DINORAH FERNANDES GIOIA-MARTINS

OBESIDADE: ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
ENDOCRINOLOGISTAS EM HOSPITAL PÚBLICO

44751
B0214008

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Psicologia
Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Dra. Tânia Maria José Aiello - Vaisberg

São Paulo
1998
229.082

TD/USP
G4948
1998
2. ed.
CE

FICHA CATALOGRÁFICA

Gioia-Martins, D. F.

Obesidade: estudo das representações sociais de endocrinologistas em hospital público. / Dinorah Fernandes Gioia-Martins. São Paulo, s.n., 1998. 217 p.

Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a Dra. Tania Maria José Aiello Vaiesberg

1. Obesidade 2. Representação Social 3. Preconceito 4. Psicologia Clínica 5. Médicos 6. Endocrinologia 7. Comunicação de Massa 8. Hospitais. I. Título

SUAVE

GIÓIA JR.

**Cabecinha leve
reclinada sobre o meu peito...
cabelos castanhos que os meus dedos afagam,
esticam, ondeiam...
olhos vivos que os meus lábios fecham
para que se quedem
numa inocente e misteriosa noite
feita de minutos eternos...
Risada alegre e clara
que os meus beijos emudecem:
pássaro imobilizado em pleno vôo...**

**Da profundez dos abismos
um cântico nascerá
para que essas pequeninas coisas
que são mais do que o mundo e seus tesouros
fiquem para todo o sempre inalteradas...**

**Para Rafael Gióia Jr.
com saudade ...**

Aos meus filhos:
Rosely - Nilton
Rubens - Lilian
Rosana - Christian

Aos meus netos:
Ana Carolina e Nilton

*...com todo o meu amor, sou grata
pelo apoio, incentivo, ajuda e carinho.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, supervisora da pesquisa, pelas sugestões de leituras e transmissão de conhecimentos.

Ao Prof. Dr. Riad Simon, pelas valiosas sugestões, apoio e incentivo em todos os momentos da realização do trabalho.

Ao Prof. Dr. José Tolentino Rosa, pelo apoio moral, amizade, e interesse, ao longo de toda a minha trajetória acadêmica.

À Prof^ª Dra. Maria Christina Lousada Machado, pela sugestão de textos importantes para a elaboração do projeto e incentivo durante momentos difíceis de minha vida.

Ao Prof. Dr. Alvino Augusto de Sá, pela amizade, companheirismo e colaboração.

Ao Prof. Mestre Armando Rocha Jr., pelo apoio, durante a pós-graduação.

À Psicóloga Rosana Manchon dos Santos, pela colaboração na coleta dos dados.

Ao Prof. Mestre Nilton Di Chiacchio, pelo interesse, afeto e dedicada ajuda.

Ao Prof. Dr. Gilberto Pinheiro Passos e Prof^{ta} Dra. Cleusa Rios Pinheiro Passos da F.F.L.C.H. - U.S.P., pela amável colaboração no decorrer do trabalho.

À prof^{ta} Marisa Leonetti Fleury, pelo auxílio efetivo na revisão ortográfica.

Aos colegas do Curso de Psicologia da Universidade Mackenzie, pelo estímulo e incentivo, especialmente no período final da pesquisa.

Aos médicos pela generosa colaboração nas entrevistas, fundamentais para este estudo.

Aos Funcionários do Serviço de Biblioteca e Documentação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Maria Imaculada Cardoso Sampaio e Angélica Pavlovic Sabadini, pela inestimável ajuda no levantamento bibliográfico.

À CAPES pelo financiamento parcial do trabalho.

SUMÁRIO

Resumo

1. Introdução.....	01
1.1. Apresentação.....	01
1.2. Objetivo.....	05
2. Representações Sociais e Obesidade.....	08
3. A importância da Comunicação de Massa na Construção das Representações Sociais dos Obesos e da Obesidade.....	22
4. Investigações Científicas em Obesidade: Trajetória.....	50
5. Práticas Médicas: Implicações Psicológicas.....	73
6. Estratégias Metodológicas.....	91
7. Resultado e Discussão da Análise das Entrevistas.....	97
7.1. Escolha da Especialidade.....	98
7.2. Dificuldades na Área.....	102
7.3. Gratificações e Facilidades da Especialidade.....	106
7.4. Representações Sociais da Obesidade.....	110
7.5. Relação Médico - Paciente.....	116
7.6. Tratamento da Obesidade.....	126
7.7. Representações Sociais do Obeso.....	134
8. Análise Conclusiva.....	142
8.1. O obeso, um excluído.....	142
8.2. O discurso dos Endocrinologistas: onipotência e impotência a interface das práticas médicas.....	150
8.3. Tratamento da Obesidade...tratamento?.....	154
9. Considerações Finais.....	160
10. Referências Bibliográficas.....	166

Abstract

Anexo

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo estudar a psicodinâmica das Representações Sociais (RS) de endocrinologistas de hospital público sobre obesidade, identificando-as e buscando detectar seu inconsciente relativo, ou seja, a lógica emocional segundo a qual se estruturam. Foram realizadas 10 (dez) entrevistas com médicos endocrinologistas de rede pública, (05 do sexo feminino e 05 do sexo masculino) com idade variável de 28 a 44 anos de idade. O tempo de especialização variou de dois a dezoito anos. As entrevistas foram semi-estruturadas, no sentido de haver uma pré-estrutura mínima, permitindo ao entrevistado espontaneidade e fluência de expressão. Usou-se técnicas encobertas, com perguntas gerais e abrangentes. Desejou-se que o tema - obesidade - surgisse espontaneamente. O tratamento dos dados foi de acordo com o referencial psicodinâmico, numa abordagem qualitativa. Conclui-se que o médico é o intérprete das ideologias socialmente circulantes a respeito da obesidade. Suas condutas são pautadas pelas

características de personalidade, pelas informações científicas, e pela influência midiática.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

Nossa trajetória profissional assenta-se em duas vertentes: prática clínica e docência. Entendemos a atividade em consultório particular como enriquecedora, satisfatória, porém solitária: sendo assim, sentimos necessidade de complementá-la com outra forma de atuação, que possibilitasse troca de experiências pessoal e profissional.

A participação em congressos, jornadas, simpósios, palestras, cursos, dentre outros, tem possibilitado conhecer o pensamento da categoria, as dificuldades e possibilidades da profissão, o trabalho de colegas e relatar nossas próprias experiências. Na docência, a troca importante com os alunos permite um reciclar constante.

Tem sido importante refletir sobre o fazer psicológico, a demanda social, bem como questionar e analisar criticamente o exercício da profissão.

A psicologia, saindo dos consultórios, atendendo a população de baixa renda, cumprindo o seu papel na sociedade, direcionou-nos para a investigação em instituições públicas.

O campo da Saúde tem sido nosso objeto de estudo nesses últimos 18 anos. Nosso interesse foi o de partir para novas práticas, novos contextos, tais como a inserção do psicólogo na saúde pública, uma vez que entendemos ter, a Psicologia, um compromisso com a realidade brasileira.

Em função dos nossos interesses na área da saúde, participamos da programação e instalação da Disciplina de Psicologia Hospitalar no Curso de Psicologia da Universidade Mackenzie, atuando também no trabalho de supervisão de estágios da Disciplina Psicoterapia Breve para Adultos e de Exploração e Diagnose.

Esse interesse nos levou a refletir sobre a especificidade do psicólogo nessa área, a investigar suas formas de atuação, seu perfil e a sua identidade em instituições públicas. Temos participado da formação de novos psicólogos e estamos conscientes da responsabilidade que nos

cabe. Conhecer melhor e pesquisar o contexto hospitalar, as relações que se instalam a partir do binômio saúde e doença tornou-se imperioso.

Em função do nosso trabalho e do interesse pela produção científica, sentimo-nos motivados a continuar investigando sob a perspectiva da saúde.

Nossa experiência em psicologia clínica nos encaminhou primeiramente à investigação de pacientes obesos.

Por meio de estudos prévios (Gioia-Martins, 1986; 1989; 1991; 1993; 1994; 1995a; 1995b), constatamos que grande número de obesos que procuravam os ambulatórios de hospitais gerais, não conseguiam emagrecer com regimes hipocalóricos e exercícios; quando emagreciam, ganhavam rapidamente o peso anterior, a maioria das vezes ultrapassando-o. Percebíamos o que uma dieta hipocalórica causava: aumento de tensão, de ansiedade, de irritabilidade e até mesmo, em alguns casos, o estabelecimento de quadros psiquiátricos.

Sentíamos que não tínhamos uma compreensão total do problema da obesidade; para sermos úteis, deveríamos nos aprofundar mais no conhecimento das variáveis psicológicas que influem no comportamento do obeso, visto em seu contexto existencial.

Investigamos a personalidade de mulheres obesas atendidas em hospitais públicos. Inicialmente, pesquisamos variáveis psicodinâmicas tais como angústias, defesas, agressividade, relações familiares, sociais e sexualidade. Já nesses primeiros trabalhos, usamos procedimentos projetivos e entrevistas semi-estruturadas, por considerarmos que os procedimentos clínicos serviriam aos nossos propósitos.

O interesse foi o de detectar as diferenças entre obesos e não-obesos quanto a variáveis psicodinâmicas. Os resultados demonstraram que aquele grupo de obesos era mais ansioso, deprimido, expressava a raiva inadequadamente, tinha uma visão de mundo negativa, possuía baixa auto-estima, dependência, dificuldade em lidar com a sexualidade, com as relações familiares, de trabalho, diferentemente dos não-obesos. De posse dos achados anteriores, desejamos conhecer melhor o médico endocrinologista que atende em hospital público. Continuamos investigando a obesidade sob novo enfoque; nosso interesse voltou-se para as práticas hospitalares.

Decidimos estar a par das variáveis psicodinâmicas envolvidas no contexto hospitalar entre médicos endocrinologistas e obesos, sob uma visão clínica.

A captação do material de estudo foi conseguido por meio de entrevistas semi-estruturadas “encobertas” (Proshanski, 1967).

Escolhemos a obesidade como objeto de nossa investigação, por ser um tema relevante no cenário atual, tanto científico como social, suscitando divergências e polêmicas quanto à sua etiologia e tratamento.

Para investigar as manifestações simbólicas de subjetividades grupais, ou seja, as relações objetais, as fantasias, defesas e angústias dos endocrinologistas, a entrevista nos pareceu o instrumento adequado. Os conteúdos ídeo-afetivos foram acessados por meio de procedimentos projetivos, numa perspectiva psicodinâmica, sob a égide do paradigma clínico, como propõe Aiello-Vaisberg (1995;1997).

1.2. Objetivo

presente estudo tem como objetivo estudar a psicodinâmica das Representações Sociais (RS)* de endocrinologistas de hospital público sobre obesidade, identificando-as e buscando detectar

* Doravante a expressão Representações Sociais será grafada com as iniciais RS.

seu inconsciente relativo, ou seja, a lógica emocional segundo a qual se estruturam. Para tanto, foi buscar na teoria das RS, tal como proposta por Moscovici (1978; 1981a) e depois Jodelet (1989^A; 1989b), a ferramenta ideal para a compreensão das relações sociais, do comportamento dos indivíduos, da construção do real. Entendemos que é apropriada, pois permite perceber a articulação entre o indivíduo e o social como campos interdependentes. O método utilizado foi o psicanalítico, por meio da Teoria dos Campos proposta por Herrmann (1991), com o propósito de sistematizar e facilitar a pesquisa psicanalítica.

No 2º capítulo, discutimos o embasamento teórico deste trabalho. Analisamos a RS da obesidade através dos tempos, a concepção teórica de Moscovici e seus desdobramentos, ou seja, a retomada do assunto por Jodelet, bem como a influência de Piaget e Freud na elaboração de Moscovici. Também situamos o lugar do método clínico em nosso trabalho, e a entrevista como técnica por excelência para a captação do material a ser analisado.

Neste trabalho, consideramos, com Moscovici (1978), a comunicação como um meio dos aparelhos ideológicos produzirem, traduzirem e interpretarem as RS por meio de sua transmissão e transporte de informação. Diante disso, no 3º capítulo, realizamos uma

resenha das matérias sobre obesidade e obesos nos anos de 1990 a 1998. Essas informações são divididas em reportagens, crônicas e divulgação científica. Discutimos como a mídia, mais precisamente a imprensa, constroem e transmitem as RS da obesidade e dos obesos.

No 4º capítulo, investigamos as pesquisas científicas realizadas nas últimas décadas sobre obesidade e obesos. Julgamos oportuno realizar um levantamento mais amplo, para entendermos como a ciência modifica gradativamente a maneira de pesquisar o assunto.

No 5º capítulo, discutimos as implicações ídeo-afetivas das práticas médicas; tentamos situar o médico endocrinologista como o ator social por excelência para criar, transmitir e legitimar as RS da obesidade. O 6º capítulo, discute as implicações metodológicas deste trabalho. No 7º capítulo, discutimos os resultados à luz do método clínico psicanalítico, numa abordagem qualitativa, tentando detectar o inconsciente relativo dos entrevistados, suas influências culturais e sociais e as repercussões nas condutas médicas. As entrevistas foram analisadas, e em seguida realizamos resumos interpretativos, categorias e núcleos temáticos, para surgir então a conclusão desta investigação.

2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E OBESIDADE

Obesidade tem sido objeto - desde a antigüidade até os dias de hoje - de interesse de artistas, escritores, cientistas, enfim, tem sido alvo de manifestações em todas as áreas de expressão, seja popular ou científica.

A primeira manifestação de obesidade de que se tem conhecimento seria através de uma escultura - no período neolítico (*) encontrada em um vilarejo às margens do rio Danúbio. É conhecida como a Vênus de Willendorf e encontra-se no Kunstmuseum, em Viena (in Bray, 1976; Stuart e Davis, 1974). A antiga Vênus é a representação de uma mulher obesa, de meia idade. Há 25 .000 anos essa estatueta, acredita-se, representava a fertilidade e maternidade.

Percebe-se pelas esculturas na Grécia Pré-histórica, Babilônia e Egito, que a preferência artística continuava a demonstrar a

* Bierman e Hirsch (in Williams, 1974 e Bruch, 1973) consideram que a Vênus seria do período paleolítico, entre 20.000 e 22.000 BC.

admiração por mulheres gordas, de ventre e peitos fartos. Exemplos são encontrados em múmias egípcias e nas esculturas gregas.

Nos séculos XVII e XVIII, ser gordo era sinônimo de beleza. As madonas de Rafael, Da Vinci e Rembrandt são exemplos clássicos. Na década de 50, beldades como Marilyn Monroe, Sofia Loren e Jayne Mansfield, exibiram fartura - estrategicamente localizadas - no busto e quadris. A década de 60, nos apresenta Twiggy, muito mais ossos do que formas, mas também Brigitte Bardot, que fazia muito mais sucesso por sua exuberância. Nos anos 80, o culto ao corpo chegou ao apogeu. A aeróbica, roupas coloridas, tênis, produtos "*Diet*" foram consumidos pelo que se designou "geração saúde". Seguros de vida foram realizados com base em tabelas de peso e altura; consultórios de "especialistas" cobravam verdadeiras fortunas para tratar o obeso.

Dietas mirabolantes, pílulas emagrecedoras, fórmulas misteriosas, "*Spas*", conselhos sobre alimentação natural e "*light*" chocavam-se com anúncios de alimentos ricos em calorias. Na década de 90, essa tendência aumentou enormemente.

Constata-se que na Antigüidade, o meio de expressão por excelência foi a escultura; nos séculos XVII e XVIII a pintura, e no

século XX, década de 50 até o momento, as atrizes e manequins representaram o ideário social.

O corpo humano, de acordo com a forma, tamanho, vestuário e adornos, informa sobre a posição que a pessoa ocupa na sociedade. Naquelas industrializadas, os padrões de beleza são definidos culturalmente; cada ser humano tem o corpo (individual e psicológico) adquirido ao nascer, e a partir das experiências vividas, como também o corpo social, que lhe permite viver em sociedade. O corpo social, parte mais importante da imagem corporal, é o meio pelo qual o indivíduo é influenciado e controlado pelas regras sociais. O peso ideal tem sido socialmente valorizado, e o indivíduo magro considerado saudável.

O conceito de saúde, portanto, depende da concepção que se possua do ser humano e da sua relação com o meio ambiente; entretanto, esse conceito varia de cultura para cultura. A transmissão desses valores se dá, modernamente, pelos meios de comunicação de massa.

Uma das características do século XX, é a implantação de uma rede de telecomunicações e de informações. Esse aparato pode ser considerado como o fenômeno mais importante deste século. Graças à globalização, foi possível que uma grande parcela da população mundial recebesse diariamente notícias de outras sociedades, se integrassem em

redes de informática, criando uma nova forma de interagir e de se comunicar. As distâncias foram encurtadas e foi permitido - a partir das várias fontes de informação - uma reinterpretação do informado. Percebe-se que a sociedade humana contemporânea se polariza: a massificação e robotização de um lado, e de outro, a exigência crítica e o aumento da criatividade.

Por meio da mídia, a saúde - um problema humano e existencial - pode ser compartilhado por todos os segmentos da sociedade. Para esses segmentos sociais, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e seus significados, exprimindo uma relação que perpassa o corpo individual e social, o ser humano, enquanto ser total. Portanto, a saúde e a doença são categorias que trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica.

Uma revisão dos valores culturais está sendo acompanhada de profundas alterações sociais e formas de organização social. O declínio do patriarcado, o feminismo, dentre outros, estão produzindo mudanças radicais em nossos pensamentos, percepções e valores; são transformações paradigmáticas cada vez mais presentes, impondo-se uma abordagem holista .

O paradigma emergente, de que nos fala Capra (1995), surgiu da necessidade de entender o homem sob novo enfoque, uma vez que o paradigma anterior, advindo do pensamento cartesiano, levou-nos a um impasse (Santos, 1997; Kuhn, 1970).

Uma leitura sobre o homem - como se articula, se comunica, se conduz dentro de uma sociedade - torna-se imperiosa. Para investigar de que forma se articulam esses fenômenos individuais e coletivos, fomos buscar apoio na teoria das RS, proposta por Moscovici (1978).

Entende-se por Representações Sociais “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1978, p. 26).

Não é todo conhecimento que pode ser considerado RS, mas somente aquele do senso comum da vida cotidiana dos indivíduos, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade.

Quando rotulamos e classificamos, estamos atribuindo um valor positivo ou negativo (Moscovici, 1984a; 1981b); classificar o obeso, seria realizar um julgamento que revela uma “teoria” sobre a

sociedade e a natureza humana; classificá-lo implica em uma atitude para com ele e um desejo de considerá-lo normal ou desviante.

A realidade é construída pela significação que lhe é conferida ao ser interpretada. A interpretação é, portanto, o instrumento que constrói a realidade a partir da atividade simbólica. Assim, podemos dizer que o real existe pela constituição subjetiva e simbólica do sujeito, compartilhada histórica e coletivamente (Moscovici, 1978; 1984a; 1981b).

Percebe-se que a função simbólica desempenha importante papel nesse processo denominado por Piaget, de adaptação. A função simbólica capacita o indivíduo a representar e refletir sobre pessoas e acontecimentos, a partir de uma rede de significados já construídos (Piaget, 1979; 1978a; 1978b). O sujeito psíquico tem como tarefa elaborar permanentemente a tensão entre um mundo já constituído e seus esforços para ser um sujeito. A atividade simbólica, portanto, vai mediar o indivíduo e a sociedade.

Entendemos que conhecimento é a resultante da interação entre o sujeito e o meio em que vive. Conhecer seria organizar, estruturar e explicar, a partir da experiência. É correto afirmar que o conhecimento surge da ação de alguém sobre o meio em que vive, a partir da

estruturação do vivido. O conhecimento refere-se às atividades mentais envolvidas na aquisição, processamento, organização e uso do conhecimento. A interação do sujeito com o meio se dá por adaptação, ou seja, por um equilíbrio progressivo, construído (Piaget, 1977; 1973a; 1973b; 1967).

Aiello-Vaisberg (1995), considerando que o conceito de RS é extremamente válido e útil na pesquisa, alerta para a necessidade de se perceber os fenômenos humanos como “condutas”, e como condutas podem ser estudadas pelas ciências humanas, segundo suas especificidades. Apoiando-se em Bleger, Aiello-Vaisberg (op. cit) coloca que “o objeto, imanentemente definido como social e histórico, são as manifestações ou condutas humanas que se podem expressar de modo simbólico, corporal ou como atos concretos, em âmbito individual, sociodinâmico ou institucional” (op. cit. p.106). O indivíduo, nessa perspectiva, é sempre um ser social, representante de seu grupo (Vigotski, 1978; 1987).

Partindo desse pressuposto, alguns autores sugerem uma visão psicanalista das representações sociais (Entre nós, Aiello-Vaisberg, 1997; Herrmann, 1993; 1991), pois o foco, ou melhor dito, a perspectiva psicodinâmica, seriam as relações objetais, as angústias, os mecanismos

de defesa, a formação simbólica, que segundo Aiello-Vaisberg, “têm efeito determinante na constituição, elaboração, manutenção e ou transformação das representações sociais” (op. cit.p. 108).

Sabe-se que a realidade psíquica não é propriedade única do indivíduo particular sendo, ao contrário, construída na interação com o ambiente social. A psicanálise pode fornecer subsídios, compreensão de aspectos latentes e subjacentes aos conceitos socialmente veiculados, ou, dito de outra forma, a realidade psíquica - de acordo com Freud - é o mundo interno, onde habitam as imagens e as fantasias inconscientes, mas que devem ser inseridas no contexto social. Freud mudou o enfoque de sua teorização do estudo clínico dos indivíduos para a crítica psicanalítica da cultura e da sociedade. Seus trabalhos descrevem esses fenômenos tanto em nível individual como coletivo (Freud, 1912; 1920; 1927; 1929; 1934;).

