

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA – UNIMEP
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

OBESIDADE FEMININA: OLHARES SOBRE O CORPO

KELEN CRISTINA PACCOLA LARINI

PIRACICABA - SP

2009

OBESIDADE FEMININA: OLHARES SOBRE O CORPO

KELEN CRISTINA PACCOLA LARINI

ORIENTADORA: PROFESSORA. Dra. REGINA SIMÕES

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Metodista de Piracicaba, como exigência para obtenção do título de mestre em Educação Física.

PIRACICABA – SP

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Larini, Kelen Cristina Paccola.

Obesidade feminina: olhares sobre o corpo. Piracicaba, 2009.

165 p.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria Rovigati Simões.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Universidade Metodista de Piracicaba.

1. Mulher 2. Corpo 3. Obesidade 4. Padrões estéticos

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. **Regina Maria Rovigati Simões** - Universidade Federal do Pará/UFPA

Professor Dra. **Roberta Cortez Gaio** - PUC/Campinas

Professor Dr. **Wagner Wey Moreira** - Universidade Federal do Pará/UFPA

DEDICATÓRIA...

Existem pessoas em nossas vidas que nos ensinam a caminhar, nos guiam e nos impulsionam a seguir sempre em frente. Posso dizer que em minha vida, várias pessoas tiveram e têm esse papel, acreditaram em mim, nos meus sonhos e sonharam comigo, incentivaram-me a ir sempre além me mostrando ao longo de todo processo da minha vida que eu era capaz. Essas pessoas nunca me deixaram só neste meu caminhar e quando optei pelo mestrado, levaram-me à frente e quiseram tanto quanto eu a realização deste sonho. Usando as palavras da minha colega de mestrado, pela qual tenho profunda admiração Karina Luperini “cada palavra escrita nesta dissertação de mestrado reflete o sussurro da educação que recebi, mas também tem a caligrafia daqueles a quem eu gostaria de orgulhar...

☺ **Mãe e tia Sil**

A você “Mãe” que juntamente com a “Tia Sil” foram minhas maiores incentivadoras. Agradeço a vocês que em todos os meus momentos, bons ou ruins, estiveram sempre me apoiando e me incentivando a prosseguir. Sem vocês esse trabalho nunca seria o mesmo. Obrigada do fundo do meu coração.

Ainda a você Mãe por todos os momentos dessa jornada em que me acompanhou nos Congressos, ou mesmo, emprestou seu carro. E durante todo esse tempo de mestrado cuidou e educou meus dois tesouros “Isadora e Isabella”.

Mãe você é uma super mulher, que muitas vezes se deixou de lado e sempre nos colocou, Katy e eu, em primeiro lugar na sua vida. Espero um dia ser um pouquinho do que você sempre foi e é...

“Sem você Mãe eu nada seria”...

E você Tia Sil que me socorreu com seus saberes desde a construção do pré-projeto para ingresso no mestrado até essa dissertação, que também tem muito de você. Além de emprestar seu lar para que eu pudesse fazer parte dele durante esses 2 anos juntamente com sua família “Chico e Caio”. Agradeço as idas e vindas à Unimep e rodoviária.

Qualquer palavra é pequena diante do que eu sinto por vocês duas...

☺ **Isadora e Isabella**

Aos meus dois tesouros preciosos “Isadora e Isabella” que souberam dividir meu pequeno tempo passado junto a elas com meus longos períodos de estudo. Que incorporaram o “*Psii, fica quieta, minha mãe está estudando*” ou *Do que vocês estão brincando?* “*Ah mãe estamos brincando de mestrado*”. Vocês me fizeram compreender o verdadeiro sentido do amor incondicional. Saibam que vocês são tudo para mim...

☺ **Alan**

A você meu amor “Alan” o homem da minha vida, que ouviu minhas reclamações, lamentos, incertezas e agüentou minhas rabugices e ausências. Mesmo

com seu jeito de ser e falar certas coisas, gostaria de te dizer que já conquistamos muitas coisas importantes juntos e que esse título de mestre é muito especial para mim.

😊 **Katy**

A minha maninha do coração “Katy”, que ajudou a cuidar e educar minhas filhas nesses dois anos, acreditou, torceu por mim e dividiu o computador comigo por vários momentos. Amo você...

😊 **Luiz**

A você Luiz que com sua paciência agüentou a mim e as meninas na sua vida, adotando duas netas e dividindo minha mãe e seu tempo conosco. Obrigada, do fundo do meu coração, nunca esquecerei o que você fez por nós...

😊 **Chico**

A você Chico que com seus ensinamentos me mostrou o quanto é prazeroso estudar. Obrigada por me acolher em sua casa nesse período de mestrado e me ensinar, ensinar e ensinar... Você é um verdadeiro Mestre. Espero poder incorporar em minha vida um pouco de tudo o que aprendi com você...

😊 **D. Fátima**

A minha sogra Fátima que por muitos e muitos momentos cuidou de minhas filhinhas, de nossas roupas, alimentação e “segurou as pontas” enquanto eu estudava... Essa conquista também devo a senhora...

😊 **Caio e João Rafael**

Caião e João Rafa por compreenderem essa minha jornada de dedicação e estudo, silenciando-se em suas brincadeiras para que eu pudesse estudar. Adoro vocês...

😊 **Vó Tera e Vô Miro**

A vocês dois meus avós do coração, que com certeza continuam olhando e cuidando de mim “ai de cima” e se estivessem aqui, ficariam na primeira fila com os olhinhos cheios de lágrimas, orgulhosos da neta primogênita. Sem vocês minha educação nunca teria sido a mesma. Saibam que: para sempre vou amá-los...

AGRADECIMENTOS...

À Deus por me dar forças e me amparar nas diferentes fases da minha vida, e...

São tantas pessoas que passam pela nossa vida e tornam-se importantes na nossa história que com certeza, neste pequeno espaço não conseguirei registrá-las, até mesmo porque, elas me acompanham em todos os momentos e vivem dentro de mim.

Se pensar em minha infância, gostaria de deixar documentado meu “super obrigado” às minhas professoras de pré-escola mamãe Francisca e de ensino fundamental D. Dulcinéia e D. Yule que me cativaram com seu jeito humano de ensinar e plantaram em mim o gostinho pelos estudos.

Professora Eletéia que com sua maneira divertida de ensinar, me mostrou a beleza da Língua Portuguesa e aos professores Rogério e Lupércia que semearam em mim o gosto pela leitura.

As minhas queridas professoras de dança “Neusinha, Marcinha e Eliane” que fizeram com que eu percorresse os incríveis caminhos da Educação Física.

A Universidade Metodista de Piracicaba e aos professores do Programa de Mestrado em Educação Física da Unimep os quais pude saborear suas aulas: Dr. Wagner Wey Moreira (aquele que me levou ao labirinto chamado corporeidade e me mostrou que um bom professor não precisa de Power Point, mas sim de uma carteira com pó de pirlimpimpim), Dra Eline Porto (pelas oportunidades, pela confiança depositada em mim, pela competência, responsabilidade e pelos ricos conhecimentos ministrados nas aulas com o professor Wagner), Dra Tânia Mara Sampaio (professora você irradia serenidade, e força, foi muito bom ser sua aluna no mestrado, adorava ouvir suas palavras) e Dra Regina Simões (pela competência, dedicação, apoio, paciência, amizade, ensinamentos e compartilhamento de saberes). Enfim, vocês todos sempre serão “INESQUECÍVEIS” para mim.

Aos diversos amigos que ganhei durante o mestrado, os quais não esquecerei jamais, pois vocês pintaram um mais um pedacinho do meu céu: Raphael, Catarina, Karinas, Andréia Rechineli, Fábio, Renata, Alan, Zé Carlos, Clayton, Claudio, Ivan, Bruna, Wildemar, Newton, Cristiane, Serginho e os meninos de Minas. Obrigada pelos emails e aprendizados adquiridos nestes dois anos.

Minhas amigas de trabalho Renata Coneglian, Renata Bozoli e Silmara Penafiel pelas trocas de aulas na academia para eu poder cumprir com meus deveres no mestrado. Ah pela torcida também. Adoro vocês...

A todas as mulheres participantes do meu estudo, pelas ricas informações e lições de vida. Sem vocês nada disso teria sido possível.

Professora Dra Roberta Gaio: obrigada por participar da banca examinadora da minha qualificação. Suas contribuições enriqueceram minha pesquisa e suas palavras ficarão gravadas em minha memória. Pena que não tive a oportunidade de tê-la como professora, você é entusiasmante.

Professor Dr Wagner Wey Moreira: muito mais do que professor você é um mestre; fez-me compreender tantas teorias e conceitos e também muito mais, pois mostrou-me o mundo por um novo ângulo, me fazendo refletir e duvidar de meus conceitos, abrindo meus horizontes para a vida e para a corporeidade.

Professora Dra Regina Simões: orientadora mais que especial, pela amizade, por mostrar o caminho, acreditar na minha capacidade, respeitando minhas dificuldades e me fazer crescer. Fica aqui meu respeito e grande admiração por sua competência, inteligência, compreensão e, claro, sua alegria e seu humor. Você merece tudo de bom e muito mais...

A todas as pessoas que de uma forma ou de outra me auxiliaram e torceram por mim durante toda essa jornada. Essa conquista devo também a vocês...

Não sei

***Mas sei que nada do que vivemos tem sentido
“Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós.
Se não tocarmos o coração das pessoas.***

***Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita,
alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo.
É o que dá sentido a vida.***

***É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura
enquanto durar.”***

(Cora Coralina)

RESUMO

Nossa sociedade passa constantemente por transformações econômicas, sociais, políticas e culturais dentre outras. Atualmente o corpo magro e esbelto é sinônimo de beleza o que não aconteceu em épocas, como na Antiguidade, em que corpos com excesso de tecido adiposo é que eram considerados belos. Diante disso, surge a preocupação em olhar para a obesidade: como uma doença crônica epidêmica mundial com grandes proporções e como algo que foge aos padrões de beleza estabelecidos por nossa sociedade, sendo o objetivo deste trabalho analisar a concepção de corpo de mulheres de meia idade obesas e/ou com sobrepeso cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família de Botucatu/SP. Para atingir esse propósito, o presente estudo possui três momentos: o primeiro e segundo caracterizados pela revisão de literatura e o terceiro que abrange a pesquisa de campo. O primeiro, com o tema corporeidade do ser mulher discute a mulher, as relações de gênero e as transformações biológicas, psicológicas, culturais e sociais ocorridas ao longo sua vida, dentre elas, a obesidade, que é o tema do segundo momento. A etiologia da obesidade, causas, conseqüências e tipos de abordagens, mais precisamente o exercício físico, são explanados de forma detalhada no segundo momento. O terceiro contou com 55 participantes respondendo a um questionário para identificar os dados pessoais e duas perguntas geradoras: O que é corpo para você? Como você vê seu corpo? A coleta e análise dos dados foram feitas por meio da Análise de Conteúdo: Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado, desenvolvida por Moreira; Simões; Porto (2005). Obtivemos 7 categorias para a primeira pergunta: Tudo (47,3%), Saudável (21,8%), Especial (20%), Movimento (14,5%), Máquina (12,7%), Protetor de Órgãos (5,4%) e Dádiva de Deus (3,6%). Relacionada à segunda pergunta as categorias encontradas foram: Gosta (49,1%), Não gosta (30,9%), Fora dos padrões (10,9%), Em transformação (10,9%) e Criação de Deus (5,4%). Diante disto, podemos concluir na primeira pergunta que o significado de corpo para algumas participantes se expressa na perspectiva de corporeidade, mas que para várias delas, o corpo ainda é vivido de forma fragmentada, ou seja, elas “têm corpo” e não “são corpo”. Quando passamos para a segunda pergunta, percebemos em suas respostas momentos que deixam transparecer sentimentos de alegria, tristeza, realizações e decepções com seus corpos e que ainda os padrões estéticos impostos pela sociedade atual, influenciam os discursos e o viver da maioria das participantes.

Palavras-chave: Mulher, corpo, obesidade, padrões estéticos.

Abstract

Our society has always gone through economic, social, political and cultural transformations among others. Nowadays a thin and slim body is a synonym of beauty, what did not happen in other epochs, such as Antiquity when beautiful bodies were the ones with excessive adipose tissue. Considering this situation there is the worry about looking at obesity as a worldwide epidemic chronic disease with huge proportions as well as something that escapes from the beauty pattern that is established by our society. The aim of this paper is to analyze the conception of body for middle aged, obese and/or overweight women, enrolled in a Family Health Unit of Botucatu / SP. To reach this purpose, the present study has 3 moments: the first and the second are characterized by literature review and the third involves the field research. The first, whose theme is woman corporality, discusses: the woman, the gender relationships and the biological, psychological, cultural and social transformations that occur along her life, being one of them the obesity, which is the theme of the second moment. In the second moment, it is explained in details the etiology of obesity, its causes, consequences and kinds of approaches, more precisely, the physical exercise. The third, i.e., counted on 55 participants that answered a quiz to identify personal data and 2 generating questions: What is body for you? How do you see your body? The collecting and data analyses were performed using "Content Analysis; Technique of Elaboration and Analysis of Units of Meaning" developed by Moreira; Simões; Porto (2005).. We have got 7 categories for the first question: everything (47,3% of the participants)), healthy (21,8%), special (20%), movement (14,5%), machine(12,7%), protector of organs(5,4%) and God gift (3,6%). Related to the second question we found the following categories: like (49,1%), don't like (30,9%), outside the standards (10,9%), in transformation (10,9%) e God creation (5,4%). Considering the results, we can conclude in the first question that the meaning of body for some participants shows a vision of corporality, body that is subject, existential, i.e., that interacts with itself, with the other and with the world, but for a lot of them the body is still lived in a fragmented way, i.e., "they have a body" but "they are not a body". When we analyzed the second question, we realized in the answers, some moments which show feelings of happiness, sadness, accomplishments and deceptions with their bodies and yet that the esthetics patterns imposed by the present society influence the talks and the living of most of the participants.

Key words: Woman, body, obesity, esthetic patterns.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Distribuição da idade das mulheres entrevistadas.....	67
FIGURA 2: Distribuição do estado civil das mulheres entrevistadas.....	68
FIGURA 3: Distribuição do nível de escolaridade.....	70
FIGURA 4: Distribuição das profissões das mulheres entrevistadas.....	71
FIGURA 5: Distribuição das respostas sobre a prática de exercícios físicos.....	73
FIGURA 6: Distribuição do tipo de exercício físico praticado.....	74
FIGURA 7: Distribuição da frequência semanal de exercícios físicos praticados pelas participantes.....	75
FIGURA 8: Distribuição do número de filhos das participantes.....	76
FIGURA 9: Distribuição da renda das participantes.....	77
FIGURA 10: Distribuição das respostas sobre a prática (atualmente) de dieta alimentar.....	78
FIGURA 11: Distribuição das respostas sobre problemas de saúde relatados no ano de 2007.....	80
FIGURA 12: Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) das participantes.....	81

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação da compleição física.....	43
QUADRO 2: Distribuição das respostas das participantes sobre a concepção de corpo.....	89
QUADRO 3: Distribuição das respostas das participantes sobre como elas vêem seu corpo.....	109

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	17
2 – OBJETIVOS.....	20
2.1 - Objetivo geral.....	20
2.2 - Objetivos específicos.....	20
3– CORPOREIDADE DO SER MULHER.....	21
3.1- Mulher e gênero	21
3.2- Aspectos biológicos	25
3.3- Aspectos psicológicos	28
4 - OBESIDADE FEMININA : causas e consequências.....	39
4.1- Abordagem farmacológica	52
4.2- Abordagem não farmacológica	54
4.2.1- Exercício físico e obesidade.....	57
5 – METODOLOGIA	63
5.1- Tipo de Estudo.....	63
5.2 - Local da Pesquisa.....	64

5.3 – População de Estudo.....	64
5.4 – Instrumento de Pesquisa.....	65
6- ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	66
6.1- Conhecendo os participantes.....	66
6.1.1- Dados pessoais	66
6.2 - Os significados dos discursos	81
6.2.1- Indicadores das respostas – pergunta geradora 1	81
6.2.2 – Categorias e Análise da Pergunta 1	87
6.2.3 - Indicadores das respostas – pergunta geradora 2.....	101
6.2.4 - Categorias e Análise da Pergunta 2.	108
7- CONCLUSÃO	119
8 - REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES.....	138
ANEXOS.....	146

1 – INTRODUÇÃO

O interesse em estudar o tema obesidade feminina partiu de uma vasta experiência de 10 anos atuando na área da Educação Física, mais precisamente como docente de dança de uma academia na cidade de Lençóis Paulista, interior do estado de São Paulo.

Como pertencemos a uma cidade do interior que nem todos têm como prioridade a dança em seu cotidiano, os grupos que representavam a academia nos festivais eram compostos de meninas que gostavam de dançar, permaneciam assíduas e responsáveis, principalmente no balé e mantinham certa evolução técnica durante as aulas.

Durante este percurso de docente e coreógrafa dos grupos de dança da academia, deparamo-nos inúmeras vezes com alunas com sobrepeso ou mesmo obesas que possuíam muita vontade de trilhar os caminhos da dança, porém, muitos obstáculos se opunham a esse desejo em função da questão estética.

Dentre os limites destas meninas em relação ao corpo estavam os figurinos que levavam a uma exposição corporal das bailarinas em roupas justas e curtas; as coreografias que exigiam movimentos que não se encaixavam ao perfil daquele corpo; os concursos de dança que participávamos, os quais classificavam o grupo pela homogeneidade física das bailarinas (corpos magros que esteticamente davam mais plasticidade às coreografias); o desempenho coletivo do grupo, segundo o qual esse corpo se diferenciava na flexibilidade, na agilidade, na energia, enfim, na performance geral.

Diante desses e outros fatos ocorridos ao longo deste caminho, muitas inquietações foram tomando conta de nossos pensamentos.

Como profissionais da área da Educação Física, fomos percebendo que além de focar nosso estudo na corporeidade das mulheres obesas, nossa área de formação e atuação pode contribuir de forma bastante enriquecedora no desafio e na busca de uma vida melhor para esses seres humanos, muitas vezes discriminados por nossa sociedade atual. Se essas mulheres conseguirem incorporar o hábito de praticar exercícios físicos regularmente, conseguirão manter uma vida mais saudável,

adquirindo bem-estar motor, cognitivo e social, buscando uma possível redução e manutenção de peso e conseqüentemente diminuindo o risco de desenvolverem doenças como diabetes, colesterol, doenças coronárias, hipertensão dentre outras.

De acordo com Mello; Luft; Meyer (2004), hábitos sedentários contribuem para uma redução do gasto calórico diário havendo assim, uma diminuição no metabolismo influenciando na ocorrência da obesidade. Diante desta perspectiva, evidenciam-se o sedentarismo e a inatividade como fatores de risco para o sobrepeso e também para a obesidade.

Lambertucci et al (2006) alertam que a redução no consumo de calorias e o aumento do gasto energético pela atividade física são recomendados para reduzir o peso corporal e minimizar os fatores de risco associados, como também para prevenir a obesidade.

Os autores afirmam também que a redução na utilização do corpo para a realização de tarefas do dia-a-dia aumenta a incidência de doenças associadas ao sedentarismo (obesidade, diabetes melito, hipertensão arterial, osteoporose, distúrbios emocionais). Daí a importância do exercício físico na prevenção e tratamento dessas patologias.

A atividade física caracteriza-se, portanto, como um instrumento por meio do qual o indivíduo “modifica” seu organismo a fim de obter melhoras em seu estado de saúde (...) Com isso, se a atividade física for realizada de forma adequada, torna-se um fator determinante do estado de saúde ideal de todos os indivíduos. (LAMBERTUCCI et al, 2006, p. 111)

As considerações anteriormente expostas vêm ao encontro de nossas inquietações sobre a obesidade, principalmente a feminina, como algo freqüente, porém, nem sempre encarada sob seus múltiplos aspectos. Em função dessas inquietações, pensamos que estudar a mulher obesa e/ou com sobrepeso, especificamente no Núcleo de Corporeidade e Pedagogia do Movimento, se faz importante, visto que nesta área de conhecimento existe um pequeno repertório de estudos sobre a mulher obesa. Desejamos olhar para essa mulher além dos dados biológicos de seu corpo, relacionando a obesidade com outras causas, que não apenas

as endócrinas ou metabólicas e refletindo que este ser humano obeso não apenas possui um corpo, mas “é um corpo”. Corpo esse sujeito, existencial, único, cultural, social, político...

Tentamos relacionar nossa experiência com questionamentos que foram surgindo com o passar do tempo em nossas vidas. Decidimos estudar a mulher obesa e/ou com sobrepeso que se encontra fora dos padrões estéticos sociais, mais precisamente, visando responder o seguinte: Qual a concepção de corpo a mulher obesa e/ou com sobrepeso possui? Como a mulher obesa se vê como corpo?

O público alvo são mulheres de meia idade da cidade de Botucatu, que freqüentam Unidades de Saúde da Família. A faixa etária analisada é de mulheres entre 40 e 59 anos de idade podendo possuir qualificação profissional ou não.

O trabalho está estruturado baseando-se nos referenciais teóricos, os quais servem de apoio na análise de respostas por meio dos discursos das mulheres para os questionamentos.

O presente estudo possui três momentos: o primeiro e segundo caracterizados pela revisão de literatura e o terceiro que abrange a pesquisa de campo.

O primeiro, com o tema corporeidade do ser mulher discute a mulher, as relações de gênero e as transformações biológicas, psicológicas, culturais e sociais ocorridas ao longo sua vida, dentre elas, a obesidade, que é o tema do segundo momento. A etiologia da obesidade, causas, conseqüências e tipos de abordagens, mais precisamente o exercício físico é explanado de forma detalhada no segundo momento.

Na terceira fase é apresentada a metodologia utilizada, dando ênfase à pesquisa de campo. Por meio dos discursos das participantes, são estabelecidos indicadores e determinadas as categorias para as análises. Após a realização das análises e reflexões acerca das mesmas, são expostas as considerações finais do trabalho.

2 – OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

Analisar a concepção de corpo das mulheres de meia idade obesas e/ou com sobrepeso cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família de Botucatu/São Paulo.

2.2 - Objetivos específicos

- 1 Levantar subsídios teóricos sobre mulher, corporeidade e obesidade;
- 2 Levantar o perfil das mulheres participantes do estudo;
- 3 Entrevistar mulheres obesas e com sobrepeso;
- 4 Analisar e interpretar os discursos à luz do referencial teórico produzido;

3. CORPOREIDADE DO SER MULHER...

3.1 – Mulher e gênero

Este momento tem como foco buscar compreender a corporeidade feminina em sua esfera existencial, tendo como objeto de estudo o olhar ao corpo feminino obeso e/ou com sobrepeso de meia idade, ou seja, de acordo com a definição de Nahas (2001) de 40 a 59 anos. Como veremos, ao longo dos tempos houve características de dominação social do masculino sobre o feminino, no entanto, a partir do século XX, especialmente no mundo ocidental, com os novos avanços e em virtude da tecnologia, a mulher apareceu na sociedade de forma mais visível, entrou no mercado de trabalho com melhores profissões, salários e prestígio, saindo do espaço privado para público e trazendo reflexões quanto a sua questão existencial.

Iniciamos nosso raciocínio, partindo da compreensão de que somos (homens e mulheres) iguais em deveres e direitos, pensando na cultura e na natureza como espaço que demarca limites, funções, papéis, comportamentos, atitudes e poderes diferenciadores para cada sexo. Assim, queremos dizer que as diferenças se exprimem não apenas nos aspectos biológicos, mas também nos que são culturalmente construídos. (GOELLNER et al, 1995)

Para as autoras as relações de gênero se constroem socialmente, os gêneros masculino e feminino são marcados pela diferença entre um e outro e na relação de um com o outro. Melhor dizendo, “a palavra gênero transcende determinismos biológicos e traz à tona as dimensões social, cultural e simbólica que permeiam essa relação”. (GOELLNER et al, 1995, p. 139)

Romero (1995) aponta que antes mesmo de nascer, meninos e meninas têm suas vidas projetadas nas expectativas de seus pais e isso varia entre os sexos. O bebê vai construindo um corpo masculino ou feminino seguindo um aprendizado social. Os presentes recebidos são “próprios” para um sexo ou outro. Deste modo, a criança aprende a andar, falar e se portar de acordo com seu sexo.

A autora relata que no projeto identificatório masculino-feminino, a criança se fundamenta em um espaço biológico, por meio do qual ela saberá que seu organismo é diferenciado, e outro cultural, em que ela aprende o valor simbólico de ter nascido

homem ou mulher. Assim, as crianças também adquirem estereótipos de papéis sexuais, tornando-se psicologicamente masculinas ou femininas.

Neste contexto, ao longo da existência humana, a mulher foi designada a viver numa posição inferior. A menina aceitou, com naturalidade, desde sua infância a submissão e a repressão do seu corpo. (ROMERO, 1995)

A repressão e os papéis sexuais colaboraram por muito tempo para que a figura da mulher fosse de “rainha do lar” com um papel meramente coadjuvante na sociedade. Seu corpo reprimido pela família, igreja, escola e sociedade não lhe possibilitava as mesmas vivências dos meninos. Enquanto o menino era solto, a menina ficava presa ao espaço privado da casa para assimilar problemas domésticos banais. (ROMERO, 1995)

De acordo com FUKS (2002), nas sociedades ocidentais atuais, essa submissão diante dos homens já não governa mais a condição feminina. Neste século, percebemos que houve o rompimento de algumas estruturas, o que possibilitou com a emancipação feminina, um novo conceito de família e de ser mulher.

O enfraquecimento do ideal da mulher no lar, direito à dissolução do vínculo, legitimidade do acesso ao estudo e ao trabalho, direito de voto, liberdade sexual, controle da procriação, são algumas das manifestações da obtenção, da inteira disposição das mulheres sobre si mesmas em todas as esferas da existência que constituem o mundo contemporâneo. (FUKS, 2002, p. 3)

A família formada pelo pai provedor financeiro e a mãe dona-de-casa, unidos pelo casamento o qual apenas se dissolvia pela morte de um dos dois, hoje é passado. Se nos anos 60 a única maneira aceita de institucionalizar as relações afetivo-sexuais, era por meio do casamento legal e indissolúvel, duas décadas depois a heterogeneidade relacionada aos padrões de família e casamento se instituíram e ganharam legitimidade social e cultural. (VAITSMAN, 2001)

A autora supracitada reflete que as relações conjugais não formalizadas começaram a ganhar peso e um número grande de pessoas que pertenciam a segmentos sociais com certa identidade sociocultural passou a viver com parceiros os quais não eram pais ou mães de seus filhos. Os casais homossexuais, as mães

solteiras e os (as) “descasados (as)” conquistaram certo espaço social. O casamento passou a ser justificado pela idéia romântica de individualidade e de amor modernos, em que a escolha do cônjuge tornou-se totalmente pessoal.

A manutenção do casamento e a estabilidade da família haviam se subordinado à satisfação emocional, princípio que passara a orientar comportamentos e a estimular as pessoas a recusar relações íntimas sentidas como insatisfatórias. (VAITSMAN, 2001, p, 14)

Para Simões (1998), na sociedade contemporânea o casamento retrata alterações na mulher e no homem no que tange a busca da individualidade e da solidificação das metas profissionais.

De acordo com a autora, o que ainda acontece neste século é que algumas mulheres quando se casam, rompem com o passado, perdendo o contato com seus amigos, vendo-se inserida no universo do marido e sendo anexada na coletividade por meio dele.

Mesmo diante de todas essas mudanças ocorridas na vida da mulher ao longo dos anos, o que podemos chamar de “processo emancipatório feminino”, percebemos algumas situações em que a mulher continua submissa, ou seja, o papel da mulher na sociedade ainda é ambíguo.

Há por um lado, a questão da divisão de papéis e tarefas entre homens e mulheres em virtude da saída da mulher do espaço privado para o público, isso possibilitou que essa divisão de tarefas pudesse se transformar em uma obrigação ou uma opção feminina.

Para Biasoli-Alves (2000) em raras e criticadas exceções, a mulher prioriza a sua vida doméstica, mesmo tendo conseguido um diploma universitário e um emprego, deixando tudo de lado quando se casa ou gera filhos, evidenciando o papel do homem de provedor de todas as necessidades materiais da família. À mulher cabe o papel de “dedicar-se aos seus”.

Há também o outro lado, no qual o excesso de trabalho recai sobre a mulher, que mantém atividades fora do lar e ainda se responsabiliza pelo bom andamento da

casa, dos filhos e do marido e isso, pode-se dizer, é como um caldeirão no fogo, pronto para entrar em ebulição. (BIASOLI-ALVES, 2000)

Notamos, no decorrer do texto, que a participação da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho cresceu de maneira significativa no século XX. As mulheres foram se auto-afirmando perante a sociedade e o próprio mercado e conquistando direitos anteriormente designados exclusivamente aos homens. No rol desses direitos, encontram-se os direitos políticos, em que a mulher pode votar e ser votada. Mas, quando saiu para trabalhar, a mulher deixou para trás sua função clássica de administrar a casa, mexendo na constituição tradicional da família. (GELINSKI; RAMOS, 2004)

O processo de mudança do padrão de integração feminina no mundo produtivo foi acompanhado da busca de igualdade de direitos trabalhistas entre homens e mulheres. Conceitos foram questionados, e novos espaços, reivindicados, quando as mulheres ultrapassaram os limites do mundo privado em busca do direito ao trabalho remunerado e à cidadania. Essa mudança do padrão de participação econômica das mulheres também se fez acompanhar de alterações na estrutura da família, ampliando as responsabilidades que recaem sobre as mulheres. Em diferentes países do mundo, observa-se o aumento do número de famílias chefiadas por mulheres. (GELKINSKI; RAMOS, 2004, p. 145)

Em meio desse contexto surgiu o planejamento familiar e com ele, alguns métodos contraceptivos, como os anticoncepcionais e os preservativos, inicialmente proibidos pelos princípios da Igreja, superando tabus e preconceitos. (SIMÕES, 1998)

De acordo com Canezin (2004) esses acontecimentos despontam na segunda metade do século XX, quando as mulheres passaram a sair de casa para trabalhar fora, e começaram também a pensar em direito ao sexo, em salários iguais para funções iguais e na plena igualdade de direitos na sociedade.

Por caminhos lentos e nem sempre compreendidos ou indicados, percorridos com lágrimas muitas vezes, foram as mulheres rompendo o jugo marital que sobre elas recaía, conquistando espaço e respeito no seio da família e na sociedade, tal a competência e espírito de luta com que se houeram na reivindicação de seus direitos de igualdade. Se inicialmente era considerada apta somente para o desempenho de funções mecânicas nas indústrias, passou a ser respeitada em outras profissões: no início, timidamente se infiltraram em carreiras ditas "masculinas", como a advocacia, medicina e outras. Em duas décadas, outra geração mais aguerrida ainda, fez dessas profissões e outras

como a física, biologia, aeronáutica, mecânica, etc., carreiras plenamente acessíveis ao intelecto e desenvoltura femininos. Hoje não mais se discute a capacidade, competência, habilidade ou inteligência femininas para o desempenho de nenhuma profissão ou função: ela tem respondido com tamanha eficiência em todas as áreas em que se propõe realizar um trabalho que não deixa margem a qualquer dúvida. (CANEZIN, 2004, p. 148)

Para Vaitsman (2001) a associação mulher /natureza /procriação /esfera doméstica vêm se tornando “disfuncionais” devido ao lugar que as mulheres vêm ocupando no mundo do mercado e da política e também em virtude da própria situação de domínio da biologia, da natureza. Mesmo no capitalismo avançado, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pela procriação. Na ausência de uma figura e renda masculina, a emancipação feminina pode significar sobrecarga de trabalho, pobreza e solidão.

Um grande número de mulheres são chefes de família, responsáveis pela maior parte do orçamento familiar ou a única fonte provedora. Essas se sobrecarregam com as obrigações domésticas e não as compartilham com os outros componentes da casa. (MALDONADO; GOLDIN, 2004)

Isso se confirma nas reflexões de Simões (1998) as quais apontam que hoje a mulher possui uma dupla jornada super-humana em que ela precisa se desdobrar para atender a tudo e a todos. Entretanto, ao assumir todos esses encargos, a mulher não perde sua feminilidade, porém necessita da companhia de um homem sensível, que lhe dê suporte e compartilhe com ela experiências da vida.

Diante do que foi exposto até o momento, entendemos que depois de um período passado a sombra, hoje “a mulher pode sentir, com objetividade, que está conquistando posições novas e condições igualitárias não somente no âmbito privado, mas também no público”. (FUKS, 2002, p. 1) E que, além de se preocupar com o bem-estar de sua família, a mulher tem conseguido se preocupar também com o seu próprio bem-estar.

3.2- Aspectos biológicos

Além das funções de mãe, esposa, dona de casa e de profissional que a mulher moderna desempenha, não podemos esquecer que no plano físico, a vida da mulher

também passa por diversas fases, em que a mesma precisa se adaptar a cada uma delas. É importante salientar que a mulher obesa e ou com sobrepeso, foco do nosso estudo, encontra-se fora dos padrões estéticos sociais, que preconizam o corpo magro como sinônimo de beleza e também está passando pelo processo de envelhecimento, no qual diversas mudanças (físicas e psíquicas) permeiam seu dia-a-dia.

