



# O esforço cotidiano de dizer não às “coisas boas da vida”: um estudo de caso com pessoas obesas que recebem acompanhamento nutricional

The daily effort to say no to “good life”: a case study with obese people who receive nutritional counseling

Rafael da Silva Mattos<sup>1</sup>  
Viviane do Valle Couto Reis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Coletiva (Ciências Humanas e Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ  
Professor do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ  
Pesquisador do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) da UERJ

<sup>2</sup> Mestre em Nutrição – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ  
Nutricionista do Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) da UERJ

Correspondência / Correspondence  
Rafael da Silva Mattos  
E-mail: profmattos2010@gmail.com

## Resumo

A obesidade é uma condição de acúmulo excessivo de gordura generalizada ou localizada que pode comprometer a saúde do indivíduo. A etiologia da obesidade é um processo multifatorial que envolve aspectos genéticos, ambientais e individuais, o que torna mais difícil a ação sobre seus determinantes. O tratamento da obesidade pode envolver componentes variados, como práticas corporais, medicamentos e suporte psicológico, mas as práticas nutricionais são fundamentais para se garantir aumento da saúde e da vitalidade. O objetivo deste estudo foi compreender alguns sentidos atribuídos, por pessoas obesas, a certas práticas nutricionais. Foi realizado estudo de caso qualitativo socioantropológico de natureza empírica e analítica, no qual a preocupação metodológica maior foi com a descrição, compreensão e interpretação dos fenômenos observados em um grupo específico de participantes obesos. Foram realizadas entrevistas abertas em profundidade e concluiu-se que a dieta hipocalórica pode ser compreendida como estratégia necessária de controle ponderal, mas também como privação do prazer e da alegria de comer.

**Palavras-chave:** Obesidade. Práticas Nutricionais. Privação do Prazer.

## Abstract

Obesity is a condition of excessive accumulation of generalized or localized fat that can compromise the health of the individual. The etiology of obesity is a multifactorial process involving genetic, environmental and individual aspects, which makes more difficult the action on their determinants. The treatment of obesity may involve different components such as body practices, medicine and psychological support, but nutritional practices are essential to ensure increased health and vitality. The objective of this study was to understand some meanings attributed by obese people, certain nutritional practices. We carried out a qualitative socio-anthropological case study and empirical analysis, in which the greatest methodological concern was with the description, understanding and interpretation of observed phenomena in a specific group of obese participants. Open interviews were made in depth and concluded that the low-calorie diet can be understood as a necessary strategy for weight control but also as the deprivation of pleasure and joy of eating.

**Key words:** Obesity. Nutritional practices. Deprivation of pleasure.

## Introdução

### Definição e prevalência da obesidade

A obesidade é uma condição de acúmulo excessivo de gordura generalizada ou localizada, que pode comprometer a saúde do indivíduo. Ela pode ser definida como Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 kg/m<sup>2</sup>, embora em alguns casos o IMC elevado não caracterize obesidade. O IMC é uma variável de grande utilidade tanto epidemiológica quanto cotidiana que classifica a obesidade em sobrepeso e obeso grau I, II ou III (WHO, 1998).

Tanto o sobrepeso quanto a obesidade são consequências da ingestão energética

excessiva quando comparada ao gasto energético. Assim, o sucesso do controle ponderal está baseado no balanço energético negativo (MAHAN et al., 2005).

A etiologia da obesidade é um processo multifatorial que envolve aspectos genéticos, ambientais e individuais, o que torna mais difícil a ação sobre seus determinantes (PINHEIRO et al., 2004). Dentre a variedade de fatores etiológicos associados ao desenvolvimento da obesidade, estão: desequilíbrio nutricional, inatividade física, alterações neuroendócrinas, uso prolongado de determinadas drogas, entre outros (ANDERSON; KONZ, 2001).

Essa doença crônica, dispendiosa, de alto risco e recorrente afeta cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive em países desenvolvidos. Estima-se que, atualmente, mais de 115 milhões de indivíduos sofrem com problemas relacionados à obesidade nos países em desenvolvimento. Somando-se aos casos de sobrepeso, o número de pessoas atingidas pode chegar a 1 bilhão e 700 milhões (DEITEL, 2003; WHO, 2002).

No Brasil, ao se comparar pesquisas atuais com aquelas menos recentes, percebe-se claramente o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso e obesidade ao longo das últimas décadas. O Ministério da Saúde publicou, em 1993, que 15% da população brasileira possuía sobrepeso e 6,8% desta população já era considerada obesa. Quatro anos depois, no Inquérito de 1997, esses números se elevaram para 38,7% de indivíduos com sobrepeso e 9,7% de obesidade (MONTEIRO; CONDE, 1999).

### Comorbidades e transição nutricional

A obesidade é um agravo nutricional associado à alta incidência de doenças como as cardiovasculares, *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças do aparelho locomotor, entre outras, sendo importante fator de risco para as principais causas de morbidade, mortalidade e incapacitação no Brasil (MONTEIRO; CONDE, 1999).