Assim, a noção de representação como mediação da ordem simbólica vai buscar na abordagem psicodinâmica e na abordagem construtivista amparo para o processo (a forma pela qual se estudam as representações) e o conteúdo (produto e produtor da ordem simbólica).

Jodelet entende que “as RS devam ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais, e integrando, ao lado da cognição,

da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as Representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir” (1989 b, p.41). Percebe-se que Jodelet entende como fundamental para o conhecimento do ser humano a concepção do indivíduo inserido dentro de uma sociedade, numa cultura, num momento histórico e em determinadas condições políticas e econômicas.

A importância da comunicação de massa, na produção de RS tanto coletivas como individuais, é enfatizada por Moscovici. Ressalta-se a importância dos formadores de opinião tais como médicos e “animadores culturais” especialistas e mídia na formação e produção das RS (Moscovici, 1989, p. 43).

Moscovici (1994; 1988) realça a importância de perceber-se os fenômenos psíquicos e sociais conjuntamente. Numa visão global, entende que os fatores individuais e coletivos devam ser analisados numa abordagem social e cultural. Acrescenta, pois, uma dimensão social aos fenômenos psicológicos. Desse modo, o social deve ser apreendido por meio do pensamento e linguagem. Entende que a dicotomia entre o social e o individual se tornam “lentes deformadoras que nos impedem de ver fenômenos tais como os conflitos e as dissonâncias, reais em toda sua amplitude” (Moscovici, 1994, p. 14).

As RS podem ser, concomitantemente, produto e processo. Enquanto produtoras, as RS emergem como campo estruturado, através das crenças, valores, preconceitos; enquanto processo, as representações emergem como núcleos estruturantes.

É possível afirmar que o conceito de RS pode ser visto numa perspectiva transdisciplinar. Tal perspectiva partiu de uma proposta de Jodelet (1989b) e foi fundamentada por Aiello-Vaisberg (1997;1995), apoiando-se em Bleger (1977) e na teoria dos Campos de Herrmann (1991).

Os campos estruturantes, ou seja, as manifestações do sujeito, são acessadas por meio do método psicanalítico, que essencialmente é de escuta.

As condutas, de acordo com sua amplitude, podem ser investigadas individualmente ou em grupos (Bleger, 1977). O âmbito pode ser psicossocial, sóciodinâmico e institucional. No âmbito sóciodinâmico, estuda-se o grupo de indivíduos.

Assim, Aiello-Vaisberg define as RS como correspondendo a “um grupo particular de condutas, definidas por ocorrerem na área

mental e em ambiente sóciodinâmico, na medida em que correspondem a *manifestações simbólicas de subjetividades grupais*" * op. cit.p.258).

A perspectiva psicodinâmica cria, inaugura um campo de investigação, através do qual, por meio de uma nova maneira de pensar o ser humano, constrói um objeto teórico próprio. Essa perspectiva vai ser possível por meio da psicanálise, possibilitando o uso de procedimentos investigativos projetivos.

A Psicanálise vai levar em conta o sujeito humano, sua história biográfica e cultural, a qual é constituída na e pela palavra dirigida ao outro. Portanto, só pode ser mostrada na e pela linguagem, podendo-se afirmar que a Psicanálise não elimina o sujeito, mas se realiza na e pela inter-subjetividade.

As RS tornam-se, pois, um instrumento que articula o social e o psicológico como processo dinâmico, permitindo a compreensão da formação do pensamento social e prevendo as condutas humanas (Moscovici, 1978). A formação das RS a partir da realidade da vida cotidiana se constitui em grande força para que possam ser tratadas e reconhecidas como conhecimento pela sociedade. Na verdade, a realidade da vida cotidiana é entendida como realidade por excelência, porque sendo decorrente das relações que o homem mantém no seu dia-a-dia com

* O grifo é do autor.

o mundo, possui um caráter predominantemente impositivo e urgente à consciência. Em consequência, o indivíduo experimenta a vida cotidiana num estado de total atenção, que lhe permite apreendê-la de forma normal e natural, permitindo a “construção social da realidade” (Berger & Luckman, 1978).

A situação dominante da realidade da vida cotidiana se mantém devido à existência da linguagem, na qual se fundamenta e fornece continuamente as objetivações necessárias que dão sentido aos elementos da realidade. A linguagem tem origem e encontra sua referência primária na vida cotidiana. Ela fornece a imediata possibilidade da objetivação da experiência.

Para elucidar o campo estruturante das RS da obesidade, precisa-se usar técnicas adequadas. O método clínico-psicanalítico nos proporciona condições de acessar os aspectos afetivo-emocionais que estruturam as representações e fundamentam a relação médico - paciente.

A entrevista é um instrumento por excelência do método clínico. Como procedimento projetivo, numa investigação encoberta tal como propõe Proshansky (1967), utilizando o método psicanalítico (Aiello-Vaisberg, op. cit.), torna-se ferramenta útil para acessar o inconsciente relativo dos sujeitos da pesquisa.

Interpretar psicanaliticamente, elucidar os pressupostos lógico-emocionais estruturantes das representações, ou seja, o seu inconsciente relativo, vai nos possibilitar conhecer a psicodinâmica das RS da obesidade. A Teoria dos Campos (Herrmann, 1991) é um instrumento conceitual de comunicação intra e interdisciplinar, derivada especificamente da Psicanálise. É preciso generalizar operacionalmente o inconsciente psicanalítico, para permitir ao Método da Psicanálise cumprir o seu papel.

Concluindo, o processo da RS da obesidade se constrói por meio da cultura, dos modelos médicos, dos discursos populares e científicos e de como o indivíduo construiu, de acordo com suas experiências de vida, sua imagem do corpo, os significados pessoais da obesidade.

Assim, podemos pensar em como se dá a interação entre o senso comum e a ciência. Como o conceito obesidade circula através da mídia - particularmente da imprensa - como é reelaborado socialmente e como se dá a elaboração do sujeito social.

No próximo capítulo, discutiremos como a mídia e a cultura de massa constroem e transmitem as RS acerca da obesidade.

Se de um lado as RS orientam e contribuem para a caracterização das condutas e comunicações sociais, ao mesmo tempo expressam a realidade do indivíduo. Enquanto construção mental, as RS possibilitam a compreensão e organização do mundo e ainda orientam as condutas dos indivíduos e grupos sociais. Assim, entendemos que, ao lado da coleta de dados para este trabalho, um olhar sobre a produção midiática se faz necessário.

3. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO DE MASSA NA CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS OBESOS E DA OBESIDADE

Perder peso tem sido uma verdadeira obsessão para um número muito grande de pessoas. Livros são escritos, academias de ginástica são abertas em grande número, percebe-se, nos meios de comunicação, um bombardeio constante, insistindo na necessidade de emagrecimento.

Obesos são invariavelmente ridicularizados em programas humorísticos, são preteridos no trabalho e no estudo (Folha de São Paulo, 29.11.90). Uma revista dirigida ao público feminino veiculou um anúncio, sob a foto de uma mulher obesa de biquini de bolinhas e um ridículo laço na cabeça, dizendo: *Nossa contribuição à Eco 92: desencalhar as baleias*, numa alusão à campanha ecológica em prol das baleias (Nova, 22.04.91).

Os obesos quase sempre são escolhidos para representarem os personagens imbecis, desengonçados e desadaptados. Observamos isso em quase todos os filmes para adolescentes e citamos como exemplo

Pork's, no qual há uma professora de educação física que é gorda e faz o papel de idiota. (A Fera, p. 03).

Nesta década, livros têm sido escritos por jornalistas, a partir de entrevistas médicas. São livros de estilo duvidoso, geralmente enganosos e infantis. Mesmo assim, só nos Estados Unidos, milhões deles foram vendidos. Fazem parte da indústria da esbeltez, que naquele país fatura 50 bilhões de dólares, incluindo vídeos, academias de ginástica, seminários, alimentos e remédios. No Brasil, esses livros já somam 500 títulos, a maioria traduzidos do inglês.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a obesidade é uma ameaça potencial à Saúde Pública (Folha de São Paulo, 29.07.96). Os ingleses, através do governo, estão realizando uma campanha para conscientizar a população para movimentar-se mais. Segundo pesquisas, um em cada três ingleses é sedentário (O Estado de São Paulo, 18.02.96). Nos Estados Unidos, a obesidade já é considerada como uma epidemia. Os americanos estão mais gordos, apesar de comerem 40% menos calorias do que nos anos 80, embora 50 milhões deles freqüentem academias de ginástica. No Brasil, o problema é quase o mesmo. O que se julgava apenas um distúrbio de comportamento - comer muito e exercitar-se pouco - passou a ser visto também como uma

disfunção biológica; o emagrecimento deve, então, ser orientado e acompanhado por profissionais de medicina (Veja, 18.11.87; 21.12.94; 27.11.96).

As estatísticas demonstram que cerca de 300 mil brasileiros tomam remédios para reduzir o apetite e 20 milhões de americanos estão utilizando medicamentos para reduzir a fome (Veja, 24.09.97).

No Brasil, o livro *Só é gordo quem quer* rendeu ao autor João Uchoa Jr. cerca de 300 milhões a mais em sua conta bancária e uma acusação de charlatanismo (Folha da Tarde, 22.10.90).

Colhendo amostragem sobre a informação que circula na sociedade através dos meios de comunicação de massa (TV, jornal, revistas) durante o período de 1990 a 1998, através de jornais considerados conservadores, de vanguarda e populares, tais como O Estado de São Paulo⁽¹⁾, Folha de São Paulo⁽²⁾, O Globo, Notícias Populares e também através das revistas Veja e Nova, constatou-se que na mídia, reportagens, entrevistas e reprodução de divulgações científicas passam a ser uma arena importante para o estabelecimento e difusão das verdades socialmente circulantes. Quase todos os periódicos de grande circulação apresentam uma seção ou mesmo um caderno sobre “saúde”,

¹ Passará a ser denominado de Estado

² Passará a ser denominado de Folha

nos quais os últimos conhecimentos sobre assuntos médicos são abordados. A difusão, quase sempre, possui características preconceituosas, sendo, muitas vezes, dominada por outros atores do complexo médico-industrial.

Percebeu-se que o espaço concedido à obesidade é grande, quando se trata de discriminação e estereótipos; enorme, quando se trata de dietas, remédios e *Spas* e pequeno, quando se trata de informações claras e objetivas, ou melhor dizendo, de divulgação científica. Os jornais denominados conservadores tendem a transmitir informações menos sensacionalistas e mais informativas.

Pitta (1995) afirma que “os discursos são socialmente situados e são sempre o resultado de um conjunto simbólico de forças que procuram nomear, hierarquizar, interpelar ou acionar os sujeitos sociais” (p.26).

A propósito da importância dos formadores de opinião, Moscovici (1978) nos diz: “cada população tem seus modos dominantes de comunicação em relação com a sua situação social e o seu grau de instrução ” (p.93).

A mídia participa influentemente da construção das concepções da saúde e desempenha papel importante na conformação do

imaginário social. A população em geral e os próprios médicos estão sujeitos ao impacto dos meios de comunicação. A influência da indústria farmacêutica é notável. Saúde e doença são elementos intrinsecamente ligados à natureza do corpo humano que, embora universal quanto à sua estrutura anatômica e fisiológica, é tomado como objeto de múltiplas e quase infinitas construções significativas pela cultura e pelo imaginário social. Tais construções passam a funcionar como guias das práticas exercitadas sobre o corpo humano.

Vejamos como a obesidade e os obesos são mencionados em jornais e revistas, por meio de seus articulistas ou repórteres, formadores de opinião por excelência:

Otto Lara Resende, de saudosa memória, em uma de suas crônicas, descreve suas impressões sobre uma de suas viagens à Califórnia. Referindo-se aos americanos, diz: “Aqui no Brasil, o problema é subnutrição (...) já nos Estados Unidos, o problema é o contrário (...) até criança de colo. Bebê de peito. Tudo bolão(...). Assim já é um problema nacional de saúde pública (...) comem como lobos famintos no inverno (...) comilão, o americano dá por toda parte um espetáculo de glotoneria (...) Estou com a imagem daquelas quatro gordalhufas que diante de mim se levantaram ao mesmo tempo. Uma se amparando na outra, trêmula

cordilheira se movendo devagarinho, palavra de honra. E com que esforço! Velhas? Que nada! Iam aí pelos 30, 35 anos. Quatro elefoas de olhinhos apertados. Deus me perdoe". Considerando o americano como "bolão", ridiculariza-os, dizendo "banho em caso assim, só de mangueira ou com a ajuda dos bombeiros. Peituda, coxuda, barriguda, bochechuda, a mocinha americana é só enxúndia" (Lara Resende, p. 02). O título da crônica é *Gigante pela boca*.

Parece que Lara Resende define o povo americano como um povo que come muito, portanto transgride a moral vigente, enquanto os povos subdesenvolvidos não têm o que comer, o americano, desenvolvido, come demais. O discurso nos remete também a um código que tenta manter os corpos submetidos a um ideal ideologicamente construído, portanto um ideal da esbeltez como opção para a saúde.

Em uma crônica bem humorada (Veja, 17.06.92), Walcyr Carrasco relata a dificuldade de enfrentar a repressão calórica em um ambiente que valoriza a esbeltez: "Tenho horror de engordar (...) não resisto mais à maldade humana. Vou fazer regime (...) o gordo (...) é uma vítima do veneno constante, destilado em cada encontro por amigos, parentes, amores. Todos se tornam fiscais do peso". Continua narrando: "Se tivessem a mesma paixão por vigiar assaltantes, o país seria um mar

de rosas. Mas a conspiração é contra o gordo”. Resignado comenta: “Portanto, vou iniciar o regime. Mas, sem muita esperança. Os fiscais do peso alheio andam de olho gordo à espreita. E hoje em dia, só aceitam a perfeição”. Sua deliciosa crônica demonstra a importância e as pressões do ambiente social no comportamento do indivíduo. O título é bastante sugestivo: *Calorias e culpas - o olho gordo dos fiscais do peso alheio* (Carrasco, p.106).

Eduardo Logullo, em sua coluna semanal, coloca sob uma foto de Ed Motta, a seguinte frase: “Apesar de todo o jogo de cintura, Ed Motta virou sinônimo da categoria: uma gelatina que invadiu os *hit-parades* (Folha, 29.09.91, revista D p. 02). No mesmo artigo, sob uma foto da cantora Célia, comenta: “A cantora Célia não ousa transparências. Ela atingiu a idade do cáftan: tudo coberto. Dona cintura envia lembranças”. Sobre Eduardo Araújo, diz: “O único tonel assumido no Brasil. Um provolone que samba na ponta do pé”. Termina com essa preciosidade: “Marlon Brando, em 1955, emanando *sex appeal*, e hoje, depois que o peso dos anos se abateu sobre ele de forma trágica”, sob uma foto do ator, bem mais gordo (Logullo, p. 02).

Já Gilberto Dimenstein faz uma resenha, em sua crônica denominada: *A pedagogia do prazer*, de um livro da autoria de David

Shaw. O livro versa sobre a participação dos cientistas que conspiram contra o prazer. Essa “conspiração” viria de uma suposição: tudo o que produzisse prazer no corpo, geraria doença. Nenhum alimento saboroso poderia estar livre de ingredientes “do mal”. Concede que a onda moralista é amparada por radicais religiosos, feministas e médicos. Essa onda seria favorecida pela desinformação ou mesmo pelo sensacionalismo dos meios de comunicação (Dimenstein, 20).

Paulo Moreira Leite (Veja, 23.08.95) escreve: “Você sabe por que a televisão, a publicidade, o cinema e os jornais defendem os músculos torneados, as vitaminas milagrosas, as modelos longilíneas e as academias de ginástica? Porque tudo isso dá dinheiro. Sabe por que ninguém fala do afeto e do respeito entre duas pessoas comuns, mesmo meio gordas, um pouco feias, que fazem piquenique na praia? Porque isso não dá dinheiro para os negociantes, mas dá prazer para os participantes”. Mais adiante, afirma : “Estamos submetidos a uma cultura atroz, que quer fazer-nos infelizes, ansiosos, neuróticos (...) Não vivemos a ditadura do corpo, mas seu contrário: um massacre da indústria e do comércio. Querem que sintamos culpa quando a nossa silhueta fica um pouco mais gorda, não porque querem que sejamos saudáveis, mas porque, se não ficarmos angustiados, não faremos mais regimes, não compraremos mais

produtos dietéticos, nem produtos de beleza, nem roupas e mais roupas”. Precisam da nossa impotência, da nossa insegurança, da nossa angústia. Criou-se uma tirania que não suporta quando um cidadão tenta ser feliz como gosta e pode, mesmo que seja comendo uma pizza”. (Veja, 23.08.95.). Leite denuncia a tirania das classes dominantes. A capa da Veja é de uma moça esbelta, fazendo exercícios com peso, sob o seguinte título: *A construção da beleza* (Leite, p. 95).

Existe um código que mantém os corpos submetidos a um ideal construído. A obesidade é objeto de construção social ou de Representação Social coletivas compartilhadas por indivíduos e comunicadas pelo discurso midiático.

Roberto Carlos, em uma de suas canções, declara em alto e bom som: “Tudo o que é bom é ilegal, imoral ou engorda”. Sabe-se que na religião cristã a gula é pecado, e o guloso é considerado um fraco. Sob o ponto de vista cultural, essa visão permanece.

As reportagens realizadas sobre obesos são um exemplo bastante claro de como as Representações Sociais da obesidade são veiculadas em nossa cultura.

Foi noticiado que o *Salve Regina College*, de Newport - nordeste dos Estados Unidos - expulsou uma aluna por excesso de peso.

A enfermeira Sharon Russel, 26 anos de idade e 130 kilos, foi expulsa em 1985 da Faculdade, por problemas relacionados à gordura. Segundo a informação, Russel foi constantemente importunada por brincadeiras e obrigada a perder, no mínimo, um kilo por semana, devendo apresentar-se semanalmente a um funcionário da escola para acompanhar sua perda de peso. Esse fato foi noticiado com grande destaque (Folha, 29.11.90).

Aqui no Brasil, Reinaldo Rocha Maria, acusado de ter atirado uma bomba caseira que atingiu o menor Rodrigo, em um jogo de futebol, foi citado pela imprensa como *O gordo do ABC* (numa referência à região de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano). Reinaldo desabafa: "Acho que isso vai marcar toda a minha vida, daqui prá frente. Se eu fosse um tipo comum, acho que seria esquecido pelas pessoas. Mas com esse tamanho, vai ser difícil" (Prado, Folha da Tarde, 04.02.92, caderno E, p.04).

Uma matéria, informando sobre os trabalhos dos Vigilantes do Peso, para exemplificar a importância do trabalho com obesos e sua eficácia, colocam o retrato de uma usuária desses serviços, com a seguinte manchete: *Designer (Mônica Battello) conta que comia até os cantos da geladeira*. Mônica associa sua obesidade ao nascimento de sua filha e à ansiedade. "A gente fica nervosa e come até os cantos da

geladeira". Percebe-se que Mônica se considera como responsável pelo aumento de peso e reluta em dizê-lo, como se não pudesse expor essa "vergonha" (Folha, 08.02.93, caderno 03 p. 04).

O jornal Notícias Populares, conhecido como sensacionalista, um jornal que se intitula para as classes populares (31.10.94), publica a foto de um homem obeso deitado, quase nu, com uma inscrição: *O fofão não parou mais de comer depois dos 10 anos*. A reportagem informa que Carlos Pedro da Silva, 43 anos, pesando mais de 400 kilos, é chamado de "O gordo Bigode"; vive em um asilo desde 89 em Rio Bonito, no Rio de Janeiro, e nem consegue andar. O dono do asilo informa que "João já nasceu azarado. Nasceu prematuro e sua mãe morreu de parto. Antes dos 10 anos, outra bomba na vida de Bigode: perdeu o pai e foi adotado por uma amiga da família. Foi demais para ele. A partir daí, começou a engordar sem parar". O dono do asilo afirma que quer internar Bigode em um *Spa* para tratamento. Título da matéria: *Bigode ficou gordo porque perdeu os pais*. O artigo aponta traumas e perdas familiares como causas da obesidade.

O jornal Notícias Populares (11.01.97) estampa a seguinte manchete: *Gordo entala na privada e morre*. O corpo da matéria informa, entretanto, que o "Fofão de Copacabana", na verdade, o programador de

computador desempregado, Altair Soares, de 33 anos, morreu dias depois, vítima de falência cardíaca e insuficiência respiratória. Segundo a notícia, seu coração não conseguiu bombear sangue suficiente para sustentar seus 350 kilos de peso. A reportagem informa que a vítima começou a engordar depois da morte do padrinho, considerado como um segundo pai. Como se percebe, veicula-se a informação segundo a qual a obesidade viria depois de uma grande perda. A ligação com o infortúnio de ficar preso no vaso não tem relação com a morte da vítima.