Durante toda sua vida a mulher é marcada por fases ou ciclos de sangue (nascimento, menstruação, defloração, gravidez, parto, aleitamento e menopausa). (SILVA, 1995)

A primeira fase corresponde a ser menina (período que vai desde o nascimento até a menarca). Na sua vivência, a menina está sempre com a mãe, fazendo parte do dia-a-dia doméstico (assinalando com muitas demonstrações a diferença de comportamento de meninas e meninos). (GOELLNER et al, 1995)

A menarca inicia a fase de “mocinha”, quando a situação feminina parece se formar com maior solidez, isso por que a adolescente participa mais dos afazeres domésticos (preparação das meninas para a adultez, para a sua condição de mulher), mas também se opõe com a presença de brincadeiras infantis. (GOELLNER et al, 1995)

Em seguida surge o tornar-se mulher, que acontece com a primeira relação sexual. Mas a mulher se constrói na sua primeira gravidez. O fato de ser mãe conclui o caminho percorrido. Ser mulher de forma completa assinala a entrada de um homem em sua vida – que a faz ser mulher e mãe. (GOELLNER et al, 1995)

Nos dias de hoje, as mulheres vivem ainda muito tempo depois que termina sua capacidade de reprodução. A maternidade passa a ser somente um item da vida feminina, mas fundamental, para um grande número de mulheres. O climatério passou a ser visto como um ciclo de mudanças intensas não apenas no plano físico, mas também no de projetos e planos de vida. (MALDONADO; GOLDIN, 2004)

Considerando o foco deste trabalho, é na meia idade que centramos nossas reflexões a partir de agora, sendo que no plano físico, o aparecimento da menopausa (entre os 45 e 55 anos) é um acontecimento que merece ser analisado mais profundamente. (MALDONADO; GOLDIN, 2004)

O avanço da medicina tem mostrado que é possível viver mais e com qualidade mesmo com o passar dos anos. O aumento da longevidade (uma das grandes conquistas do século que se findou) e melhores condições de saúde (queda da natalidade) têm feito com que a população, mais precisamente a feminina, viva mais.

A expectativa de vida feminina tem aumentado principalmente nos últimos 40 anos, passando de 45 anos em 1940 a 68 anos na atualidade, mostrando um incremento de 50% em apenas 45 anos. As estimativas são que esse aumento continue durante o século XXI. (PEDRO et al, 2002, p.485)

Assim pode-se dizer que este momento da vida pode passar a ser utilizado para o desenvolvimento de projetos e novas habilidades que podem ser desenvolvidas assim como antigos sonhos podem se concretizar. Com essa visão positiva de si mesma e da vida, a saúde será melhor. (MALDONADO; GOLDIN, 2004)

A menopausa é definida como a última menstruação e o climatério como o período de transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva. O climatério caracteriza-se por mudanças endócrinas que se deve ao declínio da atividade ovariana; mudanças biológicas em função da diminuição da fertilidade; e alterações clínicas provenientes das alterações do ciclo menstrual e de uma multiplicidade de sintomas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981)

A mulher em menopausa tem como sintomas ondas de calor e uma cascata de outros sintomas associados: sudorese noturna, levando à insônia e à fadiga no dia seguinte. (PEDRO et al, 2002)

Somente há pouco tempo descobriram-se referências da universalidade dos sintomas climatéricos, embora eles sofram influências de características sociodemográficas, como por exemplo, a raça, e isso faz da transição climatérica um fenômeno cultural extremamente variável. (PEDRO et al, 2003)

O climatério segundo a definição de De Lorenzi et al (2005) é um fenômeno fisiológico que ocorre com o esgotamento dos folículos ovarianos, em todas as mulheres de meia idade, seguido da queda progressiva da secreção de estradiol, culminando com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais (menopausa) e o surgimento de sintomas característicos.

Algumas mulheres apresentam neste período, cefaléia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido, secura vaginal, dores articulares, dores nas pernas, osteoporose, perda parcial da memória, cabelos brancos, ganho de peso geral e localizado, dentre outros. (MORI; COELHO, 2004)

Pesquisas afirmam que este é apenas um período da vida como outro qualquer, em que a pessoa vai se adaptando e buscando melhores maneiras de aprender a lidar, se acostumar e tirar proveito dessa fase.

“O fundamental é que, no climatério, o fim da fertilidade biológica possa trazer a fertilidade de planos e idéias. E a segunda idade adulta é a segunda grande oportunidade da mulher”. (MALDONADO; GOLDIN, 2004, p. 34)

Para Barini (1994) em várias sociedades a mulher climatérica tem associada a si a imagem de sabedoria, de conhecimento e até é mais desejada sexualmente por homens de faixa etária menor. Ela é a que possui a experiência da vida. O autor defende que o climatério deve ser encarado como uma iniciação para outra fase da vida em que a maturidade se torna o núcleo central a ser valorizado na vida da mulher.

Enquanto algumas pessoas anulam o sexo com o passar dos anos, outras, apenas o modificam. Isso porque o corpo adquire outro ritmo, com outras possibilidades, ou seja, na passagem de uma fase da vida para outra, acontecem mudanças no corpo e na sexualidade e quaisquer dessas mudanças requerem uma revisão de comportamentos. (PELLICER, 1994)

3.3- Aspectos psicológicos

Estudos enfatizam que os ganhos cognitivos e psicológicos se contrapõem as perdas físicas e corporais (rugas, flacidez, ganho de peso, falta de disposição) e sentimentos de desvalorização presentes nessa fase. Essa é uma fase de ambigüidade, com aspectos negativos (físicos) e positivos (maturidade, experiência de vida).

Os ganhos advindos da experiência de vida são parte dos elementos que colaboram para que o envelhecimento seja sentido ao mesmo tempo como bom e ruim.

(JORGE, 2005) Para a autora a mudança, a renovação e a metamorfose são imprescindíveis para se viver bem em todas as fases da vida especialmente na idade madura, quando o indivíduo se depara com desafios mais intensos vindos do mundo exterior. Diante do exposto, os projetos de vida se constituem como meios para se alcançar a “meta” da transformação na idade madura e possibilitam uma perspectiva de futuro, adaptando o indivíduo à sua nova realidade.

Muitas pessoas consideram que o amadurecimento lhes traz mais segurança, experiências, conhecimento, tranquilidade em relação ao mundo e às pessoas e, portanto, mais sabedoria. Traz ainda, para muitos, realização profissional, familiar e social mais significativa. “Portanto, os sentimentos atuais de realização ou de fracasso parecem depender de sua maneira de inserir-se no mundo”. (JORGE, 2005, p. 58)

Um outro ponto interessante, é que na segunda metade da vida, inúmeras pessoas começam a demonstrar interesse pelo desenvolvimento da espiritualidade: o passado se torna mais longo e o futuro mais curto, aumentando a preocupação com as questões da finitude e da infinitude, o lugar de cada um no mundo, o plano de vida que fizemos e aquele que ainda podemos construir e a busca de Deus. (MALDONADO; GOLDIN, 2004)

A prática da meditação diariamente é uma maneira de estender a consciência e conservar o elo com as forças universais. Assim, elabora-se a noção de transcendência. (MALDONADO; GOLDIN, 2004)

Mori; Coelho (2004) enfatizam que a ciência psicológica tem papel importante na passagem da mulher pela meia-idade, contribuindo para que a mesma seja vivenciada como uma fase de crescimento pessoal. Defendem que a participação em grupos terapêuticos e psico-educativos cresce em importância na medida em que permite à mulher, por meio do compartilhamento de experiências, a ressignificação dessa etapa da vida.

...as intervenções clínicas nestes espaços podem resultar em benefícios para as participantes, contribuindo para que a vivência da meia idade se torne um momento de vida menos sofrido e mais criativo. Conhecer e trocar sua experiência com outras mulheres inseridas num contexto sociocultural semelhante e que também estejam vivendo as demandas da meia-idade pode ajudar no acolhimento do sentimento de solidão e estranheza. Consciente de si, a mulher passa a compreender que o

evento da menopausa implica questões muito peculiares e que existe grande diversidade nas maneiras individuais de lidar com esse momento de vida. Ciente de que pode receber uma escuta apropriada num espaço que acolhe singularidades, as mulheres poderão expressar-se genuinamente em seu cotidiano. (MORI; COELHO, 2004, p. 186)

Em todas as etapas da vida, existem prós e contras. O que muda é o ponto de vista de cada um e a decisão de como vai aproveitar seu tempo de vida e suas oportunidades. (MALDONADO; GOLDIN, 2004)

Assim, diversas mudanças ocorrem no decorrer dos anos na vida de uma mulher. As mudanças físicas descritas nesta fase, mais especificamente, o aumento de peso e possivelmente a obesidade em certas mulheres, merecem ênfase neste momento, por serem objeto de estudo e análise desta pesquisa.

Para Lins; Sichieri (2001) há consenso entre os estudos de que a menopausa está associada a modificações na composição corporal e que alguns trabalhos mostram que a obesidade na perimenopausa atinge, aproximadamente, 60% das mulheres.

Refletimos então: quais são os sentimentos dessa mulher obesa diante deste contexto no qual ela está inserida?

Considerando as questões levantadas anteriormente, qual a possível relação entre obesidade e padrões estéticos sociais construídos na atualidade? Atualmente se enfoca o problema da obesidade por meio da intervenção médica, entretanto, o mesmo pode ser enfrentado através de um novo conceito de corpo não como tratamento, mas como uma visão preventiva. Tentamos entender como o conceito de corporeidade pode ser parte desses cuidados não medicamentosos, procurando compreender a corporeidade da mulher obesa e/ou com sobrepeso sob a ótica existencial,

Segundo Serra; Santos (2003) hábitos e práticas alimentares são formados com base em determinações socioculturais. No mundo contemporâneo, a mídia executa papel estruturador na construção e desconstrução de procedimentos alimentares.

As práticas alimentares de emagrecimento inserem-se numa lógica de mercado introduzida por um padrão estético de corpo ideal. A indústria cultural articula diversos campos, como empresas produtoras de mercadorias, indústrias de aparelhos e

equipamentos e setores financeiros. “É dessa lógica que se produzem os paradigmas estéticos e, por consequência, discursos sobre práticas alimentares para emagrecimento”. (SERRA; SANTOS, 2003, p. 700)

Assim, pode-se afirmar que em oposição a este corpo obeso encontram-se na sociedade moderna, padrões de beleza que exaltam o corpo magro e esbelto. A mulher obesa, sofre com o preconceito, torna-se excluída e até marginalizada do “protótipo” de corpo e beleza impostos pela sociedade atual que “supervaloriza a magreza, o corpo belo produzido nas academias, ou ainda produzido pela modelagem terapêutica mediante implantes de silicone, cirurgias plásticas, entre outros, revelando o culto ao corpo belo”. (ZOTTIS, 2003)

Observa-se isto nos meios de comunicação que cultuam os corpos esguios e excluem os corpos obesos de qualquer padrão estético ideal. Em anúncios e propagandas é difícil o corpo “gordo” ser transformado em “garoto propaganda” de determinados produtos, cabendo essa tarefa aos modelos “magros” e “belos”.

De acordo com Goellner (2001) beleza e feminilidade quando transformadas em obrigação faz com que as mulheres aprendam a olhar o corpo por meio de imagens formadas por cada sociedade ou grupo social, as quais incitam a perfeição. Sendo assim, para corresponder ao ideal construído, sujeitam-se a uma série de rituais e sacrifícios.

Vergonha e culpa são postas em relação a ser “gorda”, a não ter controle sobre o corpo e a boca, a não saber guiar sua conduta, a não seguir uma dieta, a não conservar-se firme e constante na academia.

Os cuidados físicos manifestam-se como uma forma de estar preparado para encarar os julgamentos e as expectativas sociais. Todo o investimento reservado aos cuidados pessoais com a estética se sujeita à visibilidade social que o indivíduo almeja conseguir - evitar o olhar do outro ou a ele se expor relaciona-se com as qualidades estéticas do próprio corpo. (NOVAES; VILHENA, 2003)

De acordo com as autoras anteriormente citadas, praticamos exercícios físicos extenuantes o ano todo, para no verão podermos ir à praia mostrar nosso corpo sem “vergonha”. Disciplinamos o corpo a freqüentar uma academia de ginástica para que,

com muito suor e calorias perdidas, alcancemos reconhecimento social e aprovação. Prazer associa-se a esforço, sucesso à determinação, tudo é obtido por meio de um sistema de trocas, seja ele na lógica capitalista ou no pensamento do sacrifício cristão.

Na contemporaneidade, a obesidade toma forma de alijamento social. Em relação ao julgamento social sobre a gordura, criam-se dois tipos de estereótipos morais atribuídos à obesidade. Há os indivíduos de comportamento expansivo, extrovertido, brincalhão, que parecem querer se desculpar pela inadequação física, contrabalanceando com uma convivência agradável. O segundo representa as pessoas que se rejeitam a efetuar qualquer tipo de transação simbólica para serem socialmente aceitas.

Se historicamente as mulheres tinham a preocupação em se manter belas, hoje elas são responsáveis por isso. De dever social, a beleza passa para dever moral. O fracasso deve-se a uma incapacidade individual.

Pensando numa lógica de que cada mulher é responsável pela sua aparência física, algumas mulheres com excesso de peso trocam o prazer de manter-se em forma pelo prazer de comer, ao passo que outras, disciplinam-se, buscando nas academias encontrar a saída para seus corpos indesejáveis, amenizando a constante luta contra a balança, que as condena regularmente. Enroladas em plásticos para suar e diminuir o peso, ou apertadas em malhas coloridas, almejam resultados com muita perseverança, gasto de energia e miligramas a menos. (CHAGAS, 1994)

Para a autora, a academia, nessa perspectiva, torna-se um espaço de concretização de desejos, suavizando as frustrações do eterno espelho a lembrar às mulheres que é necessário entrar em forma para sentir-se melhor, mais saudável para amar, curtir seu corpo e ser feliz.

O desvio do padrão estético da moda leva o sujeito, em particular as mulheres, às práticas exaustivas do culto ao corpo.

A mesma cultura que elege o corpo como lócus privilegiado dos investimentos individuais produz, simultaneamente, sujeitos lipofóbicos e o atual estado de corpolatria do qual somos todos testemunhas. (NOVAES; VILHENA, 2003, p. 23)

A mídia cumpre o papel de controlar os corpos, ditando padrões únicos de beleza.

... a reflexão crítica dessa lógica do mercado globalizado nos permite uma postura crítica frente aos discursos normativos que pautam nosso cotidiano, ao controle de nossa corporeidade, à perda de autonomia das decisões sobre nossas vontades e desejos, à redução de nossos desejos ao consumo de mercadorias, à fixidade dos padrões de beleza, de moda, de corpo e de áreas de atuação, à violência gerada nas relações sociais, à imposição de regras que arrebentam as relações humanas, aos tabus obrigatórios das grifes, ao mimetismo cultural que subjuga nossos signos comunicativos, transportando palavras e imaginários sociais para a nossa linguagem cotidiana [...]. (SAMPAIO, 2002, p. 98)

A indústria cultural, fazendo parte do processo e aliada ao desenvolvimento tecnológico, auxilia na produção de subjetividades universais e ao alcançar o universo subjetivo do indivíduo, coloca uma “cortina de fumaça” na mente humana e a dominação, a discriminação e a repressão não mais se percebem claramente (CHAGAS, 1994).

Assim, o ser humano transforma-se em um consumidor em potencial por meio de técnicas de *marketing* as quais padronizam o corpo feminino para a venda de produtos, criando todo um ritual fundamentado no desejo e trazendo como uma das conseqüências, a utilização do corpo e o controle da sexualidade feminina.

O corpo então é fragmentado enquanto unidade, tornando-se mera mercadoria. O desejo de beleza passa a ser formado de fora para dentro, nos moldes masculinos do homem, pelo homem e para o homem. (CHAGAS, 1994)

Para Teves (2000) na sociedade de consumo a beleza é vendida em todos os lugares. Nos *shoppings*, cerca de 70% das lojas relacionam-se com o setor de beleza: vestuário, lojas de bijuterias, cosméticos. A mídia propaga a imagem de belos atletas que vendem tênis, bebidas, bronzeadores. Uma diversidade de produtos, com rótulos sedutores, vende uma imagem corporal saudável, bela e competente.

De acordo com Vaz (2003), assim como os *shoppings centers* são os templos do consumo, as academias de ginástica e musculação são os templos contemporâneos de exaltação do domínio e do sacrifício do corpo.

Como nos templos religiosos de outros tipos, elas exigem vocabulário, hierarquia, roupagem, gestos, sons, gostos, olhares e odores muito próprios, assim como as orações sempre repetidas e as penitências peculiares. Possuem também os seus confessorários e lugares de contrição, de onde nada pode escapar desconhecido: as balanças e os espelhos, fundamentais numa sociedade na qual a imagem atingiu insuspeitada importância. O sofrimento do corpo não se exige mais para purificar a alma, mas o próprio corpo tornado alma deve purificar-se de seus piores males: a gordura, a flacidez e a feiúra. (VAZ, 2003, p. 67)

As revistas para o corpo são como “cartilhas evangelizadoras do *fitness*”, repetindo as mesmas fórmulas, com promessas nem sempre executáveis; fotos de mulheres com corpos à mostra para serem admirados, copiados; receitas de dietas; promessas de curto prazo com resultados certos; diários que se analisados ganham ares de confessorário e de penitência, que quando reconhecidos os deslizamentos da dieta, culminam com a promessa do sacrifício e da volta à mesma. (VAZ, 2003, SERRA; SANTOS, 2003)

Esses padrões deveriam ser repensados, pois esse controle impossibilita que a singularidade e as necessidades deste corpo sejam levadas em consideração, dificultando que essa mulher se perceba enquanto corpo, pois como nos diz Sampaio (2002, p. 96) “há contornos que devem ser buscados pelas pessoas, a despeito de sua individualidade e peculiaridade no mundo” e ainda, “o corpo é a nossa janela para o mundo, para a vida”. (TROVÃO DO ROSÁRIO, 2004, p. 15)

Trovão do Rosário (2002, p. 182), adaptando o conceito de Ortega y Gasset afirma que:

Eu sou o meu corpo e a minha circunstância. Com ele dialogo comigo, com ele vivo, com ele amo, com ele trabalho, com ele me divirto, com ele... penso. Porque quase tudo o que sei, sinto e conheço devo ao meu corpo. Falo com o meu corpo e os meus gestos são só meus, porque respondem ao que só eu sinto e ao que só eu penso. [...] Com ele sinto o vento, ouço Beethoven, danço, rio e sofro. E com ele sei que há muito, muito mais para além de mim.

Tudo isso é corporeidade, é entender o corpo como sujeito existencial, que vive sempre no sentido de sua auto-superação, sendo este corpo ator e autor de sua história

e cultura. Isso define a corporeidade como relacional, ou seja, tem a necessidade da consciência de si, dos outros e do mundo. (MOREIRA, 2003)

“Analisar o fenômeno corporeidade é adentrar aos símbolos e signos que estão tatuados no corpo ao longo do tempo”. O indivíduo produz cultura e história ao mesmo tempo em que é modificado por elas. (MOREIRA, 2003, p. 85)

O tema corporeidade é de fundamental importância para se tentar entender como a mulher obesa sente e percebe seu corpo. “Nossa! Isto é fácil”... podem estar pensando várias pessoas ..., mas não é tão simples como parece.

Afinal, o que é corporeidade?

De acordo com Santin (1992) pela facilidade com que o termo foi introduzido na linguagem acadêmica, parece que seu significado é algo claro e preciso. Porém, corporeidade é um conceito abstrato, sendo obrigatório pensá-la com profundidade.

Pode-se atribuir vários conceitos à corporeidade.

Como diz Moreira (1998) corporeidade é um fenômeno complexo que transcende a idéia do físico, é pluridimensional, multifacetada e contraditória.

Falar de corporeidade é falar do existente, do ser que interage no e com o mundo, consigo mesmo e com os outros. É optar por concretizar o pensamento, ou mais precisamente, corporificar o ser pensante. (MOREIRA, 1998, p. 143)

A corporeidade por ser entendida como relacional, exige uma conjugação em que estejam presentes, ao mesmo tempo, todos os pronomes pessoais. Para Moreira (2003) o **eu** corporeidade só tem sentido na presença dos outros: **tu, ele/ela, nós, vós, eles/elas.**

Ainda, segundo Moreira (1998, p. 145), para se viver a corporeidade é necessário “ver o visível e o invisível: As coisas e os outros deverão ser vistos partindo do interior de sua própria corporeidade, e não apenas das janelas dos olhos para fora”.

Para Santin (1992), a corporeidade disciplinada (corpo visto como parte secundária do ser humano), deve ser transformada em corporeidade cultivada e cultuada (inspirada nos ideais de beleza e nos valores estéticos). O contexto no qual essa corporeidade se insere em nada garante o cultivo do corpo, mas o reduz a um

utensílio, uma ferramenta usada de qualquer forma para manter os interesses e a ordem social vigente.

De acordo com o autor é necessário que se construa uma ética do corpo entendendo-o como a totalidade do ser humano e não como parte do ser humano. A grande superação do dualismo corpo/alma está na base de uma ética da corporeidade. (SANTIN, 1994)

A ética do corpo é a ética da sensibilidade, aquela que nasce da capacidade que o ser vivo tem de viver a si mesmo, de sentir e experienciar a vida. (...) Dificilmente mergulhamos em nós mesmos para sentir a vida que existe em nós. Somos ensinados a intelectualizar a vida, o corpo e suas manifestações. (SANTIN, 1994, p. 76)

A ética da sensibilidade começa em atitudes que cada ser humano deve ter consigo mesmo. Ela indica a cada um, a tarefa de aprender a viver. É uma sabedoria da vida. Quem não consegue viver seu corpo, dificilmente terá sensibilidade de compreender a corporeidade alheia. Ela surge do entendimento de nós mesmos, dos outros e do mundo. (SANTIN, 1994)

Costa (1999) descreve que a corporeidade focaliza o corpo como existência e presença humana, como totalidade que transcende as dicotomias.

O corpo já foi máquina para Descartes, funcionando como um autômato, sem nenhum aspecto ligado à alma, pois esta se liga ao pensamento e não ao funcionamento do corpo. Já foi adestrado, agindo nos padrões de submissão e servindo às necessidades da sociedade industrial, ou seja, da ordem vigente. É também mercadoria, tendo valor por ser corpo que produz e corpo que consome gerando para a sociedade “lucro”.

Hoje, de acordo com Gallo (2006) vivemos os “tempos hipermodernos” em que tudo é mercadoria, tudo é aceleração. O corpo hoje é hiperativo, as pessoas vivem o universo da pressa, o vínculo humano é substituído pela rapidez, a qualidade de vida pela eficiência, importando apenas a auto-superação e o maior desempenho, organizando-se uma cultura de hiperatividade. Surge então o conceito de corpo ativo como resistência a esse estado de coisas, à cultura do hiperconsumo, à imposição de

uma estética padronizada, ao narcisismo sem limites. Este corpo implica: cuidado si mesmo e com os outros; seres mais conscientes de suas possibilidades e limites; corpos como uma forma de ser no mundo, exercer uma vida autônoma, crítica, criativa, transformando o mundo num lugar melhor para se viver.

Por fim, se as pessoas que convivem com a mulher obesa forem capazes de tratá-la como um corpo que vive sua totalidade, as reflexões acima mencionadas conseguirão servir de suporte para que essa pessoa passe a “ser corpo” e não que ela “tenha um corpo”.

A valorização desse corpo obeso não está centralizada na integração, em que todos ocupam um mesmo espaço físico, mas é gerada a partir da aceitação do ser humano, para além dos padrões de corpo pré-estabelecidos pelas sociedades. É preciso acreditar que o obeso é muito mais que um corpo diferente, ele é um ser humano, é corporeidade, e esta, ultrapassa os limites físicos do corpo. (GAIO, 1999)

Tentar entender a mulher obesa é uma tarefa bastante instigante e complexa, pois a “complexidade humana gera cada vez mais incertezas, impossibilitando definições fechadas e objetivas”. (GUEDES, 1995, p. 38)

Diante dessas considerações, é possível assegurar que, independente de estar ou não obeso, para cada ser humano “seu corpo é significativo porque vive”. (SIMÕES, 1994, p. 85). Porém, nessa balança da vida, faz-se necessário pensar que, em nossa sociedade, frequentemente este “corpo diferente” que foge aos padrões torna-se marginalizado, deprimido podendo desenvolver uma série de doenças.

Além dos padrões estéticos ditados pela sociedade, surgem hoje outras preocupações com relação à obesidade, tais como a aquisição de um conjunto de doenças e até mesmo a morte em alguns casos.

Tendo em vista o exposto acima, é necessário redimensionar o problema da obesidade, rompendo com a visão dicotômica de corpo, pois segundo Carvalho; Martins (2004, p. 03):

O corpo gordo não é como uma máquina mensurável que ingere e excreta substâncias independente do ambiente. O corpo é parte do ambiente em que vive e, como tal, se apropria do ambiente a cada momento.

No entanto, o modelo cartesiano insiste em conceber a obesidade de forma mecanicista encarando o corpo como máquina:

... como se o corpo fosse uma máquina de entrada e saída de energia, e como se a “vontade” da pessoa gorda, seu “livre arbítrio”, devesse moralmente determinar sua adesão à dieta prescrita. Segundo a dicotomia entre corpo e mente, a mente ditaria ao corpo o que este deve fazer, cabendo a esta parte da pessoa, sua *res extensa*, portanto, submeter-se à sua outra parte, *res cogitans*, usando para isso sua força de vontade, disciplina e arbítrio. Caso o obeso não siga a dieta, estaria como que no lugar do pecado, na servidão da alma perante a compulsividade do corpo. (CARVALHO ; MARTINS, 2004, p. 5)

É imprescindível salientar que a obesidade bem diferente de ser “uma fraqueza de caráter, é uma doença que afeta o ser humano nos seus aspectos físico, psíquico e social, ou seja, afeta o corpo na sua totalidade”. (ZOTTIS, 2003, s.p)

Assim, não podemos simplesmente ignorar o fato que essa mulher está obesa e que a obesidade traz diversas conseqüências negativas para as pessoas. Visando uma vida com mais qualidade, torna-se necessário que a mulher obesa se entenda como corpo, e perceba que para que ela possa viver numa relação consigo, com o outro e com o mundo, ela precisa pensar nas conseqüências de sua doença, procurando se cuidar pois, como afirma Gaio (1999, p. 125):

Do que falamos até aqui deriva, a tese de que o ser humano é um corpo que oferece todas as possibilidades, mesmo que ele se apresente fragilizado. Esse corpo tem poder, e esse poder emerge da auto organização do ser humano com o meio ambiente, à medida em que esse ser apropria, como corpo, desse poder e se coloca em busca dos seus direitos e deveres como organismo vivo.

4 - OBESIDADE FEMININA: causas e conseqüências

Este momento tem como meta refletir sobre obesidade, como algo freqüente nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento no mundo contemporâneo. Percebe-se que além de ser uma doença crônica e letal, de caráter epidêmico ela vem aumentando progressivamente em todas as faixas etárias com o passar dos anos.

A obesidade pode ser definida como uma síndrome multifatorial constituindo-se de alterações funcionais, de composição bioquímica, do metabolismo, da estrutura corporal, caracterizadas pela expansão do acúmulo subcutâneo de gordura com aumento do peso corporal. (DE ANGELIS, 2003)

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2003), a obesidade é conseqüência de um desequilíbrio energético, que ocorre quando a absorção de energia excede o gasto durante um período prolongado, ou seja, a acumulação excessiva de gordura corporal deriva de um desequilíbrio crônico entre a energia ingerida presente nos alimentos e bebidas (proteínas, hidratos de carbono, lipídios e álcool) e a energia gasta (metabolismo basal, efeito termogênico e atividade física).

Ribeiro; Moisés (2006, p. 144), declaram que a obesidade não pode ser vista apenas como:

um problema de comer muito ou gastar pouco, pois um sistema complexo equilibra a energia ingerida e consumida e compreende sinais aferentes e eferentes. O cérebro integra sinais periféricos e centrais para controlar a regulação da homeostase energética, mantendo um balanço entre a ingestão alimentar e o gasto energético.

Bouchard (2003) complementando os autores anteriormente citados afirma que o peso corporal é função do equilíbrio energético e de nutrientes que acontece por um prolongado período de tempo. Este equilíbrio determina-se pela ingestão de macro nutrientes, pelo gasto de energia e pela distribuição de energia ou de nutrientes. Assim, quando o balanço energético positivo mantém-se por semanas ou meses, o resultado é um ganho de peso, enquanto que com um balanço energético negativo ocorre o contrário.

Uma questão bastante complicada é que muitas vezes torna-se difícil diferenciar gordura corpórea de excesso de peso, sendo possível uma pessoa ter excesso de peso (através do qual o peso excede um padrão baseado na altura) sem necessariamente estar obesa. Como exemplos podem ser citados: atletas com excessiva massa muscular ou pacientes com edema generalizado. (LEITE, 1996)

Pensando desta forma, existe uma diferença fundamental entre excesso de peso e obesidade. Na obesidade o peso corporal como um todo ultrapassa a determinados limites e o segundo caso acontece somente quando a quantidade de gordura corporal transpõe os limites desejados. Há casos em que os indivíduos podem ser considerados pesados e não gordos, o que se dá por meio do desenvolvimento muscular e ósseo (massa magra) e não pelo excesso de gorduras, as quais não prejudicam seu estado de saúde. Existem casos de indivíduos com menor peso corporal que possuem certa quantidade de gordura que compromete seu estado de saúde, isto se deve a uma deficiência muscular e óssea. (GUEDES; GUEDES, 1995)

Muitos estudos afirmam que o termo obesidade passou por diferentes nuances ao longo da história, deixando de ser símbolo de beleza e fecundidade para se transformar, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2003), numa doença crônica, progressiva e letal.

De acordo com Barros Filho (2004), desde a antiguidade existem relatos e figuras de pessoas obesas. Em algumas sociedades, durante certos períodos, a obesidade foi considerada como forma de saúde e beleza. Existem várias pinturas famosas do século XVII, dentre elas “Betsabá com a carta de Davi” do pintor Rembrandt, que retratam corpos femininos “cheios”, aceitos como belos e harmônicos na época.

A obesidade talvez seja uma das enfermidades mais antigas do ser humano. Em muitos desenhos preservados em cavernas, homens pré-históricos aparentam ter peso excessivo para sua altura. Uma das possíveis causas disso seria a ingestão, pelos humanos primitivos, de enormes quantidades de alimentos, quando disponíveis, com o objetivo de armazenar energia para sobreviver em um meio inóspito. (FISBERG, 2000, p.35)

Nas sociedades antigas (gregas, romanas e babilônicas), associava-se o sucesso econômico a um corpo roliço, com excesso de tecido adiposo. Na Idade Média e na Renascença, eram privilegiadas as mulheres de formas arredondadas, matronais e sensuais ao mesmo tempo. (FISBERG, 2000)

Porém, em meados do século passado, começou-se a evidenciar que a obesidade poderia prejudicar a saúde das pessoas. A humanidade presenciou nos últimos 50 anos um crescimento em sua prevalência a ponto de a Organização Mundial da Saúde passar a considerá-la uma epidemia global. (BARROS FILHO, 2004)

Segundo Bankoff (2002) a obesidade não era uma condição que dependia de tratamento, pois era atribuída a maus hábitos alimentares, inatividade física e até mesmo descuido por parte das pessoas, dependendo o seu tratamento de disciplina, auto-estima e força de vontade. Entretanto, nos últimos anos, percebeu-se que a obesidade poderia causar vários males à saúde, tornando-se, assim, um problema tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

A obesidade está entre as patologias nutricionais cujas estatísticas crescem num ritmo alarmante em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), além de estar afetando países desenvolvidos e em desenvolvimento, o problema está crescendo rapidamente entre as crianças tanto como nos adultos.

O estoque de gordura passa por grandes variações, conseqüentes às necessidades de crescimento, reprodução e envelhecimento, assim como flutuações de circunstâncias ambientais e fisiológicas, como o acesso aos alimentos e às demandas do exercício físico. Esta variação é um objetivo das células adiposas (adipócitos), que aumentam ou diminuem de tamanho e de número. (GUEDES; GUEDES, 1995)

O adipócito maduro consiste em uma grande gotícula de gordura central, rodeada por uma orla fina de citoplasma, que contém o núcleo e as mitocôndrias. Os adipócitos estocam gordura em quantidade equivalente de 80 a 95% do seu volume". (LEITE, 1996, p. 34)

Sendo assim, a obesidade pode ser classificada fisiologicamente, em hipertrófica, hiperplásica e hipertrófica/hiperplásica.

Para Sapatéra; Pandini (2005) a obesidade hipertrófica relaciona-se com aumento no tamanho das células de gordura (adipócitos), as quais têm a capacidade de

crescer até cinco vezes e ocorre freqüentemente em adultos. Já a obesidade hiperplásica representa o aumento no número de adipócitos, ocorrendo principalmente nos primeiros anos de vida, na adolescência e em períodos de gravidez (último trimestre), tornando-se estes susceptíveis ao desenvolvimento de obesidade. A obesidade hipertrófica/hiperplásica relaciona-se ao aumento tanto no número quanto no tamanho das células de adipócitos, e ocorre em períodos similares a hiperplásica.

Segundo a distribuição da gordura distinguem-se dois tipos distintos de obesidade: a andróide com predominância de tecido adiposo na região superior do tronco (levando a um acúmulo maior na região visceral ou intra-abdominal), e ginóide, tendo a gordura uma localização predominante na região inferior do tronco.

O excesso de gordura pode estar mais concentrado na região abdominal ou no tronco, o que define obesidade tipo andróide, superior (de upper), central, abdominal, ou em maçã (apple), mais freqüente, mas não exclusiva no sexo masculino, ou pode estar mais concentrado na região dos quadris, o que define obesidade tipo ginóide, inferior, periférica ou subcutânea, glúteo-femoral, ou em pêra, mais freqüente, mas não exclusiva do sexo feminino. (MANCINI, 2004, p. 85)

A presença de tecido adiposo na região intra-abdominal é um fator de risco para distúrbios metabólicos e problemas cardiovasculares. De acordo com Mancini (2004, p. 84): “a obesidade andróide apresenta maior correlação com complicações cardiovasculares e metabólicas que a obesidade ginóide, que apresenta como doenças mais associadas complicações vasculares periféricas e problemas ortopédicos e estéticos”.

A obesidade andróide ou em forma de maçã destaca-se mais no sexo masculino enquanto que a obesidade ginóide ou em formato de pêra apresenta-se com maior freqüência em pessoas do sexo feminino.

Com relação à intensidade, a obesidade pode ser classificada, conforme Battistoni (1996) em: obesidade leve quando o indivíduo se encontra 15 a 20% acima do peso ideal, obesidade moderada quando está 21 a 50% acima do peso ideal e obesidade mórbida aquela que se mantém acima de 50%.