Recentes alterações promovidas no estilo de vida ao longo do tempo, advindas sobretudo da urbanização e da industrialização, incluíram modificações expressivas no padrão alimentar da população brasileira, e estão entre as principais causas para a alarmante prevalência atual da obesidade. Nos hábitos alimentares modernos, nota-se maior consumo de açúcar, gordura, alimentos industrializados e refinados, ovos, leite e derivados, e simultânea redução no consumo de cereais integrais, leguminosas, raízes, tubérculos, hortaliças e frutas (ROBERTS; BARNARD, 2005).

O excesso de lipídios, proteína animal e carboidratos refinados, aliado à escassez de carboidratos de baixo índice glicêmico e de fibras alimentares, reduziu a qualidade do padrão nutricional, tornando-se corresponsável pelo visível e preocupante aumento do sobrepeso e da obesidade (ANDRADE et al., 2003).

O cenário atual é de transição nutricional, ou seja, diminuição contínua dos casos de desnutrição e prevalências crescentes de excesso de peso, consequência da mudança nos padrões de comportamento alimentar da população, aliada à redução do gasto energético em atividade física (PINHEIRO et al., 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), 60% das mortes registradas no mundo são provocadas por doenças relacionadas à alimentação inadequada e à falta de atividade física.

## Obesidade na contemporaneidade: obesidade e estilo de vida

O consumo abundante de bebidas e alimentos densamente energéticos foi apontado pela International Obesity Taskforce (IOTF) como a causa da epidemia da obesidade, juntamente com o estilo de vida sedentário (STUBBS; LEE, 2004). Segundo Pereira et al. (2005), o consumo frequente de *fast-foods* possui forte associação com ganho de peso e resistência à insulina, sugerindo que esse tipo de alimento aumentaria o risco de obesidade e DM2.

Os benefícios da atividade física regular e da alimentação saudável vão além da administração do peso corporal, e ambos devem ser recomendados juntos, aliados ou não a outras formas de tratamento, com o intuito de melhorar a saúde da população, principalmente de indivíduos com excesso de peso (STUBBS; LEE, 2004).

Estudos que combinaram um programa de exercícios com uma dieta de restrição calórica balanceada resultaram em significativa redução de peso corporal e minimizaram os fatores de risco para doenças crônicas por pelo menos um ano, além de sugerirem melhor controle da HAS e do DM2 (AVENELL et al., 2004). Indivíduos obesos não-diabéticos submetidos a dieta e atividade física apresentaram aumento na sensibilidade à insulina, acompanhado de redução na gordura visceral (SHADID; JENSEN,

2003). Pequenas perdas de peso, cerca de 5 a 10% do peso inicial, são capazes de melhorar substancialmente a saúde de pacientes obesos e modificar seus fatores de risco cardiovascular (FEIGBAUM et al., 2005).

O tratamento consistido em dieta e atividade física, com ou sem a administração de orlistat (medicamento indicado para o emagrecimento), resultou em significativa redução na taxa de triglicérides dos 225 obesos submetidos ao estudo (FEIGBAUM et al., 2005). Já na pesquisa realizada por Lindström et al. (2004), a intervenção intensiva no estilo de vida em um ano induziu os participantes a obterem diversas mudanças benéficas na dieta, atividade física, glicose sanguínea e concentração de lipídeos, além de ter também tido como resultado uma grande redução na incidência de DM2. Estas alterações nas características clínicas dos obesos ocorreram independentemente da modesta redução de peso observada.

Especula-se, atualmente, que modificações no estilo de vida, independentemente do sucesso na perda de peso, seriam benéficas à saúde do obeso, de modo a controlar as possíveis comorbidades existentes e prevenir o desenvolvimento de outras (ROBERTS; BARNARD, 2005). A mudança no estilo de vida de obesos sedentários com péssimos padrões alimentares, apesar de difícil, faz-se necessária e deve ser implementada, de preferência no longo prazo, de forma a

sustentar comportamentos que estimulem estilos de vida saudáveis (PINHEIRO et al., 2004). Independentemente das outras formas de tratamento, a recomendação de dieta balanceada e saudável, que possa prover energia e nutrientes necessários à sobrevivência e à manutenção da saúde, aliada à prática regular de atividade física, sempre será recomendada no combate à obesidade (PRICE, 2005).

Estratégias para perda ponderal, e mais importante, para manutenção dessa perda, envolvem mudanças de comportamento, e os resultados dependem da adesão do paciente às formas de tratamento especificamente a ele aplicadas. A prevenção e o tratamento de doenças crônicas, como a obesidade, exigem mudanças no estilo de vida que são caracterizadas pela baixa adesão do paciente a longo prazo. Há uma série de aspectos que podem influenciar na adesão à prescrição dietética e na motivação para adotar um padrão desejável de comportamento alimentar (ASSIS; NAHAS, 1999; HARPER; PETERSON, 2004).

Estudo recente que investigou a eficácia de exercícios físicos realizados em domicílio, combinados à leve restrição energética durante 12 meses em 203 mulheres, demonstrou que a significativa redução de peso obtida nos seis primeiros meses foi revertida ao longo dos demais. Portanto, os benefícios futuros da perda ponderal não puderam ser observados (MEDIANO et al., 2010).