Obesos sofrem piadas provocadas pelas pessoas magras. Os epítetos vão desde “Paqueta do Faustão”, “rolha de poço” ou “chupeta de baleia”. A discriminação vai desde motoristas de táxi, que rejeitam o obeso, às cadeiras de lanchonetes, de avião ou teatros e cinemas (Carelli, p. 04). A matéria considera o atual prefeito como insensível aos apelos dos “excluídos”. A gordura pode impedir a contratação de funcionários. Pessoas obesas podem sofrer um “nível de objeção maior na hora da contratação”. As empresas preferem empregar pessoas magras em cargos executivos (Estado, 27.07.97). O jornal informa que certas empresas estão se preocupando em garantir cardápios dietéticos, programas de emagrecimento e exercícios coletivos. A informação é de que obesos rendem menos no trabalho, não se levantam para nada, saem

para beber água e não voltam, ficam doentes e, quando tomam remédios para emagrecer, ficam deprimidos, tristes e cansados (idem).

Roberto Carlos, com sua música *Coisa Bonita*, trouxe muitas manchetes sobre o assunto: O Diário Popular estampa, na 1ª página do caderno feminino, a foto de uma jovem com o seguinte título: *Gordinhas Eufóricas*; e na página interna (p.01), Leda Rosa escreve: “Roberto Carlos é o novo amor das gordinhas, desbancando as massas, pizzas, refrigerantes e até mesmo os docinhos”. Simone Aparecida Maldonado, de 21 anos, uma das participantes do concurso, sente-se discriminada pelos homens e na hora de pedir emprego. Reclama da discriminação dos empregadores. Relata: “Queria trabalhar como recepcionista, mas cansei de nem poder preencher a ficha de inscrição só porque sou gorda. Não entendo porque as pessoas pensam assim”(Rosa,p.01).

A matéria relata que *as fãs rechonchudas* de Roberto Carlos estão eufóricas com o concurso que vai eleger a gordinha mais *sex* (idem). Claudia Fontana (Estado, 02.03.94) assina uma matéria que diz: *Gordinhas, rechonchudas, gorduchas e gordas assumidas. Chegou o dia de quem já "esqueceu de se esquecer" de doces e macarronadas sem medo da balança* (Fontana, p. 03).

Bárbara Gancia, jornalista conhecida por sua irreverência, em crônica de 1º de abril de 1994 na Folha, coloca em manchete: *Gordos só são gostosos na Nova Guiné*.

Falando de si própria e criticando Roberto Carlos por sua música a favor das gordinhas comenta: “Gordo é sem-vergonha”. E mais adiante: “Para se refrescar no verão, o gordo é incapaz de pedir picolé de limão. Opta sempre por picolé de brigadeiro. Gordo come até coxinha com osso do dia anterior sem enrubescer. E dá-lhe Hipoglós! Gordo não pode caminhar na praia que logo fica com a virilha assada. Gordo não pode andar de avião sem prejudicar o vizinho e não pode ser operado sem causar dor de cabeça no anestesista”(Gancia, p. 02).

Apesar de dizer que obesidade causa problemas de saúde, coloca no obeso a responsabilidade de todo percalço que relata.

O Estado (14.09.94) publica uma foto do então candidato ao governo estadual, Barros Munhoz, comendo macarronada. O mote de sua campanha foi: *Ninguém é feliz de barriga vazia*. O título da matéria foi: *Comilão*. Seu adversário político, Luiz Antonio Fleury, foi chamado na TV de “gordão”. Como se percebe, o estereótipo existe também na política.

A veiculação de pesquisas e trabalhos científicos também têm espaço na grande mídia. Vejamos:

O Globo (16.04.93) publica que a *gula seria a principal causa da obesidade*, mas no corpo da matéria, Eric Jaquier sugere que a procura por alimentos gordurosos poderia ter origem genética.

No jornal A Folha de São Paulo (08.02.93, p.3/4), há um destaque em manchete: *Obeso foge da dieta e mente para médicos*. Na verdade, trata-se de uma interpretação do relato de pesquisa publicado no *New England Journal of Medicine*. Negro, autor da reportagem, comenta que “o relato feito por pessoas obesas aos médicos não é confiável, segundo demostram pesquisadores. Eles comem demais e praticam muito menos exercícios do que dizem”. Continua, dizendo: “Os resultados deixaram os médicos perplexos. Não havia razão para mentiras. Todos os obesos participaram voluntariamente da pesquisa. Muitos deles haviam tentado emagrecer com regimes rigorosos mais de 20 vezes sem sucesso”. No corpo da matéria, em menor destaque, informa que os pesquisadores descobriram que pacientes que dizem não emagrecer com regimes rigorosos podem ter um metabolismo menos ativo que pessoas normais. Gastam menos energia e acumulam mais gordura. Mais adiante, afirma: “Existem razões orgânicas para não perder peso em dietas severas, que

podem confundir a avaliação médica. Algumas pessoas retêm líquidos, o que pode mascarar o emagrecimento. Outras têm problemas na glândula tireóide. Além disso, o corpo pode se adaptar a regimes rigorosos depois de algumas semanas. As células ficam mais eficientes e consomem menos energia” (Negro, p. 04).

Uma entrevista revela que o psiquiatra Arthur Kaufman defende a idéia - segundo o jornal - de que o problema do gordo está localizado na cabeça e não na barriga (...) Conforme o psiquiatra, “obesidade é, em parte, um estilo de vida. Não adianta emagrecer e continuar com a cabeça de gordo. Tudo é pretexto para o obeso típico comer. Ele está triste, vai lá e come”. Essas considerações, porém, são feitas sem sequer definir obesidade ou as várias formas de obesidade e suas causas. Continuando, afirma que os gordos estão sempre cuidando de alguém: “Raramente vejo um gordo ou uma gorda que não tenha um marido alcóolatra, uma sogra que operou um câncer, ou uma irmã solteirona”. Termina, afirmando categoricamente: “Essas pessoas, concretamente têm que ser gordas. Você não acha um magro que faça essas coisas”. Não contente com essas afirmações, continua “A gordura é uma forma de evitar a sexualidade” (Migliaccio, p. 03).

Ricardo Marum, endocrinologista, afirma que “na religião cristã a gula é pecado e o guloso, um fraco. Sob o ponto de vista cultural, essa visão permanece até hoje e é uma das raízes da vergonha do gordo”. Mas, se continuarmos a ler, veremos que o entrevistado conclui que obesidade nem sempre é sinônimo de gula. Afirma que hábitos alimentares inadequados podem significar desde ansiedade até erros na educação. Considera também a possibilidade do controle através da herança genética do indivíduo (Folha, 08.02.93).

O endocrinologista Tércio de Castro Rocha Júnior (Folha de São Paulo, 11.06.94, p.3-4) afirma, que obesidade se relaciona com frustração sexual. “É um ciclo. A partir da infelicidade sentimental ou sexual, a mulher passa à ansiedade e muitas compensam, comendo. A obesidade é a última peça do dominó que cai. Percebe-se o discurso moralista em detrimento das causas variadas da obesidade. A mídia, valendo-se do discurso, constrói a RS preconceituosa da obesidade.

O Estado, reproduzindo um artigo de Geoffrey Cowley publicado na revista News Week, coloca que “atração pelo belo reflete cuidado com a espécie” (09.06.96). Relata que pessoas consideradas atraentes são melhor tratadas pelos pais e professores, fazem mais

amigos, ganham mais dinheiro e têm sexo com mais e mais parceiros bonitos (Cowley, p . 27).

O Estado de São Paulo (10.10.93), sob a manchete: *Obesos são estigmatizados nos EUA*, cita uma pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Harvard, aplicada em 10.039 pessoas selecionadas ao acaso, com idades entre 16 e 24 anos. Trata-se do primeiro estudo a documentar as conseqüências sociais e econômicas da obesidade, acompanhando uma população durante oito anos. Os pesquisadores, liderados por Gortmaker, dizem que o problema é de discriminação e derivaria da percepção negativa que a sociedade tem das pessoas obesas. Essa discriminação pode ter como resultado serem, as pessoas gordas, geralmente preteridas em promoções ou mesmo na hora de concorrerem a um emprego, segundo avaliam os pesquisadores de Harvard. Estes recomendam uma revisão da lei norte-americana sobre os incapacitados, de modo que se incluía a proteção aos obesos. Vários estudos indicam que as mulheres obesas são altamente estigmatizadas nos EUA. Segundo o estudo, os obesos são vistos como responsáveis por todo peso a mais que possuem, isso porque a obesidade é vista como algo sob o controle do indivíduo. Gortmaker afirma que o número de casamentos de obesos é pequeno porque estes seriam menos atraentes do

que os não-obesos. Os pesquisadores encontraram consequências sociais e econômicas mais graves em obesos do que em portadores de asma, artrite reumatóide, diabetes e problemas na coluna.

Stunkard, da Universidade da Pensilvânia, inclui os médicos entre os responsáveis pela estigmatização da obesidade. Ele afirma: "Nós, médicos, pertencemos à categoria dos principais ofensores. Quem entre nós não ouviu histórias de horror contadas por pessoas obesas acerca de seu tratamento nas mãos dos médicos insensíveis e preconceituosos" (Folha, 10.10.93).

O jornal relata que Michael Steelman, especialista em obesidade, disse não se surpreender com o fato de a pesquisa demonstrar que as consequências mais profundas da obesidade sejam sentidas pelas mulheres. *Nossa sociedade é mais preconceituosa com as mulheres na questão do peso do que com homens.* Afirmar ainda que estudos anteriores demonstraram que a obesidade pode causar problemas de baixa auto-estima. Segundo o especialista, as pessoas que são estigmatizadas pela sociedade podem agir de duas maneiras: ou acham que algo está errado com elas, ou então decidem que os outros são ignorantes por pensarem dessa maneira. "Quando a questão é raça, as pessoas discriminadas

relacionam características negativas aos que as discriminam. Mas as pessoas obesas atribuem a culpa a elas mesmas” (idem).

A maioria absoluta dos artigos que tratam de obesidade são aqueles que falam em dietas, *Spas* e exercícios físicos, lipoaspiração, cirurgias plásticas, dentre outros recursos. A revista *Veja*, por exemplo, estampou na capa uma mulher bonita, magra, com os seguintes dizeres: *Gordura tem remédio* (27.11. 96). Na matéria sobre o assunto, demonstra que perder peso depende de dietas, exercícios físicos, remédios.

Sob o título *Obesidade assume proporções de epidemia*, o jornal *Scientific American* publicou 12 estudos sobre drogas contra a obesidade em um curto período de tempo. Revistas celebraram esse momento com o seguinte discurso: “A redenção dos obesos seria resolvida com uma simples pílula, emagrecendo facilmente, de forma a não fazer sofrer com dietas”. Seriam remédios que fariam reduzir os sinais que são interpretados como angústia da fome, bloqueadores de apetite, aceleradores de queima de gordura. Tratamentos com cirurgia (diminuição do tubo digestivo) também têm sido decantados pela imprensa. Artigos e reportagens nos ensinam e informam que as drogas,

mais exercícios e alimentação adequada, corrigiriam e preveniriam a obesidade (Estado 25.08.96, caderno D p. 04).

A revista *Nature* publica um artigo, dando destaque à descoberta de mais um gene que influencia a obesidade (aqui a causa desloca-se para a hereditariedade). Há uma inundação de descobertas semelhantes, revolucionando a forma de tratamento da obesidade (idem, caderno D, p.04). Lentamente, ela passa a ser vista como uma doença e não mais como um problema pessoal que poderia ser superado com autocontrole. Entretanto, nota-se que sempre que um artigo é escrito condenando uma forma de tratamento com drogas, ao lado surge uma notícia de uma outra descoberta de excepcional interesse. O “comer demais” já não é aceito tão facilmente e tem sido questionado por vários pesquisadores.

Uma entrevista com Phillip James, diretor do Rowett Research Institute em Aberdeen e da Força-Tarefa Internacional sobre a obesidade do Serviço Nacional de Saúde da Escócia, declara (Estado, 25.08.96) “que as opiniões sobre obesidade estavam desesperadamente distorcidas. Dizer simplesmente às pessoas que comam menos é uma estupidez”. Diz ainda que “existiu um preconceito contra drogas há 30 anos, que precisa ser derrubado”. A obesidade seria uma condição

fenomenalmente debilitante e epidêmica. "É ridículo que somente agora, há tão pouco tempo tenhamos começado a enfrentar este ponto" (caderno, D p.4).

Percebe-se que o discurso da grande mídia sobre obesidade perpassa pelas publicações científicas divulgadas com linguagem própria e modificada, tentando traduzir para o público o significado, trazendo subjetividade do informador, sempre influenciado pela ideologia vigente a serviço das classes dominantes.

As perspectivas em relação à obesidade mudaram com o tempo. Primeiro, em um passado distante, as gorduras dos organismos serviram para preservar o ser humano em épocas de fome. Hoje, a sociedade considera tabu excessos de comida, excessos de gordura; quadris amplos, barrigas volumosas são execrados pela mídia. Entretanto, a incongruência se manifesta, pois estamos vivendo um momento em que a obesidade assume proporções de epidemia no mundo todo. A mídia vem tratando o assunto com uma diversidade incrível de argumentos e de interesses.

Algumas reportagens colocam a obesidade sob o prisma do pecado, sugerindo que a responsabilidade do sobrepeso é do obeso que come demais (Veja, 04.02.98, p.64). Outra forma de discutir o assunto,

seria responsabilizando o ambiente: desloca-se do obeso, para o ambiente. As dietas ricas em gordura seriam a causa de tamanho aumento da porcentagem de obesos (idem, p. 67).

Outra facção coloca na falta de exercícios e na inatividade a causa da obesidade. Obesos, então, seriam culpados, pois comem demais e não se exercitam, porque são preguiçosos.

Ivan Peterson, do New York Times (Estado, 18.11.97) descreve a dificuldade de se colocar uma seção semanal no Los Angeles Times sobre obesidade, o que foi feito, graças a uma parceria entre o jornal e homens de negócios. Os críticos dessa vinculação vêem o perigo dos anúncios ganharem influência sobre as notícias, o que demonstra que a mídia está sujeita às influências de grupos poderosos. Toda e qualquer notícia pode estar a serviço da ideologia dominante, isto é, dos laboratórios, da indústria de emagrecimento (clínicas, *Spas*, academias de ginástica, dentre outros).

Anuncia-se que hormônios podem ajudar pessoas obesas (Estado, 27.07.97). Surge a leptina, proteína do gene *ob* (da obesidade), que teria um papel - chave no controle do peso. Mas enfatiza-se a necessidade de dietas e exercícios como coadjuvantes do tratamento.

Segundo o noticiário, a maioria de obesos é do sexo feminino “por causa de uma tendência feminina” (Estado, 22.10.90).

Zuleika Halpern comenta: “Nunca vi um gordo feliz”. Parece interessante o fato de a endocrinologista se “esquecer” de que não tem acesso a todos os obesos que não procuram seu consultório. Provavelmente, quem procura o médico endocrinologista está insatisfeito com seu peso. As repercussões emocionais têm que ser diferentes de quem não procura ajuda.

Medeiros-Neto, em entrevista à revista Veja (04.02.98), relata “que nos países desenvolvidos, quanto mais alta a classe social, menores os índices de obesidade nas populações de homens, mulheres e crianças (...) nas baixas estratificações sociais é o contrário que ocorre” (...) A revista afirma que os índices de obesidade entre pobres foi da ordem de 20% superiores aos das classes A e B (p. 67).

A mensagem veiculada mais freqüentemente é a de que só reeducação alimentar, exercícios e força de vontade podem facilitar a perda de peso. Frutas, vegetais e atividades físicas são os melhores remédios contra a obesidade (Estado, 28.01.96). Fala-se da mudança de hábitos alimentares, do consumo exagerado de gordura e, ao lado, uma matéria indica que chegou ao mercado um óleo sem calorias, sem

gordura. Veiculam-se mudanças de hábitos alimentares: não comer açúcar, gorduras e, naturalmente, consumir produtos fabricados para evitá-los (margarinas, adoçantes e óleos, entre outros).

As dietas ditas “milagrosas” aparecem como ondas, de tempos em tempos. Como surtos de gripe, as “receitas infalíveis” surgem em programas de rádio, televisão e jornais. As famosas sopas, como a “sopa da USP”, desconhecida na universidade, recebe manchete em jornais (Folha, 25.03.96). A informação importante aparece em um subtítulo: *Obesos são 6,5 milhões*. O jornal informa que no Brasil, cerca de 29 milhões (em 1996) de pessoas estão acima do peso ideal. Desses, pelo menos 6,5 milhões têm elevado grau de obesidade e, nos últimos anos, o número de obesos aumentou 30% entre os homens e 43% entre as mulheres. Constata-se um crescimento do número de obesos no Brasil, seguindo o exemplo de primeiro mundo. O que é bom para o mundo é bom para o Brasil?

O Jornal do Brasil (21.09.93) informa que dietas, ao invés de emagrecerem, podem ser a causa da obesidade. Segundo opinião de especialistas, a resposta do organismo a dietas de baixas calorias, pode fazer engordar. As recidivas são a prova cabal que dietas de baixíssimas caloria são ineficientes (p. 15).

Um estudo explica por que acontecem recidivas (Estado, 10.03.95). Pesquisadores de Nova York descobriram que o organismo tem um controle, cuja função é manter o nível de gordura do corpo num mesmo patamar, variável de pessoa para pessoa, contra o qual é difícil lutar. Isso sugere que a manutenção de peso é um fenômeno biológico e não uma atividade voluntária. Em outras palavras, a obesidade não é necessariamente sinônimo de glotoneria e preguiça.

Halpern, em uma entrevista para um periódico alerta: “É necessário que se compreenda que a obesidade é uma doença, que cresce de maneira explosiva e que, se não nos mobilizarmos, em algumas décadas toda a humanidade será obesa” (Folha, 11.01.96, caderno 03, p. 02).

Médicos têm pesquisado o que denominam “pane” provocadora de obesidade no homem. Esta seria um distúrbio do mecanismo de manutenção de peso. O jornalista comenta que “a obesidade já deixou de ser considerada fraqueza de caráter (Folha, 07.02.92).

A Revista Veja (24.09.97) publica sob o título *Um tiro no coração*, uma matéria em que informa que os Estados Unidos retiraram do mercado, proibindo a venda, remédios para emagrecer, tomados por

300 mil pessoas no Brasil. “Era bom demais para ser verdade. Uma ou duas cápsulas por dia, e a gordura fugia do corpo como que por mágica. O apetite, antes um monstro insaciável a urrar dia e noite na barriga, serenava com algumas poucas garfadas de rosbife. Muita gente, antes comilona, quando sob o efeito da dieta química, nem chegava à sobremesa. Durou pouco (...). Com a proibição da venda, chegou também ao fim o sonho de conquistar um corpo esbelto com a ajuda de uma pílula comprada na farmácia da esquina (...) ambos, o Redux e a Fenfluramina, estão mortos e sepultados. Não existe a menor possibilidade de que venham a ser reabilitados”. Ao lado, demarcado, está uma matéria menor sob o título: *A nova geração de remédios*. “Estão em testes, nos grandes laboratórios mundiais (outros, que não o laboratório que fabrica o Redux), alguns medicamentos bastante promissores. A mais esperada de todas as armas de combate à obesidade é o Xenical”. Luta de laboratórios.

A mídia - a maioria das vezes - coloca um real falsamente ou equivocadamente dimensionado. Assim, os discursos midiáticos são socialmente situados, sendo sempre o resultado de um conjunto simbólico de forças que nomeiam, hierarquizam, acionam os sujeitos sociais. Estamos diante de um real que não pode fluir livremente; ele é ideologicamente trabalhado para dizer algumas coisas e silenciar outras.

Numa época em que somos obrigados a conviver, simultaneamente, com a superinformação, subinformação e pseudo-informação, o esforço da crítica deve ser redobrado.

4. INVESTIGAÇÕES CIENTÍFICAS EM OBESIDADE: TRAJETÓRIA

A palavra Obesidade deriva do latim Ob (muito) + edere (comer) e pode ser traduzida como comer em excesso, ou comer demais (Mount, Neziroglu e Taylor, 1990; McConnell, 1978).

As primeiras definições vieram de Hipócrates (460-377 AC) e Galeno (130-200). Hipócrates, percebendo que a mortalidade era maior entre obesos, recomendava dietas severas, dormir em camas duras, realizarem trabalhos pesados antes das refeições e comerem fatigados. Essa conduta demonstrava que percebia a obesidade como algo passível de punição. Também se pode afirmar que, na antigüidade, obesos não eram apreciados e usava-se a dieta como forma de tratamento para emagrecer. Dito de outra forma, só se perdia peso deixando-se de comer em excesso.

Galeno, por sua vez, acreditava que obesidade era falta de disciplina do indivíduo; evidencia-se a visão preconceituosa daquela época, colocando-se no obeso a responsabilidade pelo excesso de peso.

Obesidade seria o resultado do comer demais, pouco exercício e ausência de disciplina pessoal (Alexander, 1970).

Obesidade tem sido definida, por muitos autores, como excesso de tecido adiposo no corpo, ou excesso de gordura no organismo (Bray, 1989a e b, 1976; Halpern, 1987; Medeiros-Neto, 1987; Tzagournis, 1978; Stunkard, 1976; Craddock, 1973; Paiva, 1966).

A definição é aparentemente simples, mas as perguntas e dificuldades se avolumam. O que e quanto é “excesso”? O que é normal? Qual é o parâmetro?

Trabalhos iniciais (Mendelson 1966) revelaram grande interesse pelo comportamento do ato de comer. De modo geral, os estudos parecem também evidenciar que a superalimentação sem propósitos nutritivos leva à obesidade, que tem sido percebida, de longa data, como o resultado do excesso alimentar, da gula, do apetite descontrolado e também do sedentarismo, ou mais precisamente, da preguiça (Mendelson, op. cit.).