Para se obter o peso ideal calcula-se primeiro a compleição física da pessoa dividindo sua estatura (cm) pela circunferência do punho (cm). A compleição física

posteriormente é classificada em pequena, média ou grande de acordo com o Quadro 1, proposta por Carvalho (2005):

Quadro 1: Classificação da compleição física

Compleição Física	Grande	Média	Pequena
Homens	<9,6	9,6 a 10,4	>10,4
Mulheres	<10,1	10,1 a 11,0	>11,0

Para detectar se uma pessoa encontra-se obesa ou com sobrepeso, a Organização Mundial de Saúde avalia o excesso de peso de acordo com o índice de massa corporal (IMC), também conhecido por Índice de Quetelet, dividindo o peso em (kg) pela altura ao quadrado (m^2).

Assim o índice de massa corporal (IMC) classifica-se:

Abaixo do peso IMC – abaixo de $18,5 \text{ kg/m}^2$

Peso normalIMC – entre $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$

Sobrepeso IMC – entre $25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$

Obesidade grau I IMC – entre $30,0 - 34,9 \text{ kg/m}^2$

Obesidade grau II IMC – entre $35,0 - 39,9 \text{ kg/m}^2$

Obesidade grau III IMC – $40,0 \text{ kg/m}^2$ e acima.

Existem algumas limitações quanto ao IMC, considerando que o mesmo não leva em conta diferenças relativas ao biótipo, diferenças étnicas, diferenças entre sexos, nem aumentos de massa muscular. Isto talvez explique por que são freqüentes incompatibilidades do resultado encontrado no cálculo com o aspecto do paciente. (FONSECA; SOUSA e SILVA; FÉLIX, 2001)

Segundo Segal; Cardeal; Cordás (2002), a limitação principal do IMC é a de que não se consegue distinguir a origem do peso neste método, isto é, massa magra ou gordura, nem a distribuição da gordura (andróide ou ginóide). Outro limitante baseia-se no fato de que o IMC tem utilização questionável em crianças e adolescentes devido às rápidas modificações corporais pelas quais passa o indivíduo durante essas fases.

Para Mancini (2004) há dois tipos de diagnósticos para uma pessoa obesa: um quantitativo e um qualitativo, os quais se referem respectivamente à massa corpórea ou massa de tecido adiposo, à distribuição de gordura no corpo ou à adiposidade visceral.

O limite entre o peso normal (peso da população associado à menor mortalidade para altura) é arbitrário, podendo haver diferenças entre as populações estudadas. Podem-se estabelecer basicamente dois tipos de diagnósticos diante de um paciente obeso; um diagnóstico quantitativo, que se refere à massa corpórea ou à massa de tecido adiposo, e um diagnóstico qualitativo, que se refere à distribuição de gordura corporal ou à presença de adiposidade visceral. (MANCINI, 2004, p. 85)

O presente autor ainda destaca que os métodos mais utilizados para o diagnóstico quantitativo da obesidade são: as tabelas de peso x altura; o índice de massa corpórea; o somatório das medidas de pregas cutâneas; a impedância bioelétrica de frequência múltipla; a condutibilidade elétrica corpórea total (TOBEC); a absorpciometria dual de raios x (DXA); a tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética; o potássio corpóreo total (^{40}K) e a água duplamente marcada (D_2O).

Mancini (2004) aponta como métodos para o diagnóstico qualitativo da obesidade: a medida do maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca; a relação cintura-quadril; a absorpciometria dual de raios x (DXA); a ultrasonografia; a tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética.

Para Behenck et al (2004), os vários métodos de determinação da gordura corporal classificam-se em três grupos principais: antropométricos, por imagem e outros.

Todos os métodos abordados possuem aspectos positivos e negativos quanto ao seu uso. Cabe a cada profissional avaliar e escolher aquele que lhe fornece respostas mais precisas e o que melhor se encaixa ao perfil e às condições do seu aluno.

Entretanto, talvez antes de pensarmos em métodos para diagnosticar a obesidade precisemos pensar em sua etiologia, que é algo complexo e resulta da interação entre genes, ambiente e estilo de vida. Assim, inúmeros são os fatores que facilitam os processos de aumento de peso.

Atualmente, a contribuição de fatores genéticos para a obesidade deve-se a mutações em um único gene (formas monogênicas de obesidade) ou diferentes

variantes genéticas interagindo num ambiente obesogênico, determinam formas comuns de obesidade (formas poligênicas de obesidade). (RIBEIRO; MOISÉS, 2006)

Os autores anteriormente mencionados descrevem que mutações nos genes que codificam proteínas envolvidas na regulação do apetite, ocasionam formas mendelianas de obesidade. Essas formas são raras, severas e, com início na infância. Essas mutações causam obesidade independente de fatores ambientais e proporcionam informações para a identificação de genes importantes na regulação do peso corporal.

Pelo menos 20 síndromes raras causadas por defeitos genéticos ou anormalidades cromossômicas são caracterizadas por obesidade. Como exemplos mais comuns dessas formas de obesidade citam-se as síndromes de Prader-Willi (causada por alterações no cromossomo 15 e caracterizada por um apetite voraz que leva a obesidade), Bardet-Biedl (que ocorre alteração no centro hipotalâmico da saciedade) e Alstrom (caracterizada por distrofia retiniana, perda progressiva da audição, obesidade infantil, diabetes melito, nefropatia, intersticial, hipogonadismo e baixa estatura). (TAYAH et al (2004); UEHARA; MARIOSIA (2005)

Uehara; Mariosa (2005) apontam que foram identificadas cinco causas monogênicas de obesidade em roedores, e muitas dessas alterações genéticas também foram descobertas em humanos. Dentre elas, defeito nos genes: do receptor da leptina (modelo-db/db), da leptina (modelo-ob/ob), Agouti (modelo-Yellow), da carboxipeptidase E (modelo-fat (fafa)), da fosfodiesterase (modelo-Tubby).

Marques Lopes et al (2004) mencionam que as síndromes multifatoriais geralmente afetam vários genes (poligênicos) e a sua expressão pode depender de fatores ambientais. Algumas doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e gota, podem ser incluídas nesse grupo; a obesidade também, se pode explicar, em alguns casos, como resultante de uma doença de origem multifatorial com implicações genéticas.

De acordo com Damiani; Damiani; Oliveira, (2002), os fatores genéticos contribuintes ao desenvolvimento da obesidade são polimorfismos ou mutações em: receptor beta-adrenérgico, leptina, receptor Ob, fator de necrose tumoral (TNF), pró-

ópio melanocortina (POMC), receptor da melanocortina 4 (MC4R), neuropeptídeo Y (NPY) e receptor de NPY.

Como já se sabe, a incidência mundial de obesidade dobrou nos últimos 30 anos, um aumento extremamente rápido que se deve a mudanças na carga genética humana; portanto, um gene ou uma anormalidade bioquímica não pode explicar a proporção do fenômeno. Mudanças nos fatores ambientais, como aumento da ingestão alimentar e estilo de vida sedentário, justificam essa epidemia. (CARNEIRO, 2005)

As pessoas herdaram hábitos familiares que podem comprometer o peso corporal, como o de consumir excesso de alimentos energéticos e de vida sedentária.

De Angelis (2005) destaca o desenvolvimento de células adiposas – nas quais o consumo energético maior do que o gasto se acumula nas células adiposas e estas aumentam em tamanho e número. Se nestas condições o indivíduo come menos, as células diminuem seu tamanho, mas o número continua e, à medida que mais gordura é estocada, elas se expandem, aumentando de oito a dez vezes o seu tamanho. Ao contrário, se o indivíduo emagrece, suas células adiposas encolhem, mas o número é mantido. Assim, quanto maior o tempo de excesso de ingestão energética, mais difícil o retorno ao normal.

A sensação de saciedade que depende da distensão gástrica e de diferentes hormônios liberados na corrente sanguínea com efeitos importantes e amplamente envolvidos na regulação da fome e do apetite. Porém, nem sempre estes componentes estão funcionando adequadamente, predispondo à obesidade e a inúmeras doenças degenerativas. (DE ANGELIS, 2005)

A fome significa o desejo de comer, despertado por sensações fisiológicas, enquanto que o apetite tem sido descrito como o desejo de comer, que envolve a sensação agradável de estar satisfeito, podendo ser despertado pela aparência do alimento, seu cheiro, sabor e é a maior força psíquica na regulação da ingestão alimentar do ser humano. Sendo assim, fome e apetite influenciam na quantidade de comida a ser ingerida. Uma pessoa com fome pode comer até se sentir satisfeita, mas o apetite pode induzi-la a comer mais. (ANARUMA, 1995)

Fatores associados à dieta podem contribuir para a ampliação do sobrepeso/obesidade ao acarretarem mudanças importantes nos padrões alimentares tradicionais: migração interna; alimentação fora de casa; crescimento na oferta de refeições rápidas; ampliação do uso de alimentos industrializados/processados. Esses aspectos sujeitam-se à renda das famílias e às possibilidades de gasto com alimentação, associado ao valor sócio-cultural que os alimentos vão apresentando para cada grupo social. (MENDONÇA; ANJOS, 2004)

Com a industrialização houve também mudanças de hábitos alimentares. Consumo de alimentos enlatados, congelados, pré-cozidos e prontos *fast-food*. A chamada “comida caseira” foi ficando cada vez mais rara. A maior presença da mulher no mercado de trabalho diminuiu a disponibilidade de tempo para o preparo das refeições, ocorrendo assim, uma mudança de hábitos e comportamentos alimentares.

Antes dos *fast-foods*, o ritual da refeição tinha outro significado. Atualmente o horário para alimentação tornou-se escasso, fazendo com que o “comer fora e o *delivery*” entrassem na conjuntura desse novo tempo urbano. (ALVARENGA, 2004)

Comerciais de TV que estimulam o consumo de produtos alimentícios com alto teor de gordura e açúcar e os famosos *fast-foods*, que facilitam a vida moderna, mas reduzem a qualidade nutricional. Há também a substituição dos alimentos tradicionais da cultura brasileira (arroz, feijão, carne, saladas, legumes e frutas) pelas dietas com alto valor calórico e nem sempre com adequado valor nutricional, e ainda, para piorar a situação, no lugar da água, do suco natural ou do leite, as pessoas estão tomando refrigerantes.

Na nossa sociedade atual, na qual reina o sedentarismo (fruto da tecnologia que economiza esforços no local de trabalho e em casa, diminuindo o gasto de energia) a propensão ao ganho de peso torna-se cada vez maior. (UEHARA; MARIOSIA, 2005)

De acordo com Mello; Luft; Meyer (2004), hábitos sedentários contribuem para uma diminuição do gasto calórico diário havendo conseqüentemente, uma diminuição no metabolismo influenciando a ocorrência da obesidade.

O gasto energético é resultado: da taxa metabólica basal (TMB) que é o gasto do organismo para manter em funcionamento suas atividades vitais; da ação dinâmica

específica dos alimentos (digestão, absorção e utilização dos alimentos); e atividade física (incluindo todas as atividades voluntárias, como as ocupacionais, de lazer, domésticas e de deslocamento). (MENDONÇA; ANJOS, 2004)

A atividade física, definida como “qualquer movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que resulte em substancial aumento do consumo de energia em relação ao repouso”, varia do desempenho de atividades profissionais e tarefas domésticas à atividade física recreativa, como a prática de esportes e exercício. No ganho de peso e na obesidade, cabe um papel significativo à diminuição da atividade física e/ou ao aumento do comportamento sedentário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, p. 9).

A aquisição de bens de consumo duráveis por parte da população contribui para que se considerem três fatores ligados a mudanças no padrão de atividade física enquanto redução do gasto energético: 1- diminuição do esforço com o trabalho doméstico por meio de equipamentos que auxiliam a execução das tarefas mais árduas; 2- o uso da televisão como principal forma de lazer; 3- o uso do automóvel/veículo automotivo para o deslocamento. (MENDONÇA; ANJOS, 2004)

Vários estudos indicam que a obesidade está relacionada com a baixa escolaridade, pobreza, desconhecimento, idade, sexo, além da inatividade física.

Um dado relevante encontrado em pesquisas demonstra que a inatividade física é maior em mulheres do que em homens, entre os mais velhos do que nos mais jovens e em pessoas de baixo nível sócio-econômico e menor escolaridade. (NAHAS, 2001)

Há trabalhos mostrando que quanto maior o nível educacional, menor a prevalência de obesidade. Homens e mulheres quando se casam tendem a ganhar peso ao passo que ao se separarem, a tendência é que percam peso; o número de filhos associa-se à maior prevalência de obesidade principalmente nas mulheres, por muitos fatores; o tipo de emprego em que mulheres exercendo cargos de destaque apresentam menor peso que as que ocupam posições de trabalho mais baixas; o desemprego causa nas mulheres mais possibilidades de desenvolverem obesidade o que nos homens acontece o inverso. (RIBEIRO FILHO, 2005)

Segundo um inquérito realizado em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou

que dentre os 6,8 milhões de indivíduos adultos obesos existentes no país na época, 70% eram do sexo feminino. As mulheres mais propensas ao problema, de acordo com a pesquisa, eram as residentes nas áreas de melhor desenvolvimento do país, inseridas nos menores estratos de renda. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989)

Monteiro; Mondini (1998) confirmam esses dados ao analisarem o perfil de obesidade entre os diferentes estratos de renda, a partir dos resultados obtidos pela PNSN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989). Nessa pesquisa constataram a prevalência da obesidade em: 23% das mulheres com renda mensal entre meio e um salário mínimo; 20% nas com renda entre um quarto e meio salário mínimo e 13% nas com renda inferior a um quarto de salário mínimo. Esses resultados comprovam que a obesidade na população feminina com menor renda tornou-se hoje um grande problema nutricional no país. O estudo apontou que nos estratos de maior renda a obesidade incide em 14,2% dos homens brasileiros. Já nos de menor renda, os valores foram insignificantes (3,3%). Nas mulheres aconteceu o inverso; sendo mais freqüente nos estratos de renda classificados como intermediário (23,3%) e inferior (19,7%), e, ainda, acometeu de forma significativa o grupo indigente (13,2%). Para os autores, dentre os possíveis determinantes desta situação estão: a falta de informação sobre a morbimortalidade da doença, a baixa escolaridade das mulheres e fatores de ordem sociocultural.

A relação entre obesidade e baixa escolaridade foi comprovada em vários estudos, dentre eles, o de Teichmann et al (2006) com uma população de 981 mulheres, de 20 a 49 anos, residentes em São Leopoldo/RS, sendo que (79,1%) delas, possuíam renda *per capita* igual ou inferior a três salários mínimos. A análise mostrou que as prevalências de sobrepeso foram maiores nas mulheres de baixa escolaridade e a partir dos 40 anos. Chamaram a atenção as elevadas taxas de sobrepeso em mulheres com baixa escolaridade (51,9%). Quanto à obesidade, constatou-se uma maior prevalência em mulheres com piores condições sócio-econômicas. Classes econômicas menos favorecidas (D e E) e renda per capita menor ou igual a um salário mínimo, respectivamente, tiveram aumento de obesidade de 3,1 e 2,5 vezes. Mulheres com até 4 anos de escolaridade apresentaram um aumento de 33% na prevalência de sobrepeso quando comparadas com as de maior quartil de escolaridade (11 a 23 anos

de estudo). Para os autores isso pode ser, em parte, efeito de piores condições de vida, informação, orientação para redução de peso, menor adesão a um estilo de vida mais saudável, consumo de alimentos de baixo custo, porém com elevada densidade energética.

De acordo com Boltanski citado por Ferreira (2003) a preocupação que os indivíduos depositam sobre o corpo aumenta quando eles se elevam na hierarquia social. Para o autor os cuidados estéticos tendem a predominar entre as classes sociais privilegiadas, as quais se verificam o maior consumo de produtos de tratamento para o corpo e a prática de um estilo de vida mais saudável, uma alimentação equilibrada e a adesão a atividades físicas de lazer. Sendo assim, há uma relação mais reflexiva com o corpo por parte desses segmentos, devido ao melhor nível educacional e maior inserção dessas pessoas em ocupações de cunho intelectual.

A literatura enfatiza que a obesidade possui diversas causas, conforme pudemos evidenciar, e estas causas levam a muitas conseqüências, as quais abordaremos mais detalhadamente a seguir.

A obesidade é uma doença crônica de elevada morbidade e mortalidade, sendo um fator de risco para uma série de outras doenças e trazendo sérias conseqüências à saúde do indivíduo. (RIBEIRO; MOISÉS, 2006)

Por apresentarem em geral associações de doenças e distúrbios relacionados ao excesso de peso, os pacientes obesos trazem consigo uma diminuição de sua expectativa de vida e igualmente uma piora em sua qualidade.

Negrato (2003) e Oliveira (2003) afirmam que a obesidade é fator de risco na ocorrência de diversas doenças e distúrbios, dentre eles: hipertensão arterial; doenças cardiovasculares; doenças cérebro-vasculares; diabetes mellitus tipo II; alguns tipos de câncer como no endométrio, mamas e próstata; osteoartrite; coledocolitíase; distúrbios lipídicos - como aumento de IDL colesterol e diminuição de HDL colesterol; hiperinsulinemia; intolerância à glicose; distúrbios menstruais e/ou infertilidade; apnéia do sono.

Por meio das considerações expostas, percebe-se que a saúde geral dos indivíduos é comprometida pela obesidade. Em especial à saúde da mulher, pois

mulheres obesas possuem grande tendência a apresentar infertilidade, doença hipertensiva e doença tromboembólica durante a gestação e diabetes gestacional. “Filhos de mães obesas durante a gestação têm maior probabilidade de apresentar obesidade durante a infância e idade adulta”. (MANCINI, 2004, p.86)

Além de todas essas complicações, não podem ser esquecidos os aspectos emocionais, os quais fazem parte do cotidiano do indivíduo obeso.

Em geral, os pacientes obesos experimentam grandes repercussões psicológicas, tais como baixa auto-estima, quadros depressivos e ansiosos e desaprovação pública devido à gordura em excesso.

Fonseca; Sousa e Silva; Félix (2001) destacam que alguns obesos desenvolvem alterações psiquiátricas caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar. A principal é o transtorno da compulsão alimentar (TCA) ou do *binge eating*, em que se come compulsivamente sem depois buscar maneiras compensatórias para controlar o peso. A *binge eating* é caracterizada pela repentina e compulsiva ingestão de grandes quantidades de comida, num espaço de tempo curto, sendo seguida por agitação e sentimentos de auto-condenação.

O obeso sofre diversas discriminações sociais, estando sujeito a pilhérias, segregações e imagens irônicas. Suas dificuldades, principalmente em ser atraente são tão grandes, que ele prefere ser simpático e manter um bom relacionamento para se desviar da solidão. Assim, evolui um conjunto de hábitos e comportamentos que o levam a comer muito.

Em nossa sociedade comemos, na maior parte das vezes, porque “está na hora”, porque “não temos nada o que fazer”, porque “estamos com raiva” ou “alegres”, “porque é de graça”, “porque vimos o alimento” e por outras razões – às vezes até mesmo porque estamos com fome. (FONSECA; SOUSA e SILVA; FÉLIX, 2001, p.266)

Em várias culturas, famílias se reúnem durante as refeições e as comemorações e festividades realizam-se em torno de uma mesa com alimentos e bebidas. Além disso, a comida é farta, sinal de status social, pois em diversos locais, pessoas abastadas utilizam a fartura como forma de ostentar seus poderes econômicos.

É também comum, a idéia de se acumular reservas alimentícias para o tempo das “vacas magras”. “Poder-se-ia pensar que para o obeso essa idéia ou fantasia inconsciente o faria acumular gorduras (reservas) em seu próprio corpo com a intenção de se prevenir e se “calçar” para o tempo da penúria e da fome”. (BATTISTONI, 1996, p. 110)

Diante de todas as conseqüências mencionadas, é importante pensarmos em minimizá-las, sendo assim, a abordagem de uma pessoa obesa pode acontecer de duas formas: farmacológica e não farmacológica.

4.1- Abordagem farmacológica

Neste tipo de abordagem que engloba os medicamentos e a cirurgia, é necessário serem avaliados diferentes pontos, como uma história clínica, exame físico e exames complementares completos que consigam analisar o impacto da obesidade na saúde do indivíduo. (RIBEIRO FILHO, 2005)

A história clínica é de suma importância, pois, por meio dela é possível identificar fatores relacionados ao ganho de peso. Como aspectos importantes a serem abordados na anamnese destacam-se: idade de início e a duração da obesidade, aspectos socioculturais, hábitos e antecedentes pessoais e familiares.

Devem ser identificados fatores como tabagismo e consumo de álcool que apresentam correlação com o ganho de peso.

Pessoas que fumam possuem menor peso corpóreo quando comparados a não-fumantes e quanto ao álcool, além de ser um estimulante ao apetite, associa-se à centralização da adiposidade corpórea que é mais nociva no indivíduo obeso. (RIBEIRO FILHO, 2005)

Dentre elementos de destaque que identificam fatores relacionados ao ganho de peso têm-se: a história familiar, ou seja, a predisposição genética e os padrões socioculturais já citados anteriormente, doenças associadas que podem ser limitantes a abordagem e o uso de medicamentos.

Com todos estes aspectos citados, é possível uma abordagem mais efetiva em indivíduos obesos, porém outros aspectos também devem ser levados em conta quando se fala em obesidade.

De acordo com Fonseca; Sousa e Silva; Félix (2001) para operacionalizar qualquer mudança na vida das pessoas, é necessário atender quatro condições fundamentais; querer, saber, poder (no sentido de possibilidade) e dever (no sentido de conveniência) mudar.

O querer talvez seja o mais simples desses elementos, pois a maioria dos obesos que procuram auxílio para emagrecer “quer” perder peso. Saber emagrecer não é simplesmente saber o que se deve comer, é saber por que e para que se engorda, conhecendo as razões emocionais, físicas, culturais e sociais que favorecem o ganho de peso excessivo, os dispositivos que mantêm o peso elevado e as “vantagens” em ser gordo (mecanismos intrapsíquicos que protegem a pessoa de experiências indesejáveis). (FONSECA; SOUSA e SILVA; FÉLIX, 2001)

Os mesmos autores ressaltam que para poder emagrecer, é necessário que ocorra modificações na maneira de comer, que consigam reverter seu balanço energético. O dever emagrecer só é possível quando se aliam controle energético e trabalho psicoterapêutico.

A abordagem à pessoa obesa deve objetivar a melhoria do bem-estar e da sua saúde metabólica, diminuindo os riscos de doenças no futuro.

O conceito de melhora da saúde metabólica do paciente tem por base que a perda de peso é apenas a fase inicial do tratamento, sendo a manutenção do peso perdido o objetivo principal. Muito embora os estudos a longo prazo mostrem que a manutenção do peso perdido a longo prazo seja raramente conseguida em tratamentos não cirúrgicos da obesidade, foi apenas em anos recentes que o tratamento farmacológico a longo prazo em casos selecionados para a obesidade tem sido aceito. (MANCINI, 2004, p.87)

Muitos estudos demonstram que a redução da quantidade de massa corporal, em especial de gordura, diminui a morbidade e a mortalidade de pessoas obesas.

Ao pensarmos em medicamentos sua utilização deve acontecer de forma prudente e os mesmos não podem ser considerados o aspecto mais relevante das medidas empregadas na abordagem da pessoa obesa. O médico ao prescrevê-los deverá conhecer toda a sua farmacologia, indicações e contra-indicações e sua escolha deve ser individualizada para cada pessoa. A classificação é realizada de acordo com seu modo de ação, conforme apresentado a seguir: catecolaminérgicos, serotoninérgicos; serotoninérgicos e catecolaminérgicos; inibidores da absorção de gorduras. Os laxantes, os diuréticos, os estimulantes, os sedativos hormônios tireóideanos e muitos outros produtos utilizados em fórmulas para emagrecimento, não possibilitam benefícios em longo prazo, trazendo ao indivíduo uma perda de massa magra em vez de tecido adiposo. (NEGRATO, 2003)

A cirurgia bariátrica é indicada em casos de obesidade mórbida e em algumas situações: Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40 kg/m² ou IMC entre 30 e 40 quando houver uma patologia associada que possa ser melhorada com a perda de peso; obesidade estável durante pelo menos 05 anos; fracasso em regimes alimentares ou medicamentosos por mais de 01 ano; inexistência de patologias endócrinas descompensadas; compreensão e cooperação do paciente; não depender de álcool ou drogas; riscos operatórios aceitáveis. Para que ocorra esse tipo de procedimento cirúrgico, todas as condições acima devem se fazer presentes. (NEGRATO, 2003)

Como já dissemos anteriormente outro tipo de abordagem, além da farmacológica, é bastante utilizada em pessoas obesas. Essa abordagem envolve: a dieta (reeducação alimentar), as terapias comportamentais e os exercícios físicos, os quais, por atuarmos como profissionais de Educação Física, trataremos com maior ênfase.

4.2- Abordagem não farmacológica

A abordagem do indivíduo obeso deve envolver necessariamente uma reeducação alimentar, o aumento da atividade física e, esporadicamente, o uso de algumas medicações, dependendo da situação de cada indivíduo como já descrito anteriormente. Existem casos em que são indicadas abordagens de mudança comportamental, com avaliações psicológicas e até psiquiátricas. Em casos de

obesidade secundária a outras doenças, inicialmente dirige-se para a doença básica que seja a causa do distúrbio. (NEGRATO, 2003)

A reeducação alimentar é imprescindível, pois por meio dela, serão reduzidas a ingesta calórica total e o acúmulo calórico excessivo decorrente dela.

As dietas hipocalóricas são efetivas na perda de peso e de gordura, entretanto podem causar perda de massa magra e redução nas taxas metabólicas. (FRANCISCHI; PEREIRA; LANCHETA JUNIOR, 2001)

A utilização de diários alimentares, através do qual a pessoa registra a quantidade e a qualidade dos alimentos ingeridos, avalia os hábitos alimentares e a aderência do mesmo à abordagem dietoterápica proposta. Pode-se também verificar o estado de humor ou as circunstâncias relacionadas à ingestão do alimento, bem como o monitoramento da atividade física, indicando se necessário, mudanças comportamentais. (MANCINI, 2004)

Além da reeducação alimentar, nas últimas três décadas, um outro tipo de abordagem vem ganhando força, a terapia comportamental que procura entender de que maneira, ao longo da história do indivíduo, organiza-se sua maneira de lidar com o alimento e quais alterações nesse processo podem levar ao descontrole do comportamento alimentar. (MATOS, 2005)

Mudanças comportamentais, enfatizando horários e locais para as refeições são imprescindíveis para o sucesso da abordagem antiobesidade além de se trabalhar a reestruturação cognitiva pontuando expectativas reais da quantidade e da velocidade da perda de peso. A pessoa deve manter-se consciente de que recaídas podem acontecer em qualquer momento, em longo prazo. (RIBEIRO; MOISÉS, 2006)

O tratamento comportamental consiste na análise funcional do comportamento, para identificar eventos associados ao ato de comer, à prática de atividade física ou pensamentos relacionados à alimentação. Os “antecedentes” ao ato de comer são bastante enfocados na abordagem comportamental, pois influenciam muito o consumo alimentar dos indivíduos. (DAMIANI; DAMIANI; OLIVEIRA, 2002, p. 76).

Segundo Matos (2005) o método comportamental tem como objetivo auxiliar os indivíduos a mudarem seus hábitos alimentares, aumentando a frequência de

comportamentos saudáveis e desenvolver mais consciência das atividades, ajudando-os a fazerem escolhas mais saudáveis.

Este tipo de abordagem fundamenta-se na avaliação e adequação da motivação da pessoa (expondo custos e benefícios das mudanças propostas), dos desajustes do comportamento alimentar (compulsões alimentares, hiperfagia prandial noturna, velocidade e estado de humor durante a alimentação, alimentação secundária a apelos de ordem emocional) e transtornos do comportamento alimentar (transtorno do comer compulsivo e bulimia nervosa), do grau de atividade física (espontânea, como aumentar atividades físicas não programadas, como reduzir o tempo em que se permanece sentado, aumentando as caminhadas, o uso de escadas e reduzir o uso de automóvel para trajetos curtos; ou programadas, como elaborar um programa de atividade física supervisionada). (WILSON; FAIRBURN, apud HALPERN; MANCINI, 2001)

Enfim, os aspectos mais complexos e decisivos na abordagem da obesidade em longo prazo são compostos de modificações de atitudes e comportamentos que caracterizam o hábito alimentar e da relação do obeso com os alimentos.

Sem modificações importantes e estruturais em sua vida, em sua maneira de comer e nas relações entre as variações do estado emocional e a ingestão de alimentos, o obeso continuará sendo gordo mesmo que esteja objetivamente magro. (FONSECA; SOUSA e SILVA; FÉLIX, 2001, p. 271)

Fonseca; Sousa e Silva; Félix (2001) concluem que, o obeso necessita passar por uma remodelação nutricional, sensorial, emocional, na sua capacidade de manter-se atento no autocontato, auto-respeito e autocuidado. “Precisa reequilibrar o fazer (ações, intenções, resultados, comportamentos, pensamentos) com o ser (idéias, intuições, desejos, sensações e sentimentos). Precisa reaprender a lidar com sentimentos para não precisar comê-los”. (FONSECA; SOUSA e SILVA; FÉLIX, 2001, p. 272)

Dentre as diversas abordagens descritas, enfatizamos o exercício físico como forma positiva e mesmo preventiva quando se fala em obesidade.

4.2.1- Exercício físico e obesidade

Iniciamos fazendo uma distinção entre atividade física e exercício físico.

A atividade física implica em movimento corporal produzido por músculos esqueléticos, resultando em gasto energético aumentado e conseqüente melhora e manutenção do condicionamento físico. (NEGRATO, 2003)

A atividade física é todo movimento que o organismo realiza para aumentar a demanda metabólica, podendo ser: em atividades diárias, de lazer, esportes, recreação ou competições. O exercício físico é denominado como uma atividade organizada, planejada e principalmente orientada por um profissional, para um determinado fim, seja ele, estético, perda de peso, hipertrofia. É uma ação voluntária em programas de exercícios e seu objetivo é atingir uma meta, com o auxílio normalmente, de um professor de Educação Física. (SIMÃO, 2004)

Ainda em relação à atividade física, Ribeiro; Moisés (2006) discorrem que a mesma aumenta o gasto energético e exerce efeitos hormonais que controlam o metabolismo e a fome. Quando se fala em exercícios de baixa intensidade, ou seja, utilizando menos do que 30% do volume máximo de oxigênio (<30% VO₂ máx), os lipídios são sua principal fonte de energia e não há grandes alterações hormonais ou metabólicas. Já os exercícios de intensidade moderada (entre 40% a 60% do VO₂ máx) usam uma quantidade significativa de lipídio derivado do tecido adiposo e intramuscular como fonte de energia, além de propiciar a liberação de catecolaminas, cortisol e hormônio do crescimento (GH) aumentando o metabolismo lipídico. As atividades físicas de alta intensidade (> 70% VO₂ máx) fazem uso de uma pequena quantidade de gordura como fonte energética, predominando a glicose e o glicogênio como substratos.

De acordo com Rezende (2008) o exercício físico aumenta o gasto calórico mantendo-o após o exercício por algumas horas dependendo da atividade física estabelecida. Previne também a redução de massa magra, além de aumentar a capacidade aeróbia, a força e resistência muscular localizada.

Denadai et al (1998) concordam com a afirmação acima descrita relatando que o efeito do exercício físico sobre a mobilização e a utilização das gorduras apresenta aspectos relacionados ao efeito agudo e crônico no emagrecimento. Sendo o gasto energético provocado por uma sessão de exercício um valor médio de 200kcal, e esse

efeito pode-se manter aumentado por um longo período após o exercício, ou seja, mesmo após o exercício a oxidação e mobilização de lipídeos permanecem aumentadas.

Ainda em relação aos efeitos agudos e crônicos na mobilização e utilização de gordura para o emagrecimento, Trombetta (2003) alerta que além do efeito direto no gasto calórico, a atividade física mantém o metabolismo aumentado por um longo período após a sua execução, ou seja, mesmo após o exercício, a mobilização e oxidação de lípidos permanece aumentada. Entretanto, os principais efeitos do treinamento físico no controle do peso corporal são obtidos cronicamente. Alguns efeitos de grande importância são atribuídos ao aumento da atividade da enzima lipase hormônio sensível (enzima responsável pela maior mobilização de lípidos no tecido adiposo) e ao aumento da densidade mitocondrial, potencializando a oxidação de lípidos, auxiliando o emagrecimento.

Outros benefícios do exercício físico para o indivíduo obeso são: a diminuição do apetite, o aumento da ação da insulina, a melhora do perfil lipídico, da sensação de bem-estar e da auto-estima. (NEGRATO, 2003)

Para Zanella (2005), a atividade física isoladamente não é considerada como eficaz para a perda de peso. Porém, seu aumento facilita o controle de peso em longo prazo e melhora a saúde geral do organismo. O volume de atividade necessária para conservar o peso ideal é importante: aproximadamente 60 a 90 minutos/dia de atividade de intensidade moderada (por ex. caminhada rápida) ou 30 a 45 minutos/dia de atividade vigorosa (por ex. corrida a pé ou de bicicleta). Sendo assim, as pessoas necessitam ser orientadas a elevar o nível de atividade física lentamente até atingirem o objetivo proposto.

Lambertucci et al (2006) alertam que a redução no consumo de calorias e o aumento do gasto energético pela atividade física, são recomendados para reduzir o peso corporal e minimizar os fatores de risco associados, como também para prevenir a obesidade.

Afirmam também que a redução na utilização do corpo para a realização de tarefas do dia-a-dia aumenta a incidência de doenças associadas ao sedentarismo (obesidade, diabetes melito, hipertensão arterial, osteoporose, distúrbios emocionais).

Daí a importância do exercício físico na prevenção e abordagem desses problemas.

