1992.

MARTINS, A. Novos Paradigmas e Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999.

MAUSS, M. As Técnicas Corporais. In: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia: Volume II.** São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1974.

MCARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinante do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 200, n. 3, p. 698-709, 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 25. ed. rev. atualiz. Petrópolis: Vozes, 2007. (Coleção Temas Sociais).

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 125-136, 2003.

MONTAGNER, M.A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 515-526, 2006.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 43, p. 186-194, 1999.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L. Relevância epidemiológica da desnutrição e obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 28-39, 1998.

MONTEIRO, M.F.; SOBRAL FILHO, D.C. Exercício Físico e controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 10, n. 6, p. 513-516, nov./dez. 2004.

MUST, A.; JACQUES, P.F.; DALLAL, G.E.; BAJEMA, C.J.; DIETZ, W.H. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents: a follow-up of the Harvard Growth Study 1922 to 1935. **New England Journal of Medicine**, n. 327, p. 1350-1355, 1992.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) AND NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE (NHBLI) Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The Evidence Report. **Obesity Research**, v. 6, n. 2, 1998.

NATIONAL TASK FORCE ON PREVENTION AND TREATMENT OF OBESITY. Towards prevention of obesity: research directions. **Obesity Research**, v. 2, p. 571-584, 1994.

NÉRI, R. Anti-Édipo/Psicanálise: Um debate atual. **Ágora**, v. 1, n. 1, p. 21-43, jan./jun. 2003.

NIETZSCHE, F. **Humano demasiado Humano**. São Paulo: Rideel, 2005.

NOGUEIRA, MA.; NOGUEIRA, C.M. **Bourdieu & a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

_____. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 78, 2002.

NOVAES, J.V. **Perdidas no Espelho? Sobre o Culto ao Corpo na Sociedade de Consumo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2001.

_____. **O Intolerável Peso da Feiúra: Sobre as Mulheres e seus Corpos**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Garamond, 2006.

NOVAES, J.V.; VILHENA, J. De Cinderela a Moura Torta: Sobre a Relação Mulher, Beleza e Feiúra. **Revista Interações**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 9-36, 2003.

ONYIKE, C.U.; CRUM, R.M.; LEE, H.B.; LYKETSOS, C.GT.; EATON, W.W. Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **American Journal of Epidemiology**, v. 158, n. 12, p. 1139-1147, 2003.

ORTEGA, F. Práticas de Ascese Corporal e Constituição de Bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

_____. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 9-20, 2004.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.

PINHEIRO, R.; GOMES, M.C.P.A. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu (SP), v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006.

PIRES, B.F. **O corpo como suporte da arte: piercing, implante, escarificação, tatuagem**. São Paulo: Senac, 2005.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Revista Lua Nova**, n. 63, p. 179-201, 2004

POLI NETO, P.; CAPONI, S.N.C. A medicalização da beleza. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu (SP), v. 11, n. 23, p. 569-584, set./dez. 2007.

POLLOCK, M.L.; WILMORE, J.H.; FOX, S.M. **Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação**. Rio de Janeiro: Medsi, 1986.

PROTRKA, M. Le corps – habitus – hexis. Pierre Bourdieu et la possibilité d'intervention a la structure de champ. **Filozofska istrazivanja**, v. 26, n. 4, dez. 2006.

PUHL, R.; BROWNELL, K.D. Bias, Discrimination, and Obesity. **Obesity Research**, v. 9, p. 788-805, 2001.

PUTINI, R. **O Normal e o patológico e a Epistemologia das Ciências da Vida e da Saúde em Georges Canguilhem**. Disponível em http://www.cetrans.com.br/artigos/Rodolfo_Puttini.pdf. Acesso em 06 de maio de 2007.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault – Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RETONDAR, J.J.M. **A Produção Imaginária de Jogadores Compulsivos: a poética do espaço do jogo**. São Paulo: Vetor, 2004a.

_____. A Vontade de Poder no Jogo. **Revista Ação & Movimento**, Rio de Janeiro, p. 112-114, 2004b.

_____. O Imaginário mítico-religioso nos jogos de bola, nos jogos de esconde-esconde, no jogo de pião e nos jogos de tabuleiro. Rio de Janeiro, **Revista Ação & Movimento**, v. 2, n. 1, p. 46-55, 2005.

_____. **Teoria do Jogo: A dimensão Lúdica da Existência Humana**. Petrópolis: Vozes, 2007.

REVEL, J. **Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

REYNOLDS, K. et al. Prevalence and Risk Factors of Overweight and Obesity in China. **Obesity**, v. 15, p. 10-18, 2007.