Atualmente, a obesidade por excesso de ingesta tem sua incidência aumentada em vários países, passando a ser considerada como problema de Saúde Pública nos Estados Unidos (Caterson, 1990; Bray, 1989b).

A dificuldade está em se especificar, ou mais precisamente, quantificar o que é comer demais.

Vários autores questionam essa definição e alertam para a necessidade de se usar instrumentos fidedignos, a fim de mensurar adequadamente a obesidade. Um acurado diagnóstico é particularmente importante para evitar que tratamentos inadequados causem problemas psicológicos, sociais e obriguem a intervenções médicas desnecessárias (Marshall, et al., 1991;1990; Alemany, 1989).

Entretanto, não tem sido fácil mensurar clinicamente o volume de tecido adiposo do corpo e definir o limite preciso entre normalidade e obesidade. Ainda hoje, não se conhece o grau exato de excesso de adiposidade necessário para aumentar os riscos à saúde. Essa questão se torna importante, porque a forma como a gordura se distribui pelo corpo influencia as conseqüências metabólicas e pode ser um fator mais significativo do que a massa total de tecido adiposo (Kissebach et al., 1982). As principais complicações da obesidade, incluindo-se as doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão, estão associadas a um acúmulo maior de tecido adiposo na região abdominal (Bray, 1989a).

Vários instrumentos de mensuração foram usados, dentre eles métodos laboratoriais, tais como determinação de peso aquático,

dosagem de potássio sérico, água corpórea total, Tobec, tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear, análise de ativação nêutrica (Bray, op. cit.).

Dentre os métodos clínicos e experimentais, podemos citar as medidas antropométricas (peso e altura), as medidas de pregas cutâneas (*Skinfold*), a impedância bioelétrica e o índice de massa corpórea (IMC). Na rotina diária de consultório, a mensuração da obesidade pode se dar por meio do método da inspeção. O médico, por meio da observação, decide se o indivíduo é obeso ou não, se deve perder peso ou não (Halpern, 1987; Collip, 1977).

Grande número de pesquisas realizadas nas décadas de 60 e 70, tiveram como referencial as tabelas de peso e altura. Nos Estados Unidos, considerou-se a Tabela da "*Metropolitan Life Insurance Company*" como válida. Consistia numa correlação entre peso, altura e mortalidade. Entendeu-se que obesos eram propensos à hipertensão, cardiopatias, diabetes, osteoartrite, varizes, dentre outras, por meio de sobrecargas mecânicas e metabólicas. Desde 1912, grande parte das investigações científicas sobre obesidade e suas conseqüências, basearam-se no índice de normalidade da tabela de peso e altura, que foi revisada em 1929, 1943, 1959 (Stuart e Davis 1974). No início, não

diferenciavam pessoas de pequeno, médio e grande porte e também não discriminavam qual a forma de distribuição da gordura corpórea. Em 1965, foi feito um levantamento de 6.672 pessoas entre 18 e 79 anos de idade levando em consideração sexo, idade, tamanho e condição sócio-econômica e cultural, pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Algumas críticas foram feitas a essas tabelas, dentre elas a de que não diferenciavam massa muscular de gordura, (Bray, 1989a) e que a amostragem da população era pequena para se generalizar. (Stuart e Davis, 1974).

As medidas antropométricas de obesidade, mais utilizadas em consultórios médicos, são: peso e altura. No entanto, essa utilização foi questionada, porque não se sabe quanto exatamente o obeso deve aproximar-se do peso ideal. Inicialmente, colocou-se que o excesso de peso seria da ordem de 20% (Stunkard, 1976; Williams, 1974). Mais tarde, admitiu-se que 25% para homens e 30% para mulheres seria mais adequado aos parâmetros da população americana (Bray, 1989; 1976). O critério de peso ideal tem sido questionado, pois não existe um padrão para todos os indivíduos.

Esse problema foi em parte solucionado, quando a comunidade científica passou, gradativamente, a se utilizar do critério de

Índice de Massa Corpórea (IMC). Adotou-se uma nova tabela oficial de pesos, mais flexível, que ampliou em até 13 quilos e meio a margem de variação do peso considerada saudável. O IMC, citado por Di Girolamo (1987); Halpern, 1987; Medeiros-Neto, 1987), tem sido usado em quase todas as publicações científicas mais recentes e pode ser conseguido através da seguinte fórmula: peso (Kg.) / altura (cm.) ao quadrado, e com a seguinte interpretação: indivíduos normais: IMC 25; pesados, IMC entre 25 e 30; obesos, entre 30 e 40 e mórbidos, superior a 40. Esse índice seria usado para homens, pois para mulheres seria um pouco menor (Medeiros-Neto, 1987).

Na realidade, tanto o peso ideal quanto o IMC, levam em conta a gordura corpórea e ignoram a massa muscular e a forma como a gordura se distribui no corpo.

Marshall et al., 1991; 1990) consideram difícil diagnosticar a obesidade sem a utilização de vários instrumentos de mensuração. Considerou o IMC e a Inspeção satisfatórios, desde que cruzados com medidas adicionais, para assegurar a validade, especialmente em crianças e adolescentes.

Outros estudos demonstraram que a prevalência do peso excessivo está se alterando. Dentre as várias técnicas para se determinar a

gordura corpórea, a impedância bioelétrica tem facilitado o diagnóstico da obesidade, pois caracteriza-se por ser simples, facilmente reprodutível e portátil, determinando a composição corpórea fora de laboratório (Bray, 1989a).

Conclui-se que a anamnese e avaliação clínica criteriosa do paciente deveria caracterizar o tipo e as causas da obesidade, implicando, assim, em terapêuticas mais adequadas.

As pesquisas das décadas de 60 e 70 procuraram - partindo da hipótese de que existe uma personalidade obesa - comparar obesos e não obesos em várias situações laboratoriais e naturais.

Um volume grande de pesquisas sugere que o comportamento de comer demais em obesos é influenciado por fatores ambientais, tais como disponibilidade de alimento (Schachter, 1971; Nisbett, 1969; 1968a), o sabor (Nisbett, 1968 b) e “contingência temporal de estímulo”, ou seja, a hora do dia em que se alimentam (Schachter e Gross, 1968; Schachter, Goldman e Gordon, 1968) .

Rodin e Scholower (1976), contrariando essas pesquisas, descobriram que pessoas de peso normal, sem passado de obesidade, quando são colocadas em um ambiente em que há abundância de alimentos, ganharam peso rapidamente. Concluíram que a responsividade

a fatores externos influencia diferentemente o comportamento de comer, não sendo simplesmente um correlato de obesidade, ou seja, qualquer pessoa poderia ganhar peso em situações semelhantes.

Uma pesquisa em restaurantes japoneses e chineses concluiu que os obesos preferem garfos comuns ao invés dos “pauzinhos” (*hashi*), por ser a forma mais fácil de se alimentar. Os não-obesos preferem o uso dos *hashi* (Schachter 1971). Outro estudo concluiu que os obesos “raspam o prato”, enquanto que os não-obesos comem só o necessário (McConell 1978). Poder-se-ia pensar que esses estudos pecam pela subjetividade, já que a escolha da amostra, provavelmente, foi pelo método da inspeção, não levando em conta a história de vida dos sujeitos.

Stunkard e Koch (1964), estudando a motilidade gástrica em sujeitos obesos e não-obesos, concluíram que indivíduos obesos perceberam anormalmente a sensação de fome, apresentando maior sensibilidade a ela e aos estímulos que ela provoca, existindo uma dissociação entre apetite - desejo de comer - e sensação de fome - necessidade de comer.

Vários estudos tentaram comparar perfis de personalidade entre obesos e não-obesos, observando os efeitos do medo sobre a alimentação. Os pesquisadores relataram que, quando indivíduos normais

eram ameaçados com choques dolorosos, reduziam acentuadamente a quantidade de alimentos ingeridos. Já os obesos não modificaram seu comportamento ao se alimentar (Schachter, Gordon e Goldman, 1968). O estudo sugere que obesos comem mais quando estão com medo.

Rodin e Slochower (1976) sugerem que fatores exógenos, tais como circunstâncias ambientais ou situações encorajadoras como viagens prolongadas, mudanças ambientais ou restrição ao leito por doença (hepatite) podem levar pessoas normais a súbitos ganho de peso. Esse achado demonstra que qualquer pessoa em situação de mudanças ambientais pode ganhar peso, não somente obesos.

Estudando ratos com lesões hipotalâmicas ventromediana, verificaram-se que ratos obesos sedentários comem poucas vezes ao dia, porém em maior quantidade e mais rápido do que os não-obesos. Esse fato parece ter um paralelo em humanos. O estudo tenta explicar por que humanos obesos ingerem grandes refeições menos vezes ao dia e comem rapidamente, diferentemente dos não-obesos.

As pesquisas não deixam claro qual o critério para definir o obeso e o não-obeso.

Muitos fatores psicológicos foram considerados por um número expressivo de pesquisadores (Bray, 1989a; 1976; Stunkard, 1976;

1959; Bruch, 1973; 1957; 1954; Leon e Roth, 1977). Inicialmente, tentou-se comparar personalidade, traços de personalidade, atitudes e características que permitissem diferenciar o obeso do não-obeso.

Entretanto, a afirmativa segundo a qual obesos comem quando estão com raiva, ansiosos, excitados ou aborrecidos foi contestada ou não confirmada por vários pesquisadores (Wadden e Stunkard, 1987; Klesges, 1984; Ley, 1984; Schachter, Goldman e Gordon, 1968; Weinberg, Mendelson e Stunkard, 1961;).

Teorias psicanalíticas consideram que o comer demais seria uma resposta inadequada, uma defesa à ansiedade e depressão. Seria uma necessidade de o indivíduo minimizar seus conflitos inconscientes (Garma, 1984; Oremland, 1976; Alexander e Selesnick, 1970; Paiva, 1966).

Bruch (1973; 1957) identificou dois tipos de obesidade: a obesidade reativa, que resulta no excesso de ingestão de alimentos como reação emocional a situações ambientais, tipo de anormalidade que refletiria respostas inadequadas às condições alimentares durante o período de crescimento e desenvolvimento da criança e o segundo tipo de obesidade, denominado obesidade do desenvolvimento, que apresenta problemas emocionais mínimos, não sendo significativos. Assim, segundo

Bruch (1973), há o obeso cujo estado não depende de problemas emocionais; há o obeso, cujo estado é a consequência de uma experiência emocional traumatizante, na qual a hiperfagia e a consequente obesidade protegem-no da angústia e da depressão, e por último, o obeso cujo estado se caracteriza pela impossibilidade de suportar as frustrações ou o retardamento de gratificações.

Em estudos anteriores (1994; 1993; 1991; 1989; 1986), sugerimos que obesos podem ter uma visão negativa do ambiente em que vivem; podem apresentar características de conformismo, pouca persistência, dependência, insegurança, depressão, baixa auto-estima e pouca capacidade de tolerar a culpa e a frustração. Geralmente, têm dificuldades interpessoais e podem reprimir a sexualidade.

Obesos tendem a internalizar os conflitos, sentem-se bloqueados pelos obstáculos frustrantes, geralmente apresentam um Ego frágil e um Super Ego bastante rígido, o que dificulta o controle dos seus impulsos. Podem colocar a solução de seus conflitos em outras pessoas ou mesmo em Deus, ou ainda remeter para o futuro a solução de seus problemas. Entretanto, essas características, quando surgem, seriam mais consequência do que causa da obesidade.

Rodin et al. (1989) consideram a afirmação de que o obeso não consegue controlar sua vida, assim como não consegue controlar sua comida como falsa. Enfatizam que não existe uma personalidade obesa. Relatam que as pessoas têm atitudes diferentes quanto ao controle alimentar e de suas vidas, não havendo total compreensão das variáveis psicológicas na etiologia da obesidade. O comer demais, a dependência, o descontrole dos impulsos e a incapacidade de adiar gratificações, ou o estilo desajustado de comer, não foram confirmados por estudos experimentais. Fatores tais como ansiedade, dependência e depressão, tendem a ser considerados como razão e não como consequência da obesidade, podendo, no entanto, servir para manter e intensificar os problemas relacionados com o peso. Segundo Rodin, “o comportamento de fazer dieta em resposta às preocupações com o peso parece estar perversamente implicado num excesso de peso e adiposidades crescentes” (op. cit. p.70).

Weinberg, Mendelson e Stunkard (1961) consideram a obesidade como um distúrbio de múltiplas causas, enfatizando a dificuldade e mesmo a impossibilidade de se determinar características psicológicas entre obesos e não-obesos. A propósito das recidivas, Stunkard (1981) considerou que a maioria dos pacientes obesos não

conseguem aceitar o tratamento medicamentoso, a restrição calórica e exercícios físicos a longo prazo. Sugere que a dificuldade não está nas características de personalidade do obeso, mas no contexto social, no qual está inserido. Muitos autores enfatizam os efeitos da cultura nos hábitos alimentares (Drenowsky, Kurth e Rahaim, 1991; Rodin e Slochower, 1976; Madox e Liedman, 1969; Schachter, 1968).

Fatores como predisposição genética (Bouchard, 1989), a termogênese do tecido marrom (Bianco, 1987; Hirsh et al., 1989), taxas metabólicas e consumo energético (Sims, 1989; DiGirolamo, 1987) e hormônios tireoideanos (Danforth Jr, 1987; Medeiros-Neto, 1987) têm estado associados à gênese da obesidade.

Obesidade também tem sido estudada de acordo com classes sociais (Goldblatt, Moore e Stunkard, 1965). Os dados evidenciam a importância da cultura, no estabelecimento da obesidade. Na verdade, esta seria uma resposta ao meio cultural em que vivem. Os autores advogam um controle público, um programa preventivo em grupos especiais de risco. Estudando a mobilidade social, comprovam que entre as classes mais favorecidas, apenas 4% apresentavam peso excessivo, enquanto que nos grupos sócio-econômicos desfavorecidos, a porcentagem seria de 36%. Essas influências são mais proeminentes em

mulheres. Monello e Mayer (1963) apoiam o ponto de vista de que as pessoas obesas são afetadas pelos fatores sociais e culturais, sendo mais causa do que consequência da obesidade.

Halpern (1987) considera que a obesidade é maior entre mulheres do que em homens no Brasil. A proporção entre mulheres seria o dobro do que entre homens, seja em consultório particular, seja em hospital geral (38,8% em homens e 56,2% em mulheres).

Goldblatt (1965) comprovou que, entre as classes mais favorecidas, apenas 4% apresentavam peso excessivo, enquanto que nos grupo socio-econômicos desfavorecidos, a porcentagem seria de 36%. Essas influências são mais proeminentes em mulheres.

O tratamento da obesidade fundamenta-se na dieta, mudança de hábitos alimentares, suporte social, exercícios físicos e combinações com farmacoterapia e cirurgias (Cramer, Nieman e Lee, 1991; Kramer et al., 1989).

Atualmente, algumas pesquisas concentram-se na perda e manutenção do peso, preocupando-se com as recidivas (Dennis e Goldberg, 1996; Foster et al., 1996; Walcott, 1995; Jeffrey et al., 1995; Raymond et al., 1995; Rosen et al., 1995; Jeffrey et al., 1993; Foreyt e Goodrick, 1991; Bertram, Venter e Stewart, 1990; Schlundt et al., 1990;

Mount, Neziroglu, Taylor, 1990; Wilson, 1990; Amador, Flores e Pena 1990; Wadden et al., 1989).

O interesse seria também pela personalização de estratégias (Holmes, Zysow e Delbanco, 1989), com a influência negativa de hábitos tais como ver TV durante muitas horas diárias (Tucker e Bagwell, 1991) ou estudos que analisam pacientes tratados dieteticamente em ambulatorios, concluindo que a prevenção por meio de educação em saúde, a busca de novos caminhos que propiciem mudanças no comportamento alimentar e físico, poderiam ter resultados melhores (Cavalcanti e Moulin, 1996). Alguns estudos levam em conta as repercussões emocionais do indivíduo, enfatizando a modificação de comportamento como suporte para o emagrecimento (Pace, Bolton e Reeves, 1991; Caterson, 1990; Schlundt, Hall e Stocco, 1990; Browell e Kramer, 1989; Wadden e Stunkard, 1989; Schulundt et al., 1989; Jordan e Levitz, 1975).

Algumas pesquisas mais recentes enfatizam a necessidade do tratamento farmacológico como coadjuvante nas dietas de perda de peso (Atkinson e Hubbard, 1994; Medeiros-Neto, 1994; Wilson, 1990). Examinando a bibliografia a respeito, percebemos a enorme variedade de pesquisas sobre a percepção da obesidade. Inúmeros trabalhos colocam a

dieta hipocalórica como a única forma de tratamento. Quase sempre se coloca exercícios físicos como coadjuvantes importantes (Levine, Marcus e Moulton, 1996; Bartlett, 1996; Jeffrey e Wing, 1995; Bertram, Venter e Stewart, 1990;

Depreende-se que a visão do obeso seria a do indivíduo que come demais e tem vida sedentária, portanto uma visão da antiga Grécia: glutão e preguiçoso.

Allon (1973) alerta para o preconceito veiculado pela mídia, pela religião, que considera a obesidade como um pecado (glutoneira), pela medicina (profissionais não gostam de tratar obesos), pelas companhias de seguro de vida (cobram mais caro das pessoas obesas) e pela justiça (sentenças mais rígidas para obesos).

Entende-se que a obesidade é estigmatizada em nossa sociedade, e os profissionais da saúde não são exceção. Wooley e Garner (1991), num levantamento da bibliografia sobre o assunto, sustentam que médicos podem considerar negativamente o paciente obeso, mesmo conhecendo as várias causas da obesidade. Quando um profissional entende que falhou em seus objetivos terapêuticos, questiona a própria competência, projetando a raiva sobre o paciente. Consideram que provavelmente muitos trabalhos sobre obesidade demonstrem em algum

momento, preconceito, condescendência ou hostilidade, podendo implicar numa visão distorcida das causas e do próprio paciente obeso.

Alemany (1989), em um estudo sobre a etiologia da obesidade, questiona o fato de profissionais entenderem que o comer demais seria a razão de seu desenvolvimento. Entende que é inaceitável tal ponto de vista, pois evidenciaria que esta seria a penalidade para o “pecado da glotoneria”. Entende ser muito difícil aceitar sob o ponto de vista científico que todas as causas da obesidade possam ser tratadas com dietas restritivas, ou seja, com a diminuição da ingesta. A dieta, não sendo um tratamento ideal, termina sendo responsável pela recidiva. Quando o tratamento falha, o obeso é responsabilizado pelo insucesso. Stunkard (1996) responsabiliza o tratamento inadequado como o responsável pela estigmatização do obeso.

Para que um programa de perda de peso seja eficiente é necessário que se leve em conta, também, o *stress* ocupacional, além de exercícios físicos e dieta (Walcott – Mcquigg, 1995).

Em 1991, Lustig comentou que existe uma obsessão para perder peso na América. A pesquisa alerta que em 1991, 65 milhões de americanos fazem dieta. Existe o risco de sucessivas perdas e ganhos de peso, denunciando a indústria da dieta que se instala no país. Considerou

necessário a validação de programas adequados, por meio de pesquisas sérias. Alerta que as famosas dietas publicadas (da lua, do astronauta, do abacaxi, da sopa, dos sete dias, dentre outras), trazem falsas esperanças ao obeso, prejudicando-o ao nível físico e psicológico. Lustig (op. cit.) entende que há necessidade de regularizar o consumo de tratamentos. Para se entender a natureza do problema, é preciso entender a solução. O procedimento médico, o regime, envolve supervisão por pessoas bem treinadas. Deve ser cuidada a parte física e psicológica do paciente; também deve se avaliar a real necessidade de se perder peso. Lustig alerta para a atuação de profissionais não preparados para o tratamento de perda de peso e pelo uso ganancioso de dietas fazendo um comércio ilegal, ilegítimo e danoso, prejudicando pessoas mal esclarecidas.

Walsh e Flynn (1995) alertam para o perigo de dietas com baixíssimas calorias. O sucesso tem sido muito pequeno, não justificando o risco dos efeitos adversos. Essas dietas têm sido anunciadas, como milagrosas, infalíveis. Vários *Spas* usam dietas de baixíssimas calorias como programa de redução de peso.

Vários pesquisadores alertam para o uso indiscriminado de dietas, sem o acompanhamento de profissionais especializados. (Heini e

Weinsier, 1997; Heitmann, 1995, Wooley e Garner, 1991; Toulexis, 1986; Wadden e Stunkard, 1987).

O tratamento cirúrgico da obesidade é reservado para pacientes com obesidade mórbida (IMC superior a 40) e com risco de vida (Balsinger, Luque-de-Leon e Sarr, 1997; Hunter et al., 1997; Blocker e Ostermann, 1996; Vandeweyer, et al., 1996; Bray, 1989).

O Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (in Atkinson e Hubbard, 1994), considera que agentes farmacológicos podem ser efetivos na redução de peso, mesmo com longo tempo de prescrição.

A obesidade é um problema de Saúde Pública na América. Gastam-se bilhões de dólares por ano no tratamento de perda de peso. Especialistas alertam para as complicações advindas da obesidade, tais como a artrite, apnea, diabetes, hipertensão, arteriosclerose, infarto do miocárdio, AVC (acidente vascular cerebral) e algumas formas de câncer. Consideram que a obesidade é uma doença crônica com múltiplas etiologias. Atkinson e Hubbar (1994) comentam sobre o preconceito da sociedade, do governo e em especial dos médicos em relação ao uso de terapêutica medicamentosa. Na verdade, ignoram a fisiologia da obesidade e a boa resposta às drogas .