A atividade física caracteriza-se, portanto, como um instrumento por meio do qual o indivíduo “modifica” seu organismo a fim de obter melhoras em seu estado de saúde ... Com isso, se a atividade física for realizada de forma adequada, torna-se um fator determinante do estado de saúde ideal de todos os indivíduos. (LAMBERTUCCI et al, 2006, p. 111)

O exercício aeróbico (caminhar, andar de bicicleta) pode promover perda de peso e de massa adiposa, já os exercícios de resistência (musculação, ginástica localizada) têm efeito menor sobre o peso, mas aumentam a massa livre de gordura (músculo). (MANCINI, 2004)

Os exercícios aeróbicos exibem benefícios de condicionamento cardiopulmonar que independem da perda ponderal (de peso). Um condicionamento físico maior, ordenado pelo consumo máximo de oxigênio durante a atividade física, associa-se a um menor risco de desenvolvimento de diabetes e de morte por doença cardiovascular. (ZANELLA, 2005)

Além de aumentar a termogênese, a utilização do glicogênio e a taxa de metabolismo, o exercício aeróbico usa a gordura do corpo como energia, ao passo que as atividades resistidas, como a musculação, favorecem a perda de gordura, pois, com a elevação da massa magra, o gasto energético basal se eleva. (MOLINA JUNIOR; ZANELLA, 2005)

Estudos de Hauser; Benetti; Rebelo (2004) indicaram que exercício de resistência muscular combinado com exercício aeróbico alcançam maiores resultados nos programas de perda de peso, por auxiliarem no aumento da taxa metabólica de repouso, manter e/ou aumentar a massa muscular e otimizar os índices de mobilização e utilização de gordura durante o emagrecimento. O emagrecimento parece ser alcançado com êxito em programas com exercícios de resistência e exercícios aeróbios intermitentes e/ou contínuos que utilizem um alto fluxo de energia (70% do VO₂ máx.). Este processo parece ser mais eficiente por proporcionar um maior gasto calórico total, não somente durante a realização do exercício, mas também por provocar um aumento

no consumo de oxigênio pós-exercício, fazendo com que a gordura seja utilizada neste período.

Para Francischi; Pereira; Lancha Junior (2001) muitos trabalhos apontam que o treinamento aeróbio regular torna mais intensa a perda de gordura, mas não impede a perda de massa magra. O treinamento de contra-resistência parece diminuir esta perda, porém há dados apontando que este tipo de atividade não intensifica a perda de gordura. A combinação do trabalho aeróbio ao treinamento de força pode propiciar simultaneamente, perda de gordura e manutenção de massa magra, entretanto há poucos estudos sobre isso. Os benefícios metabólicos do treinamento regular parecem ocorrer nos dois tipos de exercício. Apesar da melhora na qualidade de vida com a prática regular de atividades físicas, ainda não há conclusões em relação aos efeitos do exercício físico para obesos no que diz respeito às alterações na composição corporal, em virtude do pequeno número de indivíduos pesquisados e diferentes protocolos de estudo.

Embora a utilização do treinamento contínuo aeróbio seja mais difundida na abordagem ao indivíduo obeso, o treinamento intervalado, também pode ser útil em programas de redução ponderal, uma vez que parece levar a maiores adaptações metabólicas e ser facilmente suportado por tempos prolongados com grande intensidade de esforço. (BRAGA; MELLO; GOBATTO, 2004)

Prado; Dantas (2002) justificam a importância da frequência de treinamento para mudanças corporais significativas. Pessoas submetidas a treinamento entre 3 e 4 vezes semanais alteram consideravelmente as medidas de pregas cutâneas e o peso corporal, porém, a intensidade do exercício possui muita relação com tais mudanças. Propõe-se que exercícios que provoquem gastos acima de 300 kcal do dispêndio energético produzem efeitos na perda de peso. Pessoas com diferentes graus de obesidade, submetidas a programas aeróbicos por 9 meses, com intensidade entre 50 a 80% da FC_{máx} e duração de 10 a 60 minutos, apresentaram reduções significativas nos níveis de LDL-colesterol, sem simultânea perda de massa corporal. Neste mesmo estudo outro grupo submetido a exercícios aeróbicos de intensidade inicial entre 40 e 60% subindo gradativamente para 70 a 80%, com duração de 45 minutos, e frequência

de 3 vezes por semana, obtiveram perda da massa corporal e aumento dos níveis plasmáticos de HDL- colesterol de 11% para 59%.

De acordo com Pasetti; Gonçalves; Padovani (2006) os exercícios físicos aquáticos para obesos apresentam-se como uma opção segura, viável e vantajosa, pois, o peso corporal diminui no meio líquido reduzindo o perigo de lesões, propiciando maior gasto energético e assim, a melhora da capacidade cardiovascular, aumento do metabolismo e redução do peso corpóreo.

Isso pode ser comprovado em um de seus estudos em que 31 mulheres sedentárias obesas (de 38 a 55 anos) participaram de um grupo único com duração de 17 semanas, com 3 sessões semanais de 52 minutos cada, com avaliações da composição corporal (IMC e dobras cutâneas) no início e no final. Após duas semanas de adaptação ao meio líquido e aprendizado da técnica da corrida em piscina funda (CPF), iniciou-se o treinamento. Entre a terceira e décima quinta semanas adotou-se intensidade de esforço entre 60 a 80% da frequência cardíaca de pico obtida em teste cardiorespiratório específico. Nas duas últimas semanas aplicou-se treinamento intervalado de alta intensidade. Os resultados mostraram que a massa corporal não teve mudança significativa ($p > 0,05$), houve redução da somatória das dobras cutâneas ($p < 0,001$), conseqüente diminuição do percentual de gordura corporal ($p < 0,001$) e aprimoramento da condição cardiorespiratória ($p < 0,05$). (PASETTI; GONÇALVES; PADOVANI, 2007)

Uma pesquisa de Silva (2004) em que 22 mulheres de 18 a 40 anos, freqüentadoras dos programas de atividades físicas em academias, foram submetidas a uma avaliação antropométrica inicial, seguida de 5 sessões por semana de trabalhos aeróbios. O trabalho aeróbio constava de treinamento intervalado, proposto por 40 minutos em esteira, devendo ser atingido 90% da FCmáx. Ao atingir a freqüência de trabalho estipulada, a intensidade diminuiria para uma freqüência cardíaca entre 120 e 130 bpm. Após 12 semanas de treinamento as alunas se submeteram a uma nova avaliação antropométrica e tiveram seus percentuais de gordura comparados, analisando os resultados obtidos no início e no final do estudo. O estudo concluiu que o treinamento intervalado por meio de um aporte maior de oxigênio e um gasto maior de calorias a cada sessão de treinamento possibilitou uma redução com nível de

significância considerável, do percentual de gordura nas mulheres avaliadas, Porém, em relação à redução do percentual de gordura, o treinamento intervalado torna-se mais eficiente devido aos efeitos que o excesso de oxigênio consumido pós-exercício têm sobre a atividade intensa, fazendo com o gasto calórico seja maior do que em um trabalho com intensidade baixa.

É importante lembrar que o obeso deve passar por uma avaliação clínica rigorosa antes de iniciar os programas regulares de atividade física e deve contar com exercícios físicos supervisionados, visto que freqüentemente ele é portador de fatores de risco de doenças coronarianas e outras moléstias associadas. (FONSECA; SOUSA e SILVA; FÉLIX, 2001)

5 – METODOLOGIA

Utilizamos os seguintes tipos de investigação: a pesquisa bibliográfica que foi exposta nas primeiras partes deste trabalho e a pesquisa de campo que teve a seguinte estrutura:

5.1- Tipo de Estudo

Para melhor entender e interpretar os discursos produzidos pelos participantes da pesquisa, recorreremos aos pressupostos metodológicos da Análise de Conteúdo: Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado.

De acordo com Moreira; Simões; Porto (2005) a análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado consiste numa técnica de pesquisa de abordagem qualitativa que utiliza o rigor, a radicalidade e a contextualização, buscando compreender e interpretar os relatos dos sujeitos da pesquisa, através de suas opiniões sobre determinado assunto.

... o fundamento justificador desta proposta de pesquisa, calcada numa abordagem científica qualitativa de um determinado fenômeno situado, é o de tentar desvelar os significados de discursos proferidos por corpos que apresentam experiências significantes, como veículos de comunicação com o mundo, ou mais precisamente, corpos como expressões possíveis de seres-no-mundo. (MOREIRA; SIMÕES; PORTO, 2005, p. 108)

A metodologia prevê o registro na íntegra das respostas das participantes, as quais foram previamente gravadas com o consentimento das mesmas.

Em seguida, foram levantados indicadores através dos discursos das participantes, que serviram para a elaboração de categorias separadas por convergência e divergência de idéias. Posteriormente, as categorias foram analisadas, buscando respostas para as perguntas geradoras as quais possibilitaram a compreensão dos objetivos propostos inicialmente.

5.2 - Local da Pesquisa

A investigação foi realizada em 01 Unidade de Saúde da Família (USF), de caráter público, localizada na cidade de Botucatu, no Estado de São Paulo.

De acordo com pesquisa realizada perante a Prefeitura Municipal, a cidade de Botucatu possui 07 Unidades de Saúde da Família.

A opção desta cidade ser a sede de nossa pesquisa, foi a viabilidade de residirmos e atuarmos, como profissionais neste local no município anteriormente mencionado.

Para a definição real do local de pesquisa, foram estabelecidos os seguintes critérios:

- 1 Permissão junto à Coordenadoria do Programa de Saúde da Família de Botucatu (Apêndice A);
- 2 Unidade de maior acessibilidade ao pesquisador;

5.3 – População de Estudo

Na USF investigada há registro de 321 mulheres com idades entre 40 e 59 anos que são atendidas por este programa, sendo o foco deste estudo as que tivessem sobrepeso ou obesidade.

Para se estabelecer a população de estudo da pesquisa foram adotados os critérios de inclusão.

- 1 Apresentar sobrepeso ou obesidade definido por meio do índice de massa corporal (IMC);
- 2 Ter freqüentado, a Unidade de Saúde investigada durante o ano de 2008.
- 3 Concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Do número total de 321 mulheres cadastradas na USF escolhida para o estudo, 138 estavam obesas e/ou com sobrepeso e destas 138 mulheres, 55 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aceitando participar da pesquisa. Portanto a população real de estudo foi de 55 participantes.

O termo de consentimento foi distribuído na unidade com bastante antecedência, para que a possível população de estudo pudesse analisar se desejaria ou não participar da pesquisa.

Ao concordarem, foi agendada uma entrevista, e uma cópia do termo de consentimento ficou com as entrevistadas e outra com a pesquisadora.

Gostaríamos de deixar claro que, a entrevistada poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, se achasse necessário e que a mesma não teria nenhum ônus financeiro em participar do estudo.

5.4 – Instrumento de Pesquisa

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário adaptado de Silva (2007) visando identificar os dados pessoais dos sujeitos da investigação, como o modelo do apêndice C.

Foi realizada também uma entrevista estruturada com as seguintes perguntas geradoras: “O que é corpo para você” e “Como você vê seu corpo”. A voluntária participante da pesquisa teve total direito à espontaneidade nas respostas relacionadas às perguntas geradoras, sendo que antes da entrevista a mesma recebeu explicações sobre o estudo.

Para que o estudo pudesse ocorrer a pesquisadora entrou em contato prévio com a coordenadoria das Unidades de Saúde da Família do Município e posteriormente com as enfermeiras e médicos da unidade para esclarecer os objetivos da pesquisa. Após permissão dos mesmos, igual procedimento foi realizado com as possíveis entrevistadas buscando agendar dias, horários e local para a realização das entrevistas, sendo estes definidos conjuntamente com as participantes da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, as quais estão no anexo 1 do trabalho.

6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 - CONHECENDO OS PARTICIPANTES

Este momento do estudo tem como objetivo apresentar os dados pessoais das participantes, identificados por meio da aplicação dos questionários (Apêndice C).

Destacamos que não é o foco desta dissertação de mestrado confrontar os dados que caracterizam as participantes com a análise das categorias das perguntas geradoras, mas apenas apresentar a singularidade do grupo investigado.

Vale destacar que serão apresentados os dados pessoais das respondentes (idade, estado civil, escolaridade, profissão, prática de exercícios físicos, tipo de exercício praticado, frequência semanal dos exercícios, número de filhos, renda, prática de dieta alimentar, problemas de saúde referidos e Índice de Massa Corporal) seguidos da análise destes.

Participaram deste estudo, 55 mulheres com a faixa etária de 40 a 59 anos.

6.1.1- DADOS PESSOAIS

A – IDADE

Nahas (2001) divide a vida adulta da seguinte maneira: vida adulta jovem (20 a 39 anos), meia idade (40 a 59 anos) e terceira idade (60 anos em diante).

De acordo com dados do IBGE (2004) daqui a 26 anos o Brasil deverá ter 237,7 milhões de habitantes e 40% da população estará no grupo de idade entre 30 e 60 anos.

Observando os dados expostos, a faixa etária de nossa pesquisa encontra-se na meia idade, pois das 55 mulheres entrevistadas, 13 participantes têm idades entre 40 – 44 anos. A faixa etária correspondente entre 45 – 49 anos acomete 11 participantes. Envolvidas na faixa etária entre 50 – 54 anos encontram-se 12 mulheres e com idades mais avançadas, ou seja, entre 55 – 59 anos temos 19 sujeitas. Percebemos então uma população de estudo com faixas etárias bastante heterogêneas, em que algumas mulheres estão entrando na meia idade e outras estão no final, já se preparando para entrar na terceira idade como mostra a Figura 1.

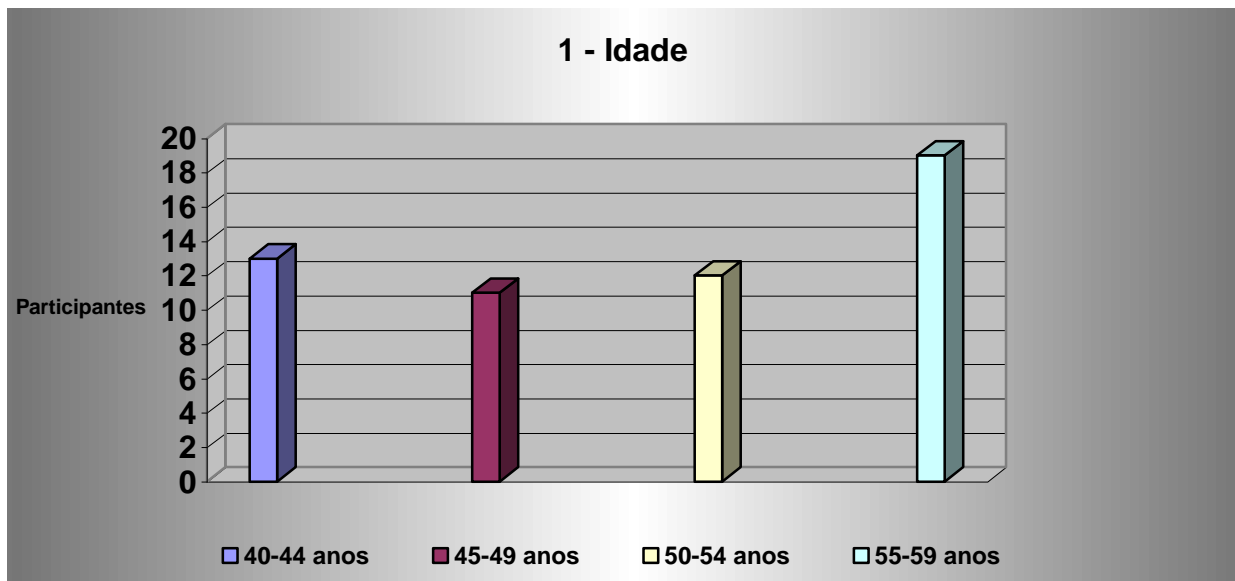


Figura 1. Distribuição da idade das mulheres entrevistadas.

B – ESTADO CIVIL

Segundo o IBGE a comparação da década de 90 com os dados de 2002, mostrou queda de 4% no número de casamentos realizados. Na comparação com 2001, o aumento no número de uniões legais foi de 1%. No entanto, essa queda no número de casamentos ao longo dos anos não foi ordenada: o menor número de uniões legais (697 mil) foi registrado em 1998, e o maior (786 mil), em 1999. O aumento de quase 90 mil casamentos observado de um ano para outro (a maioria para legalizar as uniões consensuais já existentes) foi influenciado pela realização de casamentos coletivos, numa parceria entre as prefeituras e a Igreja Católica. Em 2002, essa iniciativa repetiu-se, mas de uma forma menos intensa à observada em 1999. (IBGE, 2004)

O § 3º do artigo 226 da Constituição Federal (1988) dispõe que: “Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento”.

Já em relação às dissoluções de casamento, entre 1991 e 2002, houve aumento de (30,7%) no número de separações e de (55,9%) no de divórcios. Este resultado é reflexo, em parte, do ingresso da mulher no mercado de trabalho, garantindo maior independência do cônjuge. (IBGE, 2004)

Analisando o estado civil das mulheres entrevistadas, os resultados mostram que das 55 participantes, 27 são casadas, 6 são solteiras, 3 estão separadas e/ou divorciadas, 6 estão viúvas e 13 estão em união estável (ou seja, vivem há mais de 5 anos com o atual companheiro), como apresentado na figura a seguir. A grande maioria das entrevistadas relata estar casada ou vivendo maritalmente com um companheiro. Poucas, ou seja, 3 são separadas e em igual número vêm as solteiras e viúvas, totalizando 12 mulheres.

Notamos que a realidade de nossas participantes não condiz com o que foi apresentado nos dados do IBGE, isso talvez por não ter sido especificada a faixa etária analisada pelo IBGE.

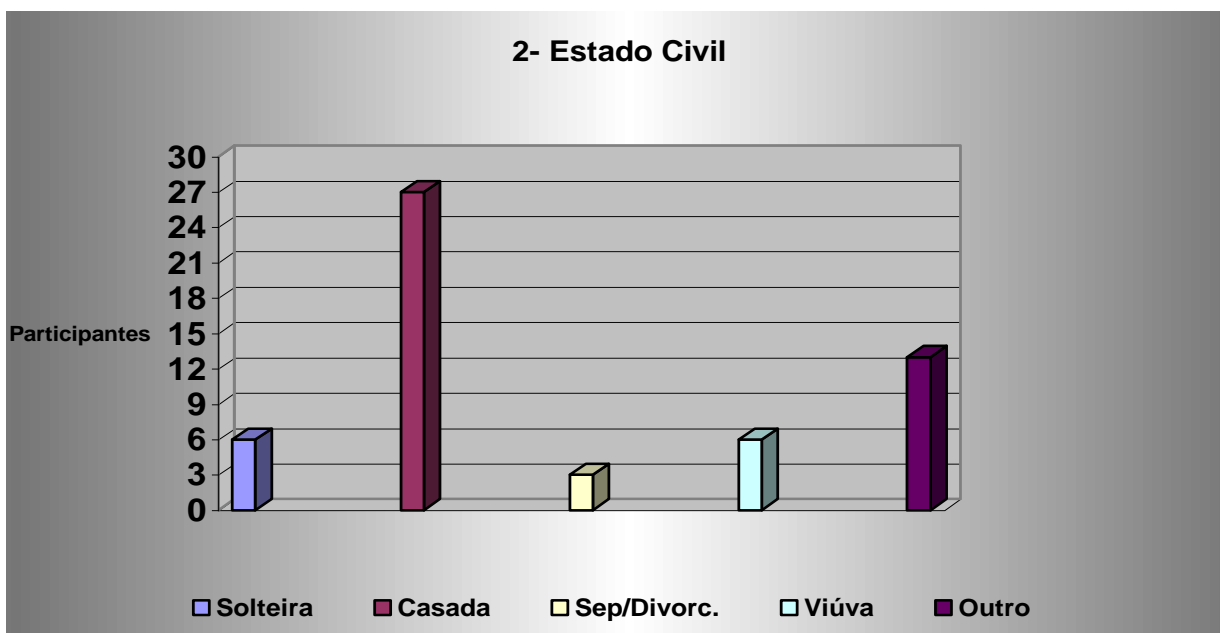


Figura 2. Distribuição do estado civil das mulheres entrevistadas.

C- ESCOLARIDADE

De acordo com o nível de escolaridade das participantes, encontramos como resultado da figura 3 que: 7 nunca freqüentaram a escola, 37 delas cursaram o ensino fundamental, porém não o completaram, 6 concluíram o ensino fundamental e 5 cursaram o ensino médio.

A predominância de escolaridade das participantes é a do Ensino Fundamental Incompleto, seguida por um número equiparado de participantes que: nunca freqüentaram a escola, concluíram o Ensino Fundamental e bem como o Ensino Médio.

Esse dado remete que o acesso ao ensino no Brasil há poucas décadas, era bastante limitado e o mercado de trabalho pouco necessitava de mão de obra especializada. Olhando para a história da sociedade brasileira a educação com vistas a um futuro profissional e o investimento em uma carreira eram bem menos valorizados para as mulheres do que para os homens, isto devido à distinção social feita entre feminino e masculino quanto aos papéis e capacidades (DEL PRIORE, 1997). À mulher cabia a função de cuidar das tarefas domésticas e se casada, deveria cuidar do marido e dos filhos.

Estudos da Fundação Carlos Chagas (2008) mostram que o nível de escolaridade formal da população brasileira tem se elevado continuamente através dos anos. Em 1976, 35% de homens e mulheres não tinham nenhuma instrução ou haviam cursado menos de um ano de escola. Já em 2002, aproximadamente 12% dos homens e das mulheres brasileiras apresentavam nível de escolaridade tão incipiente. Em 1999, 23% dos brasileiros e 27% das brasileiras puderam contabilizar uma trajetória escolar com 9 anos de estudo e mais, correspondente aos graus médio e universitário de ensino. No ano de 2002, as proporções de homens e mulheres que conseguiram chegar até esses níveis de escolaridade aumentaram com as mulheres brasileiras na frente: 31% delas e 28% deles.

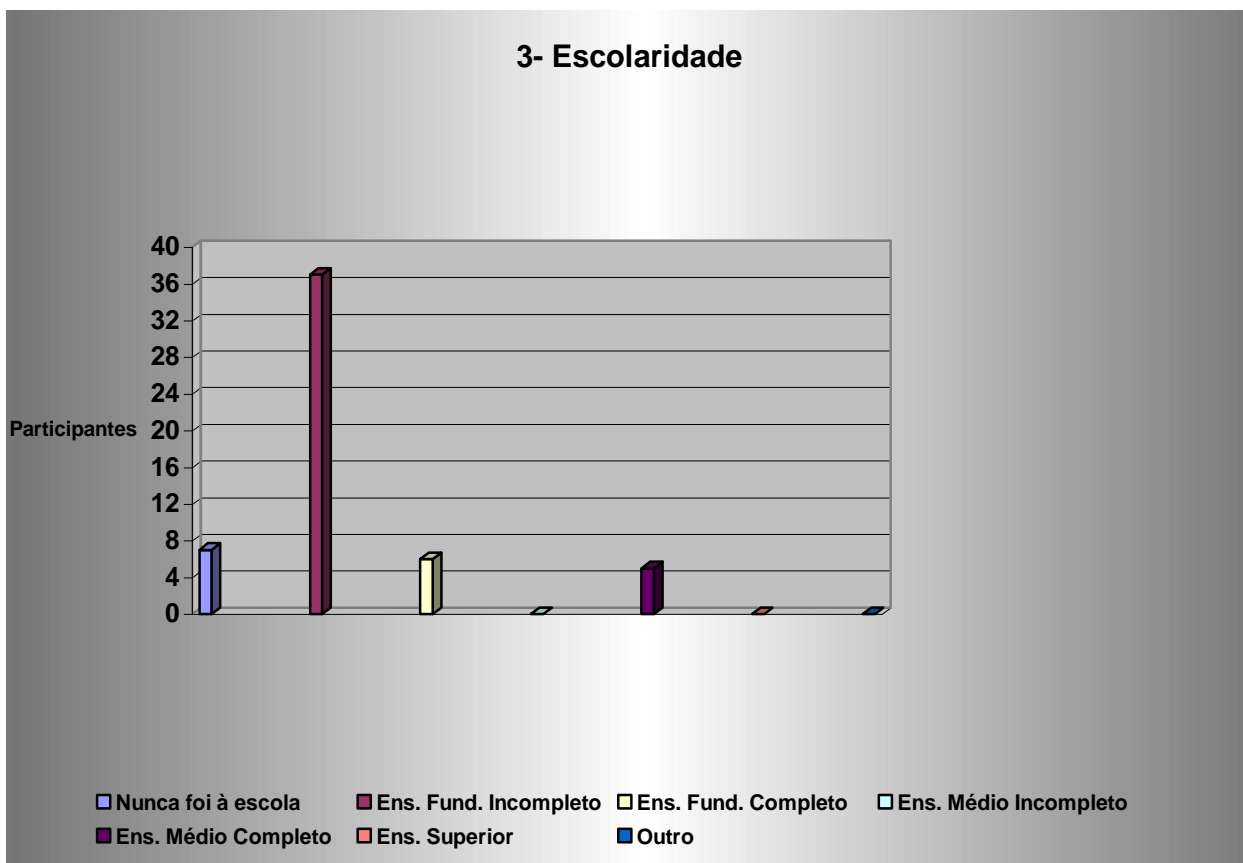


Figura 3. Distribuição do nível de escolaridade das mulheres entrevistadas.

D - PROFISSÃO

Segundo pesquisas da Fundação Carlos Chagas (2008) a partir da década de 70 até os dias de hoje, a participação das mulheres no mercado de trabalho tem apresentado uma espantosa progressão. Se em 1970 apenas 18% das mulheres brasileiras trabalhavam, em 2002, metade delas estavam em atividade. A associação entre escolaridade e participação das mulheres no mercado de trabalho é intensa. Assim como os homens, a atividade das mulheres aumenta entre os que têm mais de 8 anos de estudo (que corresponde à escolaridade obrigatória do primeiro grau), mas são aquelas que têm nível superior de ensino (15 anos ou mais) as mais ativas, com uma taxa de 83% em 2002, ou mais de uma vez e meia a taxa de atividade feminina em geral. Em 1970 apenas 19% e 15%, respectivamente, das mulheres com idade entre 40 e 49 anos e 50 e 59 anos estavam ativas, em 2002 as taxas de atividade nas mesmas faixas etárias eram, respectivamente, 66,7% e 50%.

Essa realidade não está presente em 58,2% das mulheres entrevistadas, pois em nosso estudo, 32 delas são donas-de-casa, ou seja, cuidam de afazeres domésticos, ao passo que 41,8% delas exercem atividade remunerada, sendo que 14 trabalham como doméstica em “casa de família” e 9 trabalham em outras profissões (costureira – 2, lavoura – 2, promotora de vendas – 1, bancária – 1, comerciante – 1, auxiliar de enfermagem – 1 e cozinheira – 1) conforme demonstrado na figura 4.

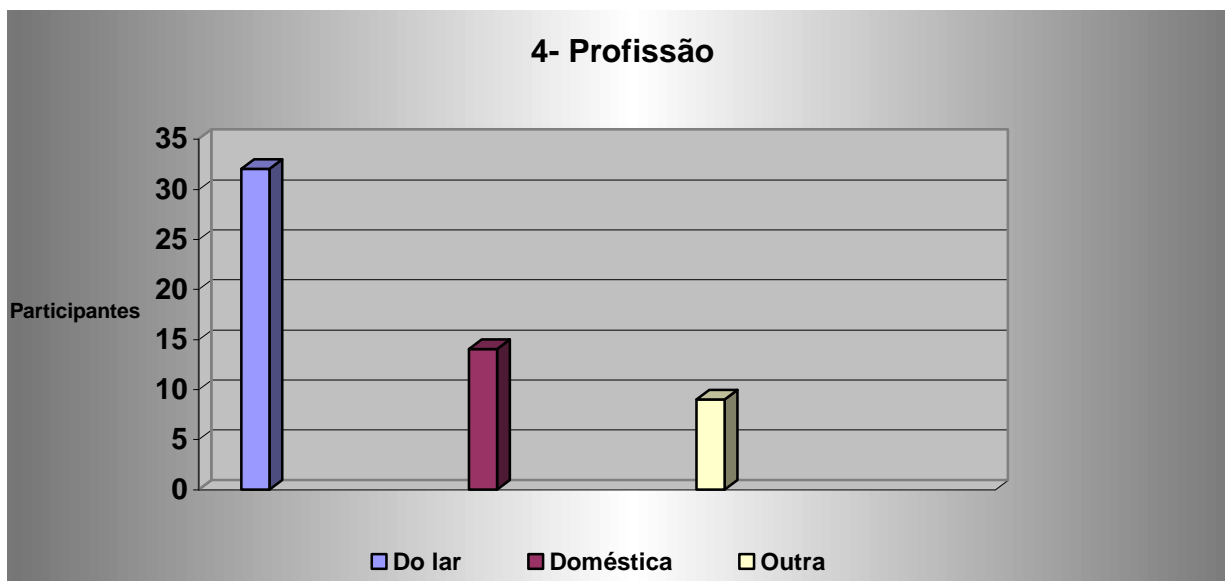


Figura 4. Distribuição das profissões das mulheres entrevistadas.

E – PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Segundo a World Health Organization (2005), a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e de mama, assim como de diabetes tipo II. Atua também na prevenção ou redução da hipertensão arterial, da osteoporose, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), promove bem-estar, diminuindo o estresse, a ansiedade e a depressão. O veloz crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo observado tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento.

O aumento da expectativa de vida em todo o mundo tem trazido à humanidade desafios de ordem política, econômica e social. Aliado ao aumento da população idosa,

a predominância do sedentarismo, principalmente em nações desenvolvidas e em desenvolvimento, tem preocupado as entidades internacionais ligadas à saúde pública. A literatura tem informado que a faixa etária a partir dos 50 anos representa o grupo mais sedentário da fase adulta. O conceito de atividade física como um hábito na vida das pessoas, tem sido bem pesquisado e apontado como uma das estratégias a serem utilizadas para a melhora da qualidade de vida. (CARVALHO; FORTI, 2008)

Pesquisas demonstram que a atividade física regular fornece às pessoas, tanto homens quanto mulheres, milhares de benefícios físicos, sociais e mentais. (OMS, 2003)

Como já enfatizado, a obesidade está relacionada além da inatividade física, com a baixa escolaridade, pobreza, desconhecimento, idade e sexo. Quanto maior o nível educacional, menor a prevalência de obesidade.

Para Ferreira (2003) os grupos sociais privilegiados demonstram estar mais conscientes sobre as desordens ocasionadas pela obesidade em que é possível verificar mudanças comportamentais em torno do estilo de vida. Assim, é freqüente observar nesses grupos a adesão a uma alimentação “mais saudável”, bem como, a prática de modalidades esportivas e atividades físicas de lazer. A disponibilidade de informações e recursos materiais para esse fim tem favorecido a incorporação de ações de combate e prevenção a obesidade.

... os grupos de baixa renda têm vivenciado com maior impacto os conflitos e danos relacionados à obesidade. E para este grupo, em particular, os prejuízos revelam-se mais graves. Neste sentido, ao mesmo tempo em que a pobreza parece produzir a obesidade implica também limitações no empenho de medidas preventivas. A pouca informação acerca dos benefícios da prática de exercícios físicos e as dificuldades materiais a que estão submetidos em seu cotidiano de vida reduzem as chances do grupo de reorientar seu perfil de atividades físicas. (FERREIRA, 2003, p. 101)

Quando analisamos o perfil das mulheres entrevistadas quanto à prática de exercícios físicos, pudemos constatar que das 55 participantes, 24 relatam praticar e 31 não fazem nenhum tipo de exercício físico, o que pode ser visualizado na figura 5, e que corrobora em parte com os estudos anteriormente citados, sendo que há uma

diferença de 12,7% de mulheres que não realizam exercícios físicos para as que realizam.

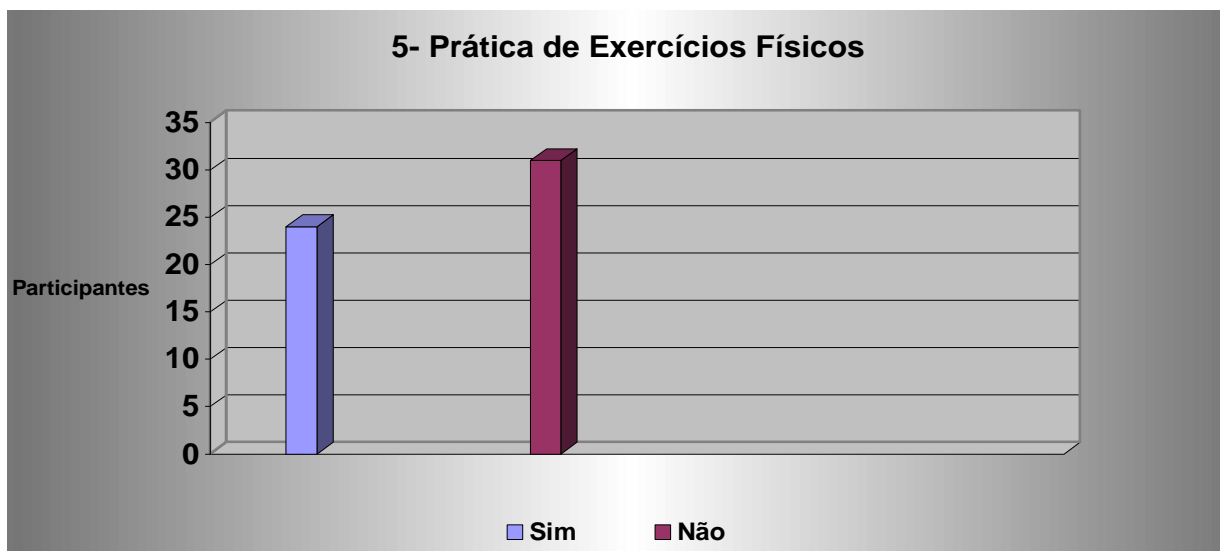


Figura 5. Distribuição das respostas sobre a prática de exercícios físicos.