RICHTER, E.A.; TURCOTTE, L.; HESPEL, P.; KIENS, B. Metabolic responses to exercise. Effects of endurance training and implications for diabetes. **Diabetes Care**, v. 15, p. 1767-1776, 1992.

ROBERTS, R.E et al. Are the obese at greater risk for depression? **American Journal of Epidemiology**, v. 152, p. 163-170, 2000.

RODRIGUES, J.C. **O Tabu do Corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

RODRIGUES, A.M.; SUPLICY, H.L.; RADOMINSKI, R.B. Controle Neuroendócrino do Peso Corporal: Implicações na Gênese da Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 398-409, ago. 2003.

ROQUE, E.R.V.; CYRINO, E.S.; DÓREA, V.R.; SERASSUELO JÚNIOR, H.; GALDI, E.G.H.; ARRUDA, M. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em escolares de alto nível socioeconômico em Londrina, Paraná, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 6, p. 709-717, 2005.

SABINO, C.; LUZ, M.T. Ritos da Forma: A construção da identidade fisiculturista em academias de musculação na cidade do Rio de Janeiro. **Arquivos em Movimento (Revista Eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos – UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 51-68, jan./jun. 2007.

SABINO, C. Anabolizantes: Drogas de Apolo. In: In: GOLDENBERG, M. (org) **Nu e Vestido: Dez Antropólogos revelam a Cultura do Corpo Carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

_____. O uso ritual de esteróides anabolizantes em academias de musculação. Uma abordagem antropológica. **Arquivos em Movimento (Revista Eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos – UFRJ)**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-16, jan./jun. 2005.

_____. A louridade da loura. In: GOLDENBERG, M. (Org.) **O corpo como capital: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira**. Barueri: Estação das Letras e Cores, 2007.

SALIBA, J. Le corps et les constructions symboliques. **Socio-Anthropologie (Médecine et santé : Symboliques des corps)**, n. 5, 1999.

SEGALEN, M. **Rites e Rituels Contemporains**. Paris: Nathan, 1998.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Tradução de Marcos Santarrita. 11 ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SERRA, G.M.A.; SANTOS, E.M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

SETTON, M.G.J. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, 2002.

SEYMOUR, W. **Remaking the body Rehabilitation and Change**. [S.l.] Routledge, 1988

SFEZ, L. **Saúde Perfeita: Crítica de uma nova utopia**. São Paulo:Loyola, 1996. (Coleção Questões Filosóficas).

SHEPARD, R. Physical activity, fitness, and health: the current consensus. **Quest.**, v. 47, n. 3, p. 288-303, 1995.

SICHERI, R.; SOUZA, R.A.G. Epidemiologia da Obesidade. In: NUNES, M.A.; APPOLINARIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. (Orgs). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SIGAL, R.J.; KENNY, G.P.; WASSERMAN, D.H.; CASTANEDA, C. Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**, v. 27, n. 10, p. 2518-2539, 2004.

SILVA, C.A.; LIMA, W.C. Efeito Benéfico do Exercício Físico no Controle Metabólico do Diabetes Mellitus Tipo 2 à Curto Prazo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 46, n. 5, p. 550-556, out. 2002.

SILVA, L.B.C. A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. Rio de Janeiro, **Revista do Departamento de Psicologia**, UFF, v. 17, n. 1, p. 79-92, 2005.

SILVERTHORN, D.U. **Fisiologia Humana: uma abordagem integrada**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2003.

SOAR, C.; VASCONCELOS, F.A.G.; ASSIS M.A.A.; GROSSEMAN, S.; LUNA, M.E.P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de uma escola pública de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 391-397, out./dez. 2004.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JÚNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.

SOARES NETO, J.F.P. **A Saúde modificada: Criatividade, espontaneidade e satisfação na experiência corporal contemporânea**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SOARES, G.B. **O Biopoder na Contemporaneidade: O espírito do corpo e a alternativa budista**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2006. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/novo/arquivos/documentos/14.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretrizes para Cardiologias sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular nos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, supl. 1, p. 1-14, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002**: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003

STAMLER, J. Epidemic obesity in the United States. **Archives of Internal Medicine**, n. 153, p. 1040-1044, 1993.

SUDO, N. **Diga-me quanto pensa e te direi quanto vales**: Um estudo sobre representações do gordo em revistas contemporâneas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

TANGEN, J.O. An alternative perspective of health and physical activity. **Scandinavian Journal Sports Sciences**, v. 4, n. 2, p. 62-70. 1982.

TEICHMANN, L; OLINTO, M.T.A; COSTA, J.S.D.; ZIEGLER, D. Fatores de Risco associados ao Sobrepeso e a Obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 360-373, 2006.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: CASTRO, A.; MAL, M. (Orgs). **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. (Saúde em Debate, v. 175).