Alguns métodos podem ser aplicados para auxiliar o sucesso de tratamentos da obesidade a longo prazo pela mudança comportamental. Boas opções incluem contatos telefônicos, correspondência eletrônica ou sessões educacionais em grupo, que auxiliem a eficácia e a continuidade do tratamento (WADDEN et al., 2005).

Apesar da modificação individual no comportamento e no estilo de vida serem fundamentais, os contextos social, econômico e cultural no qual o comportamento está inserido também devem ser analisados. É fundamental que se melhorem as condições econômicas e sociais e que se estimulem políticas públicas de criação de suportes ambientais que promovam estilos de vida ativos e comportamentos alimentares saudáveis (COUTINHO et al., 2008).

### Tratamento nutricional da obesidade

O tratamento da obesidade pode envolver componentes variados, como exercícios físicos, medicamentos e suporte psicológico, mas a reeducação alimentar é fator fundamental para se garantir adequada condição de saúde (MONTEIRO et al., 2004; SNOW et al., 2005).

De um modo geral, todas as dietas para a redução de peso visam a minimizar a ingestão calórica do indivíduo. Numerosos estudos vêm sendo realizados com o intuito de descobrir qual a melhor conduta dietética para redução e controle do peso corporal (MAKRIS; FOSTER, 2005).

Mudanças na composição nutricional de dietas para a redução de peso deram origem a diferentes condutas dietéticas. Há necessidade de pesquisas futuras que concluam a eficácia e recomendação de dietas como as que manipulam a quantidade de macronutrientes - por exemplo, as dietas hiperproteicas como Atkins, South Beach e Dieta da Zona e as dietas hiperglicídicas como Ornish; dietas que alternam a densidade energética ao longo do tempo; dietas baseadas no tipo de carboidrato, como a dieta de baixo índice glicêmico, entre outras (KLEIN et al., 2004).

Durante os últimos vinte anos, o foco principal das dietas era a redução da gordura ingerida, visando à redução do risco de doenças crônicas, fortemente associado ao consumo de gorduras saturadas. Dietas com baixos teores de gordura - as *low-fat diets* (LFDs) - produziram significativas reduções de peso no longo prazo, além de trazerem benefícios para a pressão arterial, perfil lipídico e glicose (AVENELL et al., 2004; LINDSTROM et al., 2004).

De acordo com a restrição energética, as dietas podem ser classificadas em dietas de baixa caloria (*low-calorie diets* ou LCDs), com 1.000 a 1.500 calorias diárias, que promovem redução de cerca de 8% do peso inicial em 3 a 12 meses de tratamento; e dietas de muito baixa caloria (*verylow-calorie*

*diets* ou VLCDs), com menos de 800 calorias por dia, chegando à média de 13,4 kg de redução em 12 meses e sendo constituída usualmente de fórmulas líquidas especiais. Esta última não é recomendada para a terapia de perda de peso, por se mostrar inadequada nutricionalmente, devido ao grande déficit energético (GANS et al., 2002).

Este artigo tem como objetivo apresentar alguns sentidos que participantes, com sobrepeso ou obesidade, atribuem à prática nutricional realizada no Projeto de Extensão “Exercício Físico Adaptado para Obesos”, coordenado pelo Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)<sup>1</sup>.

## Materiais e métodos

### Estratégia metodológica

O Projeto de Extensão “Exercício Físico Adaptado para Obesos”, coordenado pelo Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF) do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)<sup>1</sup> é um programa composto por exercícios físicos semanais (às segundas, quartas e sextas-feiras das 14h30min às 15h30min), acompanhamento médico,

<sup>1</sup> O Laboratório de Fisiologia aplicada à Educação Física (LAFISAEF) está localizado na Rua São Francisco Xavier nº 524 – 8º andar – Bloco F – Sala 8104. Tel: (21) 2587-7175.

nutricional e apoio psicológico desenvolvido especificamente para indivíduos com sobrepeso ou obesidade. O Projeto de Exercício Físico Adaptado para Obesos foi criado em 2005, e esta pesquisa foi realizada durante 24 meses (2007-2008).

Foram atendidos 13 alunos, entre 33 e 64 anos de idade ( $52 \pm 9,0$ ), sendo três do gênero masculino e 10 do gênero feminino. São 11 moradores da cidade do Rio de Janeiro, um morador de Nova Iguaçu e um de São Gonçalo, cidades do Estado do Rio de Janeiro. Quanto à escolaridade, quatro possuem nível superior completo, quatro possuem a educação básica completa, dois possuem o ensino fundamental completo e três possuem o ensino fundamental incompleto. O requisito para a participação das atividades oferecidas – exercícios físicos, psicoterapia, dietoterapia – além da condição de sobrepeso – era possuir idade mínima de 18 anos, realizar um teste de esforço com um cardiologista e apresentar um laudo atestando a condição física para praticar exercícios físicos terapêuticos com acompanhamento de profissionais de Educação Física.