F – TIPO DE EXERCÍCIO FÍSICO PRATICADO

Conforme já visto na figura anterior, há 24 participantes que realizam exercícios físicos. Os tipos de exercícios escolhidos por elas são a caminhada com 18 participantes, a ginástica localizada com 4 mulheres praticantes e das quatro, duas delas ainda incluem o alongamento em sua rotina de exercícios há ainda a esteira e bicicleta com 1 participante em cada uma das modalidades, conforme exposto na figura 6. Ainda segundo relatos das mulheres, pudemos concluir que 83,3% das participantes praticam exercícios sem orientação de profissionais, enquanto que 16,7% possuem orientação de professores de Educação Física, pois freqüentam academias de ginástica. A caminhada por ser uma atividade que não necessita de recursos financeiros, foi aquela com um maior número de adeptas e as participantes que disseram utilizar a esteira e bicicleta, relataram possuir os equipamentos em casa.

De acordo com Schneider (2008) a prática da caminhada é segura, tem baixo custo, é acessível à quase todas as pessoas e traz benefícios inquestionáveis à saúde. Diminui níveis de pressão, de glicemia e gorduras no sangue. Auxilia na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade. É um remédio natural,

sem custos nem efeitos colaterais e com enormes benefícios cardiovasculares. Os riscos da caminhada são praticamente nulos, mas existe como em qualquer outra atividade uma possibilidade remota de lesões, embora não aconteça com frequência por ser uma atividade de baixo impacto.

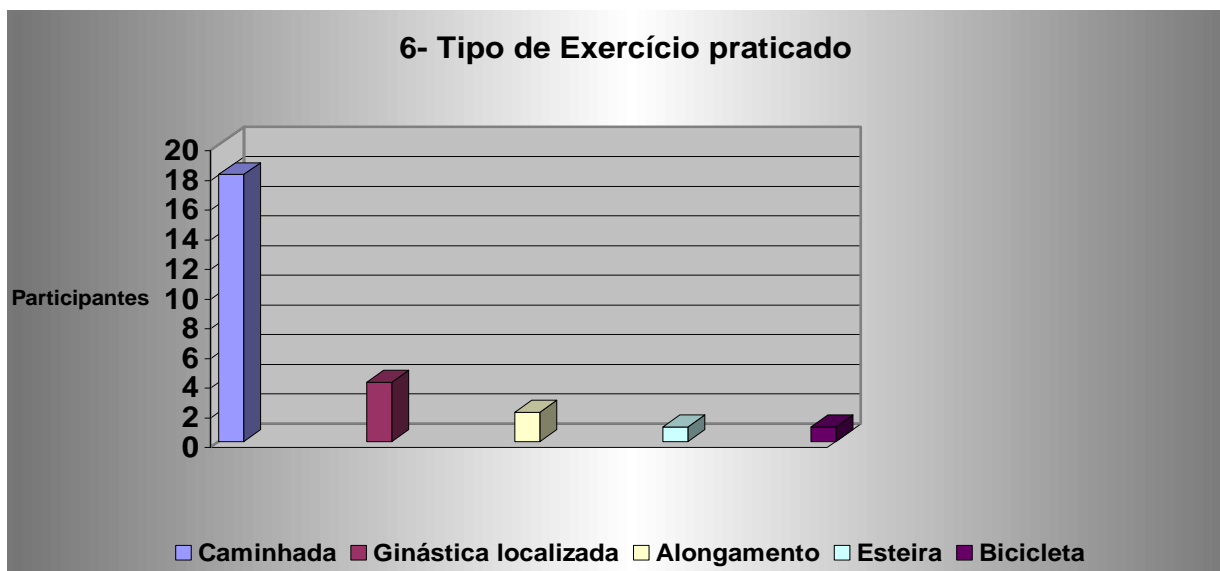


Figura 6. Distribuição do tipo de exercício físico praticado pelas participantes.

G – FREQUÊNCIA SEMANAL DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS PRATICADOS

A nossa investigação mostra que das 24 participantes que realizam exercícios físicos, 1 delas o faz 6 vezes por semana, 9 mulheres os realiza 5 vezes, 1 com 4 vezes, 7 com 3 vezes e 6 com 2 vezes semanalmente como indica a figura 7.

Em nossa população de estudo houve predominância na quantidade de mulheres que não praticam exercícios físicos, entretanto das 24 pesquisadas que relatam praticá-los, a grande maioria, ou seja, 18 delas os realiza 3 vezes na semana ou mais, o que é recomendado pelo American College of Sports Medicine - CDC/ACSM enquanto que apenas 6 os faz 2 vezes por semana. (CDC, 2000)

Por recomendação do CDC/ACSM (Center for Disease Control/ American College of Sports Medicine) todo indivíduo deve acumular ao menos 30 minutos de atividade física, na maioria dos dias da semana, em atividade de intensidade moderada, de forma contínua ou acumulada. (CDC, 2000)

Atualmente, estima-se que 60% da população mundial não pratica atividade física suficiente, nem para cumprir essa modesta recomendação. Nas Américas, a falta de atividade física em adultos é de 17%. Outra estimativa indica entre 31-51% das pessoas praticam exercícios de maneira insuficiente, ou seja, menos que duas horas e meia por semana de atividade moderada. (OMS, 2003).

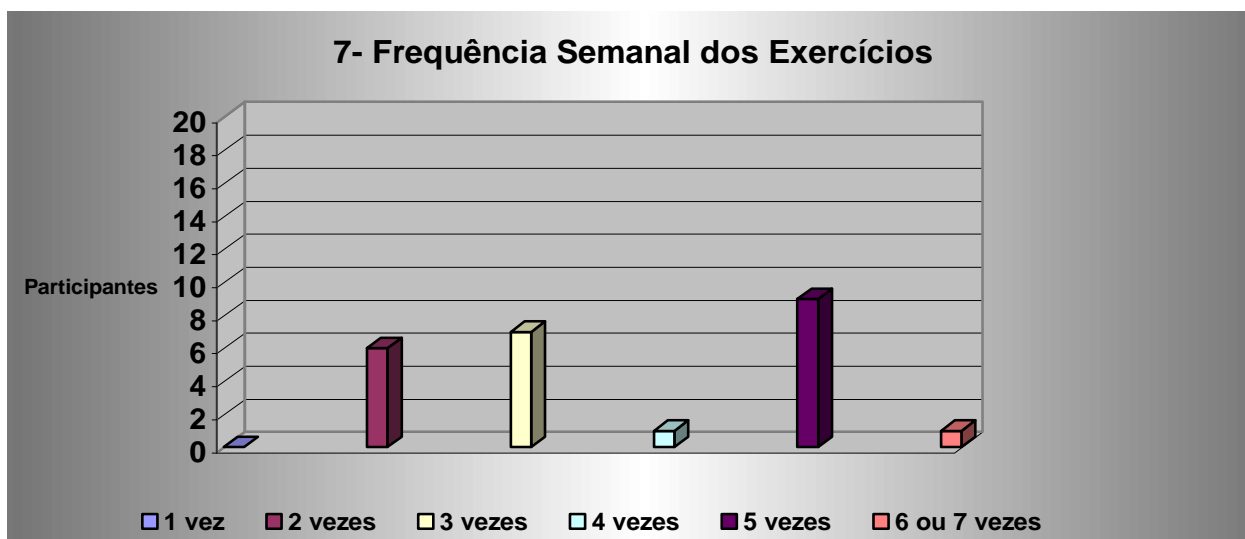


Figura 7. Distribuição da frequência semanal de exercícios físicos praticados pelas participantes.

H – NÚMERO DE FILHOS

Pudemos constatar em nosso estudo que 3 participantes não possuem filhos, 6 tem 1 filho, 08 tem 2 filhos, 19 possuem 3 filhos, 11 possuem 4 filhos e 8 tem 5 ou mais filhos de acordo com a figura 8.

Neste caso o número de filhos da maioria das participantes é pequeno, ou seja, 65,5% delas possuem de 0 a 3 filhos, enquanto que 34,5% tem 4 ou mais filhos. Este dado está próximo da realidade do Brasil que mostra que a taxa de fecundidade das brasileiras passou de 6,28 filhos por mulher, em 1960, para 2,38 no ano 2000, o que representa uma queda de 62,1%, de acordo com pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) levantada no Censo 2000. Entretanto a população continuará crescendo, embora em taxas cada vez menores: dos 3% ao ano entre 1950 e 1960, a taxa caiu para 1,44% ao ano em 2004, cairá para 0,24% em 2050 e, finalmente, para zero em 2062, quando a população brasileira começará a diminuir. (IBGE, 2004)

A redução, segundo o Instituto, se deu devido à diminuição acentuada da fecundidade no Sudeste, já registrada em 1970, como reflexo de ser a região mais urbanizada do país (o que proporciona maior acesso aos meios contraceptivos e o que permite a inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho) e ao aumento da esterilização feminina, sobretudo na década de 80, que passou a exercer um papel importante na limitação do número de filhos. (FOLHA ONLINE, 2003; IBGE, 2004)

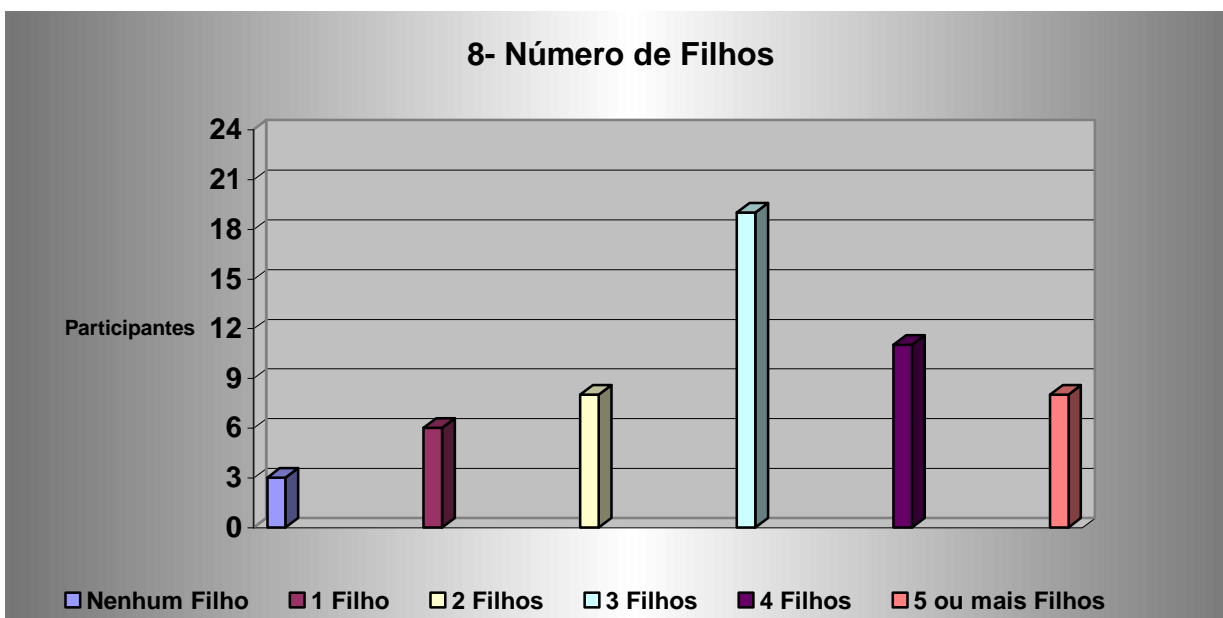


Figura 8. Distribuição do número de filhos das participantes.

I – RENDA

De acordo com pesquisas do Dieese (2005) o Brasil ocupa uma posição extremamente desfavorável no conjunto dos países quanto à distribuição de renda. Apesar de se situar entre os países de renda *per capita* média, todos os indicadores apontam para uma enorme desigualdade de sua distribuição. Em função disso, pode-se dizer que o Brasil não é um país pobre, mas um país de muitos pobres.

A Síntese dos Indicadores Sociais 2008 mostra que, entre 1997 e 2007, caiu de 31,6% para 23,5%, o percentual de famílias com rendimento familiar *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, considerando que o rendimento familiar é importante na questão do analfabetismo. No conjunto da população que vivia com rendimento familiar *per capita* de até meio salário mínimo, cerca de 18% eram analfabetos em 2007; já nas classes de

rendimentos superiores a dois salários mínimos, o percentual era de 1,4%. (IBGE, 2008)

Os estudos do IBGE demonstram que a percepção de bem-estar das pessoas sofre influência segundo sua posição em relação a um determinado grupo de referência, sendo que vários fatores podem influenciar nessa percepção: características do local em que vivem; a percepção do grau de desigualdade; efeito migração que leva as pessoas a se compararem não com o seu local atual de moradia, mas com o local de origem; ou mesmo um efeito geracional. (IBGE, 2003)

A ausência de bem-estar está associada à insuficiência de renda, à nutrição, à saúde, à educação, à moradia, aos bens de consumo e aos direitos de participação na vida social e política da comunidade em que vivem. (IBGE, 2003)

Analisando a figura 9, verificamos que 7 participantes (12,7%) declaram possuir uma renda familiar suficiente para cobrir as necessidades familiares, 25 (45,4%) relatam possuir renda razoável e 23 participantes (41,9%) dizem ser insuficiente a renda de sua família.

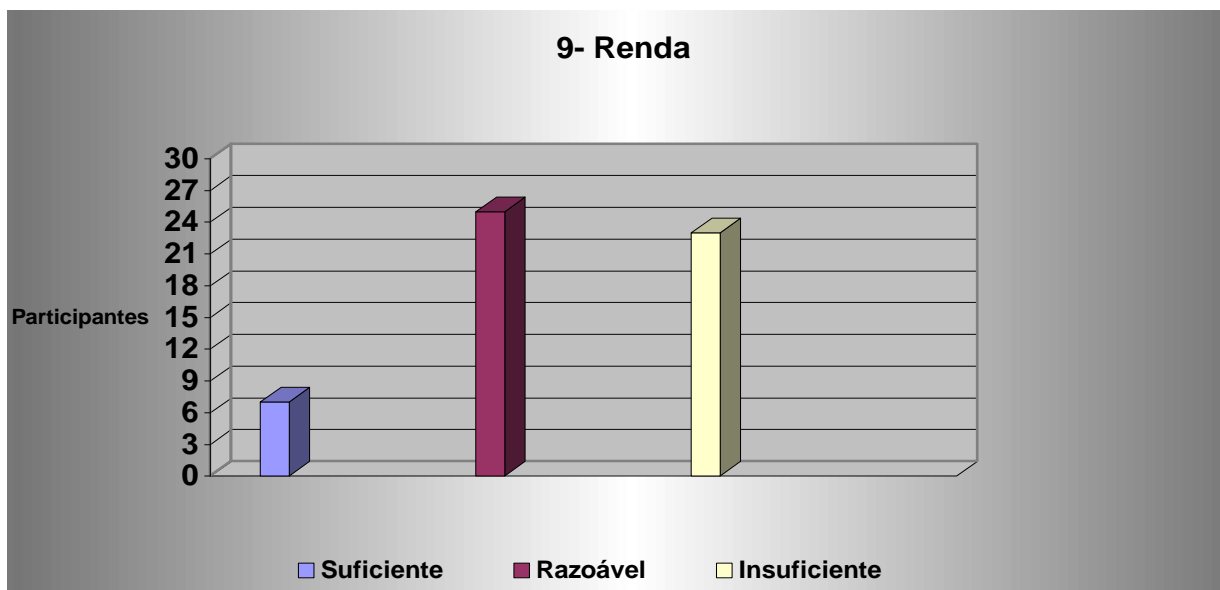


Figura 9. Distribuição da renda das participantes.

J - PRÁTICA DE DIETA ALIMENTAR

O padrão alimentar do brasileiro, assim como em diversos lugares do mundo, tem sofrido transformações, como o aumento no consumo de produtos industrializados,

maior ocorrência de alimentação fora de casa e substituição de refeições tradicionais por lanches, acarretando em consumo excessivo de gordura e açúcar, além da diminuição do consumo de fibras. (OMS, 2003)

Para Bleil (1998) a fome hoje é resultante não só da pouca disponibilidade alimentar para os grupos de baixa renda, mas também da diminuição da qualidade dos alimentos, excessivamente industrializados, evidenciando a anemia e a obesidade como grandes problemas de saúde pública que atinge todos os estratos sociais. Estudos sobre a qualidade dos alimentos disponíveis nos domicílios das famílias brasileiras identificaram reduzidas disponibilidades médias de vitaminas e minerais, principalmente na área urbana.

Observando a figura 10 sobre as respostas das participantes quanto a adoção de dieta alimentar, notamos que 20 delas (36,3%) fazem dieta, enquanto as outras 35 participantes (63,7%) alegam não fazer dieta alimentar, sendo que das 20 mulheres que realizam dietas, 9 (45%) recebem acompanhamento nutricional de médicos ou nutricionistas.

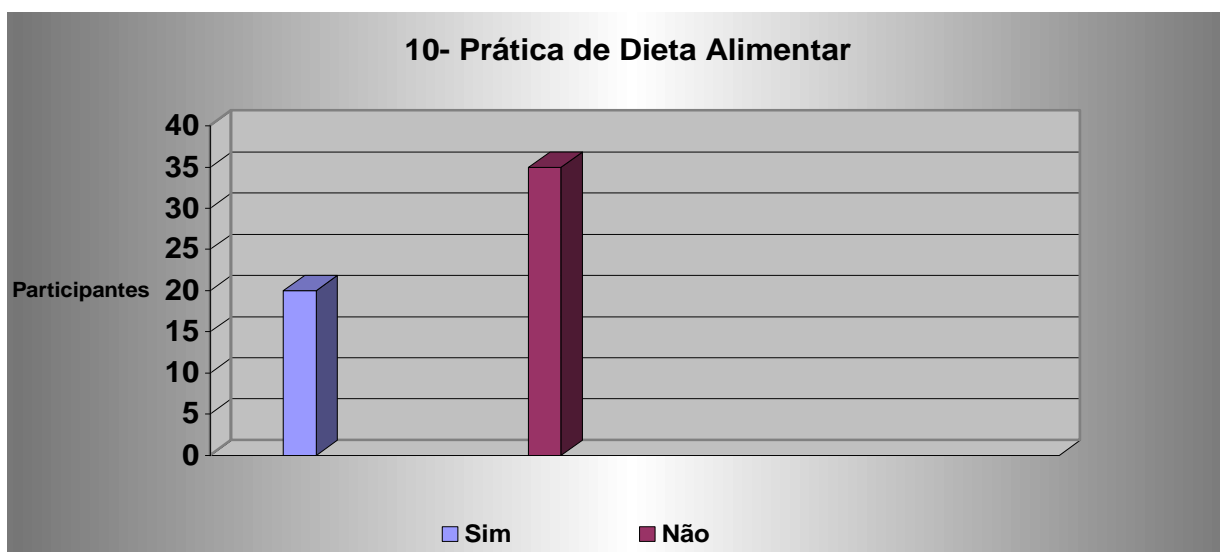


Figura 10. Distribuição das respostas sobre a prática (atualmente) de dieta alimentar pelas participantes.

L – PROBLEMAS DE SAÚDE RELATADOS

Como visto na revisão de literatura, a pessoa obesa desenvolve sentimentos de depressão e ansiedade, bem como, problemas articulares, infecções cutâneas

causadas por fungos e bactérias, além disso, por sobrecarregarem a coluna vertebral e os membros inferiores, podem apresentar a longo prazo degenerações (artroses) de articulações da própria coluna, do quadril, joelhos, tornozelos; doença varicosa superficial e profunda (varizes). (TRAVADO et al, 2004))

Outras conseqüências das doenças crônicas, dentre elas a obesidade, podem são descritas pela OMS (2003, p. 7):

As doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, principalmente doenças cardiovasculares, diabete, obesidade, câncer e doenças respiratórias. Gradativamente o problema afeta as populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Isso é reflexo das grandes mudanças que vêm ocorrendo no estilo de vida das pessoas no mundo, sobretudo nos hábitos alimentares, nos níveis de atividade física e no fumo.

Quando perguntamos às participantes quais os “problemas de saúde” elas consideravam que desenvolveram no último ano, os que mais apareceram foram dores na coluna (41 vezes – 74,5%), hipertensão (40 vezes – 72,7%), visão (35 vezes – 63,6%), problemas nas articulações (32 vezes – 58,1%), estresse (31 vezes – 56,3%), insônia (26 vezes – 47,2%), depressão (25 vezes – 45,4%), problemas cardíacos (13 vezes – 23,6%), diabetes (13 vezes – 23,6%), problemas respiratórios (11 vezes – 20%) e problemas de pele (5 vezes – 9,1%) conforme podemos visualizar na figura 11.

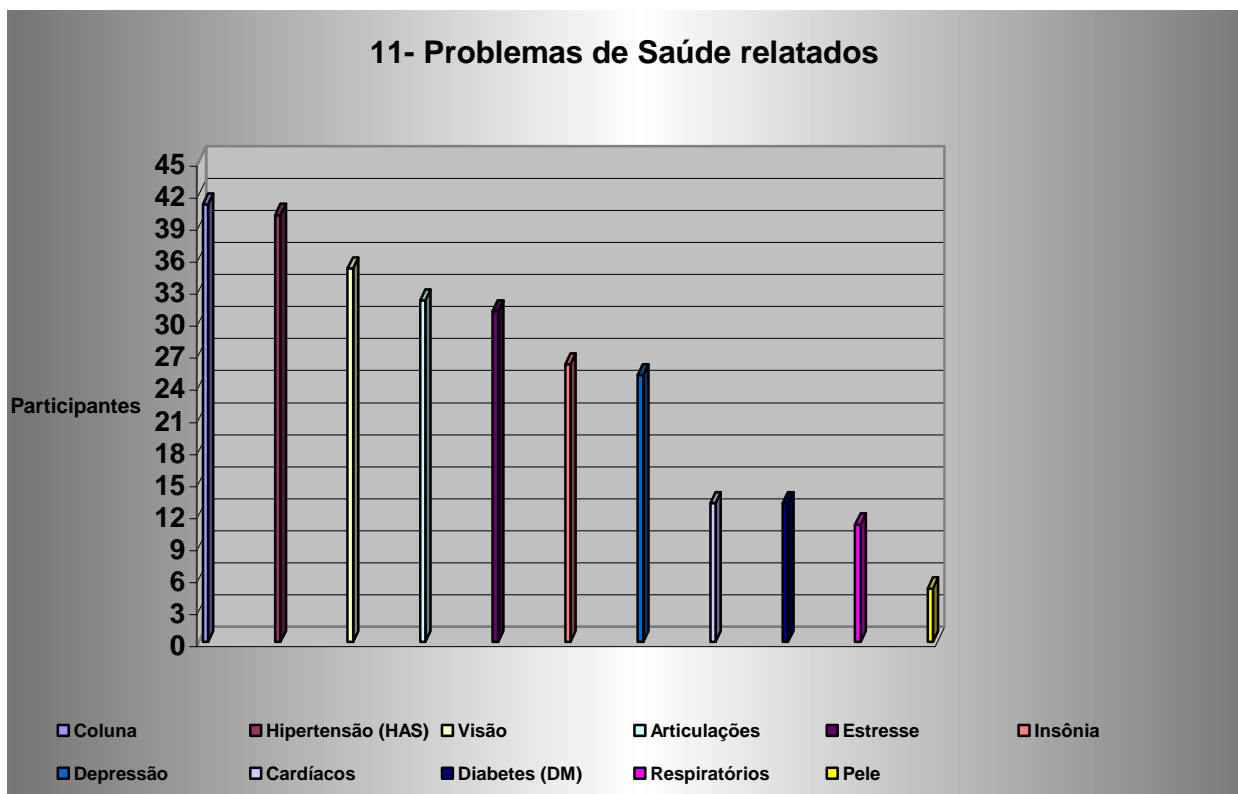


Figura 11. Distribuição das respostas sobre problemas de saúde relatados pelas participantes no ano de 2007.

M – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

Optamos por calcular o índice de massa corporal para verificar o grau de obesidade das participantes, mesmo sabendo de suas limitações, por ser um método de fácil e rápida realização e aplicação.

Como já descrito anteriormente a Organização Mundial de Saúde avalia o excesso de peso de acordo com o índice de massa corporal dividindo o peso em (kg) pela altura ao quadrado (m^2).

De acordo com a figura 12, 18 participantes (32,7%) encontram-se com sobrepeso, 15 (27,2%) com obesidade grau I, 12 (21,8%) com obesidade grau II e 10 (18,2%) com obesidade III conforme cálculo do índice de massa corporal (IMC) realizado durante o estudo.

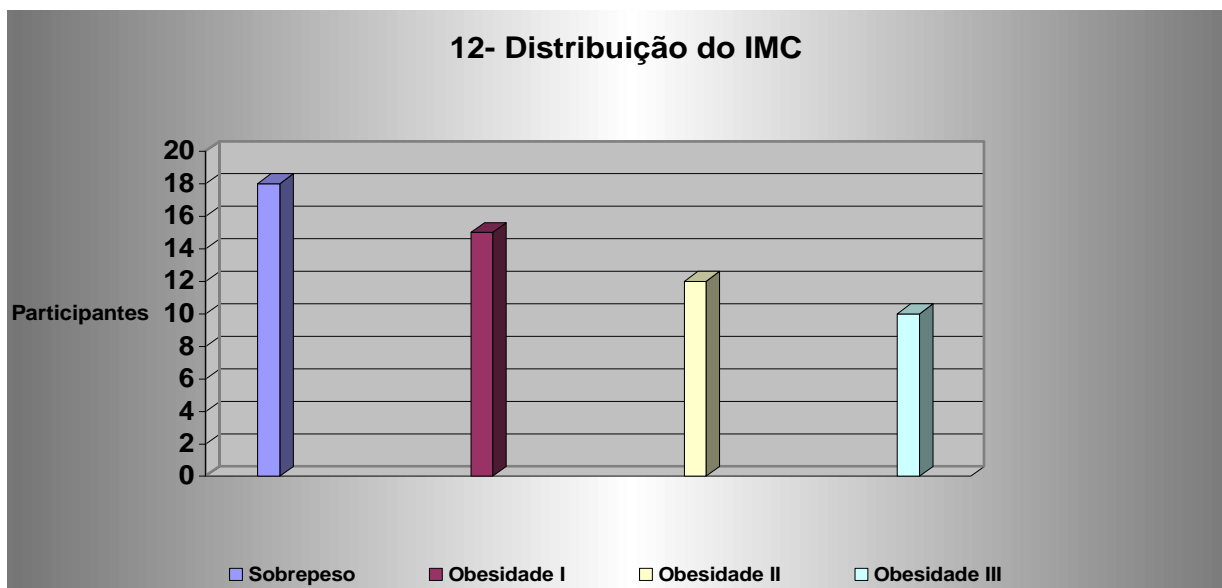


Figura 12. Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) das participantes.

6.2 - OS SIGNIFICADOS DOS DISCURSOS

Este momento tem como foco apresentar os indicadores das respostas das participantes às perguntas geradoras, oriundas das transcrições dos discursos das mulheres (que estão nos anexos 1 e 2), as categorias e análises, referentes à pergunta geradora 1 (Categoria de Análise A) e à pergunta geradora 2 (Categorias de Análise B).

6.2.1 Indicadores das respostas - Pergunta Geradora 1: O que é corpo para você?

Participante 1

- 1) Corpo é uma máquina que precisa ser cuidada

Participante 2

- 1) Corpo é tudo
- 2) Corpo é movimentação

Participante 3

- 1) Corpo é para poder caminhar

Participante 4

- 1) Corpo é sua vida
- 2) Algo que precisa ser cuidado para se sentir bem

Participante 5

Não respondeu

Participante 6

- 1) Corpo é tudo
- 2) Corpo é a pessoa inteira

Participante 7

- 1) Corpo é um ser humano, normal, tranqüilo e bem disposto

Participante 8

- 1) Corpo é muito importante
- 2) É uma coisa muito especial

Participante 9

- 1) Corpo é algo elegante
- 2) É fininho e bonitinho

Participante 10

- 1) Corpo é tudo

Participante 11

- 1) Corpo é tronco, intestino, rim, coração

Participante 12

- 1) Corpo é tudo
- 2) Corpo é a auto-estima da pessoa

Participante 13

- 1) Corpo é tudo
- 2) Corpo é a vida

Participante 14

- 1) Corpo é algo que serve para caminhar
- 2) Algo que serve para muita coisa
- 3) Corpo é muito importante

Participante 15

- 1) É uma coisa importante
- 2) Corpo é vida
- 3) Corpo ajuda a pessoa andar
- 4) Corpo é tudo

Participante 16

- 1) É uma coisa importante
- 2) Algo que faz parte da vida da pessoa
- 3) Algo que faz parte do trabalho da pessoa

Participante 17

- 1) Corpo é vida

Participante 18

- 1) Corpo é importante
- 2) Corpo é para a pessoa andar

Participante 19

- 1) É a vida da pessoa
- 2) É tudo da pessoa

Participante 20

- 1) É maravilhoso

2) É uma coisa maravilhosa

Participante 21

1) Corpo é tudo

Participante 22

1) Corpo é tudo

2) Uma coisa muito importante na vida da pessoa

Participante 23

1) Algo que temos que ter amor

2) Algo que a pessoa deve se sentir bem

3) Algo que a pessoa deve dar valor por ser seu

Participante 24

1) Corpo é o bem estar da pessoa

2) Corpo é vida

Participante 25

1) Corpo é tudo

2) Corpo é importante

Participante 26

1) Corpo é legal

2) Corpo é tudo da pessoa

Participante 27

1) Corpo é pé, mão

2) Corpo é a pessoa completa

Participante 28

1) Corpo é onde a pessoa tem dores

Participante 29

- 1) Corpo é uma coisa que ajuda muito
- 2) Algo que tem muita utilidade

Participante 30

- 1) É uma coisa que tem que colocar roupa
- 2) É uma coisa que deve ser cuidada

Participante 31

Não respondeu

Participante 32

Não respondeu

Participante 33

Não respondeu

Participante 34

- 1) É uma igreja
- 2) Algo que precisa ser bem tratado e conservado
- 3) É um templo
- 4) Algo que precisa ser cultivado

Participante 35

- 1) É o corpo da pessoa
- 2) Algo feito por Deus

Participante 36

- 1) Corpo é normal

Participante 37

- 1) Corpo é importante para a pessoa

Participante 38

- 1) É importante para a pessoa comer, andar, falar, se movimentar

Participante 39

- 1) Uma coisa muito especial

Participante 40

- 1) Uma coisa muito importante
- 2) Algo que deve ser bem cuidado

Participante 41

- 1) Algo que deve ser zelado
- 2) Corpo é comer, beber, dormir

Participante 42

- 1) Corpo é a base, a estrutura de tudo

Participante 43

- 1) Algo que protege as partes internas da pessoa

Participante 44

- 1) Uma coisa fundamental para a pessoa

Participante 45

- 1) Algo que serve para muita coisa
- 2) Sem o corpo não dá para viver

Participante 46

- 1) Estar saudável

Participante 47

- 1) É o corpo humano (braço, perna)

Participante 48

- 1) Corpo é ser magra, bonita

Participante 49

- 1) Algo bonito, magro, esbelto

Participante 50

- 1) Algo que serve para andar, para tudo
- 2) Algo que precisa ser cuidado para ficar bonito

Participante 51

- 1) Algo que deveria ser perfeito

Participante 52

- 1) Algo que deve ser sadio, sem dores

Participante 53

Não respondeu

Participante 54

- 1) Corpo é para fazer atividade
- 2) Corpo é para fazer movimentos
- 3) Corpo é para fazer trabalhos

Participante 55

- 1) Corpo é tudo
- 2) A pessoa é corpo

6.2.2 - Categorias e Análise da Pergunta Geradora 1 (A)**O que é corpo para você?**

A partir dos discursos das participantes, passo à apresentação e interpretação das categorias identificadas. Ao fazer a análise recorreremos aos relatos das

participantes (na sua forma original), à nossa percepção como pesquisadoras e ao referencial teórico pesquisado, procurando refletir sobre as particularidades das falas. Isso tudo, a fim de buscar respostas que possam esclarecer os questionamentos desse estudo, bem como o objetivo traçado.

Para a primeira pergunta, foram elaboradas 8 categorias que são: **tudo**, com 26 participantes, **saudável** com 12 participantes, **especial** com 11 participantes, **movimento**, envolvendo 8 participantes, **máquina** com 7 participantes, **não respondeu** com 5 respostas, **protetor dos órgãos** com 3 respostas e **dádiva de Deus** com 2 respostas como mostra o Quadro 2.

- 1- Tudo (participantes 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14,15, 16, 17, 18,19, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 50, 55)
- 2- Saudável (participantes 1, 4, 7, 12, 21, 23, 30, 40, 41, 46, 50, 52)
- 3- Especial (participantes 8, 9, 12, 20, 21, 23, 24, 39, 48, 49, 50)
- 4- Movimento (participantes 2, 3, 14, 15,18, 38, 50, 54)
- 5- Máquina (participantes 1, 2, 11, 27, 29, 30, 47)
- 6- Não respondeu (participantes 5, 31, 32, 33, 53)
- 7- Protetor dos órgãos (participantes 28, 43, 52)
- 8- Dádiva de Deus (participantes 34, 35)

Quadro 2 – Distribuição das respostas das participantes sobre a concepção de corpo.

CATEGORIA PARTICIPANTE	Tudo	Saudável	Especial	Movimento	Máquina	Não respondeu	Protetor dos órgãos	Dádiva de Deus
1		X			X			
2	X			X	X			
3				X				
4	X	X				X		
5								
6	X							
7		X						
8	X		X					
9			X					
10	X							
11					X			
12	X	X	X					
13	X							
14	X			X				
15	X			X				
16	X							
17	X							
18	X			X				
19	X							
20			X					
21	X	X	X					
22	X							
23		X	X					
24	X		X					
25	X							
26	X							
27					X			
28							X	
29					X			
30		X			X			
31						X		
32						X		
33						X		
34								X
35								X
36								
37	X							
38	X			X				
39			X					
40	X	X						
41		X						
42	X							
43							X	
44	X							
45	X							
46		X						
47					X			
48			X					
49			X					
50	X	X	X	X				
51								
52		X					X	
53						X		
54				X				
55	X							
TOTAL	47,3	21,8	20	14,5	12,7	9,1	5,4	3,6

Análise da pergunta 1- O que é corpo para você?