Médicos que usam drogas por longos períodos são discriminados. Apesar da obesidade ser uma doença crônica, não se recomenda o uso de fármacos, exceto por períodos curtos. Evidências demonstram que obesos perdem peso com o auxílio de medicamentos mais facilmente e com menor risco.

Os autores concluem que a obesidade é uma doença crônica, de múltiplas etiologias associada a múltiplas complicações. Por ser crônica, implica - como outras doenças - em terapêutica medicamentosa a longo prazo. Deve ser tratada com dietas, exercícios físicos, mudanças de hábitos alimentares e fármacos, ressaltando-se a necessidade de um diagnóstico médico para definir o tipo de tratamento, que deve ser individualizado.

Weintraub e Bray (1989), afirmam que enquanto alguns médicos e legisladores encaram os atuais medicamentos anorexígenos como placebos prejudiciais, outros encaram como importantes coadjuvantes nos programas de controle de peso. A censura a estes medicamentos, segundo os autores, advém da visão preconceituosa da sociedade em geral. Relatam uma pesquisa realizada sobre a visão de obesidade, que estudantes da Universidade de Michigan responderam que

prefeririam casar-se com alguém viciado em cocaína, batedores de carteira ou comunista, ao invés de casar-se com uma pessoa obesa.

Os autores consideram que o ponto de vista, segundo o qual o obeso precisa apenas “fechar a boca”, fez com que “exigíssemos um padrão mais elevado de medicamentos utilizados no tratamento da obesidade do que para o tratamento de qualquer outro processo crônico” (op. cit. pag 281). Mais adiante, comenta: “obesidade é a única situação clínica onde é inaceitável o fracasso dos medicamentos para a realização da cura. O ensino dos profissionais da saúde perpetuou os mitos a cerca das drogas controladora de peso, inclusive toxicidade, tolerância, potencial de abuso e falência quanto à cura da obesidade. Infelizmente nem os tratados, nem os professores, atualizaram com os desenvolvimentos na compreensão científica da obesidade e em suas intervenções terapêuticas” (op. cit. p. 283).

Esse ponto de vista é compartilhado por muitos outros cientistas e investigadores da obesidade (Foreyt et al., 1997; Powell et al., 1994; Agras et al. 1994; Bray, York e Delany, 1992).

Alguns estudos consideram o uso de drogas serotoninérgicas e termogênicas, como promissoras (Wing, 1993; Schulundt et al., 1990; Bianco, 1989).

Variáveis de aprendizagem social, terapias cognitivas e comportamentais, têm sido usadas como predição de sucesso em programas de perda de peso (Prezioso et al., 1995; Rosen et al., 1995; Wadden et al., 1989).

O tratamento da obesidade tem sido considerado como mais eficaz quando há um acompanhamento multiprofissional (Hunter et al., 1997; Blocker e Ostermann, 1996) e psicológico (Bartlett, Vaden e Vogt, 1996; Caterson, 1990).

Em um instigante texto intitulado *Creme e Castigo*, Herrmann e Minerbo (1994) definem a influência da ideologia tecnológica dominante, sob a égide do paradigma mecanicista. Comentam que o corpo atualmente é tratado como uma máquina, perdendo sua dimensão sexual - reprimida - migrando, assim, dos valores morais da sexualidade para a comida. Então, da visão vitoriana de sexualidade, transmuda-se para a oralidade. A moral dominante, que se expressava em termos de sexualidade, ressurgiu como moral dietética, conservando, porém, as características morais do discurso sexual. Herrmann coloca que "os complexos morais migraram da sexualidade para a dieta, da cama para a cozinha e para a mesa" (op. cit. p 04). Os pecados da gula são expiados com dietas restritivas, pois a "mortificação deve exceder o gozo".

Sustenta que antes pensava-se que se podia morrer de sexo e, presentemente, se morre de AIDS; hoje teme-se que a comida mate. A moralidade, sexual ou alimentar, implica fundamentalmente na recusa do prazer. “Da mesma forma como todo homem e toda mulher sempre estiveram às voltas com a interdição sexual, hoje são compelidos especialmente a expressar tal gênero de interdição sob espécie alimentar” (op. cit. p. 12). O discurso dietético suplantou o discurso sexual. Neste mundo consumista, a dieta um novo paradigma moral.

É interessante notar que pesquisas científicas relacionam como causas da obesidade fatores metabólicos, problemas ambientais, padrões de comportamento familiar, restrição alimentar causada por dietas crônicas, causando alteração fisiológica do apetite, endocrinopatias, proliferação de células adiposas, fatores medicamentosos, hereditariedade, regulação do peso corporal, dentre outras (Willard, 1991; Alemany, 1989).

Conclui-se que o comer demais seria um dos vários fatores de causação da obesidade.

5. PRÁTICAS MÉDICAS: IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS

A profissão médica pode ser considerada uma das mais antigas do mundo. Fazendo distinção entre arte médica - que teria suas raízes na pré-história e ciência médica -, esta pode ser pensada como tal nos dois últimos séculos. O seu nascimento seria no século XIX, e foi um dos resultados do crescimento e do progresso das ciências naturais.

Com a Física e a Química do século XX, o desenvolvimento da Medicina foi extraordinário. A influência do paradigma cartesiano, a concepção mecanicista que criou os alicerces do que se denomina modelo biomédico, permitiu que as razões sociais, determinantes dos agravos à saúde, fossem sendo esquecidas.

As especializações - cada vez maiores - resultam em concentrações cada vez menores do corpo, perdendo - se de vista o paciente como um ser total, único.

O corpo humano tem sido considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença tem sido vista

como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da Biologia celular e molecular. O papel do médico seria o de intervir física ou quimicamente para consertar o “defeito” no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado; melhor dito, a referência científico - natural coloca o médico como um pesquisador das ciências naturais, e sua relação com o objeto de estudo torna-se impessoal, tendendo a centrar-se no órgão doente, em detrimento da pessoa doente (Capra, 1995).

Hipócrates, pai da medicina, reconheceu que o papel do médico consistia em ajudar as forças naturais, para favorecer o processo da cura, dando-nos uma concepção dinâmica de doença. A natureza (physis), tanto do homem como fora dele, seria a harmonia, o equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, seria a doença. Esta não estaria em alguma parte do homem, estaria em todo o homem. As circunstâncias externas seriam ocasiões e não causas. A doença seria uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabricaria a doença para curar-se. Assim, o papel do médico seria cuidar do ser humano e não curá-lo, pois o processo de cura estaria no próprio indivíduo.

Hipócrates não enfatizou a importância do ambiente na causação da doença. Para ele, não haveria doenças, mas doentes (in d'Épinay, 1988; Canguilhem, 1990).

O termo “doente” é um conceito geral de não valor, que compreende todos os valores negativos possíveis. Estar doente significa ser nocivo, indesejável ou socialmente desvalorizado (Canguilhem, 1990). O interesse do médico seria diagnosticar e curar. Teoricamente, curar seria fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela tenha se afastado. O diagnóstico deveria abranger o ser humano como um todo, assim como suas condições de existência. “Quando alguém se sente doente, deve ser tratado como doente, mesmo não apresentando nada de patológico (...)” (in d'Épinay, 1988, p.37).

Robinson (1939) analisa a distinção entre os conceitos de doença e enfermidade. Doença seria “uma condição em que algumas das funções corpóreas naturais acham-se perturbadas a um ponto tal que o paciente não pode atender às exigências usuais da vida sem sentir dor ou desconforto”. Já enfermidade seria “uma condição corporal anormal, devida aos efeitos prejudiciais de diversos processos, substâncias nocivas ou acidentes” (in Tähkä, 1988, p. 21); nesse caso, doença teria conotação subjetiva do paciente, que ele descreveria ao médico, enquanto que

enfermidade seria objetiva, baseada no que o médico encontrasse em seus exames.

Essa interessante divisão seria útil, pois enfatiza que nem sempre médicos e pacientes teriam os mesmos pontos de vista quanto ao estar doente ou saudável. O paciente, portanto, poderia sentir-se corporeamente doente, sem que o médico encontrasse sinais de enfermidade. Por outro lado, o médico pode - através de exames, encontrar enfermidade na ausência da doença. O discurso do doente não coincide com o do médico, uma vez que possuem lógicas diferentes. Assim como o discurso, o desejo do paciente também não condiz com o desejo do médico.

Daí a necessidade de o médico, no diagnóstico da doença, não somente levar em conta fatores etiológicos - enfermidade somática - mas também os distúrbios psicossociais do indivíduo, bem como a interação entre eles. O paradigma Holista seria justamente a visão biopsicosocial do indivíduo.

A medicina ocidental é racional, científica, ou seja, todos os pressupostos devem ser passíveis de serem testados, verificados e controlados, segundo condição e objetivos empíricos.

Fenômenos relacionados à saúde e à doença têm que ser vistos objetivamente. A tarefa do médico é descobrir as variáveis causais que resultaram em um fato específico. A medicina tem como objeto de estudo a doença (Clavreul, 1983), portanto o seu discurso não é sobre o homem, mas sobre a doença; isso “não deixa de implicar uma certa idéia implícita sobre o homem, sobre sua liberdade, sobre seu Ser” (op. cit.p.75).

Um sistema médico possui dois aspectos inter-relacionados: cultural, que inclui conceitos básicos, teorias e práticas normativas e sociais, que incluem papéis específicos, tais como médico e paciente, além de ambientes específicos tais como consultórios e hospitais. O sistema dominante de tratamento de saúde, em qualquer sociedade, não pode ser estudado à parte de outros aspectos daquela sociedade, pois o sistema médico - o setor profissional de assistência de saúde - não existe num vácuo cultural e social; conforme a ideologia dominante, assim será o sistema médico que produziria comportamentos distintos com relação à saúde e à doença.

Conclui-se que, para se compreender o sistema médico, deve-se analisá-lo à luz do contexto de valores básicos, ideologia, organização política e sistema econômico da sociedade em que foi criado.

O Brasil sofre influência direta dos Estados Unidos. Dessa forma, os estudantes de medicina são treinados para enfatizar a racionalidade científica, a mensuração objetiva e numérica, os dados psico - químicos, o dualismo mente - corpo, a visão de enfermidade como entidades. A ênfase não é no paciente, na família ou ambiente social, a ênfase é na doença.

Médicos, dentro do sistema médico, formam um grupo à parte, com valores próprios, conceitos, teorias sobre doenças e regras de comportamento, além de organização hierárquica. Estão divididos em subprofissões especializadas, mais ou menos valorizada. Na maior parte dos países, a principal estrutura institucional da medicina é o hospital.

O mercado de trabalho, quanto aos serviços médico, se distribui da seguinte maneira: a clínica privada, as instituições hospitalares e as empresas de seguro de vida do setor privado.

Os problemas de saúde são vistos diferentemente por médicos e pacientes, mesmo dentro de uma mesma cultura. A profissão médica pode ser considerada como uma subcultura da cura, com sua visão particular do mundo.

O método tradicional de atendimento ao paciente foi o de ouvir a apresentação dos sintomas por ele a história e investigar os sinais

físicos objetivos. Esse processo é denominado Exame. Modernamente, a medicina vem depositando confiança cada vez maior na tecnologia diagnóstica para a coleta e também na mensuração dos fatos clínicos. Os processos patológicos são identificados com exatidão através de testes de sangue, radiografias, dentre outros, geralmente realizados em laboratórios especializados. É notório o uso crescente de definições numéricas para estados de saúde e de doença.

A saúde, ou melhor, a normalidade, é modernamente determinada pelos parâmetros físicos ou bioquímicos tais como peso, altura, circunferência, contagem sangüínea, nível de hemoglobina, hormônios, pressão sangüínea, ritmo cardíaco, respiratório, dentre outros. Para cada medida, existe uma faixa numérica, um valor considerado normal, que permite definir o índice de normalidade ou de saúde. Um valor acima ou abaixo da faixa considerada normal, indicaria a presença de enfermidade.

Entende-se que enfermidade seria um desvio dos valores normais, acompanhado de anormalidades na estrutura e funcionamento dos sistemas ou dos órgãos do corpo (Helman, 1994).

O conceito de saúde, então, fundamenta-se nas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo, desde que possam ser

demonstradas concretamente e quantificadas com base nas mensurações fisiológicas consideradas normais. As enfermidades - mudanças anormais - são consideradas entidades, “com personalidade própria, caracterizada por sintomas e sinais particulares” (op. cit.p.102). As práticas médicas, entretanto, são determinadas culturalmente.

Entendemos que o quadro de referencia psicossocial é de central importância em todo tratamento médico, independentemente de o distúrbio em questão ser mais facilmente explicável pelo quadro de referência científico - natural ou pelo comportamento. A eficácia do tratamento fornecido pelo medico depende não apenas de seus conhecimentos e habilidades técnicas mas também de sua capacidade de criar um relacionamento entre si próprio e o paciente, que apoie os objetivos terapêuticos tão eficazmente quanto possível. Concordamos com Grodeck (citado por d'Épinay, 1988) quando afirma que “o diagnóstico deveria abranger o ser humano como um todo assim como suas condições de existência” (op. cit. P.34) ... “o médico deve tratar não os seus órgãos mas o ser humano; não deve tratar a doença, mas o doente (op. cit. P. 35).

Numerosos estudos demonstraram que um paciente se recupera consideravelmente mais rápido e com menos complicações da

doença e da cirurgia quando existe um relacionamento apropriado entre paciente e médico do que quando esse relacionamento é insuficiente ou ausente (Stunkard, 1981).

O emprego do relacionamento médico-paciente para propósitos médicos é certamente tão antigo quanto a história da medicina. O cultivo da comunicação verbal entre paciente e médico foi excepcionalmente importante no passado, mesmo para o diagnóstico somático, porque os métodos de exames laboratoriais ainda se achavam mal desenvolvidos ou não existiam. A profissão era entendida como “sacerdócio”.

É interessante notar que a relação médico-paciente foi alvo de interesse de Freud, que concebeu sua teoria da transferência a partir dos relatos de Breuer sobre suas inquietações quanto à sua paciente Anna O. Esse episódio foi mencionado por Szasz (1964) e Balint (1988).

Boltanski (1989), analisando as relações médico - paciente com as classes populares, sustenta que estas têm aguda consciência da distância social que as separam do profissional e pressentem que a relação é de classe, na qual o médico adota um comportamento diferente, conforme o nível social de seu paciente. O próprio vocabulário especializado separa-o do doente menos favorecido.

Segundo Tähkã (op. cit.), existem 2 pontos envolvidos no relacionamento médico - paciente e cada um deles tem seu próprio ponto de partida. A história de vida do paciente, características genéticas, determinam como reagir à doença. O paciente pertence a uma comunidade ou grupo e tende a partilhar dos valores, atitudes e expectativas de papel dessa comunidade. As RS que circulam e permeiam as relações vão definir as condutas. Percebe-se que Tähkã, ao contrário da visão biomédica, entende que a história do sujeito é importante para o diagnóstico da doença.

Entender a doença subjetiva do paciente é pré-requisito para planejar o seu tratamento (Stunkard, 1981; Medeiros-Neto, 1994; Balint, 1988).

Algumas doenças são consideradas mais vergonhosas do que outras, em parte devido aos preconceitos e à ignorância da comunidade. Às vezes são vistas como sinal de inferioridade e um desvio de conduta que, se descobertos, tornariam o doente alvo do desprezo ou piedade de outra pessoa (Stunkard, op. cit.; Balint, op. cit.).

A escolha de profissão é influenciada por fatores sociais, econômicos ou psicológicos. A profissão médica é respeitada, tem prestígio, o valor dado à saúde coloca o médico em condições de ficar

economicamente bem. As razões psicológicas são parcialmente conscientes e inconscientes. Entre as conscientes, temos a necessidade de ajudar as pessoas, aliviar o sofrimento, influenciar a comunidade para a melhoria das condições de saúde (Clavreul, 1983; Tähkä, 1988).

A identificação (escolha igual à do pai) pode ser consciente ou não. Geralmente, o sucesso é importante. A auto - estima é reforçada pelo desamparo e dependência temporário do paciente como também a atitude respeitosa dos outros funcionários da área da saúde. Os poderes especiais que são conferidos pela sociedade podem fomentar no médico imagens irrealistas a respeito de si próprio, do senhor onipotente da vida e da morte. (Tähkä, op. cit.).

O resultado pode ser uma ênfase na grandiosidade, vaidade e autocracia, que não toleram objeção e nem podem mais perceber os assuntos do ponto de vista das outras pessoas. Isso tende a associar-se a uma incapacidade crescente de reconhecer as próprias limitações, o que pode implicar em risco para os pacientes, através da relutância em ouvir uma segunda opinião ou em delegar tarefas a quem as possa executar melhor.

Se a auto-estima do médico depende demais de sua capacidade de curar, o centro de gravidade de sua prática profissional

desviar-se-á da ajuda aos pacientes para a utilização deles como provas materiais de sua habilidade profissional (op. cit.p.42). Isso pode conduzir ao afastamento daqueles grupos de pacientes de quem a recuperação completa não é mais possível.

Como todas as pessoas, os médicos têm seus preconceitos, muitas vezes relacionando-se a pacientes e doenças. Alguns são gerais e típicos da sociedade a que pertencem. Outros derivam de sua formação e, portanto, são comuns a muitos deles. Outros, finalmente, baseiam-se na história da sua vida pessoal e no caráter especial de sua personalidade. Todo médico tende a ter certos preconceitos e idéias (RS) sobre qual tipo de estar doente é aceitável ou não (Balint, 1988; 1994).

As defesas seriam uma armadura profissional, atrás da qual o médico se oculta (Tähkä. ,op. cit. P. 45) para não evidenciar suas preocupações, incertezas, e hesitações. Trata-se de uma maneira estereotipada de relacionar-se e, como solução padrão ,é aplicada de modo mais ou menos imutável, em situações diversas e com diferentes pacientes. Bibring (In Tähkä, op. cit.) coloca que as defesas dependem da personalidade do médico. Pode ser “frio e científico”, “forte e reticente” ou “brincalhão e jovial”. Uma característica do maneirismo é que não se adapta a novas situações e a qualquer tipo de relacionamento humano.

A contratransferência é irrealista do ponto de vista profissional; pode limitar-se a certos pacientes ou a categoria de pacientes. Assim, representações sociais criadas a partir de um referencial social podem fazer com que determinado paciente seja percebido como irritante, sem causa aparente, determinado paciente pode evocar no médico uma identificação inusitadamente forte com a situação dele, conduzindo a uma conduta não profissional. O médico precisa compreender seus próprios preconceitos e valores e mantê-los à parte de sua vida profissional. Esses preconceitos e valores se originam da escala de valores morais e éticos que formou a partir de sua relação consigo mesmo e com a cultura em que vive e solidificam-se com sua formação médica (Balint, op.cit).

De acordo com a maneira como o médico fala de seus pacientes, os assuntos, os pensamentos subjacentes, nos dão a informação da implicação afetiva do médico, ou seja a sua contratransferência.

Uma questão central ao atendimento do paciente e à prática satisfatória da medicina é a maneira pela qual os impulsos agressivos do médico se relacionam com o exercício da profissão.

Se, por uma lado, a agressividade pode impulsionar para a atividade, iniciativa, coragem de tomar decisões (conteúdos sublimados),

por outro lado, os impulsos agressivos do médico, por se acharem ligados a conflitos inconscientes (não elaborados, portanto não sublimados), vão buscar seu alvo no paciente. Vão emergir sob forma de mau tratamento físico ou psicológico, direto ou indireto, sob forma de irritação, explosões diretas ou indiretas de raiva com o paciente, sem consideração pelos limites do comportamento profissional.

Relatórios de várias partes do mundo mostram que, em geral, o tempo de consulta é breve, a não ser em psiquiatria. Uma das causas seria a tendência humana e geral a evitar situações que podem ameaçar a auto-estima ou amor próprio pela exposição de deficiências na própria capacidade de compreendê-las e controlá-las (Braun, 1979; Crombie e Cross, 1964). Outra causa seria a desproporção entre o número de pacientes e o número de médicos em hospital público.

Na Clínica Tavistock, em Londres, durante vários anos, organizaram-se seminários em que se discutia a relação médico - paciente, e as implicações psicológicas da clínica médica; (Balint, 1994; 1988). Algumas vezes chegava-se à conclusão de que a pior droga para o paciente era o médico (iatrogenia). Isso queria dizer que o modo como o médico recebia o paciente, a atmosfera eram de suma importância. Se a relação for tensa e desagradável, não haverá resultados benéficos. Balint

explica que o nomadismo, mais precisamente, a troca constante de médico era em razão da “função apostólica” deste. Se ele não consegue converter o paciente ao seu ponto de vista, o paciente muda de médico. Existe a auto-seleção de acordo com o credo apostólico do médico. Entende-se por “função apostólica” ou credo apostólico as normas e valores morais do médico. Balint relata que uma dificuldade ocorre quando o “médico tem uma inabalável idéia sobre o modo como deve comportar-se o paciente quando está doente” (Balint, 1988 P.186). O médico pode procurar “converter” o paciente às suas próprias convicções, suas normas e seus valores. Outro aspecto importante na “função apostólica” “é a necessidade que o médico sente de “provar” ao paciente, ao mundo inteiro, sobretudo a si mesmo, que é bom médico”(op. cit. P. 1988).