Trata-se de um estudo de caso qualitativo socioantropológico de natureza empírica e analítica com campo etnográfico, no qual a preocupação metodológica maior foi com a descrição, compreensão e interpretação dos fenômenos observados em um grupo específico de participantes obesos. Sendo uma pesquisa qualitativa, nossa investigação se direciona para a busca dos

sentidos atribuídos às práticas de saúde, a partir da descrição e compreensão da realidade cultural desse grupo de alunos com sobrepeso ou obesidade. A preocupação desta pesquisa não foi com a representatividade do grupo pesquisado – utilizando uma amostra em busca de generalização, mas com um estudo de caso, interpretativo de um grupo específico, buscando aprender ações e interações sociais. Não elaboramos uma pesquisa preditiva e/ou explicativa – tampouco quantitativa, mas sim uma pesquisa compreensiva e interpretativa. Esta pesquisa, portanto, não se propôs a determinar o significado “verdadeiro” e “válido” dos objetos de análise, tais como as ciências positivistas, fundamentadas no paradigma explicativo.

A compreensão que buscamos em nossa pesquisa é aquela proposta por Weber (1991, 2005), isto é, compreender para interpretar as ações sociais. É claro que a compreensão deve atingir o máximo de verificabilidade, mas o próprio Weber nos alerta que a interpretação mais verificável nunca será causalmente válida, mas somente uma hipótese particularmente plausível do real.

As condutas sociais dos atores sociais oferecem um imenso campo suscetível de uma compreensão, por parte do pesquisador social. A capacidade de compreendermos nos permitirá interpretar sem a pretensão de estabelecer leis universais, pois as ciências sociais são compreensivas, históricas e se orientam para a cultura. Diferentemente das

ciências naturais, nas quais só podemos apreender as regularidades observadas por meio de proposições de forma e natureza matemáticas, o método de compreensão proposto por Weber concentra-se na compreensão interpretativa da ação humana, isto é, do sentido subjetivo que os atores atribuem ao que fazem ou deixam de fazer.

Nesse sentido, o objetivo da sociologia interpretativa e compreensiva nesta pesquisa foi investigar o sentido das motivações dos sujeitos e interpretá-las, mesmo que as motivações não façam parte da ação consciente dos sujeitos envolvidos nas ações sociais. Quando nos referimos a motivações dos sujeitos, estamos nos referindo a conexões de sentidos que, aos olhos do observador, podem revelar o fundamento das condutas estudadas e observadas.

A estratégia do trabalho procurou descrever e revelar os sentidos evocados pelos sujeitos, com a finalidade de compreender e interpretar os motivos que os levam a buscar e permanecer nesse Projeto de Extensão, relacionando-os com a prática nutricional desenvolvida no âmbito das conexões entre alimentação e cultura.

### Entrevistas em profundidade

Foram realizadas entrevistas abertas em profundidade gravadas com todos os

participantes do grupo de alunos com sobrepeso ou obesidade e com a equipe profissional de saúde. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual concordaram em participar da pesquisa. A pesquisa também foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa<sup>2</sup> do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a fim de garantir a correta elaboração de todos os procedimentos éticos que envolvem seres humanos.

As entrevistas abertas não foram caracterizadas pela formulação de um roteiro. Os entrevistados tiveram total liberdade para se expressarem, sofrendo o mínimo possível de intervenções ao longo da entrevista. O participante foi convidado a falar livremente. Nas entrevistas, buscamos encontrar alguns caminhos que nos permitiram entender o que os indivíduos dizem sobre o que fazem, o que realmente fazem e o que pensam a respeito do que fazem. Essas entrevistas nos ajudaram também a coletar informações sobre a história pessoal dentro e fora desse Projeto de Extensão, suas motivações, seus desejos de emagrecimento.

As entrevistas sempre iniciavam com uma conversa sobre a vida pré-Projeto de Extensão. A abordagem inicial tinha por objetivo deixar o aluno menos constrangido e mais à vontade para falar.

<sup>2</sup> Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0013.0.259.000-07; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): FR – 152142

O próprio aluno falava sobre seu passado sedentário e suas tentativas frustradas de dietas restritivas. Entrevistas com profissionais em saúde (e estagiários) envolvidos nos ajudaram a compreender a prática nutricional utilizada e sua interface com o engajamento dos alunos na dieta.

Na análise das entrevistas, foi privilegiado o conteúdo simbólico dos discursos dos sujeitos, porque entendemos que as palavras simbolizam e remetem a representações. As entrevistas em profundidade foram analisadas mediante o procedimento de Análise de Conteúdo. Para Bardin (1977), a Análise de Conteúdo pode ser conceituada como o conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou qualitativos) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens.

Privilegiou-se, inicialmente, o conteúdo produzido nos discursos dos pesquisados, face à sua manifestação durante a enunciação, para depois extrairmos os núcleos de sentidos que compõem o enunciado dos falantes. Bergson (1979) afirma que, sob as palavras e frases, há algo de muito mais simples que uma frase e mesmo que uma palavra: o sentido. Nosso esforço foi o de apreender esses sentidos.

Os procedimentos da análise de conteúdo reconstroem representações em

duas dimensões principais: a sintática e a semântica. A frequência das palavras e sua ordenação, o vocabulário, os tipos de palavras não foram analisadas por nós. A análise puramente descritiva da frequência de palavras não foi opção metodológica. Preferimos a codificação semântica que privilegia o codificador humano e não a matematização ou utilização de *softwares*.