Tudo

A categoria **Tudo** representa vida, importante, base, estrutura e fundamental. Nesta tivemos 26 respostas, sendo que as participantes 2, 6, 10, 12, 13, 16, 19, 21, 22, 25, 26 e 55 usaram a palavra tudo em suas falas, as participantes 4, 13, 15, 16, 17, 19, 24, 40 e 45 referiram-se a um tudo relacionado à vida, ou seja, corpo é vida, ou então sem o corpo não dá para viver.

Dentre outras, as palavras da participante 4 reflete bem essa afirmação: “*O corpo é a minha vida, se eu não tiver o corpo não tem vida, então eu tenho que cuidar bem dele pra mim se sentir bem*”. Analisando esta afirmação, percebemos uma contradição. Ao mesmo tempo que corpo é vida, ou seja, nós somos corpo, a participante relata que tem um corpo e se não o tem não há vida. Ela não é corpo e sim tem corpo.

A fala da participante 15 quando refere que: “*O corpo pra mim, eu acho que o corpo é uma coisa importante que a gente, se não fosse ele, a gente não vivia né, porque ele ajuda a gente andar, tudo né, eu acho que tudo, o corpo é uma coisa importante pra nós*”, podemos pensar que, tudo em nossa vida parte do nosso corpo, sendo necessário que tenhamos sensibilidade para vivermos uma relação conosco, com os outros e com o mundo entendendo que o corpo é base da existência do ser humano, não apenas sua estrutura física ou biológica, mas, sim, uma complexidade humana na qual estão presentes todas as dimensões e marcas da vida, sendo essa complexidade revelada na sua condição de ser, ao mesmo tempo, biológico e cultural.

o ser estruturado biologicamente não pode ser definido unicamente pelos elementos que o constituem como células ou órgãos, mas devem-se considerar, na sua evolução, as características essenciais que alicerçam a sua existência, fazendo-o estar presente no mundo e nele se relacionar. (SIMÕES, 1998, p. 102)

Porto (2005) afirma que as estruturas cerebrais e os órgãos do sentido são totalmente biológicos e, simultaneamente, culturais, pois permitem ao corpo se movimentar na sua mais misteriosa e singular forma de ser e viver.

Para Simões; Lopes (2004) cada pessoa ao decorrer de sua vida produz e edifica sua própria história a qual está arquitetada no corpo, sendo o mesmo, palco onde acontece a peça da vida de cada ser humano.

As autoras justificam que “ser corpo é compreender o processo complexo da vida, a qual não pode ser explicada, mensurada ou prevista por métodos ou por padrões previamente determinados”. (SIMÕES; LOPES, 2004, p. 210)

O ser corpo é sinônimo de vida, do corpo vida como forma de presença no mundo, o qual se expõe independente dos anos definidos pela cronologia, sendo real, pleno e concreto, conhecendo-se a partir de sua própria experiência individual. (SIMÕES; LOPES, 2004, p. 211)

Assim, notamos que nossas participantes estão lentamente se transformando em corpo sujeito, guardando, por vezes em seus discursos, uma visão de corpo objeto, fragmentado e manipulável.

Saudável

Um total de 12 participantes (1, 4, 7, 12, 21, 23, 30, 40, 41, 46, 50 e 52) enquadraram-se nesta categoria de que corpo é algo **Saudável** e este saudável pressupõe diversos aspectos, dentre eles, o de que exige cuidados, ausente de doenças e disposto.

As participantes 1, 7, 21, 30, 40, 41, 46 e 52 destacam corpo dessa forma, no sentido do auto-cuidado em relação à saúde, de praticar atividades físicas, de estar disposto, sadio e sem dores. Alguns exemplos ilustram bem estes argumentos como: o da participante 52 – *“Ai filha, corpo eu acho que é a gente ter ele sadio, não ter dor, poder andar, poder fazer tudo o que a gente quer, que é o nosso corpo humano né...”*.

Analisando esta afirmação, sentimos a necessidade pensar em saúde como uma condição humana com dimensões físicas, sociais e psicológicas, caracterizadas por pólos positivos (associado à capacidade de apreciar a vida e resistir aos desafios do cotidiano) e negativos (relacionados às morbidades e mortalidade), ou seja, relacionando-a a um auto-cuidado das pessoas visando uma vida melhor e mais longa. (GUEDES, 2004)

Para Guedes (2004), não basta apenas não estar doente para ser saudável, torna-se necessário apresentar evidências ou atitudes que separem os componentes de risco que possam estimular o surgimento e o desenvolvimento das doenças. Para isso é importante que as pessoas adotem e conservem um estilo de vida saudável para a manutenção da saúde.

De acordo com um estudo realizado pela Universidade Americana School of Public Health cinco aspectos são importantes para um estilo de vida saudável e aumento da expectativa de vida: conservar-se ativo por meio de exercícios físicos ou atividades físicas de lazer, controlar o peso corporal, evitar o uso do fumo, dormir adequadamente e buscar uma dieta equilibrada (ALLSEN; HARRISON; VANCE, 2001).

Quanto a prática de atividade física, demonstrada na resposta da participante 1: *“então corpo pra mim é isso, aí a gente tem que tá cuidando sempre, fazendo atividade, exercícios físicos e sempre né sem que, senão...”* pesquisas têm comprovado que os indivíduos fisicamente aptos e/ou treinados tendem a apresentar menor incidência da maioria das doenças crônico-degenerativas como: doença aterosclerótica coronariana, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, obesidade, diabetes melito tipo II, osteoporose e osteoartrose, câncer de cólon, mama, próstata e pulmão, ansiedade e depressão, explicável por uma série de benefícios fisiológicos e psicológicos, decorrentes da prática regular da atividade física. (CARVALHO et al, 1996)

Para a participante 40 - *“O corpo é uma coisa muito importante que a gente deve cuidar muito bem pra que a gente possa viver e tá passando sempre bem, porque é ele que depende da da gente viver bem aqui”;*

Ser saudável pensando em cuidado nos remete a uma afirmação de Boff (2005) em que: cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Tratando-se de uma atitude fundamental. Implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude. Pelas palavras do autor:

Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos. A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. Experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade fontal. A natureza não é muda. Ela fala. Evoca. Emite mensagens de grandeza, beleza, perplexidade e força. O

ser humano pode escutar e interpretar esses sinais. Coloca-se junto às coisas, ao pé delas e sente-se unido a elas. Não existe apenas. Co-existe com todos os outros. A relação não é de domínio, mas de convivência. Não é pura intervenção, mas principalmente interação e comunhão. É de cuidado das coisas. (BOFF, 2005, p. 1)

Finalizamos com as palavras de Freire e da participante 4 que descreve: “*eu tenho que cuidar bem dele pra mim se sentir bem*”. Isso significa que o corpo necessita de cuidados como já descrito anteriormente, pois sem ele não existe vida e sem vida não há relação com os outros e nem com o universo.

Sei pouco de mim mesmo; muito menos ainda sei dos outros. Sei, no entanto, que sou corpo. Sei da minha materialidade. Constatado que nada realizo sem me mover. Percebo que nenhum conhecimento está ao meu alcance se não for sentido. Reconheço, afinal, que, para viver, tenho que ser corpo, pelo menos aqui neste planeta em que vivemos...Sou capaz de sentir coisas. É sentindo-as que elas me penetram. Posso ver o sol, a lua, as pessoas; ouço o vento, as ondas do mar, a melodia do piano, as vozes, os cantos dos pássaros; sou tocado por gente, pela água, pela brisa, pelos raios de sol; cheiro aromas da minha mesa, perfumes, poluição; saboreio o sal, o limão, o açúcar, os temperos do meu país tropical”. (FREIRE, 1995, p. 38)

Especial

Esta categoria contou com as respostas de 11 participantes (8, 9, 12, 20, 21, 23, 24, 39, 48, 49, 50). Para nós, **Especial** englobou significados como elegante, magro, bonito, auto-estima e bem-estar. Tomamos por base a participante 12, quando relata que o corpo “*corpo ah, é assim, é vida né, porque a gente tem que ter um corpo, é né sua auto-estima, é tudo de bom ter o corpo bom, todo mundo olha, acha bonito, é legal. Eu toda vida tive, gostei muito de cuidar do meu corpo, acho muito legal*”, percebemos a preocupação que ela tem em ter um corpo bom, o qual eleva sua auto-estima, pois todo mundo olha e admira. A resposta da participante 50 corrobora com a afirmação do cuidado referindo-se ao ficar bonito: “*e a gente tem que cuidar do corpo pra ficá bonito*”.

De acordo com Mussi (2004, p. 94) a auto-estima consiste na atitude do homem para consigo mesmo:

Quando as atitudes que mantém para si mesmo são positivas, falamos em um nível elevado de auto-estima, incluindo não só os seus conhecimentos, mas também os afetos e os sentimentos. Um adequado nível de auto-estima permitirá que o homem, integrando fatores

cognitivos, afetivos e emocionais, possa combater de frente as contrariedades da vida sem ver abatido o seu próprio ânimo.

Um corpo que não esteja nos padrões estéticos impostos pela atual sociedade, não será olhado, muito menos admirado. Isso causará um sentimento de tristeza e rejeição àqueles que não conseguirem se enquadrar nesses padrões. Assim, a sociedade exclui os corpos obesos e a constante busca de um corpo magro torna-se às vezes obsessiva.

A participante 24 compara corpo com bem-estar e vida relatando que: “*Corpo é o bem-estar da gente né, se a gente não tem corpo a gente não tem vida, é o corpo né*”. Segundo Guedes (2004) bem-estar implica a capacidade individual de se viver com alegria e satisfação, contribuindo significativamente na sociedade. Como qualidades surgem a maneira de se perceber a vida e a capacidade de desempenhar funções do dia-a-dia efetivamente.

Logo, o bem-estar torna-se um importante componente agregado à qualidade de vida, sendo essencial para a manutenção da saúde positiva como algo além da ausência de doenças, mas principalmente como aumento da expectativa de vida saudável (GUEDES, 2004).

Para as participantes 9, 21, 48 e 49 corpo é estar elegante, magra, bonita e em forma. De acordo com Carvalho (1996) há em nossa sociedade uma construção da imagem do corpo belo como sinônimo de um corpo saudável, independente de estar ou não realmente com saúde. O importante é parecer belo e saudável. Isso decorre de um processo de estetização da vida cotidiana e das influências da cultura de consumo, em que realidade e imagem são consideradas sem distinção.

Essa imagem do corpo belo e saudável está associada à prática de atividades físicas, controle alimentar, consumo de determinados produtos dietéticos e medicamentosos, fazendo com que o indivíduo pense que está fazendo algo em prol de sua saúde.

Movimento

Um total de 8 participantes definiram corpo como **Movimento**. Movimento pode ser interpretado de formas diferentes, ou seja, como coisa mecânica ou como algo que se funda na análise do ser humano em movimento nas suas diferentes formas de expressão.

Quando a participante 3 revela que corpo: *“Ai corpo, é, é pra gente né, poder assim né, caminhar é, mas se a gente tivesse o corpo mais leve, a gente caminhava mais rápido, a gente conseguia subir uma subida. Agora com o corpo que nem eu tô, a gente não consegue né, dá canseira, é isso o que eu sinto no corpo”*, essa resposta corrobora com o conceito de linearidade do movimento o qual também encontramos nas falas das participantes 18, 38, 54 em que a Educação Física se manteve alicerçada por muito tempo. O objetivo era desenvolver as valências físicas, melhorando a aptidão física, onde todos deveriam expressar as mesmas características motoras, impossibilitando a emancipação do corpo e do movimento. (MELO, 2004)

A participante 38 diz que o corpo é importante para manter as funções vitais, no sentido de viver (biológico) e para se movimentar.

Pensando em movimento num aspecto mecanicista Nóbrega (2005) declara que o corpo é visto como uma máquina que realiza movimentos por meio de comandos, reduzindo-se à objetividade, à busca da reprodução de padrões externos, muitas vezes sem significação para quem os realiza. Qualquer movimento do corpo relacionava-se à vontade da alma.

Há uma segunda interpretação que re-significa o conceito de movimento, partindo do princípio de que o corpo é tudo, ou seja, sem ele não há relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo. A participante 15 retrata de forma bastante simples essa relação quando fala que dependemos do corpo para tudo, ou seja, eu sou meu corpo: *“O corpo pra mim, eu acho que o corpo é uma coisa importante que a gente, se não fosse ele, a gente não vivia né, porque ele ajuda a gente andar, tudo né, eu acho que tudo, o corpo é uma coisa importante pra nós”*. Também a participante 50 compreende corpo dessa forma. Utilizamos a afirmação de Simões (1998, p. 62) “o corpo comunica-se por gestos ou expressões, com uma parte ou pelo todo, com ou sem

intenção, percebendo ou sem perceber”. É por meio dos atos motores que ele expressa emoções, sexualidade e sensibilidade.

Já as participantes 2 e 14 possuem respostas contraditórias com nuances de movimento como ser-no-mundo e movimento mecânico. Isto pode ser visualizado na resposta da participante 2 quando aponta que o corpo é tudo, é movimento, é tudo, mas também, que o corpo (é uma máquina) é necessário para executar tarefas..., para o trabalho... “... *que nem eu dona de casa né, preciso das mãos pra trabalhar, dos pés, enfim, do corpo, o corpo todo...*”. A participante 14 relata que o corpo serve para caminhar e para muita coisa. Ao analisar o “servir para” nos deparamos com a questão de corpo com o sentido de função (o que não deixa de ser corpo mecânico), mas quando a participante continuando sua resposta relata que acha que o corpo é muito importante. Este movimento dotado de sentido e significado emerge do conceito de corporeidade, sustentando a idéia de que “cada movimento é singular e carrega a originalidade subjetiva de quem o realiza”. (Melo, 2004, p. 130)

Máquina

As participantes 1, 2, 11, 27, 29, 30, 47 identificaram corpo como **Máquina**, totalizando 7 respostas.

Esta é uma visão utilitária de corpo, ou seja, as participantes 29 e 30 respondem respectivamente: “*Ué corpo pra mim é é é um pe ... é assim né, é uma coisa que ajuda muito a gente né, que assim por exemplo, as perna pra anda , os braço pra trabalha, o zóio pra encherça né (risos) e tem muitas coisas né mais né que o corpo da gente né serve assim pra gente né que assim tem muita utilidade né e se não fosse o corpo o que que a gente ia fazer né*” e “*Ai corpo é uma coisa que tem que pôr roupa, tem que cuidá, tem que, tem que cuidá o corpo, sem corpo não tem, sem corpo não tem como se virá na vida né*”. O corpo é visto como algo que serve para... ou que é útil para...

Já as participantes 2, 11, 27 e 47 visualizam o corpo dividindo-o em partes ou membros como mãos, pés, braços, pernas, tronco, rins, coração como mostram as seguintes falas: “*Ah o corpo é tronco, intestino, rim, coração, corpo todo né...*” (P. 11), “*Corpo pra mim ah é pé, mão, ah a pessoa completa*” (P. 27). O “*peessoa completa*”

referido pela participante 27 refere-se a todas as partes que compõem um corpo, ou seja, cabeça, tronco, membros, sistemas e aparelhos, ao sentido biológico de corpo.

Analisando esta categoria, retrocedemos a visão dicotômica de corpo e mente. A participante 1 diz que corpo para ela é como se fosse uma máquina que necessita ser cuidado, e que precisa de óleo para se movimentar senão enferruja. Associamos essa fala à filosofia mecanicista do século XVII, quando Descartes formula que o corpo humano é uma mecânica discernível das outras apenas pela singularidade de suas engrenagens. “Não passa, no máximo, de um capítulo particular da mecânica geral do mundo”. (LE BRETON, 2003)

O autor afirma que para Descartes a essência do homem reside, em primeiro lugar, no cogito e sendo o corpo apenas um entrave.

A influência desse pensador trouxe à propósito o homem (psíquico e fisiológico) explicado e estudado dividindo seu corpo em partes, eliminando a inter-relação entre elas, descomprometendo-se com a totalidade do homem. (SIMÕES, 1998)

Simões (1998) afirma que o movimento corporal resulta de nossas emoções, assim, fica impossível separar corpo e mente.

Para Moreira (2003) na tradição científica, alguns valores estiveram presentes na produção de conhecimento sobre o corpo, dentre os quais destacam-se: corpo objeto manipulável (conhecer a estrutura do corpo humano, no sentido de conhecer a vida e o movimento desse ser, identificando o nome dos ossos, músculos, e o funcionamento estrutural do mesmo), corpo objeto mecânico (semelhança entre corpo e relógio), corpo objeto de rendimento (corpo valorizado é aquele que vence mais, tem melhor físico e é mais: bonito, rápido, forte e alto), corpo objeto especializado (conhecimento como sendo a soma das partes para se chegar ao todo) e corpo objeto burro – corpo alienado (tornar dóceis os corpos, não associando o fazer ao conhecer, nem o saber ao por quê e para quê das coisas).

Cuidar de um corpo humano como se cuida de um relógio, provavelmente, nos levará a tentar ter as mesmas atitudes em relação aos dois: se uma parte ficar danificada, substitui-se essa parte; se a aparência não estiver boa, vamos polir para deixar “nova em folha”, possivelmente por meio de reconstruções ou remodelagens plásticas. Perder barriga, aumentar seios, aumentar bumbum, ter corpo “sarado”, segundo o padrão estético da moda, não é trocar peças de uma engrenagem? Ou mesmo quando estamos com dor de cabeça, por

exemplo, e tomamos um comprimido sem identificar o histórico desse sintoma, isso não é tratar o corpo como máquina? (MOREIRA, 2003)

O autor reflete que é preciso superar a situação de como o corpo foi visto e trabalhado ao longo dos anos, objetivando uma nova maneira para o vir a ser corpo.

Protetor dos órgãos

Esta categoria que relaciona corpo com **Protetor dos Órgãos**, envolve 3 das 55 participantes sendo elas (28, 43, 52). As três respostas visualizam corpo como algo que protege os órgãos internos das pessoas e também como um local em que temos ou não temos dores. Analisando a resposta da participante 43: “*Ah o corpo é, né, o que protege o corpo da gente, protege as partes interna da gente. A gente precisa do corpo, dos braço, das perna pra caminhar, ta bom?*”, podemos pensar na concepção positivista de corpo em que o mesmo é dividido em partes reduzindo o olhar sobre o todo.

Da mesma forma as participantes 28 refere-se ao corpo como local onde se tem dores: *Cor corpo é uma ... ai ... onde a gente tem dores né, tem dores nos braços, nas pernas, nas costas né, é isso o corpo né, visão né, boca, o corpo (risos)*”, resposta que parte de uma concepção fragmentada de corpo, seguindo os mesmos princípios do corpo sob ótica da visão mecanicista de corpo decorrente do paradigma cartesiano-newtoniano. A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, em que a doença é diminuída a um dano mecânico, ou seja, ao modelo chamado de biomédico. (KOIFMAN, 2001)

O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, seguindo a leis naturais e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico implica que o corpo (máquina) necessita constantemente de vistoria por parte de um especialista. Assim, implicitamente supõe-se que alguma coisa não estará bem dentro dessa complexa máquina senão por que as vistorias constantes? (KOIFMAN, 2001)

O oposto ocorre no relato da participante 52 em que corpo é visto como algo sadio, sem dores: “*Ai filha, corpo eu acho que é a gente ter ele sadio, não ter dor, poder*

andar, poder fazer tudo o que a gente quer, que é o nosso corpo humano né, mas do jeito que eu tenho ele é uma porcaria, não dá pra fazer nada, não dá pra passar pano no chão que dói a coluna, não dá pra esfregar uma roupa que desloca o braço, não dá pra passar roupa que desloca o braço, erguer então menos ainda, se eu for ter que ligar uma televisão nessa altura ai sem o controle, eu não posso ligar, colocar uma cortina eu não posso, eu preciso viver tudo de favor, limpar em cima de um guarda roupa eu não posso, eu acho que corpo seria se ele tivesse normal como era antigamente né, de poder fazer tudo, de correr, de batalhar, pegava os pacientes no no hospital e punha na maca e conseguia pegar uma pessoa e pôr na maca e levar pro pro médico atender, eu acho que seria assim, mas não é mais né” . Porém, no decorrer de sua resposta, percebemos uma mesma fragmentação do corpo quando o mesmo é visualizado como um membro que devido às dores não consegue fazer nada, ou seja, não funciona. De acordo com Nóbrega (2005) o corpo é associado a princípios de eficiência e utilidade, a um objeto que necessita ser disciplinado para adequar-se a fins externos, reduzindo-o ao uso racional e perdendo-se de vista a riqueza de possibilidades sensíveis que caracterizam o ser humano.

Moreira (2003) complementa os dizeres da autora supracitada observando que na Medicina, há milhares de artigos sobre olhos, coração, fígado; na Fisioterapia, existem técnicas de reabilitação deste ou daquele membro; na Educação Física, vemos sistemas de treinamento para este ou aquele grupo muscular; mas, dificilmente encontramos trabalhos sobre o corpo em sua unidade e totalidade.

Dominamos técnicas, dominamos até o processo, mas, na maioria das vezes, não temos a visão contextualizada e nem temos a consciência de que os processos devem se transformar em novos projetos. A formação profissional nas universidades privilegia o conhecimento das partes, na crença de que o conjunto deste conhecimento nos levará a conhecer adequadamente o ser humano. Formamos profissionais em nossos bancos acadêmicos que se especializam em doenças, em patologias, em desequilíbrios, mas não oferecemos a esses universitários a possibilidade de conhecer o humano no homem. (MOREIRA, 2003, p. 86)

Nóbrega (2005, p. 17) relata que “não é possível separar o homem em departamentos estanques, ignorando a sua complexidade”, as partes do corpo envolvem-se umas nas outras formando uma unidade indivisível.

De acordo com Simões; Lopes (2004, p. 210):

... a compreensão e a valorização do ser corpo vai além da idéia de corpo fisiológico, formado por ossos, músculos, sangue, órgãos, racionalizado, quantificado, dominado, previsível e mecanizado, produto de um padrão de igualdade entre os seres humanos.

Dádiva de Deus

Esta categoria é formada pelas respostas de 2 participantes: 34 e 35 e relaciona-se com a conservação do corpo por ser **Dádiva de Deus**. Podemos visualizar esses aspectos na resposta da participante 35: “*O corpo da gente né, que Deus fez, é corpo né, não é verdade?*”

Para Simões (1998, p. 102) “até meados do século XIX a justificativa do corpo centrava-se na soma da composição corporal como uma dádiva de Deus, gerado espontaneamente”. A autora descreve que o universo era coordenado por um Deus, poderoso e imortal que fez os seres vivos diferentes e mais avançados que as rochas e as substâncias químicas e que esse Criador planejava uma hierarquia nas suas criações. Essa era uma escala natural de vida e por ser obra de Deus era considerada boa.

A participante 34 também incorpora o discurso de corpo como dádiva de Deus relatando que: “*Corpo é como uma igreja você tem que tratar bem, co, conservar o seu templo, não é verdade? Independente da nossa idade nós temos que nos amar. Corpo pra mim é um templo, uma igreja que deve ser cultivada*”.

Porém, ao analisarmos esta categoria, além de relacionar corpo com obra, criação, precisamos pensar num sentido mais amplo da expressão “dádiva de Deus” diferenciando duas palavras importantes: religião e religiosidade.

Segundo Giovelli et al (2009, p. 3) religião é a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. Religiosidade nos dizeres dos mesmos autores é a dimensão na qual uma pessoa acredita, segue e pratica uma religião.

A religiosidade é uma coisa muito freqüente na sociedade atual. Percebemos isso pela quantidade de religiões e igrejas que existem atualmente.

A dimensão religiosa do ser humano constitui fator fundamental de sua compreensão como pessoa. Em todas as culturas, no decorrer de séculos, o homem no seu ser pessoa recorre à religião como busca de respostas para os anseios mais profundos de sua vida. A sacralização da vida, como experiência religiosa, abre no homem o espaço para o sagrado e ele se inclina na direção do transcendente, do divino. Deus entra na vida do homem no momento em que ele se compreende como ser consciente de si mesmo, e nesta compreensão ele se vê marcado por fragilidades e limites (PINAS, 2007, p. 86)

Notamos, principalmente na resposta da participante 35, um discurso carregado dos dois significados anteriormente abordados (religião, religiosidade), despertando a importância de cuidar e preservar o corpo da melhor maneira possível.

6.2.3 - Indicadores das respostas - Pergunta Geradora 2: Como você vê seu corpo?

Participante 1

- 1) Muito feio
- 2) Horrroso
- 3) Não está contente com ele
- 4) Não gosta dele

Participante 2

- 1) Precisando de muitos ajustes em vários lugares

Participante 3

- 1) Acha que quando era magra era melhor do que agora, se sentia muito melhor

Participante 4

- 1) Gosta do corpo agora que emagreceu
- 2) Quando estava mais gordinha não gostava

Participante 5

- 1) Sente que está emagrecendo
- 2) Queria ficar mais magra para se sentir melhor e porque acha bonito

Participante 6

- 1) Não gosta do seu corpo hoje

Participante 7

- 1) Com bastante disposição para o trabalho, apesar da idade

Participante 8

- 1) Gosta do corpo, apesar das gorduras

Participante 9

- 1) Sente-se bem com o corpo que tem

Participante 10

- 1) Ridículo
- 2) Depois que ficou obesa se desconhece

Participante 11

- 1) Acha bom
- 2) Vê o corpo bem

Participante 12

- 1) Agora não gosta do corpo
- 2) Está muito gorda e fora do peso
- 3) Não está achando bom
- 4) Espera que volte ao normal

Participante 13

- 1) Gosta do corpo

Participante 14

- 1) Sente-se bem
- 2) Tem muitas manchas que a desagradam muito

Participante 15

- 1) Vê o corpo bem, porém um pouco gordinha

Participante 16

- 1) Vê o corpo bom
- 2) Não se vê gorda, nem magra demais
- 3) Vê o corpo com saúde
- 4) Se acha um pouco velha, mas sente que está bem assim

Participante 17

- 1) Feito por Deus

Participante 18

- 1) Não vê o corpo normal, pois possui feridas nas pernas

Participante 19

- 1) Precisando de mais saúde

Participante 20

- 1) Se acha bonita
- 2) Criação de Deus
- 3) Acha tudo maravilhoso

Participante 21

- 1) Bem
- 2) Sente-se uma mocinha
- 3) Não se sente velha
- 4) O espírito e a carne estão novos ainda
- 5) Está tudo “nos conformes”

Participante 22

- 1) Atualmente não gosta do corpo
- 2) Antigamente era melhor, pois não tinha tantos problemas de saúde

Participante 23

- 1) Normal
- 2) Precisa ter amor pelo seu corpo e pelo das outras pessoas

Participante 24

- 1) Bem
- 2) Barrigudinha, mas está bom
- 3) Sente-se bem com o corpo

Participante 25

- 1) Bem
- 2) Normal

Participante 26

- 1) Acha bonito o corpo
- 2) Sem estrias na barriga

Participante 27

- 1) Bem
- 2) Pela idade está perfeito

Participante 28

- 1) Não está muito bom
- 2) Com mudanças (varizes na perna, gordinha), mas está contente com ele
- 3) Apesar da idade está bem com o corpo

Participante 29

- 1) Bom

- 2) Sente-se bem com seu corpo
- 3) Gosta do seu corpo

Participante 30

- 1) Gosta do corpo mesmo sendo obeso

Participante 31

- 1) Feio
- 2) Gordo
- 3) Cheio de varizes

Participante 32

- 1) Muito feio
- 2) Se vê acabada

Participante 33

Não respondeu

Participante 34

- 1) Com modificações da idade
- 2) Gosta, mesmo com as mudanças da idade
- 3) Se aceita bem
- 4) Se acha linda, maravilhosa, não há ninguém mais bonita do que ela

Participante 35

- 1) Normal como o de todas as outras mulheres

Participante 36

- 1) Muito gordo
- 2) Não gosta e não concorda com o corpo que tem

Participante 37

- 1) Antigamente via horroroso, hoje sente-se melhor, pois está emagrecendo

Participante 38

- 1) Gordinha
- 2) Precisando de um regime
- 3) Percebe que o corpo está mudando (emagrecendo)

Participante 39

- 1) Feio, mas está bom, pois sabe usá-lo

Participante 40

- 1) Não está legal
- 2) Quando era magra tinha o corpo bonito, agora não tem mais

Participante 41

- 1) Sente-se bem
- 2) É boa de altura, não se acha gorda, apenas tem uma barriguinha
- 3) Sente que está com “tudo em cima”

Participante 42

- 1) Um elefante
- 2) Sente-se bem mesmo com o corpanzão
- 3) Sente-se feliz assim

Participante 43

- 1) Horrível, gorda, cheia de celulite e banha
- 2) Odeia seu corpo e odeia ser gorda

Participante 44

- 1) Ultimamente sente-se satisfeita com seu corpo

Participante 45

- 1) Bem
- 2) Se preocupa com a barriga que está bem grande

Participante 46

- 1) Feio, gordo
- 2) Sem detalhes
- 3) Gostaria de ser mais magra, mas está difícil

Participante 47

- 1) Gordo
- 2) Não está como gostaria
- 3) Precisando de bastante exercício

Participante 48

- 1) Péssimo
- 2) Gordo
- 3) Gostaria de emagrecer, mas não consegue

Participante 49

- 1) Gordinha, mas bonita
- 2) Se aceita bem do jeito que é

Participante 50

- 1) Agora está bem acabado

Participante 51

- 1) Péssimo
- 2) Com muitas dores

Participante 52

- 1) Ruim, muito gordo
- 2) Antigamente tinha uma cinturinha

Participante 53

- 1) Horrível
- 2) Gostaria de ter o corpo mais bonito, elegante, perfeito

- 3) No momento está muito esquisito

Participante 54

- 1) Feio
- 2) Barriguda
- 3) Deseja que o corpo melhore, quer perder a barriga, perder peso
- 4) Deseja voltar ao corpo de antigamente (magra)

Participante 55

- 1) Acima do normal
- 2) Acima do peso
- 3) Gostaria que fosse melhor, está tentando melhorar

6.2.4 - Categorias de Análise da Pergunta Geradora 2 (B)

Como você vê seu corpo?

- 1- Gosta (participantes 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 39, 41, 42, 44, 45, 49)
- 2- Não gosta (participantes 1, 3, 6, 10, 12, 22, 31, 36, 40, 43, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 54)
- 3- Fora dos padrões (participantes 2, 18, 19, 22, 47, 51)
- 4- Em transformação (participantes 5, 28, 34, 37, 38, 55)
- 5- Criação de Deus (participantes 17, 20, 29)
- 6- Não respondeu (participante 33)

Para a segunda pergunta, foram elaboradas 6 categorias que são: **gosta**, envolvendo 27 participantes, **não gosta**, com 17 participantes, **fora dos padrões** com 6 respostas e **em transformação** também com 6 respostas, **criação de Deus** composta por 3 participantes e **não respondeu** com 1 participante como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição das respostas das participantes sobre como elas vêem seu corpo.

CATEGORIA PARTICIPANTE	Gosta	Não gosta	Fora dos Padrões	Em transformação	Criação de Deus	Não respondeu
1		X				
2			X			
3		X				
4	X					
5				X		
6		X				
7	X					
8	X					
9	X					
10		X				
11	X					
12		X				
13	X					
14	X					
15	X					
16	X					
17					X	
18			X			
19			X			
20	X				X	
21	X					
22		X	X			
23	X					
24	X					
25	X					
26	X					
27	X					
28	X			X		
29	X				X	
30	X					
31		X				
32						
33						X
34	X			X		
35	X					
36		X				
37				X		
38				X		
39	X					
40		X				
41	X					
42	X					
43		X				
44	X					
45	X					
46		X				
47		X	X			
48		X				
49	X					
50		X				
51			X			
52		X				
53		X				
54		X				
55				X		
TOTAL	49,1	30,9	10,9	10,9	5,4	1,8

Análise da pergunta 2- Como você vê seu corpo?

Não gosta

Com um grande número de respostas, totalizando 17 participantes, está o **Não gostar** do seu corpo da forma como está, fazendo uso em suas respostas de vários adjetivos pejorativos como: gordo, pesado, inchado, feio, péssimo, horrível, acabado, sem agilidade, bem como, com celulites, varizes e manchas, ou seja, fora dos padrões estéticos cultuados pela sociedade atual. Analisando essas respostas, percebemos que talvez essas participantes estejam sofrendo uma crise de identidade por não conseguirem manter-se próximas dos padrões pré-estabelecidos.

Esta resposta foi dada pelas participantes 1, 10, 12, 31, 36, 43, 46, 47, 50, 52, 53 e 54. Uma das falas que nos chamou muito a atenção foi a da participante 43: “*Horrível (risos) eu odeio meu corpo, eu tô gorda, horrível, cheia de celulite (risos), banha, ah eu odeio ser gorda*”, pois durante a entrevista ela se mostrou muito nervosa e irritada consigo mesma quando proferiu a resposta da pergunta.

Ao pronunciar a palavra “odeio” a participante demonstrou bastante rancor e raiva, subentendendo-se que realmente ela detesta ser obesa. Talvez ela sinta que deva se auto punir por não conseguir emagrecer. Isso porque infelizmente o que encarcera a mulher ao mito de embelezamento não é o fato de ela querer cuidar de sua aparência, mas, sim, as representações que este mito gera e faz com que ela se sinta invisível ou incorreta se não alcançar os padrões estipulados para seu tempo. (GOELLNER, 2001)

Para Sampaio (2006, p. 67):

Os padrões rígidos de estética corporal tornam-se ora códigos de exclusão ora de inclusão social, provocando mortes reais e sociais cotidianamente. O corpo ativo passa a ter no espelho seu retrato aprovado ou reprovado. E seguimos *brigando* com a bruxa da história da Branca de Neve e nem ao menos desconfiamos da *maldade do espelho*, o qual tinha um olhar sobre o Outro que condenava o corpo com base em uma beleza estética única e normativa. A beleza ou não, revelada no espelho, pode dar-nos a dimensão de nós mesmos, isso se o olhar constituir-se em uma visada de si mesmo e não em um olhar-se como se o corpo fosse uma entidade outra (aquele que se tem e não se é).