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades Médicas e Integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-55, jan./fev. 2006.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TROIANO, R.P.; FLEGAL, K.M. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. **Pediatrics**, v. 101, n. 3, p. 497-504, 1998.

TROGER, V. Bourdieu et l'école: la démocratisation désenchantée. **Sciences Humaines**, n. 1 (La Oeuvre de Pierre Bourdieu), 2002.

VASCONCELO, V.L.; SILVA, G.A.P. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em adolescentes masculinos, no Nordeste do Brasil, 1980-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1445-1451, set./out. 2003.

VASCONCELOS, N.A.; SUDO, I.; SUDO, N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 65-93, 2004.

VASCONCELOS, M.D. Pierre Bourdieu: A Herança Sociológica. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, n. 78, p. 77-87, 2002.

VASQUES, F.; MARTINS, F.C.; AZEVEDO, A.P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 195-198, 2004.

VAZ, A. F. Corpo, educação e indústria cultural na sociedade contemporânea: notas para reflexão. **Pro-Posições**, v. 14, n. 2, p. 61-75, 2003.

VEIGA-NETO, A. **Foucault & a Educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

VEJA. **Quanto mais exercício melhor?** Rio de Janeiro: Abril, n. 5, ano 41, edição 2046, p. 56-63, 6 fev. 2008.

VEJA RIO. **Beleza Comparada**. Rio de Janeiro: Abril, n. 8, ano 17, p. 19-24, 27 fev. 2008.

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

VIGARELLO, G. **O Limpo e o Sujo: A Higiene do Corpo desde a Idade Média**. Lisboa: Fragmentos, 1985.

_____. **Années folles: le corps métamorphosé**. **Sciences Humaines**, n. 4 (Femmes, Combats et Débats), nov./dez 2005.

VINSONNEAU, G. La Construction Sociale du Corps. **Ville-Ecole-Intégration Enjeux**, n. 6,

dez. 2002

WEBER, M. Economía y sociedad. In: CASTRO, A.M.; DIAS, E.F. (Orgs.) **Introdução ao Pensamento Sociológico**. São Paulo: Centauro, 2001.

_____. **Conceitos Básicos de Sociologia**. Tradução de Rubens Eduardo Ferreira Frias e Gerard Georges Delaunay. 4 ed. São Paulo: Centauro, 2005.

_____. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. Tradução de Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret, 2006.

WEINECK, J. **Treinamento Ideal**. 9 ed. São Paulo: Manole, 2003

WHELTON, S.P.; CHIN, A.; XIN, X.; HE, J. Effect of aerobic exercise on blood pressure : a meta-analysis of randomized, controlled trials. **Annals of Internal Medicine**, v. 136, p. 493-503, 2002.

WINNICOTT, D.W. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**. World Health Organization, Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity-preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO, 1998.

_____. **The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI**. Disponível em: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Acesso em 24 de agosto de 2007a.

_____. **Global Database on Body Mass Index**. Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp>. Acesso em 24 de agosto de 2007b.

_____. Health Promotion. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/en/>. Acesso em 23 de janeiro de 2008

ANEXO I

Classificação de sobrepeso e Obesidade

Classificação	IMC (kg/mg ²)
Abaixo do Peso	< 18,5
Faixa Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Pré-Obeso	
Obeso Classe I	30 – 34,9
Obeso Classe II	35 – 39,9
Obeso Classe III	≥ 40

(WHO, 2007b)

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, aluno da turma de Exercício Físico Adaptado para Obesos do Projeto de Extensão em Educação Física e Promoção da Saúde do Instituto de Educação Física e Desportos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, decidiu participar voluntariamente da pesquisa do mestrando Rafael da Silva Mattos, devidamente explicada pelo mesmo, ciente dos procedimentos metodológicos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do explicado, firma seu **Consentimento Livre e Esclarecido** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o Sr. (a) pode a qualquer momento retirar seu Consentimento Livre e Esclarecido e deixar de participar desta pesquisa e estar ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do Aluno

Rafael da Silva Mattos
Pesquisador

ANEXO III

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 Instituto de Medicina Social
 Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar / Bloco C - Maracanã -
 CEP: 20550-900 - Rio de Janeiro - BRASIL
 TEL: 55-021-2587-7093 / 2284-8249
 FAX: 55-021-2264-1143

IMS INSTITUTO
 DE MEDICINA
 SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa "Sobrevivendo ao estigma da gordura - ou, nasci de novo" (CAAE - 0013.0.259.000-07), coordenado por Rafael da Silva Mattos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 11/09/2007.

Rio de Janeiro, 11 de setembro de 2007

 MARIA HELENA COSTA-COUTO
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 Instituto de Medicina Social