### O acompanhamento nutricional como prática terapêutica no Projeto de Extensão Exercício Físico Adaptado para Obesos da UERJ

Em geral, quando o sujeito procura um nutricionista, ele já tentou inúmeras estratégias: dietas elaboradas por médicos, uso de remédios para emagrecimento, programas de vigilante do peso, etc. O acompanhamento nutricional surge, nesse momento, como mais uma oportunidade para tentar emagrecer e não como uma prática de saúde prioritária. Isto é, a busca por um nutricionista torna-se uma das últimas estratégias de emagrecimento.

Se retomarmos nossas leituras sobre a formação do cidadão na Grécia Antiga, Platão destacará a importância da alimentação adequada para os guardiões. Na *paideia* grega, a preocupação com a dieta tinha importância superior aos cuidados médico-higiênicos. Ginástica e dieta adequada eram elementos necessários para a saúde do corpo, assim como a música para a saúde da alma. A harmonia entre esses elementos poderia produzir o que hoje chamamos de saúde (JAEGER,

2003; MATTOS et al. 2010; PLATON, 2002).

Ao longo das entrevistas em profundidade com pessoas obesas, foi possível compreender que a dieta possui o objetivo de mudança comportamental. Ou seja, a dieta só será eficaz se o sujeito modificar seus comportamentos perante a alimentação, mesmo que para isso seja preciso um acompanhamento psicológico no contexto de uma equipe multi e interdisciplinar. Para os participantes, a dieta adquire dois sentidos:

- Dieta é mudança de comportamento: os participantes reconhecem que é preciso uma nova maneira de lidar com os alimentos e que isso passa pelas modificações de atitudes, condutas e comportamentos.
- Dieta é privação do prazer, da alegria e das “coisas boas da vida”. Pretendemos discutir esses sentidos atribuídos à dieta, a fim de compreender como a estratégia nutricional se torna uma prática terapêutica para pessoas obesas.

As consultas demoram cerca de 50 minutos, nos quais se colhem dados pessoais e informações sobre hábitos alimentares, hidratação, função intestinal e doenças. Após essa anamnese, característica da clínica, elabora-se um “Recordatório de 24 horas”. Isto é, um conjunto de informações sobre os hábitos alimentares, a fim de destacar os principais erros cometidos pelos participantes. Em seguida, explica-se a estratégia hipocalórica

a ser seguida para a reeducação alimentar e emagrecimento.

Durante a abordagem clínica, reconhecemos que muitos participantes estão procurando algo além do emagrecimento. Alguns começam a conversar sobre seus problemas, principalmente os familiares. O acolhimento, o cuidado e os vínculos tornam-se elementos fundamentais para adesão ao tratamento. Sem o reconhecimento do sujeito que sofre, a aceitação da dieta hipocalórica tende a ser débil.

Em virtude do isolamento social em que vivem essas pessoas, a sociabilidade é muito importante, pois o obeso terá oportunidade de estar num local onde as pessoas são semelhantes e possuem as mesmas limitações. Em academias de ginástica e musculação, reconhecem que ficam isoladas, além de serem censuradas pelo olhar dos demais (DURET; ROUSSEL, 2003; MATTOS; LUZ, 2009).

A obesidade atrapalha a saúde, a estética e a vida social. Além disso, ela é acompanhada de fatores psicológicos graves (BRITZ et al., 2000; CARPENTER, 2000; CARR; FRIEDMAN, 2005; ONYKE et al., 2003). Na maioria das vezes, há questões subjetivas além da vontade de comer (GASPARD; DOUCET, 2009). Por isso, a obesidade é difícil de tratar apenas com dietas hipocalóricas. Há crises compulsivas, episódios de depressão e ansiedade. A obesidade, em nossa

experiência, encontra-se associada à ansiedade e frustrações.

Diversos estudos têm demonstrado forte correlação entre obesidade e ansiedade, angústia, depressão e todo tipo de sofrimento. Tal fato ocorre principalmente devido ao estigma da gordura, pois os obesos se reconhecem como pessoas excluídas, discriminadas, humilhadas e até abandonadas. Além disso, sentem-se com mais desvantagens sociais e menores oportunidade profissionais (ANDREOLETTI et al., 2001; CARR; FRIEDMAN, 2005; EAGLY et al., 1991; FRIEDMAN et al., 2002; ONYIKE et al., 2003).

Muitos obesos comem muito, mesmo sem fome. E a psicoterapia tem importância fundamental para ajudar a estratégia nutricional de retirar o excesso de doce da dieta dessas pessoas. As mulheres relatam que, quando ficam ansiosas, tendem a comer doces. Quando a psicoterapia enfatiza as diferenças entre gula, desejo e fome, o tratamento nutricional melhora bastante. Quando o aluno consegue conjugar bem a psicoterapia com a dietoterapia, ele consegue perder peso. As consultas nutricionais no Projeto de Extensão são individuais, mensais ou bimestrais, e há palestras coletivas semanais. Essas palestras duram de dez a 15 minutos. Sempre é abordado algum tema relacionado à nutrição. O objetivo é a mudança comportamental e a educação em saúde.