As participantes 46, 47 e 48 declaram que gostariam de emagrecer, mas não conseguem. Algo que nos pareceu claro em suas falas é que elas se utilizaram bastante do riso para disfarçar essa frustração.

Outra resposta dada por várias participantes foi a de que antes era melhor do que agora, pois eram magras e hoje são obesas. Parece que nos relatos das participantes 3, 10, 12, 40, 52 e 54 elas sentem-se frustradas e tristes por essa condição, visto que já vivenciaram o outro lado da moeda que era o de ser magra.

Citamos como exemplo a fala da participante 52 que diz ver seu corpo: *“Bem ruim, eu me vejo ele bem ruim, muito gordo. Antes eu tinha uma cinturinha, eu tenho vestido lá que, que eu guardo de lembrança, uma cinturinha assim, as roupas que eu trabalhava na enfermagem, as calças chega aqui e aqui ó, nem abotoa mais nenhuma. Taier branco assim né, fica aqui e aqui, não abotoa mais, então isso é uma tristeza pra mim”*.

Segundo Polito (2001) nossa identidade é construída por meio de uma rede de interações que experimentamos no cotidiano. Em virtude de inúmeros fatores que entrecortam a cultura atual, percebemos que uma identidade, muito mais voltada para uma veneração a um corpo físico perfeito, tem tomado o lugar de uma outra, que poderia respeitar o corpo como morada do que realmente somos. Assim, a obesidade passa a ser uma condição insuportável ao ser humano.

É importante reconsiderar que as seqüelas da obesidade não se encontram apenas em complicações médicas, mas também, em uma decisiva estigmatização social.

Se historicamente as mulheres preocupavam-se com sua beleza, hoje elas são responsáveis por ela. De dever social (se conseguir, melhor), a beleza tornou-se um dever moral (se quiser eu consigo). O fracasso não se deve mais a uma impossibilidade mais ampla, mas a uma incapacidade individual. (NOVAES; VILHENA, 2003, p. 25)

As participantes 22 e 51 referem não gostar do corpo pelos problemas de saúde que possuem, os quais causam dores. Como visto na revisão de literatura, a obesidade pode desencadear inúmeros problemas de saúde. Segundo os autores Soares; Petroski (2003), os agravos decorrentes da obesidade podem ser: articulares - artroses e osteoartrites; cardiovasculares - hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia cardíaca e

morte súbita; dermatológicas, - micoses, estrias, dermatites e piodermite; endócrino-metabólicas - maior resistência à insulina, maior predisposição a diabetes mellitus tipo 2, gota e doença dos ovários policísticos; neoplásicas - maior frequência de câncer de endométrio, mama, reto e próstata e respiratórias - apnéia do sono e asma.

Gosta

A maior parte de nossas entrevistadas relataram **Gostar** do seu corpo como ele está. Obtivemos 27 participantes que se enquadraram nesta categoria dentre elas (4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 39, 41, 42, 44, 45, 49).

Quando a participante 4 descreve que *“eu gosto do meu corpo, agora eu gosto, antes eu tava mais gordinha eu não gostava, mais agora eu gosto”* percebemos em sua fala uma valorização de sua auto-estima por estar mais magra, porém, ainda estando com sobrepeso. Com isso podemos pensar em uma visão ampliada de ser humano, como acreditam Porto; Moreira relatado no parágrafo anterior. Assim, talvez colocando a saúde e a qualidade de vida em primeiro plano, poderemos pensar que a consequência será um corpo mais leve, não apenas esteticamente falando e sim livre do peso de uma leveza obscurecida pela escravidão que a sociedade contemporânea e a mídia nos impõem. (CRUZ, 2008)

As respostas das participantes 8, 15, 24, 45 e 49 representam que gostam bastante do seu corpo mesmo com as gordurinhas e barriguinha, ou seja, a questão estética não se sobrepõe às mudanças físicas que estão acontecendo com essas mulheres, significando que as mesmas sentem-se felizes e satisfeitas com seus corpos mesmo com as transformações da idade e do excesso de peso.

O sentir-se bem com o corpo ultrapassa os aspectos biológicos/fisiológicos do mesmo, contemplando também aos aspectos culturais, sociais e afetivos, ou seja, o corpo em sua totalidade: o “ser corpo”. Destacamos as palavras de Porto (2005, p. 22):

Corpo é vida, é movimento e é sentimento, de certa forma, independentemente da sua condição física, social, cultural, econômica e política. O corpo, na sua completude e complexidade, é quem possibilita e permite ao ser humano estar presente em todo tempo e lugar vivendo todas as situações que porventura possam surgir; corpo é ser-no-mundo.

Algumas falas nos chamaram a atenção como a das participantes 20 e 26 que dizem achar seu corpo bonito, porém a participante 20 refere o corpo bonito, maravilhoso por ser uma criação de Deus, ou seja, com uma conotação religiosa, enquanto que a participante 26, atribui o bonito ao físico, “...acho bonito ainda meu corpo, porque não tem estria nenhuma na barriga” ao que ainda pode ser olhado e apreciado.

A participante 21 diz: “...eu me sinto uma mocinha ainda se cê quer saber (risos), eu não me sinto, eu não me sinto véia, tá novo e o espírito tá novo, a carne tá nova ainda, a bunda tá arrebitadinha, tá tudo nos conforme”. Buscando analisar essa fala, percebemos uma comparação da mocidade primeiramente ligada a um espírito jovem e não apenas à idade cronológica, seguido de uma pele firme e nova. A participante considera-se uma mocinha - jovem de espírito e de carne (pele).

Já a participante 7 visualiza seu corpo com disposição para o trabalho, mesmo com o avanço da idade, o que pode ser correlacionado com um sentir-se bem para a realização de tarefas do dia-a-dia, com o ser capaz, ser útil à sua família e à sociedade. Este fato pode ser constatado nos escritos de Caixeta; Barbato (2008) quando relatam que durante as duas grandes guerras, as mulheres foram incentivadas a saírem de suas casas e atuarem no mundo produtivo, pois seus homens haviam partido para os campos de batalha.

A partir daí, as mulheres, gradualmente, passaram a ocupar o mundo do trabalho. Assumir o novo papel social de profissional com carreira não mudou sua identidade de mulher, mas sim a ampliou. Mais que mães e esposas, elas também são donas-de-casa e profissionais. A dupla-jornada passou a fazer parte da vida da mulher.

As participantes 27 e 34 quando dizem gostar de seu corpo, comparam-no com sua idade e com as transformações que ocorrem com o passar dos anos, achando-o assim perfeito e maravilhoso. Isso demonstra que as mesmas já ultrapassaram o conceito em que, segundo Araújo; Sanfelice (2008) a identidade do corpo feminino corresponde ao equilíbrio entre a tríade beleza-saúde-juventude, e as mulheres são

influenciadas a identificar a beleza de seus corpos com juventude e a juventude com saúde.

Finalizamos nossa análise desta categoria utilizando um trecho de Cruz (2008, p. 6): “Somos singulares na forma de pensar, agir e responder. Perder essa singularidade nos torna plural; deixamos, assim, de ser um para ser qualquer um”.

Porto; Moreira (2006) destacam que a corporeidade visualiza e respeita o ser humano de um modo ampliado, total, único e coletivo, sendo assim, a diversidade humana é aceita como marco de valores a serem adotados em nossas ações pessoais e profissionais.

Fora dos padrões

Um total de 6 participantes enquadraram-se na categoria **Fora dos padrões**. Ao refletirmos no que significava estar fora dos padrões, diversos aspectos nos vieram em mente. Como já havíamos colocado uma categoria que englobava o estar obeso e não sentir-se satisfeita com isso, descartamos as respostas das participantes que se referiam a este aspecto. Procuramos imaginar para esta categoria, falas que fizessem alusão a algo que precisa ser melhorado como a da participante 2: “ *Ai precisando de ajuste em vários lugares (riso), é precisa de muito ajuste*”, o que pode ser considerada uma resposta subjetiva, mas também estar se referindo a prática de exercícios e dieta, itens de suma importância como já descrito na revisão de literatura. Referindo-se a exercícios obtivemos a resposta da participante 47 que relata necessitar de muito exercício para ver se “baixa um pouco as gorduras”.

Reunimos também nesta categoria respostas que se relacionavam com problemas de saúde e dores, contando com as participantes 18, 19, 22 e 51. Para Chammé (2002) o corpo enquanto depositário de saúde ou de doença tem sido indagado, desde a intensa evolução do século XX, avançando além dos riscos biológicos a que está exposto, sendo que os determinantes do processo saúde-doença não são ditados apenas por motivos biológicos, mas também pelas condições culturais e simbólicas que representam sua ampla e complexa identidade.

A saúde depende da compreensão e da relação que o ser humano estabelece com seu corpo, ou seja, na experiência existencial o que consagra a corporeidade segundo Moreira (2006, p. 138):

...é o esplendor que reside nela, formada em sua complexidade de relações consigo mesma, com os outros e com o mundo, relações essas, dentre outras, de prazer/desprazer, alegria/dor, medo/confiança, todas elas vividas de corpo inteiro.

A participante 18 relata em sua fala, que seu corpo não é normal, pois possui feridas na perna necessitando andar com ela enfaixada, considerando isso um defeito: *“Ah, eu vejo o meu corpo assim que não é normal porque eu tenho as feridas né, da perna né, eu não posso andar que nem todo mundo anda normal né, assim sempre ando com a perna enfaixada então, é o único def, o único defeito que eu acho que eu tenho é esse daí”*. Procurando pelo significado das palavras normal e defeito no dicionário, encontramos – **normal**: conforme à norma ou regra; regular, habitual, usual, comum; **defeito**: imperfeição, falha. (LUFT, 1996)

Talvez por essa razão a participante não veja seu corpo normal. Essa resposta “revela o quanto as diferenças não são respeitadas entre os seres humanos e o quanto a padronização e a imitação dos gestos e posturas continuam em evidência”. (PORTO, 2005, p. 83)

Gaio (1999) revela que, aceitar e viver de forma diferente é valorizar o ser humano, partindo do que ele realmente é, e não do que poderia ou deveria ser, de acordo com padrões que nascem da construção social conveniente aos interesses dominantes. A valorização dos corpos diferentes, para além de corpos biológicos, possibilita a re-compreensão da diferença e a importância desses corpos no conjunto da sociedade.

Segundo Porto (2005, p. 83):

...os seres humanos necessitam dar mais atenção às suas particularidades e individualidades como sendo uma das unidades dos sistemas sociais e históricos. Desta forma, irão aceitar, respeitar e relevar as diferenças e identidade própria existentes entre todos os seres humanos, de modo individual e coletivo.

Finalizamos com um trecho da canção Tocando em frente dos compositores Almir Sater e Renato Teixeira (1992):

*“Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
E ser feliz...”*

Em transformação

A categoria descrita como **Em transformação** englobou 6 respostas. Quando refletimos sobre algo que está se transformando, pensamos em mudanças. No caso de nossa pesquisa, essas poderiam ser físicas, psicológicas, culturais e sociais dentre outras. As participantes 5, 37, 38 e 55 visualizam mudanças físicas, pois relatam estar emagrecendo por meio de dietas e exercícios e sentem-se melhor.

As respostas das participantes 28 e 37 referem-se ao plano físico também, entretanto, alegam modificações decorrentes da idade, como varizes e ganho de peso. Pedro et al(2003) argumentam que :

A transição climatérica é um fenômeno cultural extremamente variável e a complexidade dos fatores hormonais e psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico criam uma grande variabilidade de sintomas e conseqüências à saúde em longo prazo

Processos de transformação ocorrem ao longo de toda a vida do sujeito e estão relacionados a um conjunto complexo de fatores. Desde o nascimento o homem começa uma longa interação com o meio em que está inserido, a partir da qual construirá sua identidade: sua inteligência, suas emoções, seus medos, sua personalidade, etc. Apesar de alguns traços desenvolvimentais serem comuns a todas as pessoas, independente do meio e da cultura em que fazem parte (como é o caso, por exemplo, da menstruação nas meninas ou do nascimento dos pêlos nos meninos), há características do desenvolvimento que se diferenciam em grande escala quando existem diferenças culturais. A construção da identidade é um desses fatores relacionados ao desenvolvimento que tem íntima dependência da cultura e da sociedade em que o indivíduo se insere. (LEPRE, 2009)

Podemos então chamar de identidade os processos que envolvem escolhas na vida de uma mulher, como filhos, profissão, casamento e também outros que

acontecem igualmente para todas as mulheres: menstruação, climarério, menopausa. O que diferencia uma mulher de outra é a maneira como cada uma lida com essas diversas situações e processos. Como já visto anteriormente, recebem grande influência de padrões sociais e culturais impostos ao longo dos tempos.

Sendo assim essas transformações podem resultar em efeitos bons ou ruins para cada uma, dependendo de como elas são vistas, aceitas e incorporadas em suas vidas.

Criação de Deus

Três participantes (17, 20 e 29) responderam que vêem seu corpo como **Criação de Deus**, sendo assim, acham-no maravilhoso e como Deus lhes deu, será seu até a morte. Percebemos no discurso destas 3 mulheres uma dimensão espiritual baseada na fé religiosa e numa espiritualidade carregada de significados que levam ao subjetivo, despertando para a importância de preservar e cuidar do corpo. De acordo com Silva (2007, p. 94) estas participantes:

sinalizam para a espiritualidade como marca de sua experiência de vida e para a compreensão de que o corpo gera condição de viver com sensibilidade se baseando na fé e em valores que alentam atitudes de cuidado e acolhida aos demais seres e de entendimento de todas as dimensões da complexidade de seu viver.

A religiosidade relaciona-se à busca de um sentido que permite ao homem uma significação de si e de sua vida. A mesma relaciona-se à intensidade do vivido e essa leva à necessidade humana de compreender, de significar a existência, pautando-se nas questões essenciais: de onde venho? para onde vou? quem sou eu? É uma experiência que pode se revelar nos modos de expressão da fé e não depende nem dos ritos religiosos institucionais, nem de um grupo para se expressar. (LIMA, 2006)

Utilizamos de palavras de nossa revisão de literatura mencionando Maldonado; Goldin (2004) quando descrevem que um ponto interessante, é que na segunda metade da vida, inúmeras pessoas começam a demonstrar interesse pelo desenvolvimento da espiritualidade: o passado se torna mais longo e o futuro mais curto, aumentando a preocupação com as questões da finitude e da infinitude, o lugar

de cada um no mundo, o plano de vida que fizemos e aquele que ainda podemos construir e a busca de Deus.

7- CONCLUSÃO

Um grande desejo adormecido por alguns anos, ou seja, o desejo de estudar pessoas com sobrepeso e/ou obesas, mais precisamente mulheres, em virtude de um grande choque, isto é, num renomado festival de dança, onde conseguimos um mero segundo lugar, por possuímos, conforme relato de alguns jurados, uma bailarina com excesso de peso em nosso grupo. Esta classificação não foi por questões coreográficas, como utilização do espaço cênico, figurino, música, iluminação ou performance do grupo na coreografia, mas sim pelo corpo de uma bailarina “destoar” na imagem refletida de um cenário de beleza, cores e sons que estavam tatuados na retina dos que julgavam.

Assim, ao ingressarmos no Programa de Mestrado da Universidade Metodista de Piracicaba, essa questão voltou a tona e resolvemos estudar a mulher obesa e/ou com sobrepeso que se encontra fora dos padrões estéticos sociais. Para isso, buscamos nos aprofundar em temas como obesidade, corpo, mulher e corporeidade, os quais foram de suma importância para desvendarmos alguns mistérios que teimavam invadir nossos pensamentos.

Diante das considerações expostas surgiu a preocupação desvendar o discurso de corpos femininos com sobrepeso e/ou obesas de meia idade, mais precisamente, qual é a concepção de corpo que essa mulher possui e como ela se vê como corpo, tendo em vista que nessa faixa etária elas estão passando por inúmeras transformações fisiológicas, psicológicas e sociais.

A partir das entrevistas realizadas foi possível identificar que algumas inquietações fossem sanadas, atingindo os objetivos da pesquisa. Os resultados da primeira pergunta mostraram que poucas das mulheres participantes do estudo possuem uma visão de corpo sujeito, existencial, uno, ou seja, que se inter-relaciona consigo, com o outro e com o mundo, porém para a maioria delas, o corpo ainda é vivido de forma fragmentada. Ao mesmo tempo em que para elas corpo é vida, é importante, é base, referem que se não tiverem corpo não há como viver. Sentimos uma contradição nas respostas, no sentido de que elas “têm corpo” e não “são corpo”.

Quando passamos para a segunda pergunta, percebemos que a maioria das participantes relata gostar do seu corpo como ele é ou está, embora haja algumas mulheres que não gostam do corpo como ele está atualmente. Notamos em suas respostas, momentos que deixam transparecer sentimentos de alegria, tristeza, realizações e decepções com seus corpos e que ainda os padrões estéticos impostos pela sociedade atual, influenciam os discursos e o viver da maioria das participantes.

Analisando todo o trajeto percorrido durante a pesquisa, pudemos tirar pontos positivos e negativos. Dentre o que aconteceu de bom, ressaltamos que o contato com as participantes se deu de forma bastante tranqüila, num ambiente que as mesmas sentiram-se à vontade para demonstrar seus sentimentos e opiniões. Seus ensinamentos e lições de vida, propiciaram, além de um pequeno vínculo, um olhar mais atento para com estas mulheres.

Como profissionais de Educação Física e trabalhando nos arredores das casas das participantes, resolvemos iniciar um programa de exercícios físicos supervisionados e um grupo com abordagem multiprofissional, visando realizar um trabalho que possibilite que todos os envolvidos, participantes e equipe profissional, consigam desenvolver “a linguagem do corpo”.

Pensamos também que profissionais que trabalham com o corpo, como por exemplo os juizes de festivais de dança, dentre outros, necessitam analisar a harmonia corporal na dança (coreografias) para além do corpo que é visto.

Percebemos a grande importância do exercício físico na melhoria não apenas das funções fisiológicas e perda de peso desse corpo obeso, mas também na imagem corporal das mulheres, podendo ser objeto de análise em futuros estudos.

A coleta de dados expôs a realidade de um grupo específico de pessoas, com um nível sócio-econômico relativamente baixo e baixa escolaridade. Acreditamos que outras análises possam surgir se outras realidades forem incorporadas à pesquisa. Além do que, podem ser cruzados dados do perfil das participantes com as perguntas geradoras. Isto seria difícil pelo pequeno período de tempo que dispúnhamos para a realização da pesquisa, além de não ser o objetivo do trabalho.

Sentimos que estimular outros estudos nessa perspectiva, levando outros profissionais, em especial os da área da Educação Física, a desabrocharem enquanto corpos, descobrindo sua totalidade, num relacionamento de inter-relação consigo, com o outro e com o mundo é necessário e significativo, buscando também um novo olhar das pessoas em relação ao corpo, pois como nos diz Simões (1998, p. 320):

O corpo é um todo, corpo é tudo. Ele é uma forma de existencialidade, é uma forma de vida, recheada de razão e sensibilidade. Isso significa dizer que, através do corpo, o monopólio de sua própria identidade enquanto ser humano está criado. Deter o olhar no corpo é também constatar que sua individualidade deve ser respeitada... Cabe acentuar que, navegar no fenômeno corpo, possibilita a certeza de que a presença do movimento existe; movimento, inclusive, como sinônimo de vida. O movimento está vinculado ao fenômeno corpo, como um todo que age, impulsionado por todas as dimensões por ele articuladas.

8- REFERÊNCIAS

ALLSEN P. E; HARRISON J. M; VANCE B. **Exercício e qualidade de vida – Uma abordagem personalizada.** Editora Manole, 6 edição, 2001.

ALVARENGA M. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: PHILIPPI, S. T; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional.** Barueri: Manole, 2004, p. 38-45.

ANARUMA, S. M. **Encontro com o corpo: um programa de intervenção psicológica para o atendimento de pessoas com excesso de peso.** Tese de Doutorado. Campinas: Unicamp, 1995, p. 1-151.

ARAUJO, D. C; SANFELICE, G. R. Real beleza dove: preocupação com a saúde ou estratégia publicitária? **Gestão e desenvolvimento.** Novo Hamburgo, v. 5, 2008, p. 121-128.

ARAUJO, D. C. **Corpo feminino: presença obrigatória em anúncios publicitários?** Disponível em: <http://www.redealcar.jornalismo.ufsc.br>. Acesso em 11 de janeiro de 2009, p. 1-13.

BANKOFF, A. D. P. Obesidade, magreza e estética: qual o modelo de corpo ideal? In: MOREIRA, W. W; SIMÕES, R. (Org). **Esporte como fator de qualidade de vida.** Piracicaba: UNIMEP, 2002, p. 309-318.

BARINI, R. **Modificações hormonais e variações comportamentais na mulher.** II Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental , Campinas, 1994.

BARROS FILHO, A. A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **J. Pediatr.** Porto Alegre, v. 80, n. 1, 2004, p. 1-3.

BATTISTONI, M. M. M. **Obesidade feminina na adolescência: revisão teórica e casos ilustrativos – visão psicossomática**. Tese de Doutorado. Campinas: Unicamp, 1996, p. 1-409.

BEHENCK, M. S. et al. Métodos de determinação da gordura corporal. **Revista Brasileira de Medicina**. Rio de Janeiro: Editorial Sul Americana S.A., v. 61, n. 10, 2004, p. 650-654.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Continuidades e Rupturas no Papel da Mulher Brasileira no Século XX. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 16 n. 3, 2000, p. 233-239.

BLEIL, S. I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. 6, 1998, p. 1-25.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, 2005, p. 1-1.

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade**. Barueri: Manole, 2003.

BRAGA, L. R; MELLO, M. A. R; GOBATTO, C. A. Exercício contínuo e intermitente: efeitos do treinamento e do destreinamento sobre a gordura corporal de ratos obesos. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**. Caracas, v.54, n.1, 2004, p. 58-65.

BRASIL, Constituição Federal. Brasília, 1988.

CAIXETA, J. E; BARBATO, S. **Identidade feminina - um conceito complexo**. Disponível em: <http://www.sites.ffclrp.usp.br> . Acesso em 7 de janeiro de 2008.

CANEZIN, C. C. A mulher e o casamento: da submissão à emancipação. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 4, n. 1, 2004, p. 143-156.

CARNEIRO, G. Patogênese. In: CLAUDINO, A. M; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 203-210.

CARVALHO, K. M. B. Obesidade. In: CUPPARI, L. **Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 131-150.

CARVALHO, M. C; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004, p. 1003-1012.

CARVALHO, R. B. C; FORTI, V. M. O processo de envelhecimento e os benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida. **Efdesportes Revista digital**. Buenos Aires, ano 13, n. 124, 2008, p. 1-1.

CARVALHO, T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol. 2, n. 4, 1996, p. 79-81.

CARVALHO, Y M. **O mito da atividade física e saúde**. São Paulo: Editora Hucitec Ltda, 2ª edição, 1996.

CENTER DISEASE OF PREVENTION AND CONTROL. **Promoting physical activity: a best buy in public health**. 2000.

CHAGAS, E. Educação Física: Escola de ... formação do corpo feminino. **Revista brasileira de ciências do esporte**, v. 15, n. 3, 1994, p. 253-262.

CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 2, 2002, p. 3-17.

COSTA, E. M. B. **O corpo feminino no encontro com a antiginástica**. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, 1999, p. 1-229.

CRUZ, P. P. et al. Culto ao corpo: as influências da mídia contemporânea marcando a juventude. **Fazendo gênero – Corpo, violência e poder**. Florianópolis, v. 8, 2008, p. 1-8.

DAMIANI, D; DAMIANI, D; OLIVEIRA, R. G. Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? **Pediatria Moderna**. São Paulo: Moreira Jr Editora Ltda, v. 38, n. 3, 2002, p. 57-80.

DE ANGELIS, R. C. **Riscos e Prevenção da Obesidade**. São Paulo: Editora Ateneu, 2003.

DE ANGELIS, R. C. Obesidade: Prevenção Nutricional. **Nutrição em pauta**. São Paulo, v. 13, n. 72, 2005, p. 4-8.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol. 27, n. 1, 2005, p. 12-19.

DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

DENADAI, R.C. et al. Efeitos do exercício moderado e da orientação nutricional sobre a composição corporal de adolescentes obesos avaliados por densitometria óssea (DEXA). **Revista Paulista de Educação Física**. V. 12, n. 2, 1998, p.210-218.

DIEESE. Nota técnica: Salário mínimo e distribuição de renda, n. 06, outubro/ 2005.

FERREIRA, V. A. **Obesidade & Pobreza: o aparente paradoxo**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003, p. 1-138.

FISBERG, M. Obesidade na infância e na adolescência. **Ciência hoje**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 164, 2000, 35-37.

FOLHA ONLINE. **Número de filhos por mulher no Brasil cai 62% em 40 anos, diz IBGE**, 26/12/2003, 10h01.

FONSECA, J. G. M; SOUSA e SILVA, M. K; FÉLIX, D. S. Obesidade – Uma visão geral. In: BOUCHARD C. **Atividade física e obesidade**. Rio de Janeiro, Editora Médica e Científica Ltda/MEDSI, 2001.p. 58-65.

FRANCISCHI, R. P; PEREIRA, L. O; LANCHÁ JUNIOR, A. H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Revista. Paulista de Educação Física**. São Paulo, v.15, n.2, 2001, p. 117-140.

FREIRE, J. B. Antes de falar de educação motora. In: DE MARCO, A. (Org.). **Pensando a Educação Motora**. Campinas: Papirus, 1995, p. 37-45.

FUKS, L. B. **Diferentes momentos da evolução feminina**, 2002, p. 1-10. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org>. Acesso em 22 de dezembro de 2008.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Mulheres brasileiras, educação e trabalho**. Disponível em: <http://www.fcc.org.br>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. **Mulheres, trabalho e família**. Disponível em: <http://www.fcc.org.br>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

GAIO, R. **Para além do corpo deficiente... Histórias de vida**. Tese de Doutorado. Piracicaba: Unimep, 1999, p. 1-141.

GALLO, S. Corpo ativo e a filosofia. In: MOREIRA, W. W. (Org.). **Século XXI: a era do corpo ativo**. Campinas: Papirus, 2006, p. 9-30.

GELINSKI, C. R. O. G; RAMOS, I. S. **Mulher e trabalho**, 2004, p. 141-148. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br>. Acesso em 22 de dezembro de 2008.

GIOVELLI, G. et al. **Espiritualidade e religiosidade: uma questão bioética?** Disponível em: <http://www.sorbi.org.br>. Acesso em 11 de janeiro de 2009.

GOELLNER, S. V. et al. Cães, mulheres e noqueiras, quanto mais se bate, melhor ficam. In: ROMERO, E. (Org). **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1995, p. 135-155.

GOELLNER, S. V. A Educação Física e a construção do corpo da mulher: imagens de feminilidade. **Motrivivência**. Santa Catarina: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, n. 16, 2001, p. 35-52.

GUEDES, C. M. O corpo desvelado. In: MOREIRA, W. W. (Org). **Corpo presente**. Campinas: Papyrus, 1995, p. 37-52.

GUEDES, D. P; GUEDES, J. E. R. P. **Prescrição e orientação da atividade física direcionada à promoção de saúde**. Londrina: Miograff, 1995.

GUEDES, D. P. Atuação de Professor de Educação Física no Campo da Saúde. In: BENTO, J. (Org.). **Professor de Educação Física: Ofícios da Profissão**, 2004, p. 93-104.

HALPERN, A; MANCINI, M. C. Obesidade na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 58, edição especial, 2001, p. 205-213.

HAUSER, C; BENETTI, M; REBELO, F. P. V. Estratégias para o emagrecimento. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. V. 6, n. 1, 2004, p. 72-81.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E E ESTATÍSTICA. **Síntese do Mapa da pobreza e desigualdade**, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E E ESTATÍSTICA. **Síntese dos. Population projection of Brazil**, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E E ESTATÍSTICA. **Síntese dos indicadores sociais**, 2008.

JORGE, M. M. Perdas e ganhos do envelhecimento da mulher. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 11, n. 17, 2005, p. 47-61.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, ciências, saúde**.v. 8, n. 1, 2001, p. 49-70.

LAMBERTUCCI, R. H. et al. Corpo ativo e saúde. In: MOREIRA W. W. (Org.). **Século XXI: a era do corpo ativo**. Campinas: Papirus, 2006, p. 109-134.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas/São Paulo: Papirus, 2003.

LEITE, P. F. **Obesidade na clínica médica**. Belo Horizonte: Editora Health, 1996.

LEPRE, R. M. (2009) **Adolescência e construção da identidade**. Disponível em: <http://www.sociologia.org.br>. Acesso em 7 de janeiro de 2009.

LIMA, J. B. Q. **Subjetividade e religiosidade: um estudo da religião católica em Sabinópolis**. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: PUCMG, 2006, p. 1-143.

LINS, A. P. M; SICHIERI, R. Influência da Menopausa no Índice de Massa Corporal. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. V. 45 n. 3, 2001, p. 265-270.

LUFT, C.P. **Minidicionário Luft**. São Paulo: Ática, 11 edição, 1996.

MALDONADO, M. T; GOLDIN, A. **Maturidade**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2004.

MANCINI, M. C. Obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, Moreira Jr. Editora Ltda, v. 61, edição especial, 2004, p. 84-90.

MARQUES LOPES, I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 17, n. 3, 2004, p. 327-338.

MATOS, M. I. R. Terapia Comportamental. In: CLAUDINO, A. M; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 259-265.

MELO, J. P. Aspectos da motricidade na Educação Física como prática pedagógica. In: MOREIRA, W. W; SIMÕES, R. (Org). **Educação Física: intervenção e conhecimento científico**. Piracicaba: UNIMEP, 2004, p. 126-138.

MELLO, E. D; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, 2004, p. 173-182.

MENDONÇA, C. P; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004, p. 698-709.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. PNSN**. Brasília: INAN/MS, 1989.

MOLINA JUNIOR, S; ZANELLA, M. T. Atividade Física no tratamento da obesidade. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 253-258.

MONTEIRO, C. A; MONDINI, L. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.V. 1, n.1, 1998, p. 28-39.

MOREIRA, W. W. Por uma concepção sistêmica na pedagogia do movimento. In: MOREIRA, W. W. (Org.). **Educação Física e Esportes: perspectivas para o século XXI**. Campinas: Papirus, 1992.

MOREIRA, W. W. Corpo presente num olhar panorâmico. In: MOREIRA, W. W. (Org.). **Corpo presente**. Campinas: Papirus, 1995.

MOREIRA, W. W. **Corporeidade e a busca de novas palavras para o saber: uma das tarefas da Educação Motora**. Anais do I Congresso Latino Americano de Educação Motora; II Congresso Brasileiro de Educação Motora, Foz do Iguaçu, 9 a 13 de out., 1998.

MOREIRA, W. W. Corporeidade e lazer: a perda do sentimento de culpa. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 11, n. 3, 2003, p. 85-90.

MOREIRA, W. W et al. Corporeidade aprendente: a complexidade do aprender viver. In: MOREIRA, W. W. (Org). **Século XXI: a era do corpo ativo**. Campinas: Papirus, 2006., p. 137-154..

MOREIRA, W. W; SIMÕES, R.; PORTO, E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília: Editora Universa, v. 13, n 04, 2005, p. 107-114.

MORI, M. E; COELHO, V. L. D. Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 2, 2004, p. 177-187.

MUSSI, M. A. T. **Aparência física no trabalho – uma questão contemporânea para a ergonomia.** Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC, 2004, p. 1-180.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2001.

NEGRATO, C. A. Obesidade, um Problema de Saúde Pública. **Revista Racine.** Pompéia, RCN Comercial e Editora Ltda, v.13, n. 77, 2003, p. 18-24.

NÓBREGA, T. P. **Corporeidade e Educação Física: do corpo-objeto ao corpo sujeito.** Natal, RN: EDUFRN Editora da UFRN, 2005.

NOVAES, J. V; VILHENA, J. De Cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. **Interações.** São Paulo, vol.8, n.15, 2003, p. 09-36.

OLIVEIRA, A. C. Uma doença crônica – epidemiologia que necessita de cuidados em seu tratamento. **Revista Racine.** Pompéia, RCN Comercial e Editora Ltda, v.13, n. 77, 2003, p. 42-46.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **132ª Sessão do Comitê Executivo.** Washington/ EUA, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças crônico degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde,** 2003.

PASETTI, S.R; GONÇALVES, A; PADOVANI, C.R. Corrida em piscina profunda para melhora da aptidão física de mulheres obesas na meia idade: estudo experimental de grupo único. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte.** São Paulo, v. 20, n. 4, 2006, p. 297-304.

PASETTI, S.R; GONÇALVES, A; PADOVANI, C.R. Corrida em piscina profunda para melhora da aptidão física de mulheres obesas. **Arquivos de Medicina ABC**. V. 32, n.1, 2007, p. 5-10.

PEDRO, A O. et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol.36, n. 4, 2002, p. 484-90.

PEDRO, A. O. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 37, n. 6, 2003, p. 735-742.

PELLICER, R. P. R. **O velho corpo da mulher: representações corporais do envelhecimento feminino. Um estudo exploratório**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994, p. 1-137.

PINAS, R. H. **Deus na Pessoa Humana Segundo Wolfhart Pannenberg**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: PUC, 2007, p. 1-122.

POLITO, F. M. **O significado da obesidade na qualidade de vida do trabalhador obeso: vivendo preconceitos e buscando reconhecimento**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2001, p. 1-110.

PORTO, E. **A corporeidade do cego: novos olhares**. Piracicaba/São Paulo: Unimep/Memnon, 2005.

PORTO, E; MOREIRA, W. W. A corporeidade na educação inclusiva. In: **Anais do Encontro Nacional de ensino de Arte e Educação Física saberes do corpo: possibilidades para o conhecimento pedagógico da Arte e da Educação Física na escola**. Natal, 2006.