Há uma variedade de possibilidades no atendimento em hospitais gerais públicos e privados e também nos consultórios. Assim, o contexto de atendimento gera uma matriz específica de normas, de regras e de convenções. As características do contexto de atendimento determinam, de uma forma geral, os limites e possibilidades de atuação. A forma de atuação, por sua vez, vai repercutir sobre as vivências e condutas dos pacientes e familiares (Perestrelo,1988).

A esse respeito, Maldonado (1990) coloca “que as normas vigentes dos diversos contextos de atendimento passam, para a maioria dos profissionais, a serem encaradas com muita naturalidade: “Não chocam, não preocupam, não convidam à reflexão, ao questionamento e, muito menos, à mudança” (op. cit. P. 15). Relata ainda, que o comportamento e a conduta de um médico pode ser diferente quando o paciente é particular ou quando o atendimento se dá em ambulatório de hospital público.

Aspectos da própria identidade profissional se alteram nos diferentes contextos de atendimento, refletindo-se em diferentes atuações frente a diferentes pacientes.

No exercício profissional, estão presentes características personalógicas tais como fantasias narcísicas, impedindo um profissional de perceber a contribuição de outros profissionais; o triunfo onipotente (eu soube curar o paciente), o inverso, ou seja, a situação de culpa onipotente (fiz tudo errado); as tentativas de reparação (como vou consertar o que saiu errado?); a transferência da esperança de onipotência para alguém (ele dará um jeito nisso). As fantasias narcísicas são importantes no sentido de se entender a história da doença, da vida da pessoa. Assim, o contexto do atendimento gera uma matriz específica de

normas e regras. As características do contexto do atendimento determinam de uma forma geral, os limites e possibilidades de atuação. A forma de atuação - por sua vez - vai repercutir sobre as vivências e condutas dos pacientes e familiares.

A auto-estima do profissional oscila; atender a um paciente implica em julgar-se bom ou ruim, completo ou incompleto, competente ou incompetente, com valor ou sem valor algum.

Simon (1983), analisando o problema do diagnóstico psiquiátrico, enfatiza que os diagnósticos tradicionais em geral não levam em conta as peculiaridades do indivíduo. Sustenta - citando Rogers - que o diagnóstico pode "se tornar uma arma de pressão ideológica" (op. cit.p.20). Alerta para o perigo do controle social ser exercido por alguns indivíduos sobre a população. Assim, também para Simon, a diferença entre o normal e o patológico depende de valores de uma determinada sociedade, num determinado tempo.

Decidir se alguém está doente ou não, se é normal ou não, é um "juízo de valor" (Clavreul,op. cit.p.136). "A ordem médica é da alçada da ciência, mas é também, e antes de mais nada, uma ordem jurídica" (op. cit. P. 15).

Conclui-se que o médico, portanto, é o intérprete das ideologias socialmente circulantes.

Simon (1971) analisa as fantasias de onipotência, permeando as condutas dos que optam pela carreira médica, ou seja, a ambição de cura médica. Considera que no exercício profissional pode surgir uma identificação total entre o seu eu e seus compromissos onipotentes de cura, podendo colocar-se acima das limitações da realidade, surgindo sentimentos de culpa por fracasso da onipotência.

Assim, entendemos que a transferência e a contratransferência estão subjacentes à relação médico-paciente. Transferência que atribui ao médico identificações originadas da fantasia inconsciente e contratransferência, que leva o médico a identificar no paciente, que não reage como ele gostaria, a um significado de figura superegóica que critica sua competência curativa.

Surgem algumas indagações: Como se dá a relação médico-paciente no tratamento da obesidade em hospitais públicos? Que características possuem as práticas médicas? Qual as RS do obeso? E da obesidade?

6. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Foram realizadas 10 entrevistas, pois em um estudo de natureza qualitativa, o material é extenso, havendo necessidade de ser analisado mais profundamente. Entrevistaram-se 10 médicos endocrinologistas (05 do sexo feminino e 05 do sexo masculino), com idade variável de 28 a 44 anos de idade. O tempo de formado dos entrevistados variou de 02 a 22 anos, e o tempo de especialização, de 02 a 18 anos; três médicos eram solteiros e os restantes, casados.

As “entrevistas encobertas” (Proshanski, in Aiello-Vaisberg, 1997), propiciam possibilidade de análise, entendimento, reflexão e interpretação. Os sujeitos representariam, então, o grupo a que pertencem.

Elegemos o médico endocrinologista como principal informante, por ser, enquanto ator social, o intérprete por excelência das representações socialmente compartilhadas. Médicos, dentro de um sistema médico, formam um grupo à parte, com valores próprios, conceitos, teorias sobre doenças, saúde e regras de comportamento. Possuem, também, uma organização hierárquica dentro da equipe de

saúde. Assim, entendemos que o médico é um formador de opinião e ao mesmo tempo o intérprete das ideologias socialmente circulantes .

Entrevistamos médicos endocrinologistas da rede pública, em função das necessidades da população atendida, população esta que, como se sabe, cada vez mais procura os serviços públicos, dado o seu baixo poder aquisitivo. Entendemos que o sistema médico reproduz, ao lidar com a população, muitos conceitos sociais que lhe são subjacentes.

A escolha de igual número de entrevistados entre o sexo masculino e feminino baseou-se na necessidade de se perceber similitudes ou contraposição - polaridades, e mesmo complementação da visão masculina e feminina em função das representações sociais que têm a respeito da obesidade.

Os profissionais, ao serem convidados a participar da pesquisa, foram informados de que o objetivo seria o de investigar as experiências do endocrinologista frente à sua realidade de trabalho, colher dados e informações sobre as próprias aspirações e expectativas. Assegurou-se o anonimato do entrevistado e este foi informado de que foram colhidas informações semelhantes em outros hospitais públicos, com a finalidade de obter dados que serviriam de subsídios a uma

pesquisa de Doutorado em Psicologia Clínica, pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Primeiramente, foram contatados médicos conhecidos da entrevistadora, posteriormente, outros foram sendo convidados por meio de indicações desses médicos iniciais.

Verificaram-se as disponibilidades e realizou-se o primeiro contato, marcando-se horário e local a partir da disponibilidade do entrevistado. Foi-lhe também solicitada permissão para gravar as entrevistas, havendo consentimento unânime.

Sabe-se que, na pesquisa qualitativa, o envolvimento com o entrevistado, em lugar de ser considerado uma falha ou risco comprometedor da objetividade, é considerado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Pensamos, então, em utilizar um entrevistador conhecido no meio, conseqüentemente com credibilidade, para impedir que a entrevista se tornasse uma mera coleta de dados, já que as respostas poderiam ser afetadas pela natureza das relações entrevistador - entrevistado. Uma psicóloga, com peso corporal dentro dos parâmetros da normalidade, conhecida na área da endocrinologia, que trabalha com pacientes diabéticos, foi convidada a realizar as entrevistas. Esclareceu-se a necessidade de serem utilizadas

técnicas encobertas. Essa opção se mostrou bastante válida, pois a adesão à pesquisa foi satisfatória, e a entrevistadora pôde penetrar em uma região na qual a maioria não teria condições. Isso foi possível, pois certo grau de familiaridade implica na partilha de significados, de temas proibidos, do que pode ou não ser dito. Numa situação de entrevista, os atores sociais julgam os motivos e atributos uns dos outros, decidem a imagem que lhes convêm projetar, o que querem ou não ocultar.

Sabe-se que questões problemáticas, geradoras de controvérsias, como as relacionadas à obesidade, podem ser difíceis de serem expressas pelos atores sociais comprometidos com o contexto em que atuam. Pensando nessa dificuldade, resolveu-se adotar técnicas que encobrissem o real objetivo da entrevista, facilitando a comunicação e impedindo o viés metodológico. Dessa forma, as perguntas feitas de modo cifrado, porém com alguma visibilidade, permitiram a emergência dos aspectos afetivo - inconscientes.

As entrevistas foram, portanto, semi-estruturadas, no sentido de haver uma pré-estrutura mínima mas que, ao mesmo tempo, permitisse ao entrevistado espontaneidade, fluência do discurso e possibilidade de expressão das emoções e sentimentos. Não houve ordem prefixada, permitindo uma evolução livre do discurso.

O objetivo da entrevista foi, por meio de perguntas gerais, investigar quais as dificuldades e facilidades que encontravam no exercício de sua especialização, do que mais gostavam e do que não gostavam em endocrinologia, permitindo o acesso aos conteúdos inconscientes do entrevistado, bem como suas representações sociais e científicas a respeito da obesidade e do paciente obeso. Desejou-se que o tema **obesidade** surgisse espontaneamente durante a entrevista, ou ainda atrelado a outros temas. Procurou-se não demonstrar interesse especial sobre o assunto.

A duração das entrevistas variaram conforme a capacidade dos entrevistados em fornecer informações desejadas. Em média, a duração foi de uma hora. O desenvolvimento da entrevista seguiu o ritmo mais conveniente ao entrevistado e, quando necessário, a entrevistadora interveio para complementar alguma informação não suficientemente clara e que seria parte integrante do roteiro pré-estabelecido.

A entrevista começou com a seguinte pergunta: “**Gostaria de saber o que o motivou a escolher a endocrinologia como área de especialização**”. Essa instrução inicial contou com pequenas variações, dependendo do contexto de cada uma delas.

O objetivo real foi o de levantar dados sobre as reações comuns à obesidade e à qualidade do discurso ideológico e científico. Dito de outra forma, quais as proposições que se apresentam como verdadeiras, mas que podem ser reconhecidas como estando a serviço de interesses particulares ou mesmo na manutenção da ordem vigente.

O tratamento dos dados foi de acordo com o referencial psicodinâmico, numa abordagem qualitativa. A análise clínica do material baseou-se no referencial psicanalítico, por permitir uma avaliação da emergência de conteúdos inconscientes na construção do discurso (Bardin, 1977; Herrmann, 1991; Aiello -Vaisberg, 1995, 1997).

Foram elaborados resumos interpretativos das entrevistas, e, do conjunto delas, foram surgindo os núcleos temáticos, tendo sido, então, identificados, comparados e articulados ao corpo teórico da Psicanálise e à produção midiática da RS da obesidade, chegando-se aos significados manifestos e latentes, às suas nuances e às lacunas.

7. RESULTADO E DISCUSSÃO DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas semi-estruturadas, manejadas de forma projetiva, demonstraram flexibilidade na colheita do material de estudo. O caráter indireto evitou distorções tão comuns quando se investigam assuntos problemáticos, como no caso de obesidade. As perguntas genéricas permitiram acessar os campos inconscientes de forma natural e clara. Pôde-se penetrar em campos difíceis de serem acessados pelos métodos usuais. Nossa preocupação foi a de facilitar a comunicação e a emergência dos aspectos afetivo-inconscientes. Na realidade, os entrevistados falaram livremente, e o assunto obesidade surgiu espontaneamente, sem necessidade de intervenções especiais por parte do entrevistador.

Por meio de nossa experiência clínica, houve possibilidade de análise, entendimento, reflexão e interpretação do material colhido.

7.1. Escolha da especialidade

Analisando o discurso dos entrevistados, percebemos que as escolhas foram feitas de acordo com alguns referenciais sociais e também pessoais.

De acordo com os relatos, 20 % das escolhas se deram por ser uma área nova, que proporcionava desafios intelectuais, pela curiosidade pelo novo e também por ser uma especialidade emergente, com bons prognósticos de aceitação pela sociedade.

Cristina relata que *“era uma curiosidade muito grande, porque na época em que estava terminando a faculdade, a endócrino era uma especialidade que estava começando. Com uma perspectiva muito grande de desenvolvimento... então tinha um campo muito grande aberto... então foi mais a curiosidade intelectual que me motivou”*.

Da mesma forma, **Beatriz** relata: *“porque era a área que eu menos sabia na residência (ri). Eu achei que era um desafio. Foi por isso”*.

A admiração, a ligação com um professor e as facilidades encontradas no curso de formação também foram os motivos de escolha de 40% dos entrevistados, aliados à inclinações pessoais.

Sebastião: *“foi meu professor na faculdade. Foi o curso que eu achei mais interessante, eu gosto de mexer com os hormônios. Não fica restrita a uma parte só... no fundo, no fundo você tem que avaliar todo...fazer um exame geral, para partir para a endocrinologia. Então, eu não queria uma coisa tão específica.”*

Nota-se que Sebastião pensa numa relação contato global com o paciente, pensa a avaliação diagnóstica do geral para o particular. Percebe que o paciente deve ser visto como um todo.

Marcelo: *“é assim: desde que eu fiz a residência de clínica, desde o início, você percebe assim, que você tem muitos pacientes, que determinados tipos de patologias são mais freqüentes... eu vi que seria bom profissionalmente fazer endocrinologia”.*

Carlos: *“o motivo principal foi na época do 6º ano, quando eu passei por todas as especialidades, eu achei o serviço de endocrinologia - que na época era o *** o chefe - muito bom e passei a me interessar por essa área e acabei fazendo a endocrinologia”.*

Fabiana: *“Eu já gostava na faculdade, eu acho. Que a coisa acontece, né? eu gostava da endocrinologia na faculdade, eu achava uma especialização interessante (...) depois quando eu entrei na residência de clínica, dentro da clínica médica (...) os melhores serviços eram a hemato e a endócrino e a nefro que eram os serviços aqui***. Então como a endócrino era já era uma residência boa, reconhecida já naquela época, pela sociedade (...) então eu continuei fazendo a área que eu gosto”.*

Os fatores individuais e sócio-econômicos interferem na escolha da profissão e da especialidade de forma consciente e inconsciente, dependendo das representações que possuem da especialidade e da profissão médica. Inclinações pessoais precoces

também foram motivos para que 40% da amostra escolhessem a endocrinologia como especialidade.

Maria: *“ah! eu não sei! foi desde a faculdade que eu me interessei... eu me interessei no 5º ano e nos estágios, na monitoria. Acabei decidindo. Gostei e acabei fazendo”.*

Renato: *“eu durante o curso médico, assim fui mais ligado com cadeiras clínicas, né? e a parte de endocrinologia é a coisa que envolve muito clínica geral”... “o endocrinologista tem que ter uma formação bem generalista, né?”... é uma especialidade rica assim, em detalhes. Ela geralmente acaba atraindo a gente que acaba a faculdade, aqueles que gostam mais de estudar, de ler, gostam mais de estudar, porque envolve muito estudo, muito detalhe, muita renovação”.*

Rita: *“eu sempre tive interesse em glândulas e em doenças metabólicas. Desde o ginásio eu sempre quis fazer...nunca tive interesse em outra área clínica”*

Roberto: *“desde a época de acadêmico eu gostei mais dessa área. Tive uma tendência para essa área”.*

O desenvolvimento da profissão médica, a partir do século XX, está atrelado ao desenvolvimento da Biologia e à influência do paradigma cartesiano. Essa concepção mecanicista permanece e ainda é aceita pela maioria dos médicos, como se pode perceber pelo relato dos entrevistados. Entretanto - convém notar - as especializações podem trazer como consequência a perda de vista do homem como um todo, embora possam representar grandes avanços em área específicas.

229-082

Como resultado, temos os grandes progressos na área de biologia até o nível molecular, o declínio das doenças infecciosas, as cirurgias e a medicina de emergência; mas, ao mesmo tempo, o objeto de estudo torna-se impessoal, tendendo a concentrar-se no órgão doente, perdendo-se de vista a pessoa doente.

A respeito desses últimos, podemos pensar nas inclinações inconscientes (Menninger, 1957; Tahka, 1988), nos fatores reguladores da autoestima, nos impulsos infantis transformados em determinantes de comportamento adulto, muitas vezes sublimados.

É interessante notar que 70% dos entrevistados não escolheram a especialidade tendo como referência o paciente, mas o interesse por glândulas e hormônios, dentre outros, ou seja, por partes do paciente, confirmando Clavreul (1983). Já dos 30% que percebem o paciente, somente 10 % foram por interesse pelo paciente como um todo. Os 20% foram em relação à facilitação de suas atuações, já que lidavam com esse tipo de paciente e em função do tipo de doenças que atendem.

Tanto os homens como as mulheres optaram pela especialização por motivos ligados à própria área, porém para as mulheres o segundo aspecto é o ligado à medicina em si, como área de estudo e pesquisa, ao passo que para os homens a medicina, a

remuneração e a atuação prática estão no mesmo plano, confirmando Tähkä (1988).

Em resumo, conclui-se que para os médicos, como para qualquer outra pessoa, as escolhas profissionais baseiam-se em expectativas sociais, fatores econômicos e psicológicos, conscientes ou não. Nesses últimos, podemos pensar nas inclinações inconscientes (Menninger, 1957; Tähkä, 1988), nos fatores reguladores da autoestima, nos impulsos infantis transformados em determinantes de comportamento adulto, muitas vezes sublimados.

7.2. Dificuldades na área

As dificuldades na área, mais especificamente encontradas nas práticas médicas dos entrevistados, foram as dificuldades financeiras, baixos salários, remédios muito caros, laboratórios nem sempre confiáveis e sempre caros e o grande número de pacientes para atendimento. Foi citada também a não adesão ao tratamento.

Para **Marcelo**: *“A maior dificuldade de todas é o laboratório. A falta de seriedade de laboratórios é muito grande. Os exames são muito mal feitos... os exames são muito demorados e hoje em dia a medicação, o segundo fator e o terceiro eu diria... falando de pacientes... O paciente que não segue as orientações. Tanto não faz as recomendações dietéticas, não toma a medicação como você manda...”*

mais adiante afirma seria... o médico hoje tem 3 empregos, problema de remuneração. Isso aí...tudo dificulta”.

Em alguns depoimentos, além das dificuldades com o laboratório, percebem as dificuldades financeiras do paciente.

Sebastião, por exemplo, coloca que *“na prática a endócrino é uma especialidade difícil. A gente depende muito de laboratórios, de exames que encarecem para o paciente”.*

Cristina também afirma *“que a maior dificuldade de um país subdesenvolvido. Porque o diagnóstico, a avaliação correta do paciente, requer investigação laboratorial onerosa...”*

Para **Roberto**: *“é uma especialidade que depende muito de laboratório, né?... o paciente não tem acesso ao medicamento, não tem condições financeiras de tratamento”.*

Fabiana coloca da seguinte maneira: *“...primeiro que o nosso diagnóstico é muito caro, porque envolve exames muito caros... os nossos remédios são os mais caros do mercado, então é muito difícil você trabalhar com endocrinologia, doença, fora de um serviço público”.*

Portanto, 40% dos entrevistados entendem que o laboratório nem sempre é confiável, os exames são caros e as condições financeiras do paciente dificultam sobremaneira a atividade médica em hospitais públicos.

Depoimentos de 60% dos entrevistados colocam que, além do laboratório, os salários baixos, as condições de trabalho, o grande número de pacientes são as causas das dificuldades encontradas na profissão.

Renato: “olha, o problema é assim... na rede pública, o problema dificulta, o que dificulta é as condições de trabalho, que não são adequadas, né? porque tem que...você tem o nível salarial, não é compatível. Você tem...não tem condições em termos de recursos materiais. e um grande número de pacientes. Tem muitos pacientes, fica sobrecarregado, você tem poucos recursos técnicos para estar atuando, né?”

Rita: “Dificuldades financeiras, em qualquer especialidade. Em órgão público a gente não consegue fazer (fazer a especialidade)... a gente nunca consegue fazer, porque não tem dinheiro e condição social do próprio paciente”.

Maria: “Essa situação toda. A pesquisa por exemplo, não temos incentivo nenhum. É super difícil você ter dinheiro para fazer pesquisa... Não é incapacidade individual, mas falta de condições, falta de dinheiro; isto desanima, que a gente pensa até em fazer outra coisa, porque o governo não tem interesse na...na...educação”.

Beatriz: “...Eu só trabalho em hospital público, né? Eu trabalho aqui e *** então, dificuldade é a financeira. Você sabe X coisas e a política...mas isso não é uma questão dessa especialidade, é uma coisa do País. Você lê uma coisa num livro e na realidade é outra (...) não dá para ficar em dia com toda a literatura de toda a endocrinologia”.

Carlos: “é o laboratório, acho que é a primeira; a segunda seria...talvez o volume de pacientes, né?”

Percebe-se que nenhum médico da rede pública está satisfeito com suas condições de trabalho. Destes, 60% citam o laboratório como causa principal, porém atrelada a outras igualmente significantes. Para os médicos, o que mais dificulta o trabalho é a questão dos laboratórios (alto custo e fidedignidade); para as médicas, é a questão

financeira. Os médicos do sexo masculino visam também a obtenção de resultados, ou seja, a cura.

Nota-se, a partir do discurso dos entrevistados, que existe uma profunda decepção com o tipo de atendimento que é possível realizar. As políticas de remuneração e de verbas do Estado não satisfazem. As queixas são várias: o número de pacientes, a necessidade de ter 3 ou 4 empregos, a pouca cultura e educação dos pacientes são alguns pontos ressaltados.

Neste discurso, enfatiza-se a técnica (onipotente) por meio de exames laboratoriais, testes, mas o subjetivo, mutável, complexo, não é observado, levado em conta ou mesmo compreendido, perdendo-se o que talvez caracterizasse melhor a humanidade, ou seja, a subjetividade.

Como vemos, a prática liberal, num sentido estrito, é limitada. Nesse caso, a prática médica se dá num contexto de assalariamento explícito (setor público), acarretando a proletarização de uma parcela significativa da categoria. Essa intermediação da força de trabalho médico limita o poder médico por meio das políticas de remuneração, via salário. A formação médica, no contexto hospitalar, aponta para um reprodutor de técnicas e não para um produtor de conhecimentos, quando se trata do tratamento da obesidade.