Os demais profissionais do Projeto de Extensão também reconhecem que a

mudança de hábitos é fundamental para os alunos obesos, mesmo sabendo que é muito difícil. O *habitus* corporal (BOURDIEU, 1984, 1997; BOLTANSKI, 1971) adquirido pelos alunos obesos no que diz respeito à alimentação é um dos maiores entraves e contribui para o insucesso na adesão às dietas para emagrecimento.

*A maioria não segue a dieta. É muito difícil você largar as coisas que você gosta. Por mais que você coloque na cabeça das pessoas que elas não devem comer chocolate, elas sempre darão aquela beliscadinha, porque elas gostam do chocolate e ele as faz feliz. Mesmo sabendo que aquilo vai engordar, você continua comendo porque aquilo te faz feliz. (23 anos, Estagiário do Projeto de Extensão).*

*Dieta? A maioria chuta o balde. Algumas já me disseram. Algumas pessoas desistem mesmo. No começo então é muito difícil, você já tem um costume de hábitos alimentares. E a nutricionista faz um corte, por mais brando que seja. E as pessoas que conseguem sobreviver a isso mantêm a dieta. E as que não conseguem sobreviver enganam, mentem dizendo que estão fazendo a dieta. [...] Eu acho que a comida é como uma fuga né. É como uma droga. E depois você fica em depressão. E para sair da depressão você come mais ainda. É um círculo vicioso. (46 anos, Professor de Educação Física do Projeto de Extensão).*

Os participantes obesos reconhecem que os hábitos alimentares são muito difíceis de serem modificados e respondem sobretudo pela condição de sobrepeso atual. A presença de grandes quantidades

de doces, frituras, pizzas e *fast-food* no seio familiar contribuem para um padrão alimentar desequilibrado. As mudanças no tocante à alimentação, quando recebem apoio da família, tendem a ser bem-sucedidas.

*Na minha casa todo dia era muito refrigerante, pizza, salgadinho, bolo. Ai eu e minha filha fomos cortando tudo. Quando eu sinto vontade eu como um e vou fazer caminhada na rua para desgastar. Agora como folha, pois eu comia muita carne, macarrão, carré, batata-frita, rabada, mocotó. Agora já como muito frango e peixe. (61 anos, participante do Projeto de Extensão)*

*Dieta? Tem que fazer uma restrição e é muito difícil. Você criou hábitos durante toda a vida e agora para mudar é mais difícil. Eu como muitas besteiras. Gosto de doces e chocolates e não posso comer mais. Eu já sei o que pode comer e o que não pode comer. Eu sou muito gulosa. O problema é esse. Lá em casa todo mundo adora besteiras. E você faz o quê? sai de perto? (51 anos, participante do Projeto de Extensão).*

*Eu comia muito misto-quente, salgado, refrigerante. [...] Eu não sei o que é estar na casa de dois dígitos há décadas. 99 kg era um luxo de adolescente. Agora só vivo na casa dos três dígitos. (39 anos, participante do Projeto de Extensão).*

*Meu marido traz quindim, doces, etc. Eu fico pensativa depois que como. Mas comer é um prazer né. Tentei compensar a consciência e não jantei. Tomei só um chá e fui dormir mais cedo. (52 anos, participante do Projeto de Extensão).*

Mesmo com as dificuldades para modificar o comportamento alimentar, muitos participantes consideram a nutrição como uma importante ferramenta que os auxilia a elaborar novos sentidos sobre as comidas, as refeições e a própria escolha dos alimentos. Com isso, sentem-se mais saudáveis, independentemente do grau de emagrecimento.

*Minha paixão sempre foram tortas e doces de confeitaria. Essas comidas “engordiet” né. As próprias palestras da nutricionista me ajudaram. Essa coisa de gordura hidrogenada, o açúcar refinado, o arroz comum. Tudo isso que eu venho aprendendo me levam a mudanças na minha casa. Agora eu tenho conhecimento né. Antigamente eu ia para o shopping comer aquelas tortas. Agora eu corro delas. Eu sei o mal que aquelas tortinhas fazem a mim mesma. É o colesterol, a glicose. (56 anos, participante do Projeto de Extensão).*

*Hoje eu me controlo mais porque sou orientado pela nutricionista. Eu não parei de comer nada, eu só diminuí a quantidade. Porque às vezes a gente come os alimentos sem saber se fazem bem ou mal. E eu estou evitando certos alimentos. Gordura, fritas, essas coisas, têm diminuído bastante. (56 anos, participante do Projeto de Extensão).*

*Às vezes eu pulo as refeições, pulo os horários. Faço bobagens, como o que não deveria comer. Mas hoje mesmo eu acho que estou certinha. Eu não como doce. Parei mesmo. Macarrão só se for integral. Arroz eu uso integral também, que é uma beleza. Agora que eu descobri o arroz integral. E pão que eu comia mais, eu como*

*menos agora. Queijo eu comia muito também e agora como menos porque descobri que o queijo tem muita gordura. Como ricota agora, que é melhor.* (64 anos, participante do Projeto de Extensão).