PRADO, E. S; DANTAS, E. H. M. Efeitos dos exercícios físicos aeróbios e de força nas lipoproteínas HDL, LDL e lipoproteína (a). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, n. 4, 2002, p. 429-433.

REZENDE, A. D. **Efeitos de uma intervenção terapêutica pelo exercício físico e orientação em saúde em indivíduos obesos**. Dissertação de Mestrado. Franca: Universidade de Franca, 2008, p. 1-72.

RIBEIRO FILHO, F. F. Avaliação Clínica. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 227-233.

RIBEIRO, M. R. F; MOISÉS, R. S. Obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, Moreira Jr. Editora Ltda, v. 63, edição especial, 2006, p. 143-152.

ROMERO, E. A arquitetura do corpo feminino e a produção do conhecimento. In: ROMERO, E. (Org). **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 1995, p. 235-270.

SAMPAIO, T. M. V. “Avançar sobre possibilidades”: horizontes de uma reflexão ecoepistêmica para redimensionar o debate sobre esportes. In: MOREIRA, W. W; SIMÕES, R (Org). **Esporte como fator de qualidade de vida**. Piracicaba: UNIMEP, 2002, p. 85-100.

SAMPAIO, T. M. V. Corpo ativo e religião. In: MOREIRA, W. W. (Org). **Século XXI: a era do corpo ativo**. Campinas: Papirus, 2006, p. 63-89.

SANTIN, S. Perspectivas na visão da corporeidade. In: MOREIRA, W. W. (Org.). **Educação Física & Esportes: perspectivas para o século XXI**. Campinas: Papirus, 1992.

SANTIN, S. O corpo e a ética. In: DANTAS, E. H. M. (Org). **Pensando o corpo e o movimento**. Rio de Janeiro: Shape Editora, 1994.

SAPATÉRA, M. L. R; PANDINI, E. V. Obesidade na adolescência. **Efdeportes Revista Digital**. Buenos Aires, ano 10, n. 85, 2005, p. 1-4.

SATER, A; TEIXEIRA R. Tocando em frente. **Almir Sater ao vivo**, 1992.

SCHNEIDER, V. **Caminhada – o exercício mais praticado no mundo**. Portal do coração, 2004 – 2008. Disponível em: <http://www.portaldocoracao.com.br/dra-vandia-schneider.php?id=1333>. Acesso em 27/09/2008

SEGAL, A; CARDEAL, M. V; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 29, n. 2, 2002, p. 81-89.

SERRA, G. M. A; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003, p. 691-701.

SILVA, D. B. **A percepção da vida por pessoas idosas: um estudo sobre velhice, corporeidade e saúde**. Dissertação de Mestrado. Piracicaba: Unimep, 2007, p. 1-131.

SILVA, M. M. Mulher, identidade fragmentada. In: ROMERO, E. (Org). **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1995, p. 109-123.

SILVA, M. S. Efeitos do treinamento intervalado na redução da gordura corporal em mulheres adultas. . **Efdeportes Revista Digital**. Buenos Aires, ano 10 , n. 70, 2004, p. 1-1.

SIMÃO, R. **Fisiologia e prescrição de exercícios para grupos especiais**. São Paulo: Phorte, 2004.

SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. Piracicaba: UNIMEP, 1994.

SIMÕES, R. **Do corpo no tempo ao tempo do corpo: a ciência e a formação profissional em Educação Física**. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 1998, p. 1-328.

SIMÕES, R.; LOPES, L. Diálogo com a saúde. In: GAIO, R.; MENEGHETTI, R. G. K. (Org.). **Caminhos pedagógicos da educação especial**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 203-223.

SOARES, L.D.; PETROSKI, E.L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. V. 5, n. 1, 2003, p. 63-74.

TAYAH, D. et al. Retinose Pigmentar. **Arquivos Médicos ABC**. São Paulo, v. 29, n. 2, 2004, p. 82-86.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 9, n. 3, 2006, p. 360-373.

TEVES, N. Corpo e esporte: símbolos da sociedade contemporânea. In: MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R. (Org). **Fenômeno Esportivo no início de um novo milênio**. Piracicaba: UNIMEP, 2000.

TRAVADO, L. et al. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. **Análise psicológica**. V. 22, n. 3, 2004, p. 533-550.

TROMBETTA, I. C. Exercício físico e dieta hipocalórica para o paciente obeso: vantagens e desvantagens. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V.10, n. 2, 2003, p. 130-133.

TROVÃO DO ROSÁRIO, A. Cuidemos do nosso jardim. In: MOREIRA, W. W; SIMÕES, R. (Org). **Esporte como fator de qualidade de vida**. Piracicaba: UNIMEP, 2002, p. 181-188.

TROVÃO DO ROSÁRIO, A. Presente e futuro das actividades corporais – a nossa responsabilidade. In: MOREIRA, W. W; SIMÕES, R. (Org). **Educação Física: intervenção e conhecimento científico**. Piracicaba: UNIMEP, 2004, p. 13-23.

UEHARA, M. H; MARIOSIA, L. S. S. Etiologia e história natural. . In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 195-201.

VAITSMAN, J. Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea. In: MURARO, R. M; PUPPIN, A. B (Org). **Mulher, Gênero e Sociedade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, p. 8-24.

VAZ, A. F. Corpo, educação e indústria cultural na sociedade contemporânea: notas para reflexão. **Pro-Posições**, v.14, n, 2(41), 2003, p. 61-75.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reasearch on the Menopause**. Geneve: WHO, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical activity: direct and indirect health benefits**. Geneve: WHO, 2005.

ZANELLA, M. T. Tratamento. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 235-242.

ZOTTIS, C. **O corpo obeso e a percepção de si**. Monografia defendida em 12 de março. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2003, p. 1-19.

APÊNDICE A

Declaração de Consentimento para uso da (clínica, hospital, outros) (responsável do local onde a pesquisa será realizada).

Declaro a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa de Mestrado da Universidade Metodista de Piracicaba intitulado “**OBESIDADE FEMININA: OLHARES SOBRE O CORPO**” sob a responsabilidade da orientadora Regina Maria Rovigati Simões e da pesquisadora Kelen Cristina Paccola Larini que a **Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu** permite o uso das instalações da Unidade de Saúde da Família de Rubião Júnior, bem como a realização de entrevista estruturada aos seus pacientes.

De acordo e ciente.

Botucatu, 12 de maio de 2008.

(Nome do (a) responsável)
(com carimbo)

* Todas as declarações devem ser preenchidas no computador, alterando os espaços necessários.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA - UNIMEP
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACIS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações abaixo relacionadas estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes da pesquisa, sendo garantido o sigilo das informações obtidas durante o trabalho. Todos os dados e resultados serão utilizados somente para a pesquisa.

Justificativa: Nossa sociedade passa constantemente por transformações de ordem econômica, social, política e cultural dentre outras. Atualmente, é exaltado o corpo magro e esbelto como sinônimo de beleza. Em épocas passadas, como por exemplo, durante a Antiguidade esses padrões eram bastante diferentes. Os corpos com formas arredondadas, com excesso de tecido adiposo é que eram considerados belos.

Assim, diante das considerações expostas surge a preocupação em olhar para a obesidade de duas formas diferentes: como uma doença crônica, de ordem multifatorial que se tornou um problema epidêmico mundial com proporções cada vez maiores e como algo que foge aos padrões de beleza estabelecidos por nossa sociedade, sendo o foco deste trabalho, desvendar o discurso de corpo de mulheres com sobrepeso e/ou obesas de meia idade, tendo em vista que nessa faixa etária elas estão passando por inúmeras transformações fisiológicas, psicológicas e sociais.

Objetivo: Analisar qual é a concepção de corpo que mulheres de meia idade obesas e/ou com sobrepeso possuem.

Metodologia: Para a coleta de dados será aplicado um questionário a fim de traçar o perfil dos participantes, assim como será realizada uma entrevista composta por perguntas geradoras, com o intuito de investigar e analisar a concepção de corpo de mulheres maduras com sobrepeso e/ou obesas.

Acompanhamento e assistência: O voluntário participante será acompanhado pela pesquisadora, sendo que toda e qualquer dúvida sobre o projeto pode ser esclarecida por Kelen Cristina Paccola Larini, no telefone (14) 97867772 ou pelo e-mail klarini@bol.com.br.

Privacidade dos sujeitos: A pesquisadora assegura que será mantido sigilo em relação às informações obtidas, mantendo assim, a privacidade dos participantes.

Desistência: O voluntário da pesquisa terá liberdade de desistir da participação nesta em qualquer momento, mesmo se o trabalho se encontrar em fase final.

Desconfortos ou riscos: Esse estudo não apresenta qualquer risco à integridade física e/ou emocional do participante.

Ressarcimento e indenização: Não há despesas pessoais para a participação neste estudo, assim como não há compensação financeira, pois a pesquisa não sugere danos nem ônus aos participantes. Se houver algum dano para você, causado diretamente pelos procedimentos deste estudo, você será indenizado pela Universidade Metodista de Piracicaba.

Este documento está impresso em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e outra será entregue a você.

Devido às informações que me foram apresentadas e esclarecidas, referentes aos procedimentos da pesquisa:

Eu....., residente à
rua.....n.º....., bairro
....., da cidade de Botucatu/ SP, declaro que concordo em participar
como voluntário(a) no projeto intitulado como **“OBESIDADE FEMININA: OLHARES SOBRE O
CORPO”**.

De minha parte, garanto o meu compromisso de, enquanto estiver participando do trabalho, seguir as orientações recebidas e assim garantir a confiabilidade dos resultados da pesquisa.

Piracicaba,..... de de 2008.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Professora responsável orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Maria Rovigati Simões

Rua: Voluntários de Piracicaba, 1170, ap 131, bairro: Centro. Cidade: Piracicaba-SP. Telefone (19) 34332845/ E-mail: rrsimoes@unimep.br

Professora responsável pesquisadora: Kelen Cristina Paccola Larini

Rua: Harmonia, 20, apto 13, bairro Recanto Azul, Botucatu/ SP. Telefone: (14) 97867772/
E-mail: klarini@bol.com.br.

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA - UNIMEP
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACIS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA.

Data: ____/____/_____.

OBESIDADE FEMININA: OLHARES SOBRE O CORPO.

Aluna pesquisadora: **Kelen Cristina Paccola Larini** / Orientadora: Doutora **Regina Rovigati Simões**.

1. DADOS:

1.1 Idade: _____ anos 1.2 Peso: _____

1.3 Altura: _____ 1.4 IMC: _____

2. ESCOLARIDADE

___ Nunca foi à escola ___ Ensino Fundamental (1 a 4 série)

___ Ensino Fundamental (5 a 8 série) ___ Ensino Médio (1 a 3 ano)

___ Ensino Superior (Faculdade)

___ Outros. Especifique qual _____

3. ESTADO CIVIL:

___ Solteira ___ Separada / Divorciada ___ Viúva ___ Casada.

Outro: _____

4. FILHOS

4.1 Possui filhos? ___ Sim ___ Não

SE SIM:

4.2 Quantos? ___ filhos

5. AUTONOMIA, SAÚDE E EXERCÍCIOS FÍSICOS:

5.1 Sobre aposentadoria: ___ É aposentada ___ Não é aposentada.

5.2 Sua profissão é (ou foi)?

_____.

Considerando seu futuro, sua saúde e sua qualidade de vida, a sua renda é: ___suficiente ___ razoável
___ insuficiente.

5.4 No último ano (2007), você teve problema de saúde relacionado à:

Estresse Visão Problemas respiratórios Depressão

Hipertensão ["Pressão alta"] Problemas cardíacos (no coração)

Insônia Coluna Diabetes Problemas nas articulações (joelhos, pés) Pele Outro

(s) _____

5.5. Atualmente está fazendo algum tipo de dieta alimentar: Sim Não

SE SIM:

5.5.1. Nesta dieta há o acompanhamento de algum profissional: Sim Não

5.6 Você pratica exercício físico regularmente: Sim Não.

SE SIM:

5.6.1 Há quanto tempo?

Meses Anos Começou há menos de um mês

5.6.2 Qual? _____.

5.6.3 Com que frequência o realiza? _____ vezes*.

* Número de vezes: por dia (), por semana (), por mês (), por ano ().

5.6.4 Você recebe auxílio e acompanhamento de um professor durante os exercícios?

Sim Não

Que bom que você participou desta pesquisa!

MUITO OBRIGADO!

Kelen Cristina Paccola Larini - 2008.

(Mestranda em Educação Física na Unimep / SP,, Professora de Educação Física).

ANEXO 1

Discurso das participantes

Pergunta geradora 1- O que é corpo para você?

Participante 1-

Bom pra mim corpo é, é como se fosse uma máquina que cê tem que cuidar, como se fosse uma máquina e precisa de olinho pra poder se movimentar (risos) senão enferruja tudo né (risos) então corpo pra mim é isso, aí a gente tem que tá cuidando sempre, fazendo atividade, exercícios físicos e sempre né sem que, senão...

Participante 2-

Ai o corpo é tudo né, é movimentação é, é tudo. A gente precisa né de uma movimentação pra fazer é, que nem eu dona de casa né, preciso das mãos pra trabalhar, dos pés, enfim, do corpo, o corpo todo, enfim, movimento, apesar de não fazer exercícios.

Participante 3-

Ai corpo, é, é pra gente né, poder assim né, caminhar é, mas se a gente tivesse o corpo mais leve, a gente caminhava mais rápido, a gente conseguia subir uma subida. Agora com o corpo que nem eu tô, a gente não consegue né, dá canseira, é isso o que eu sinto no corpo.

Participante 4

O corpo é a minha vida, se eu não tiver o corpo não tem vida, então eu tenho que cuidar bem dele pra mim se sentir bem.

Participante 5

Ah, corpo assim pra mim eu gostaria sabe, de ter um corpo assim bonito, mais magra né, porque ser gorda assim a vez eu olho no meu espeio eu falo assim, ai Deus

é tão feio o meu corpo né, eu vejo tanta mulher com o corpo bonito e eu que esse corpo aqui...

Participante 6

É tudo né acho, a gente inteira né...

Participante 7

Pra mim é um ser humano normal, tranquilo, bem disposto, graças a Deus, o corpo eu sinto assim...

Participante 8

Ah eu acho que o corpo é muito importante não. Ter os braço, a perna, a cabeça né, boca, ouvido, é uma coisa muito especial o nosso corpo.

Participante 9

O que é corpo?

Ah um corpo, um corpo assim ... elegante assim pra mim é um corpo né, um corpo mais fininho, mais bunitinho é um corpo

Participante 10

Ah na minha opinião acho que é tudo porque sem o corpo não é nada (risos) ... eu acho.

Participante 11

Ah o corpo é tronco, intestino, rim, coração, corpo todo né...

Participante 12

Ah corpo ah, é assim, é tudo né, porque a gente tem que ter um corpo, é né sua auto-estima, é tudo de bom ter o corpo bom, todo mundo olha, acha bonito, é legal. Eu toda vida tive, gostei muito de cuidar do meu corpo, acho muito legal.

Participante 13

O que que é o corpo.... é tudo né, é a vida né...

Participante 14

..... (risos) ah, serve pra caminhar né, serve pra muita coisa, importante né, eu acho que é muito importante.

Participante 15

O corpo pra mim, eu acho que o corpo é uma coisa importante que a gente, se não fosse ele, a gente não vivia né, porque ele ajuda a gente andar, tudo né, eu acho que tudo, o corpo é uma coisa importante pra nós.

Participante 16

Bom, o corpo pra mim é uma coisa muito importante né que, faz parte da minha vida, do meu trabalho né então eu acho que o corpo é uma coisa muito importante que todo mundo aprecia seu corpo né e deve ter né.

Participante 17

Corpo é vida.

Participante 18

Ah, o corpo da gente é importante né que é pra gente andar, né, assim é muito importante pra isso daí.

Participante 19

Se a gente for ver é a vida né, da gente e ah corpo é tudo né, da pessoa.

Participante 20

O corpo é uma ... eu acho pra mim é maravilhoso né, é uma coisa maravilhosa né.

Participante 21

Ah corpo pra mim é, é tudo, é tudo. Se cê não tiver um corpo cê não tem nada é ou não é, e outra, cê tem que se gostar, cê tem que se olhar no espelho e se gostar, cê tem que vê que tá tudo certo com você, não tem nada de errado, mesmo que às vezes a saúde caia um pouquinho, mas a gente tem que estar sempre em forma.

Participante 22

Ai o corpo é, é tudo, é uma coisa muito importante na nossa vida.

Participante 23

Ah eu acho que um corpo, igual eu já falei pra senhora, eu acho que um corpo a gente tem né, que ter muito amor por ele né e outra e quando eu vejo meu corpo eu também me sinto eu tenho que me sentir bem com o meu corpo que eu tenho e dar valor a ele porque é meu, e pelo dos outro também, porque todos nós temos um espírito né que a gente que dá valor a ele e tem que dar valor e tem que ter amor ao próximo entendeu?

Participante 24

Corpo é o bem-estar da gente né, se a gente não tem corpo a gente não tem vida, é o corpo né.

Participante 25

Ai meu Deus, Nossa Senhora o corpo é, é tudo né, é importante.

Participante 26

Ah é legal né pra mim é, meu corpo é tudo meu, tudo e , sei lá não me sinto feia. Se vié fala pra mim que eu sou feia eu não tô nem ai (risos) importante é que eu não me acho feia.

Participante 27

Corpo pra mim ah é pé, mão, ah a pessoa completa.

Participante 28

Corpo ai será que eu consigo responder? ...Cor corpo é uma ... ai ... onde a gente tem dores né, tem dores nos braços, nas pernas, nas costas né, é isso o corpo né, visão né, boca, o corpo (risos).

Participante 29

Ué corpo pra mim é é é um pe ... é assim né, é uma coisa que ajuda muito a gente né, que assim por exemplo, as perna pra anda , os braço pra trabalha, o zóio pra encherca né (risos) e tem muitas coisas né mais né que o corpo da gente né serve assim pra gente né que assim tem muita utilidade né e se não fosse o corpo o que que a gente ia fazer né (risos).

Participante 30

Ai corpo é uma coisa que tem que pôr roupa, tem que cuidá, tem que, tem que cuidá o corpo, sem corpo não tem, sem corpo não tem como se virá na vida né.

Participante 31

Corpo? Ah é, sei lá, o corpo da gente né (risos).

Participante 32

O meu é ridículo, é feio (risos), eu me sinto mal quando olho no espeio.

Participante 33

O corpo é o corpo da gente né, a gente tem que ter o corpo da gente não é? Tem de tudo né, pode ser um corpo normal. Agora eu não sei se falei errado, se eu falei, você acha que tá bom?

Participante 34

Corpo é como uma igreja você tem que tratar bem, co, conservar o seu templo, não é verdade? Independente da nossa idade nós temos que nos amar. Corpo pra mim é um templo, uma igreja que deve ser cultivada.

Participante 35

O corpo da gente né, que Deus fez, é corpo né, não é verdade? (risos) É o corpo né que a gente tem né, não tem outra coisa né (risos), é isso ai né.

Participante 36

Ah normal, sei lá é duro heim....

Participante 37

Não sei ... Ah é importante pra mim.

Participante 38

Ai, ai, ai, ai deixa eu ver... Ah corpo é importante né, eu acho assim. Agora vamo vê, porque a gente tem que comê, andá, falá né, tem os movimentos. Não sei o que mais.

Participante 39

Ah é uma coisa muito especial sabe, muito... sabendo usá ele, ele é muito gostoso, eu penso assim.

Participante 40

O corpo é uma coisa muito importante que a gente deve cuidar muito bem pra que a gente possa viver e tá passando sempre bem, porque é ele que depende da da gente viver bem aqui.

Participante 41

Corpo? Ah é o corpo da gente né, gente é... vestir bem se a gente pode, gente se alimentar bem quando a gente pode (risos), gente comer, beber e dormir e zelar no corpo né, tomar banho, o corpo que eu acho é assim, você também concorda?

Participante 42

Bom, acho que o corpo é a base, a estrutura de tudo né, porque se você não tiver um corpo você não é nada, não é isso? Então pra mim é isso aí.

Participante 43

Ah o corpo é, né, o que protege o corpo da gente, protege as partes interna da gente. A gente precisa do corpo, dos braço, das perna pra caminhar, tá bom?

Participante 44

Ah eu acho que o corpo é uma coisa fundamental pra gente, é bem isso o que eu acho.

Participante 45

Corpo é o corpo da gente, ele serve pra muita coisa, se não fosse o corpo a gente não, não dá pra viver né.

Participante 46

Ah corpo é a gente ter um corpo saudável né é ... como que eu posso dizer, ah não sei, é um corpo saudável que não seja muito gorda né, nem magra, ah é isso.

Participante 47

Corpo? Corpo humano? Corpo humano, braço, perna, tudo isso (risos).

Participante 48

Ah o que é corpo? Ah é ser magra né, tá com um corpo assim magro, bonito né, um corpo bonito né, lógico, pra, pra mim é isso aí.

Participante 49

Ah, um corpo bonito, magro, esbelte né, (risos) o que eu não sou (risos).

Participante 50

Corpo? Ai ... eu acho que né a gente depende do corpo pra andar, pra, pra tudo né e a gente tem que cuidar do corpo pra ficá bonito.

Participante 51

O que é corpo? Ah corpo eu acho que um corpo assim teria que ser perfeito né, mas devido a alimentação que a gente come, às vezes o exercício, às vezes demais, é fora assim, bem eu vejo que o exercício que era prejudicial então por isso eu tô sofrendo hoje então eu acho que o exercício tem um limite, tem um jeito certo de fazer, então eu me sinto hoje com muitos problemas por causa de coisa errada que eu fiz.

Participante 52

Ai filha, corpo eu acho que é a gente ter ele sadio, não ter dor, poder andar, poder fazer tudo o que a gente quer, que é o nosso corpo humano né, mas do jeito que eu tenho ele é uma porcaria, não dá pra fazer nada, não dá pra passar pano no chão que dói a coluna, não dá pra esfregar uma roupa que desloca o braço, não dá pra passar roupa que desloca o braço, erguer então menos ainda, se eu for ter que ligar uma televisão nessa altura ai sem o controle, eu não posso ligar, colocar uma cortina eu não posso, eu preciso viver tudo de favor, limpar em cima de um guarda roupa eu não posso, eu acho que corpo seria se ele tivesse normal como era antigamente né, de poder fazer tudo, de correr, de batalhar, pegava os pacientes no no hospital e punha na maca e conseguia pegar uma pessoa e pôr na maca e levar pro pro médico atender, eu acho que seria assim, mas não é mais né.

Participante 53

Corpo? Meu Deus do céu! É isto aqui (apontando para o seu corpo). Não vou saber responder pra você esta pergunta, não sei (risos).

Participante 54

O corpo é pra fazer atividade né, fazer nossos movimentos, nossos trabalhos né, e, acho que é isso.

Participante 55

Corpo é tudo né, que a gente precisa do corpo pra tudo. A gente é o corpo é a gente né e tando saudável é melhor ainda (risos), é isso, corpo é, nós somos o corpo da gente né. Corpo e mente junto é, somos o ser humano.

ANEXO 2

Discurso das participantes

Pergunta geradora 2 – Como você vê o seu corpo?

Participante 1-

Ah meu corpo, hoje eu vejo ele muito feio, horroroso (riso) eu vejo ele muito feinho. Ai não tô contente com meu corpo não, uma que esses remédios também que eu tomo, me dá alergia e me deixa inchada, ai eu não gosto dele não.

Participante 2-

Ai precisando de ajuste em vários lugares (riso), é precisa de muito ajuste.

Participante 3-

É então é isso, porque quando eu era magrinha, eu podia correr, eu corria, subia numa árvore, pra mim eu era, eu tinha 53 quilos, então eu achava melhor do que agora né, sentia muito melhor, porque pra mim fazer caminhada assim... era facinho e agora não, agora pra mim ir daqui na casa da minha mãe que é 1 quarteirão e pouco, eu não guento andar rápido.

Participante 4

Eu gosto do meu corpo, agora eu gosto, antes eu tava mais gordinha eu não gostava, mais agora eu gosto.

Participante 5

Ah, eu olho assim no espelho e eu tô achando que eu tô emagrecendo mais né, mais só que eu queria ficar mais magra né pra sentir mais melhor né, e eu acho bonito também né pra ficar com o corpo bom.

Participante 6

Hoje eu não gosto do meu corpo

Participante 7

Ah eu vejo meu corpo graças a Deus, com bastante disposição pra trabalhar apesar da minha idade mas eu não tenho preguiça de trabalhar. Aparece serviço pra mim eu enfrento, pra mim é uma vida normal graças a Deus.

Participante 8

Ah eu gosto do meu corpo, apesar de tá cheio de gordurinha mais eu gosto dele (risos).

Participante 9

Ah eu eu eu sinto bem com o corpo que eu tenho, né do meu jeito assim, eu sinto bem.

Participante 10

Ridículo, porque depois que eu fiquei obesa eu me desconheço.

Participante 11

Ah, eu acho bom, bem.

Participante 12

Agora, ah agora eu não tô gostando do meu corpo não, eu tô muito gorda, fora do peso, eu não tô achando bom não, não tô gostando, mas espero que vai ficar, volte ao normal.

Participante 13

Meu corpo, eu gosto do meu corpo, só não gosto de expor pros outro.

Participante 14

Ah eu me sinto bem né, mais é eu tenho muitas manchas assim que me desagradam (risos) muito (risos).

Participante 15

Como eu vejo o meu corpo? Ah eu vejo o meu corpo, eu acho que meu corpo tá bem né, um pouco gordinha (risos) mais eu acho que tá bem, o corpo pra mim é muito importante, muito importante é o meu corpo.

Participante 16

Ah eu vejo meu corpo bom. Não sou gorda, não sou sequinha demais né, tenho saúde, eu acho que né um pouco velha mais tá bom, eu gosto dele assim.

Participante 17

Assim como um texto da bíblia que fala, nós fomos feitos maravilhosamente do modo atemorizante. Deus nos fez e é assim que eu vejo.

Participante 18

Ah, eu vejo o meu corpo assim que não é normal porque eu tenho as feridas né, da perna né, eu não posso andar que nem todo mundo anda normal né, assim sempre ando com a perna enfaixada então, é o único def, o único defeito que eu acho que eu tenho é esse daí.

Participante 19

Ah, hoje, eu vejo meu corpo assim né, que precisa de mais saúde né, é isso aí.

Participante 20

O meu corpo eu vejo que eu acho bonita, me sinto vendo el meu corpo, meu corpo bonito, que é uma criação de Deus né que Deus fez, então pra mim eu acho tudo maravilhoso ni mim.

Participante 21

Ai eu vejo ele muito bem (risos) não vejo ele mal de jeito nenhum (risos) aliás eu me sinto uma mocinha ainda se cê quer saber (risos), eu não me sinto, eu não me sinto véia, tá novo e o espírito tá novo, a carne tá nova ainda, a bunda tá arrebitadinha, tá

tudo nos conforme, antes era aqui, agora tá aqui (referindo-se aos seios com silicone, devido a mastectomia).

Participante 22

Ah hoje eu não gosto dele não, era melhor como era antes, sem todos esses problemas de saúde que eu tenho agora.

Participante 23

Como eu vejo o meu corpo ah, eu vejo o meu corpo como assim a senhora quer que eu responda, eu vou responder, eu vejo o meu corpo um corpo normal que é meu, eu tenho que ter eu, eu, eu quero expressar uma palavra mas eu não consigo tem que ter amor por ele né igual eu tenho pelos outros, pelo meu próximo que é como Deus fez todos nós né, então tem que ter amor ao meu próximo e ao meu próprio corpo também.

Participante 24

Ah, eu me vejo bem. Meio barrigudinha, mais tá bom (risos) me sinto bem com o meu corpo.

Participante 25

Vejo bem, graças a Deus é normal né...

Participante 26

Eu vejo pelo espeio, só pelo espeio. Inda acho bonito ainda meu corpo, porque não tem estria nenhuma na barriga e nada e só aparece o corte da operação né (corte da cesária).

Participante 27

Ah, eu me sinto bem, eu me vejo bem, pela minha idade pra mim ele tá perfeito.

Participante 28

Como que eu vejo... ah eu vejo meu corpo que não tá muito bom não (risos) tenho é é já mudou né o corpo da gente né agora tá cheia de varizes na perna, gordinha (risos), gordinha aqui, gordinha ali, então, mais eu tô contente com o meu corpo graças a Deus, apesar da idade né eu tô bem com o meu corpo.

Participante 29

Ah, eu vejo assim, bom né porque é do meu corpo que a pessoa sobrevive né assim né, o coração com os membro da gente né, é sobre assim que eu me sinto bem com o corpo né, mesmo que eu não tenho imbigio que já foi arrancado também né, (risos) mai memo assim eu me sinto, eu gosto do meu corpo né, porque é esse que Deus me deu e é esse que eu vou ter até morrer né.

Participante 30

Ah, eu gosto do meu corpo apesar de ser assim (referindo-se a obesidade), mais eu gosto dele, não é aquele corpo perfeito mais é meu, não deixa de ser um corpo, gosto dele.

Participante 31

Ah eu vejo feio, gordo (risos) e cheio de varizes (risos)

Participante 32

Feio, muito feio, me vejo acabada (risos).

Participante 33

Eu, assim, no espeio né, né pode? No espeio.

Participante 34

Com modificações da idade não é verdade? Mas eu aprendi a gostar de mim assim mesmo. Me aceito bem, me acho linda, maravilhosa, não tem ninguém mais bonita que eu.

Participante 35

Ah, eu vejo normal né. O meu corpo é normal né que nem o de todas as muié é né. É um corpo só, não é verdade? (risos) É isso que eu vejo (risos).

Participante 36

Ah eu vejo o meu corpo muito gordo, assim eu não gosto (risos) não concordo muito não (risos).

Participante 37

Antigamente via horroroso, agora eu tô me sentindo melhor, que eu tô querendo emagrecer e eu tô conseguindo.

Participante 38

Hum eu vejo bem gordinha (risos) né que precisa fazer um regiminho, mas assim... eu olho no espelho eu vejo que o meu corpo tá mudando né em vista do que tava, eu acho que tá mudando tudo. Eu tô diminuindo bem as coisas (mudanças na alimentação), ah eu acho que é só isso.

Participante 39

Ele tá meio feinho sabe, mas eu como eu sei usá, ele tá bom.

Participante 40

O meu corpo agora não tá legal não (risos) eu era tão magrinha, tinha o corpo tão bonito, agora não tenho mais (risos).

Participante 41

Ah eu me sinto bem, assim de altura eu sou boa, de altura, não sou gooorda, só a barriga que é um pouquinho (risos) só a barriga que tá um pouquinho, tá tudo em cima.

Participante 42

(Risos) um elefante (risos) um elefante daquele que tá fazendo inseminação, que tá em extinção e eu, eu me sinto bem como tô com esse corpãozão né então pra mim eu tô bem, eu me sinto bem, não vou falar que eu tô infeliz pelo meu corpo ser exagerado né, corpo de elefante (risos) mas, eu me sinto bem com ele sim, vou fazer o quê. Cada um tem uma porção né e o meu é assim memo, então eu me acho feliz. Se eu falar pra você que eu sou infeliz com meu corpo, eu tô mentindo, eu sou feliz assim, já fui magrinha, já fui gordinha, já fui... eu não sei como, como não, se eu não gostar de mim mesma, quem vai gostar de mim? Então primeiro eu preciso me gostar, olhar no espelho e ver, me ver bem e não importa o resto.

Participante 43

Horrível (risos) eu odeio meu corpo, eu tô gorda, horrível, cheia de celulite (risos), banha, ah eu odeio ser gorda.

Participante 44

Ah ultimamente eu tô satisfeita com meu corpo (risos).

Participante 45

Muito bem, eu vejo bem, só que eu me preocupo com a barriga que tá bem grande.

Participante 46

Ah (risos) senhor, eu vejo meu corpo um corpo mais feio, gorda, sem, sem assim como é que é? Sem detalhes sabe, coloca roupa e não dá certo (risos) queria ser mais magra né, mais tá difícil viu.

Participante 47

Nossa gordo (risos) totalmente ... não tá do meu jeito, do jeito que eu queria que fosse não, tá meio complicado o negócio, precisa fazer bastante exercício (risos), quem sabe chega lá né, na onde tem que baixá um pouco essas gordura ai.

Participante 48

O meu? Péssimo (risos) péssimo que, que sou gorda. Queria emagrecer, queria ficar magra né, eu já tentei e eu não consegui né.

Participante 49

Me vejo gordinha, mas bonita (risos). Aceito muito bem o jeito que eu sou.

Participante 50

Agora tá bem acabado viu (risos).

Participante 51

Péssimo, péssimo (risos) posso falar então? Ridículo pode vestir um macacão de .. .sabe aqueles macacão pra tirar a dor (risos)?

O meu corpo é péssimo, muita dor, muita dor, dor no corpo, dor nos ombro, dor na coluna, dor no joelho, então é péssimo.

Participante 52

Bem ruim, eu me vejo ele bem ruim, muito gordo. Antes eu tinha uma cinturinha, eu tenho vestido lá que, que eu guardo de lembrança, uma cinturinha assim, as roupas que eu trabalhava na enfermagem, as calças chega aqui e aqui ó, nem abotoa mais nenhuma. Taier branco assim né, fica aqui e aqui, não abotoa mais, então isso é uma tristeza pra mim.

Participante 53

Horrível (risos) ai ai, eu queria que fosse mais bonito né, ai eu queria que tivesse, que tivesse, assim um corpo mais elegante né, assim, mais perfeito, porque no momento tá meio esquisito né (risos).

Participante 54

Feio (risos) meu corpo é feio (risos) pra começar barriguda, não é bonito. Eu quero que o meu corpo melhora, quero perder a barriga, quero perder peso, quero voltar meu corpo antigamente, que eu fui magra né, agora tô essa baleia, não é legal.

Participante 55

Meu corpo tá acima do normal, acima do peso, mais eu sempre fui acima do meu peso, eu queria que fosse melhor, mais tô tentando melhorar (risos).