7.3. Gratificações e Facilidades da Especialidade

Os entrevistados colocam que o prazer de curar , de perceber a melhora no paciente, a gratidão do paciente, o fato de ser útil, como muito importante. Esses relatos confirmam a característica de “sacerdócio” descrita por Balint (1988). Dentre os entrevistados, 20% não conseguem perceber nada gratificante em seu trabalho.

Rita, por exemplo, coloca que *“facilidade, não vejo nenhuma, só dificuldade”*.

Sebastião não responde, mesmo questionado, mas durante toda a entrevista fica evidente que não vê nenhuma condição de satisfação.

O grau de insatisfação dos profissionais assalariados trabalhando em rede pública é evidente em todas as entrevistas.

A gratificação pelo retorno do paciente, pela gratidão, por ter conseguido a sua melhora, aparece em 30% das entrevista. Entretanto, um dos entrevistados coloca que esse retorno só é possível em atendimento privado.

Carlos: “...quando você consegue fazer um diagnóstico preciso, obter uma resposta à terapêutica e você sentir a felicidade da pessoa que você está cuidando... assim a gente sente uma gratificação muito grande, não sei se seria esse o termo, gratidão, isso aí... me emociona (quase chora)”.

Marcelo: “o que eu gosto mais é de fazer o diagnóstico, descobrir o que o paciente tem... minha satisfação é resolver o problema do paciente. Problema médico. Às vezes, o problema social, assim... isso não dá para resolver. E...também a sensação que eu tenho de ser útil como médico”.

Renato coloca que “na rede pública você tem muita gratificação, porque você se dá mais, você até sente um retorno maior, porque você está atingindo assim, um público mais necessitado, né? (...) na rede privada a experiência da gente é diferente. Você tem um retorno melhor financeiro, a vinculação com o paciente é maior é claro, você tem um relacionamento médico-paciente mais intenso, com mais tempo, né?... é maior o retorno, né? As pessoas têm condições de estarem fazendo o que você pede, é praticamente condições culturais e também financeiras”.

O desafio do diagnóstico, a possibilidade de cura, resolver o problema do paciente, são posturas que confirmam Clavreul (1983), quando afirma ser a doença o objeto de estudo da medicina, mesmo quando se explicita uma idéia sobre o homem total.

O prazer, para 50% dos entrevistados, é conseguido através do conhecimento, da experiência prática, vendo um volume grande de doentes portadores de doenças raras ou por meio de pesquisas.

As médicas sentem maior prazer através de realizações teóricas, de aprendizado, de estudo.

Os depoimentos demonstram que as diferenças entre pacientes de rede pública e de consultório privado estão culturalmente determinadas. O médico sente-se mais próximo dos pacientes de sua própria classe social, há um maior entendimento, facilitando a relação médico-paciente, confirmando Boltanski (1989).

Maria: *“aqui eu gosto mais de pesquisa, desenvolvidas aqui *** Essa é a parte que mais me interessa, principalmente na especialidade”.*

Roberto: *“aqui ***, muitos pacientes são drenados para cá. Então, você vê casos complicados que você não vê nos outros lugares.”*

Cristina: *“eu acho assim, em termos de satisfação da minha curiosidade intelectual, muito bom. É um campo que está sempre renovando muito. De um lado te motiva muito para estudar, de outro lado é problemático porque realmente te obriga a estudar. Você tem que estar constantemente atualizado... não é uma especialidade estressante, raramente você tem doente internado...dá para você acomodar vida particular, junto com a profissão, sem maiores transtornos.”*

Beatriz: *“Eu acho a endocrinologia uma coisa fascinante do ponto de vista teórico. Na minha cabeça até hoje é uma das especialidades que você pode inventar a doença, descobrir a doença, a partir do conhecimento teórico, por exemplo. Ela é mais de aprender e decorar”.. “trabalhar em hospital estatal, não sendo o paciente que paga diretamente, eu posso pedir mais exames, eu posso investigar mais, eu posso fazer um estudo clínico, né? então ao mesmo tempo que o serviço é pobre, ao mesmo tempo ele tem recursos para fazer esse tipo de abordagem, né?”*

Fabiana: *“eu gosto de diabetes, eu gosto de neuroendócrino, que é a parte que eu me dedico mais, e obesidade... eu*

não gosto, e as outras patologias que eu não gosto são patologias raras". Em outro momento, coloca "eu gosto de minha área. Eu sou ligada ao serviço escola, e se fosse fazer consultório, talvez eu não gostasse tanto como eu gosto de minha atividade atual".

Os médicos falam em gratificação e gratidão do paciente, e do retorno financeiro. O que os motivam (4 em 5) são assuntos ligados ao paciente, enquanto que as mulheres (4 em 5) demonstram interesse por assuntos ligados à endocrinologia em si mesma.

Simon (1971) coloca que entre as motivações para a escolha da profissão médica, encontra-se a fantasia de cura, da ambição da descoberta de diagnósticos difíceis, descoberta da etiologia de doenças raras. É o que denominou de "complexo tanatolítico". Simon alerta para o perigo do profissional fazer uma identificação total entre seu eu e o **"ser tanatolítico"*** assumindo compromissos onipotentes. Quando não consegue curar - como no caso da obesidade - surgem sentimentos de culpa por fracassos de onipotência, consolidando quadros depressivos.

No exercício profissional, estão presentes características personalógicas do médico. O triunfo onipotente (eu curo o paciente), a subcultura da cura - os pacientes são pensados em termos de possibilidade de cura e não do tratamento - os limites e possibilidades de

* grifo do autor

atuação “o social, eu não posso resolver”, os desafios do diagnóstico correto, vão repercutir nas relações que se instalam.

As RS que circulam nos meios médicos seriam a de impossibilidade de se trabalhar o obeso em hospital público.

7.4. Representações Sociais da Obesidade

É uma visão negativa, com maus prognósticos, considerada difícil de lidar. As causas vão desde as dificuldades em se fazer dieta, por causa da baixa renda dos pacientes, até a necessidade que eles têm de remédios milagrosos. As mulheres percebem o tratamento como inútil e sugerem a impossibilidade de cura; os homens percebem a dificuldade do tratamento. Dois médicos (20%) percebem a obesidade como multifatorial, devendo ser abordada de maneira mais elaborada, levando em conta o psicológico, o social, os erros alimentares.

Para **Renato**: *“obesidade é uma doença multifatorial. Mesmo não sendo uma endocrinopatia específica, ela tem desde uma orientação dietética errada, uma cultura familiar, vida sedentária... questão psicológica. Tem vários tipos de obesidade. Justamente esse obeso na rede (pública)... “em nível de obesidade, a gente não faz (...) a gente não trata obesidade em rede pública (...) aqui o máximo que a gente faz é encaminhar para a nutricionista”.*

Sebastião: *“atualmente estão falando que a obesidade é uma doença. Eu tenho minhas dúvidas se chega a ser uma doença... mas envolve vários aspectos. Não só endocrinológico, como psicológico, social e... depende muito do paciente (suspira)... a obesidade é a pior parte da endocrinologia (ri)”*.

20% têm uma visão globalizante da obesidade, mas não vêem disponibilidade na rede pública; mesmo percebendo a multifatorialidade da obesidade, entendem que o tratamento seria com diminuição calórica, com o acompanhamento de um nutricionista, contrariando Rodin (1989), Bouchard (1989), Bianco (1987), Hirsh et al (1989), Sims (1989), Danforth (1987), Medeiros-Neto (1987), Hubbar (1994), Williard (1991), Alemany (1989).

Nota-se que 20 % da amostra percebe obesidade como coisa menor, sem importância. Existe uma tentativa de banalização da obesidade.

Quando não existe uma explicação orgânica conhecida para os sintomas do paciente, a tendência é dar pouco valor aos seus sintomas, banalizá-lo, numa defesa contra sua própria insuficiência, sua própria impotência diante do desconhecido. A obesidade é percebida como uma questão alimentar, ou seja, comer demais.

Para **Rita**: “obesidade não é uma coisa importante. Acho que é a menos importante na endocrinologia” (...) o metabolismo é diferente, o metabolismo é bem dinâmico (...) a doença endocrina é minoria, mas existe”.

Cristina: “tirando obesidade, porque obesidade já está até saindo da mão do endocrinologista, porque atualmente todo o mundo faz obesidade... está fugindo do campo dos especialistas porque tem muito médico não endocrinologista que está atuando como obesólogo, né? (ri) é dessa forma que a gente se refere ao médico que só faz a parte de obesidade. Mas eu acho que obesidade não tem muito segredo, é uma coisa que pode ser tratada por qualquer... qualquer médico de qualquer especialidade pode fazer obesidade. Basicamente se consiste em quê? dar uma dieta. Então não precisa necessariamente estar na mão de médico endocrinologista... um nutricionista pode tratar uma obesidade, certo?”

Aliado ao desinteresse pessoal do médico endocrinologista, existem também os interesses sociais. Médicos têm interesse no progresso de suas carreiras; suas realizações podem se dar por meio de seus pacientes (triunfo onipotente). Doenças raras, difíceis, podem dar excelentes comunicações em congressos e jornadas médicas. Profissionais da Saúde são pressionados quanto à sua produção acadêmica, especialmente se subvencionada por alguma entidade filantrópica ou estatal, de incentivo à pesquisa.

Fabiana: “O paciente vai para o médico já com uma idéia pré- concebida do que vai ser o tratamento. Baseado em revista, publicações, dietas em livros que... tem um monte no mercado, e que na verdade são grandes ilusões que vão veiculando... porque ele quer o remédio, ele quer a fórmula, porque ele acha que aquilo é que vai funcionar, não adianta você explicar que não é assim...”

Fabiana percebe a influência da mídia no comportamento do obeso. Entendemos que os discurso dos entrevistados são similares ao da mídia, quando afirmam que a obesidade tem como causa o comer demais, mesmo afirmando que esta é multifacetada (Notícias Populares, 31/10/94, 11/01/97; Estado, 02/03/94, 14/09/94; Folha, 08/02/93, 11/07/93; O Globo, 16/04/93).

Maria: *“Em nível de consultório, é mais ou menos 70% é obesidade. Porque os pacientes ficam de um consultório para outro. De um médico para outro. Isso acaba... eles ficam um tempo e você, se consegue um resultado bom, perda de peso, tudo... mas vai desmotivando, desestimulando. Eles não agüentam fazer dieta o tempo todo, tal. Tem diferentes tipos de paciente. Os pacientes que vêm aqui*** é diferente do que vai no consultório. O nível social... não termina o pensamento... quase nenhum obeso tem endocrinopatia”.*

Beatriz: *“é inútil tratar de gordos. Porque... eles andam de um médico para outro. Do outro para outro. De um para outro, de outro para um. É diferente de uma pessoa que engorda por uma razão e pela primeira vez vai ao médico, né? esse paciente é como qualquer outro. Agora, esse tipo de gordo que já fez todos os regimes, que sabe mais de regime do que qualquer médico, não adianta, e eu não tenho paciência porque... eu sei que vai ser um insucesso total... os pacientes têm essa coisa da... do dispêndio energético, que é diferente de um para o outro. Mas eu acho que sobretudo, tem a... o erro alimentar, que com uma frequência razoável é... não é perceptível. As pessoas... racionalmente comem um X mas sempre comem muito mais do que isso. Então, quando você faz o interrogatório de comeu quanto, e na prática quanto comeu é... pode parecer que são mentirosos, né? e eu acho que essa abordagem que a gente faz é muito ruim. Assim, dá uma dieta, ou dá uma bolinha, ou...é uma porcaria esse jeito de tratar de gordo. Então eu não tenho saco (...) acontece várias vezes, de... quando eu resolver fazer, este paciente, eu vou emagrecer de todo o jeito...”.*

O discurso de Beatriz confirma Balint (1988), quando afirma que os preconceitos e valores morais e éticos solidificaram-se com a cultura e formação médica. As defesas contra o insucesso evidenciam as preocupações (Tähkä, op. cit). Os conflitos inconscientes do médico

podem emergir sob a forma de irritação, explosões diretas ou indiretas de raiva, confirmando Tähkä (op. cit).

Marcelo: *“o fracasso terapêutico com o obeso é muito maior do que com o diabético. Até pela gravidade da patologia, porque o diabético, se você, se ele não tratar, se ele não fizer as recomendações que forem feitas para ele, se ele não seguir à risca o tratamento, acaba... tendo um grau de comprometimento orgânico que... o obeso, não. O obeso... assim... o principal é o estético, mas depois tem as complicações da obesidade, diabetes, hipertensão e outras complicações.”*

Roberto: *“grande parte da população obesa está nas camadas mais pobres da sociedade. Então são pessoas que não têm acesso aos alimentos chamados dietéticos. Então o grande transtorno já começa aí. Aqui no hospital, a gente atende as camadas mais baixas. Então já começa aí o problema. O paciente não pode fazer uma dieta, que é coisa fundamental dentro da terapêutica. Não vai fazer uma dieta apropriada... medicamento anorexígeno, muitas vezes ele não tem acesso... A obesidade é uma coisa difícil de se lidar”.*

Carlos: *“a obesidade se torna difícil de se tratar.....o índice de sucesso não é muito não. Isso não é só obesidade, é o diabético também”.*

As médicas banalisam a obesidade, menosprezam-na, colocando em mãos de outros profissionais o tratamento ou de médicos percebidos com desprezo, o “obesólogo”, que na verdade seria considerado como um médico sem “status”. Médicos percebem a dificuldade do tratamento, as causa multifacetadas, ou mesmo concordam

que a obesidade é tão difícil quanto a diabetes, embora seja preterida por ser uma questão de “estética”, enquanto o diabetes é uma doença.

Herrmann (1994) denuncia a ideologia tecnológica dominante, moralista, que se expressava em termos de sexualidade e hoje, em termos de oralidade. Nota-se que o preconceito impede o tratamento por ser “estético”, definindo a exclusão do atendimento ao obeso da mesma forma que, décadas atrás, negava-se à histérica.

Os médicos que atendem em serviço público têm receio de serem percebidos como médicos de “segunda classe”, pois tratam pacientes de segunda classe, isto é pobres, sem cultura e sem educação. Essa é a representação dos pacientes que freqüentam hospital público. Dentre as dificuldades, estabelecem hierarquias de doenças. As mais graves, as mais desafiadoras, as mais interessantes, as mais graves, as mais indesejáveis; dentre estas, encontra-se a obesidade. O discurso médico torna-se então autoritário, onipotente. A maioria dos profissionais (80%) diz que não trata obesidade no contexto de hospital público. Aqui, percebe-se que têm receio de serem confundidos com maus médicos, pois a obesidade não é fácil, e a recidiva é muito grande. Mesmo percebendo que existem as obesidades, sua conduta enfatiza a obesidade resultante do comer demais.

A distância social aparece como fator de dificuldade na consecução de um tratamento adequado. O discurso dos entrevistados assemelha-se aos primeiros achados em pesquisas científicas, que encontraram como respostas à obesidade, o comer demais. (Schachter, 1971; Nisbett, 1969).

Conclui-se que o discurso científico fala em obesidades (40%) mas, as práticas remetem à obesidade entendida como resultante da hiperfagia (70%).

7.5. Relação Médico - paciente

Inicialmente, coloca-se que esta relação é fundamental. Existe unanimidade e consenso quanto ao tema. Entende-se que a relação possível seria para convencer, atemorizar (discurso onipotente), fazer o paciente obedecer e seguir o esquema pré-estabelecido. Só que essa relação, para o obeso, não é possível em hospital público. Existe uma interdição. A boa relação, só em rede privada. Em outras palavras, relação médico - paciente, só se o obeso pagar por ela.

A relação possível em rede pública está baseada em resultados. Se houver melhora, o relacionamento é bom; o contrário seria

um péssimo relacionamento. É a função moralizante da profissão (Herrman, 1994).

Cristina enfatiza características pessoais como facilitadoras da relação: *“não, eu acho que existe (relação médico - paciente). E tanto existe, que você pode ver que tem alguns médicos que conseguem um sucesso muito maior no tratamento de alguns pacientes do que outros. Sem dúvida existe aí uma... um fator importante que é a... ascensão do médico em relação ao paciente, o poder que ele tem de convencê-lo, de realmente colocá-lo dentro daquelas regras que são pré-estabelecidas e que em princípio ajudariam o paciente a emagrecer”... É um fator importante realmente, que é a ascensão do médico em relação do paciente... acho que é assim, 50% é essa capacidade do médico de convencer, inclusive o atemorizar, ou de alguma forma ganhar a confiança do paciente para que ele siga aquele esquema proposto”.*

Toda relação, como em qualquer relacionamento humano, pressupõe duas vertentes; nesse caso, a do paciente e a do médico. Percebe-se que o discurso científico, o politicamente correto, demonstra que a relação é muito importante e pode ajudar muito no tratamento, pois quanto maior a adaptação, melhor os resultados. É um discurso irreal; na realidade, essa relação não existe. Esse discurso é um conjunto simbólico, socialmente situado, que nomeia, rotula, aciona os sujeitos sociais. Mas os interesses reais, estes devem ser silenciados, não podem ser ditos. Estamos diante de um real que não pode fluir livremente, ele flui somente a partir das condições estabelecidas por quem tem a competência para

interpelar diferentes atores sociais. Não é necessariamente falso, mas ideológica e esteticamente estabelecido para dizer algumas coisas e não dizer outras. É um discurso ideológico não pelo que diz, mas pelo que não diz. As RS não criam objetos ou idéias, mas realçam algumas particularidades que se fazem passar como universais.

Rita, falando da relação, comenta: *“eu acho que é boa (a relação) ... aceita, obediente, só que não há retorno... o paciente está sempre procurando coisas novas. Então ele está te procurando, já sabendo que o final vai ser um insucesso. Ele está sempre com uma informação paralela, já pensando no próximo médico... mas isso não significa que ele às vezes não fica fielmente com você, mas... ele fielmente não perde peso, né? o obeso em geral, pode ver que ele passou por várias clínicas, vários médicos...”*

O diálogo (ou monólogo para alguns) muitas vezes esbarra na compreensão que cada um tem a respeito dos sintomas que o paciente apresenta. É difícil para o médico entender quais as RS que o paciente tem de sua obesidade e o que espera do atendimento médico.

Carlos coloca na rede pública e em sua estrutura a impossibilidade de se atender bem um paciente obeso: *“os meus pacientes não são diferenciados, mesmo assim a gente sente uma gratificação muito grande, não sei se seria esse o termo, gratidão, isso aí me...me emociona (quase chora)... Mais adiante, referindo-se à obesidade, relata: “na obesidade muda um pouco, né? pode-se tentar conversar com o paciente. Esperar... (...) agora, se eu percebo, que a pessoa não quer fazer ou não consegue ou sei lá, não me traz dados positivos, são sempre evasivas, não é porque não sei o que... eu tenho duas sugestões: ou permanecer gordo ou tentar um outro colega...”*

aonde ele possa ter... outro tipo de relacionamento, sei lá. Ou um caso para o médico clínico (ri)".

O cultivo da comunicação entre médico e paciente foi muito importante quando não havia ainda as facilidades dos exames laboratoriais. Com o advento destes, a importância da comunicação foi se tornando menos significativa.

Percebe-se que a relação é autoritária, deve ser respeitadora, uma relação subserviente. O desamparo temporário, a dependência do paciente, colocam o médico numa situação de onipotência. O discurso médico que se impõe ao paciente é um discurso normativo, com sanções terapêuticas.

O diagnóstico de obesidade serve para desqualificar o obeso. A função desqualificadora, de que nos fala Clavreul (1983), o ato médico, ou seja, o diagnóstico, prognóstico e terapêutica se configuram um discurso autoritário, que exclui a diferença que seria a forma da subjetividade se manifestar.

Renato: *"A gente não trata obesidade em rede pública... Agora tem o acompanhamento na rede privada. Na rede privada, aí você atende. É onde é o ideal para você acompanhar esse paciente... numa situação de consultório particular você tem maior disponibilidade para o doente, maior relacionamento médico - paciente, você consegue bons resultados... você consegue vê-lo com frequência, você tem mais tempo para se dedicar a esse paciente, você tem mais condições de estar*

conversando, porque muitas vezes, a parte psicológica que você dá o apoio, dá o acompanhamento, resolve muito... você atendendo na rede pública em tempo super rápido, dá um papelzinho para ele, uma dieta (ri) e manda ele vir daqui a uns dois meses ou 3 meses. Esse é o prazo menor que a gente consegue marcar esse paciente”.

As instituições públicas com as políticas de saúde, as práticas médicas em instituições foram se tornando cada vez mais difíceis na relação médico - paciente. O número muito grande de pacientes torna, segundo os entrevistados, muito difícil ouvi-los. Renato afirma que essa relação só é possível em consultório particular, porque a estrutura é outra.

Sebastião: *“eu acho que é o mais importante, porque se o paciente não confiar no médico, não tiver um entrosamento com o médico, não acatar as idéias que o médico tem sobre o tratamento, não... é a parte mais importante, e os dois se entrosarem, trabalharem no mesmo nível ter uma confiança...o médico confiar no paciente. O que ele falar, eu vou ter que acreditar. Acho que é a parte mais importante. Mesmo se ele não perder peso, eles combinarem, tal, se ele disser eu não comi nada, tal... se o médico não confia, só fica criticando, os dois desanimam, os dois não têm motivo para continuar o tratamento e perder peso”... “Aqui *** existe pouco obeso. A gente vê mais obeso lá fora.”... “eles são bem parecidos, no fundo são bem parecidos (ri) as mesmas reclamações, as mesmas queixas (em um SPA), as mesmas dificuldades para perder, os mesmos pontos de dificuldade para perder peso, não tem tanta diferença não. É falta de vergonha na cara. Fazer um pouco de exercício, cuidar um pouquinho mais do corpo, o pessoal não... se dedica.”*

O discurso é vago, impreciso, mas com intenso investimento libidinal. Obesidade e obesos são RS que expressam todo o preconceito e conteúdos arcaicos do indivíduo que enuncia o discurso. Obesidade é,

portanto, um concretude linguística, um significante. Existe um ato social de nomeação dando-lhe um sentido. O médico pode experimentar sentimentos de raiva pelo seu paciente, o que pode ser o resultado da incompreensão do comportamento dele, por preconceitos, julgamentos morais. A contratransferência pode acontecer por sentimentos hostis associados a experiências anteriores reativadas por alguma característica ou aspecto do paciente.