A fim de ajudar os participantes a modificarem seus hábitos alimentares, uma das estratégias nutricionais utilizadas é o estabelecimento de metas. São estabelecidos objetivos individuais. Algumas vezes, as metas são mais simples e possuem caráter educacional. Há, por exemplo, participantes que não bebem nem um copo de água por dia. Eles são ensinados a beber em torno de dois litros diariamente. A maioria também não sabe que as refeições precisam ser fracionadas, fazendo erroneamente apenas três refeições diárias em grandes quantidades. Eles aprendem que o número de refeições deve ser maior, com quantidades menores. A partir dessas simples dicas, há melhoras significativas na saúde, independentemente do emagrecimento.

Nas consultas nutricionais, é preciso fazer um bom levantamento dos hábitos alimentares, a fim de que as metas possam ser coerentes com as possibilidades do organismo. As pessoas mais obesas não relatam tudo o que comem, pois se sentem envergonhadas. Quanto maior o peso, mais elas distorcem as informações nas consultas. Eles sentem vergonha de admitir que a comida é um grande prazer, mesmo sabendo que ela pode fazer mal ao organismo. Os alunos mais obesos são realmente aqueles que menos falam sobre seus hábitos alimentares, permanecendo em silêncio ou direcionando seu discurso

para outros temas. Quando são instigadas a falar sobre a dieta, manifestam certa rejeição.

*Que dieta é horrível é. As coisas saborosas são imorais e engordam, né? E você sempre diz não para as delícias da vida. Meu marido chega com bombons, doces. Vou ficar só olhando? Não dá. Isso é terrível. É tentação.* (52 anos, participante do Projeto de Extensão).

*Há muitos anos que eu não vou ao teatro, ao cinema, eu não vou em festas, nem em bailes, nem em sambas. Alguma coisa eu tenho que fazer né: comer. Pelo menos uma cervejinha. O que eu mais sinto falta é de uma cervejinha. Isso pra mim foi a coisa mais difícil, foi o sacrifício maior.* (51 anos, participante do Projeto de Extensão).

Uma paciente relata sua insatisfação com a presença de doces e lanches após as práticas corporais realizadas no Projeto de Extensão. Para ela, é um absurdo a permissão que os alunos têm para fazer esse tipo de alimentação após as aulas. É contraditório lanchar após as atividades físicas, já que deveriam estar ali para emagrecer.

*Eu comentei isso, né? Gente fazendo lanche. E tem gente que fica fazendo lanchinho depois da aula. Fica trazendo amendoim torrado, bala de coco e tal né. Isso me preocupou. Até que ponto essa pessoa quer perder peso. E elas disseram que cada um é cada um. Eu não concordo, não acho coerente. Então há pessoas aqui que não se enquadram. Eu não concordo. É ilógico.* (Gisele, 52 anos, participante do Projeto de Extensão).

A insatisfação da participante, até mesmo sua revolta, vem ao encontro do que DURKHEIM (2008) argumenta sobre a necessidade de compartilhamento das crenças. As crenças, religiosas ou não, só são ativas quando compartilhadas. Pode-se certamente sustentá-las algum tempo por um esforço inteiramente pessoal, mas não é assim que elas nascem, nem assim que se adquirem. Na verdade, o participante obeso, que tem uma verdadeira fé/confiança nas práticas do Projeto de Extensão, sente a necessidade de vivenciá-la com seus pares. Para isso, sai de seu isolamento, aproxima-se dos outros, busca convencê-los e fortificá-los.

## Conclusões

Ao se inserir no Projeto de Extensão, o participante precisa, gradativamente, adotar um comportamento ascético em relação aos alimentos. Ele precisa se privar de certos alimentos se quiser emagrecer. Abster-se é impor renúncias a si mesmo. É preciso suscitar no participante mudanças de atitude em relação aos alimentos e introduzi-lo mais rapidamente no círculo das comidas saudáveis com as quais se busca pô-lo em contato. Ele é separado da alimentação profana (doces,

balas, refrigerantes, guloseimas, *fast-food*) e isso é acompanhado de abstinências múltiplas e de um sistema de interdições. A privação de não poder comer certos alimentos é o sinal de que se romperam alguns dos laços que o prendem aos alimentos profanos. Essa relação de sacralidade e interdição frente aos alimentos é fundamental para a atribuição de novos sentidos e significados sobre a saúde. Mudar de alimentação é mudar de vida, é mudar de história.

Queremos, portanto, finalizar esta discussão apontando a importância de uma equipe multidisciplinar no tratamento do sobrepeso e da obesidade. O tratamento nutricional para obesos não se caracteriza somente pela implantação de um plano alimentar restritivo, mas também por modificações dos hábitos alimentares e estilos de vida, a fim de evitar episódios compulsivos de ingestão alimentar. Muito mais do que dietas hipocalóricas bem planejadas, é preciso repensar o processo de alimentação no estabelecimento da harmonia e do equilíbrio na saúde. Doravante, sabemos que a atribuição de novos sentidos aos alimentos contribui para as construções de novos valores e representações sobre o corpo gordo na atualidade.

## Referências

ANDERSON, J.W.; KONZ, E.C. Obesity and disease management: effects of weight loss on comorbid conditions. *Obesity Research*, v. 9, n. 4, p. 3.626-3.634, 2001.

ANDRADE, R.G.; PEREIRA, R.A.; SICHIERI, R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 5, p. 1.485-1.495, 2003.

- ASSIS, M.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999.
- AVENELL, A. et al. What are the long-term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 17, n. 4, p. 317-35, 2004.
- \_\_\_\_\_. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for the health improvement. *Health Technology Assessment*, v. 21, n. 8, p. 1-182, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERGSON, H. *Cartas, conferências e outros escritos*. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Coleção Os Pensadores).
- BOLTANSKI, L. Les usages sociaux du corps, *Annales E.S.C.*, n. 26, v. 1, p. 205-233, 1971.
- BOURDIEU, P. *Méditations pascaliennes*. Paris: Seuil, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Questions de sociologie*. Paris: Minuit, 1984.
- BRITZ, B. et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population bases study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, v. 24, p. 1.707-14, 2000.
- CARPENTER, K.M. et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, v. 90, p. 251-257, 2000.
- CARR, D.; FRIEDMAN, M.A. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 46, p. 244-249, set. 2005.
- COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N.A. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfretamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 332-340, 2008.
- DEITEL, M. Overweight and obesity worldwide now estimated to involve 1.7 billion people. *Obesity Surgery*, n. 13, p. 329-330, 2003.
- DURET, P.; ROUSSEL, P. *Le corps et ses sociologies*. Paris: Nathan, 2003.
- DURKHEIM, E. *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: PUF, 2008.
- FEIGEBAUM, A. et al. Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting. *BMC Family Practice*, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2005.
- FRIEDMAN, K.L. et al. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, v. 10, 33-41, 2002.
- GANS, K.W.; WYLIE-ROSET, J.; EATON, C.B. Treating and preventing obesity through diet: practical approaches for family physicians. *Clinics Family Practice*, v. 4, n. 2, p. 391, 2002.
- HARPER, A.; PETERSON, M. Viewpoint weight loss strategies: a change of focus is required. *Obesity Reviews*, v. 4, n. 4, p. 239-240, 2004.
- JAEGER, W. *Paideia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- KLEIN, S. et al. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism: endorsed by the American of Cardiology Foundation. *Circulation*, v. 110, n. 18, p. 2.952-2.967, 2004.
- LINDTROM, J. et al. Long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment*, v. 8, n. 21, p. 1-182, 2004.

- MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S.; KRAUSE, M. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 11 ed. São Paulo: Roca, 2005.
- MAKRIS, A.P.; FOSTER, G.D. Dietary approaches to the treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 28, n. 1, p. 117-139, 2005.
- MATTOS, R.S. et al. Corpo e cuidado: uma breve trajetória. *Ceres: Nutrição & Saúde*, v. 5, n. 3, p. 85-97, 2010.
- MATTOS, R.S.; LUZ, M.T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo Socioantropológico sobre obesidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009.
- MEDIANO, M.F. et al. A randomized clinical trial home-based exercise combined with a slight caloric restriction on obesity prevention among women. *Preventive Medicine*, v. 51, n. 3-4, p. 247-257, 2010.
- MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L. Tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil 1975-1989-1997. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 43, n. 3, p. 186-94, 1999.
- MONTEIRO, R.C.A.; RIETHER, P.T.A.; BURINI, R.C. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 4, n. 7, p. 479-489, 2004.
- ONYIKE, C.U. et al. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, v. 158, n. 12, p. 1.139-47, 2003.
- PEREIRA et al. Fast-food habits, weight gain and insuline resistance (the Cardia Study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, v. 365, n. 1, p. 4-5, 2005.
- PINHEIRO, A.R.; FREITAS, S.F.; CORSO, A.C. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.
- PLATON. *La République*. Paris: Flammarion, 2002.
- PRICE, S. Understanding the importance to health of a balanced diet. *Nurses Times*, v. 101, n. 1, p. 30-31, 2005.
- ROBERTS, C.K.; BARNARD, R.J. Effect of exercise and diet on chronic disease. *Journal of Applied Physiology*, v. 98, n. 1, p. 3-30, 2005.
- SHADID, S.; JENSEN, M.D. Effects of poliglitzone versus diet and exercise on metabolic health and fat distribution in upper body obesity. *Diabetes Care*, v. 26, n. 1, p. 3.148-52, 2003.
- SNOW, V. et al. Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, v. 142, n. 7, p. 525-531, 2005.
- SUTBBS, C.O.; LEE, A.J. The obesity epidemic: both energy intake and physical activity contribute. *The Medical Journal of Australia*, v. 181, n. 9, p. 489-491, 2004.
- WADDEN, T.A.; CRERAND, C.E.; BROCK, J. Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 28, n. 1, p. 151-170, 2005.
- WEBER, M. A “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais. In: COHN, G. (Org.). *Max Weber: sociologia*. São Paulo: Ática, 1991 (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- \_\_\_\_\_. *Conceitos básicos de sociologia*. São Paulo: Centauro, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO, 1998.
- \_\_\_\_\_. *The world health report 2002*. Geneva: WHO, 2002.