Maria: *“É difícil. Oficialmente, não existe ambulatório de obesidade. Tem o diabético, tireóide... na endócrino não tem obesidade. A gente atendeu obesidade na residência, aprendeu como parte da disciplina, da especialidade. Há uma grande concentração na área....Eu não teria mais interesse. Sei lá, ter que fazer dieta, tem aquele negócio de apetite, sei lá, eu não teria mais interesse. Quase nenhum obeso tem endocrinopatia... não iria me acrescentar nada”.*

Fabiana: *“o máximo que você pode fazer é orientar, estimular, eu acho que o retorno deveria ser curto, com os pacientes estarem sempre em contato com o médico, sempre tendo uma atenção maior, ser mais estimulado a participar, é isso que te falei, deveria ser uma equipe profissional para fazer isso, mas não é assim que funciona hoje em dia, então o pessoal também não segue de uma forma adequada (...) é uma coisa que envolve um relacionamento muito intenso (...) Acho que tem muita mentira divulgada, então as pessoas esperam isso de você também. Então o relacionamento fica muito difícil, porque você não quer se comportar dessa forma, então...eu acho que a parte mais complicada da endócrino é a obesidade. A não ser que você se envolva dentro desse tipo de sistema. (...)... porque ele quer o remédio, ele quer a fórmula (...) Eu acho que o meu relacionamento com o paciente obeso não é bom, porque eu não vou para esse tipo de linha...tem outros que vão.”*

Roberto: *“à medida que você atende uma quantidade grande de pacientes, você vai pegando uma experiência maior, você já tem uma facilidade maior em observar as complicações desses pacientes; são pacientes que passam a te conhecer também. Às vezes vêm quando não é consulta, te procuram por causa de problemas. Então essas patologias mais comuns você pega um “feeling” maior. diabéticos, obesos diabéticos)... não é muito gratificante (obesos) os resultados que você tem com esse tipo de paciente. Então é uma coisa difícil....a obesidade é uma coisa difícil de se lidar”.*

Percebe-se a idealização do tratamento da obesidade. A diferença entre o ideal e o real, e também a recusa em participar de condutas consideradas mentirosas, enganosas. A prescrição de medicamentos é considerada negativa.

O relacionamento intenso é rejeitado. A influência do contexto sociocultural é clara.

Marcelo: *“eu procuro sempre fazer a coisa bem feita. Criar um relacionamento amistoso com o paciente, procurar colocar a coisa bem definida, esclarecer bem, não criar expectativas assim...coisas milagrosas, isso eu não... é ruim porque a decepção vai ser maior.*

A totalidade dos entrevistados considera a relação importante, necessária, imprescindível; consideram que em atendimento privado é possível o tratamento da obesidade, porém em rede pública isso

seria impossível. Consideram que o responsável por isso seriam as políticas de saúde, o mal gerenciamento do Estado e o enorme número de pacientes, obrigando-os a selecionar os que têm mais necessidade de atendimento, estabelecendo hierarquias de doenças. As lesionais têm primazia sobre as demais; seriam pelo discurso as mais graves, as mais desafiadoras, as mais interessantes, e as mais indesejáveis. Dentre estas últimas, encontra-se a obesidade. A maioria (80%) diz que não trata obesidade.

A obesidade não é vista como fácil, constatando-se que a recidiva é muito grande. Sentem-se responsáveis pela cura (onipotência, formação mecanicista), sentem-se menosprezados, tratando o que “qualquer um pode tratar”. A relação médico - paciente, depende das condições em que o atendimento é realizado.

Os hospitais, sempre com excesso de pacientes, médicos estressados por carga enorme de trabalho, acúmulo de empregos, expectativas diferentes quanto ao tratamento, podem impedir uma confiança mútua e entendimento profissional, confirmando uma reportagem na Veja, que relata o mau gerenciamento das políticas de saúde (Veja, 18/08/93).

De maneira geral, os hospitais estão mais orientados para tratar problemas agudos, severos, que ameacem a vida no momento; estão menos, ou não estão orientados para a prevenção da doença, dos sintomas. Os aspectos subjetivos associados à obesidade tornam inviável o tratamento, a não ser em clínicas psiquiátricas, cirúrgicas, quando a obesidade é mórbida (IMC acima de 40) ou para tratamento infantil, nesse caso prevenindo a obesidade adulta.

Médicos Psiquiatras fazem grupos de acompanhamento de obesos mórbidos em alguns hospitais públicos. Existem programas de tratamento cirúrgico em alguns hospitais e ambulatórios de obesidade para crianças em outros. Pensa-se que, com esse cuidado preventivo por parte dos médicos, o diálogo possa estabelecer-se em base comum, com um maior grau de entendimento recíproco e possivelmente um melhor resultado terapêutico.

Sabe-se que o médico é o agente terapêutico simbólico por cujo meio se opera a cura (Stunkard, 1981; Balint, 1983, 1988; Perestrelo, 1988; d'Épinay, 1988). Nesse caso, podemos afirmar que são agentes terapêuticos tão poderosos quanto iatrogênicos, dependendo do manejo adequado das transferências ocorridas na interação médico-paciente. No inconsciente dos pacientes, a fantasia de pai todo poderoso vai voltar na

figura de médico, um pouco bruxo, um pouco sacerdote, um pai que persiste subliminarmente (Balint op. cit.).

Quando o paciente sente-se doente, permite que essas fantasias transferenciais fiquem mais intensas, tornando-se carente, submisso, frágil, e por que não, sedutor; mas também reclamante, barulhento, déspota, birrento e agressivo (Gioia-Martins, 1986).

Em resumo, a relação médico-paciente depende das condições em que o atendimento é realizado. Os hospitais estão sempre com excesso de pacientes, os médicos sempre estressados pela carga enorme de trabalho, as expectativas diferentes quanto ao tratamento, e a representação da obesidade que o médico possua, juntamente com as características personalógicas deste, podem impedir a confiança mútua, e o entendimento profissional adequado. Algumas fantasias aparecem na idealização da relação médico-paciente. Para todos os entrevistados, essa relação vai depender da aderência ao tratamento e conseqüente melhora. Deteriora-se, caso o paciente não faça o que foi prescrito, se discute, se não é agradecido, se não reconhece o resultado positivo.

Assim, em nossa sociedade, o sistema médico reflete não só os valores e ideologias básicos mas também contribui para formá-los e mantê-los. Ao atender a população, o sistema médico reproduz muitos

dos preconceitos sociais subjacentes em termos de comportamento. A medicina preventiva está longe de se tornar realidade.

7.6. Tratamento da Obesidade

É considerada unanimemente como difícil; as razões apontadas são: condições de trabalho, baixa remuneração, grande número de pacientes, poucos recursos técnicos, pelo preconceito; pela recidiva, porque qualquer um pode tratar; 20% percebe a necessidade de uma equipe multidisciplinar, mas 70 % se refere a problemas psicológicos em pacientes obesos.

Renato: "...na rede pública, o problema que dificulta, o que dificulta é as condições de trabalho, que não são adequadas, né? você tem que... você tem o nível salarial, não tem condições em termos materiais. É um grande o número de pacientes. Tem muitos pacientes, fica sobrecarregado, você tem poucos recursos técnicos para estar atuando, né? Em nível de obesidade, a gente não faz... porque obesidade... em endocrinologia a procura, se você imagina na área clínica particular, a obesidade é mais de 80% dos pacientes da clínica particular. A gama de obesidade é muito grande, a procura é enorme e a rede pública, ela já é muito restrita em termos de material, corpo médico, espaço e tudo o mais... obesidade ou a nível de medicina de grupo, convênios ou em clínicas particulares. A gente não trata obesidade em rede pública... a gente encaminha, a gente não

acompanha...se a gente começar a abrir vaga para paciente de obesidade exógena na rede pública, vai lotar a rede pública e os pacientes de endocrinopatias não vão ter acesso... o máximo que a gente faz é encaminhar para a nutricionista".

Então, para uma epidemia mundial - e no Brasil também já estamos caminhando para isso - não existe espaço para o enorme número de obesos. Somente em rede privada. Mas é uma população de baixa renda, como é que fica? Para aonde vai esse enorme contingente de obesos?

Rita: *"deveria ser para um nutricionista, psicólogo, nem precisa de ser um endocrinologista... obesidade é a doença que a gente menos gosta de tratar e menos dá retorno pessoal realmente... a maioria não gosta de tratar, a maioria não aparece mais e o restante (endocrinopatias) é bem interessante... o obeso não é recebido... nós nem temos ambulatório. A gente já encaminha para a nutrição. Eu acho que existe um preconceito porque nenhuma pessoa tem interesse em montar um laboratório de obesidade. Ninguém quer... nem os residentes gostam de obesidade... talvez não tenhamos um tratamento adequado, não passemos o que ele (o obeso) realmente tem que ouvir, tem que... que leve à melhora do quadro dele, e o paciente também ...não teve retorno".*

Beatriz: *"é inútil tratar o gordo... eu não tenho paciência porque... eu sei que vai ser um insucesso mesmo... então se esse paciente que é diabético do tipo I ou II e que também é gordo, eu lido de outra maneira, o maior respeito, né? posso até brigar se o tratamento não está sendo seguido, com o maior cuidado, como a gente faz uma porção de vezes, mas este paciente não me incomoda. Mas gordo que é gordo, sem nada... eu não tenho paciência. Como eu não sou obrigada a atender*

*esse tipo de paciente, eu mando para outra que atende. Aqui *** por exemplo, eu tenho uma sala que eu fico olhando. Sempre tem vários estagiários. Aí lá vem o gordo, o estagiário atende, e eu não dou palpite. Eu fico... pensando... nada lá. Em todas as patologias eu dou o meu palpite, mas quando chega a gorda, não. Não quero nem pensar... o que engorda depende do valor calórico total, se é superior ao que se despende naquele dia. Não tem segredo. As pessoas, claro que podem despende pouquíssima energia, comer um pinguinho e engordam. Mas não sei disso. Então, como eu não sei fazer mágica, não sou boa médica para isso, de jeito nenhum”.*

Para Cristina: *“...a obesidade já está saindo da mão do endocrinologista... porque todo o mundo faz obesidade. Obesidade talvez seja a patologia mais estudada no mundo (ri), mas eu acho que obesidade não tem muito segredo, é uma coisa para ser tratada por qualquer... qualquer médico pode fazer obesidade (...) ...o indivíduo obeso, ele necessita de uma ingesta pequena... a alimentação está vinculada a estímulos não ligados à fome (...) ...é necessário uma mudança no mundo, no hábito alimentar das pessoas... é uma coisa para anos de... anos trabalhando na cabeça das pessoas. Vai acabar na sua mão (ri, apontando para a entrevistadora)”.*

Na verdade, obesidade é multicausal a saber, a predisposição genética, os metabólicos, fatores ambientais, familiares. Entre os fatores ambientais, podemos pensar na indústria alimentícia. Portanto, a obesidade não pode ser vista apenas como uma simples questão de maior ou menor ingestão calórica (Rodin, 1989; Goldblatt, Moore e Stunkard, 1965; Monello e Mayer, 1963).

Fabiana: *“o tratamento da obesidade é uma coisa difícil, decepcionante para o paciente, para o médico. (...) deveria envolver um grupo, um grupo com nutricionista, um psicólogo e um endocrinologista,*

onde a pessoa tivesse vários tipos de apoio (...) mas não é assim que funciona hoje em dia, então o pessoal (o obeso) também não segue de uma forma adequada”.

Sebastião: *“eles vão desanimando cada vez mais; tanto assim, que eles abandonam a gente, eles não terminam o tratamento, eles abandonam, é frustrante... nunca estão satisfeitos com o médico, o médico que é o culpado dele estar assim e na realidade não é culpa só do médico. O médico talvez não tenha orientado direito, mas... a grande culpa é do paciente”.*

Maria: *“Ah! a gente tenta, principalmente àqueles pacientes que já passaram por várias tentativas de emagrecer, os resultados... em termos de manter, porque, né? você consegue inicialmente, estimulados, fazem dieta, exercícios, tomam uma droga, perdem peso, fazem dieta. A tendência... não é só experiência nossa, é experiência mundial, tem trabalhos, volta. Volta mesmo. Fica um certo tempo, perde, mas a tendência é voltar para o peso inicial. Aqui no hospital nós fazemos... nós não fazemos obesidade. A não ser excepcional, adolescente, ou pessoas que têm obesidade... nada a maior patologia, obesidade simples - a gente não faz. Mas com relação às diabetes, a gente funciona aqui como uma equipe multiprofissional.”*

O tratamento para obesidade tem sido por meio de dietas, exercícios e mudanças de hábitos alimentares. Sob forte influência da mídia, a obesidade tem sido percebida apenas como uma questão de ingesta e dispêndio de energia, melhor dito, tendo como causa o comer demais (O Globo, 16/04/93; Veja, 27/11/96; Veja, 04/02/96).

Stunkard et al (1961) consideram que a obesidade é um distúrbio de múltiplas causas. Anos mais tarde, Stunkard (1976; 1981) relatou a importância da aceitação do tratamento médico como um grande

problema na medicina moderna, uma vez que não mais do que a metade dos pacientes aceitam programas dietéticos e medicamentosos a longo prazo. Conclui que os fatores relacionados à aceitação do tratamento são a compreensão dos médicos sobre o programa de emagrecimento, o apoio familiar e o calor, a empatia, o interesse do médico .

Carlos: *“aqueles pacientes que têm outra patologia qualquer, geralmente do sexo feminino e tem uma lombalgia, sei lá, qualquer problema... vascular, uma outra... que é encaminhado para emagrecer. Para ele está tudo bem. Ele veio porque o outro médico mandou. Às vezes nem sabe por que veio por causa disso. Veio porque tem uma dor na perna, ele nem perguntou porque o colega encaminhou para esta clínica, ele nem sabia que era para emagrecer. Então esses pacientes são difíceis, eles não aderem ao tratamento, e então daí os resultados são ruins (ri) (...) então já entra uma parte psicológica que eu acho importante (...) aqui no hospital, nós temos um grupo que é exatamente para esse tipo de pessoas. Mas como é um grupo multiprofissional etc, a coisa vai... vai se tornando...então quando a gente percebe um paciente como esse que eu te falei, a gente acaba encaminhando para esse grupo (...) nesse sistema de motivação, não é só médico: tem nutricionista, psicólogo, tem enfermeiro...então eu acho que fica mais fácil, realmente, só o médico...”*

Roberto: *“muitas vezes você tem pacientes que dependem da alimentação dele... grande parte da população obesa está nas camadas mais pobres da sociedade. Então são pessoas que não têm muito acesso aos alimentos chamados dietéticos. Então o grande transtorno já começa daí. Aqui no hospital a gente atende as camadas mais baixas... (...) o paciente não pode fazer um dieta, que é uma coisa fundamental dentro da terapêutica. Não vai fazer uma dieta apropriada. Medicamento anorexígeno, muitas vezes ele não tem acesso, começa a tomar ,depois pára. Então é um problema muito sério. Mais adiante coloca: “você tenta fazer um acompanhamento com psicólogo junto, você tenta amenizar ao máximo as coisas... Agora, é difícil”.*

Percebe-se que o médico vê toda a dificuldade, pensa o tratamento em termos de dieta, pensa um acompanhamento de um psicólogo, de equipe multiprofissional (para algumas especificidades), pois vê as dificuldades do paciente, mas sente-se sem apoio, sem saídas, sem recursos, sente-se só. A estrutura da instituição e das políticas de saúde o desanimam.

Marcelo: *“a minha satisfação é resolver o problema do paciente. Problema médico. Às vezes, o problema social, assim, não dá para resolver. O fracasso terapêutico com o obeso é muito maior do que com o diabético. Você foi doutrinado para ter um preconceito contra o obeso. Quer dizer, ela tem uma certa raiva do doente. Sabe que está doente porque quer, esse é o ponto. A pessoa está doente porque quer. Então ele não tem paciência. Mas eu gosto, acho interessante (no consultório) ... “A consulta médica é muito fria, a nível de saúde pública, é demais fria. Quer dizer 10 minutos de atendimento (ri), não dá, né?” “Para continuar exercendo a medicina normal, quer dizer a alopática, ocidental, a medicina tradicional, ele tem que aumentar o relacionamento médico - paciente, né? as pessoas querem mais atenção, no fundo é isso, é mais atenção.”*

Toulexis (1986) alerta para o fato de a obesidade ser uma doença e a perda ou ganho de peso não significa glotoneria ou mesmo imoralidade. Chama a atenção dos estudiosos para se obter novas formas de combater a obesidade e não condenar o obeso, ou seja não colocar o obeso como réu.

Bray (1990) também considera a obesidade como uma síndrome com várias etiologias e reconhece que há um estigma sobre ela. O preconceito aparece de forma às vezes velada, indireta, outras vezes explícita. A obesidade, para alguns, seria somente uma questão de ingesta maior do que a necessidade e para outros, uma questão social, psicológica e de educação. A maioria (70%) faz comentários sobre a necessidade do trabalho de um psicólogo, mas não se percebem em uma equipe multidisciplinar. Somente 20 % falam em equipe multidisciplinar com a presença de um psicólogo e de um endocrinologista. Não se percebe um esboço de tentar reverter a situação, nem a preocupação com a prevenção da obesidade. Sentem-se impotentes para tratar do assunto e por isso o afastam. A onipotência seria o avesso da impotência.

Médicos que exercem a medicina formam um grupo coeso, com seus valores, teorias e técnicas sobre a doença e saúde. Suas convicções, calcadas em conceitos científicos e preconceitos baseados em suas visões de mundo, vão determinar suas condutas. É a subcultura da cura, com uma visão particular de mundo, adquirida no processo de formação médica (Capra, 1995; Helman, 1994; 1988; Canguilhem, 1983; Clavreul, 1983;).

Assim, a racionalidade científica, calcada em uma visão positivista, vai enfatizar o dualismo mente e corpo e a perspectiva do paciente individual, em detrimento da perspectiva familiar e comunitária. A racionalidade científica só vai permitir perceber a obesidade como fato clínico, se for possível verificar aspectos biológicos e nunca sociais ou emocionais. Os aspectos físicos, os fatos fisiológicos têm primazia sobre os emocionais e sociais.

Nos últimos anos, a medicina vem depositando cada vez mais confiança na tecnologia diagnóstica para a coleta e mensuração dos fatos clínicos. O apoio do laboratório em detrimento da escuta médica. O dualismo cartesiano persiste, pois a psiquiatria estuda a mente humana e a ciência médica com sua tecnologia diagnóstica, vai estudar o corpo, desde que lesionado, que continua sendo visto como uma máquina.

É preciso que se diga que as técnicas laboratoriais podem ajudar em diagnósticos importantes e variados, mas a escuta não pode faltar. Entretanto, o modelo médico sofre influência da cultura em que se vive. Ele é delimitado culturalmente. A cultura é formada sob a influência da mídia.

Concluimos que o modelo orgânico ainda é o preferido da classe médica e dos endocrinologistas investigados. Porém, é muito

importante notarmos que vários deles percebem outras influências, mas sentem-se sem disposição ou mesmo impotentes para mudar.

7.7. Representações Sociais do Obeso

O obeso é mencionado como um paciente difícil, infiel, que não dá satisfações, sem vergonha na cara, sem controle, sedentário; come mal e errado, não adere ao tratamento, não dá retorno, não tem força de vontade, é indolente. Senão, vejamos:

Beatriz: declara que: *“dentro da especialidade... eu não gosto mesmo é de mulher peluda e de gorda. Detesto gordos. Não faço obesidade de jeito nenhum. Não tenho paciência”*.

Nota-se que a característica é feminina: “detesto mulher gorda”. Os sentimentos são de raiva : “detesto” e expulsa do seu fazer médico : “Não tenho paciência”. O sentimento é de condenação. Há uma sentença condenatória, carregada de desaprovação moral, confirmando Herrmann (1991).

Fabiana afirma que: *“de obesidade eu não gosto... o paciente vai para o médico, já com uma idéia pre-concebida ...ele se*

sente frustrado, ele se sente decepcionado. Eu gosto de diabetes, eu gosto de neuroendócrino, que é a parte que eu me dedico mais, e obesidade eu não gosto, e as outras patologias que eu gosto são patologias raras”.

Para os médicos, como para outros profissionais, o sucesso é importante. Patologias raras são desafiantes e motivam (Tähkä, op. cit.), entretanto, como o nome está indicando, são raras. A população tem problemas graves, comuns, porém que afetam o desenvolvimento saudável da população. A prevenção seria importante.

O médico vai para o atendimento com uma visão preconcebida do paciente. Alguns discursos repetidos constantemente acabam se cristalizando e se tornando verdades inquestionáveis. Há uma generalização sem nenhuma elaboração maior.

Maria: *“quase nenhum obeso tem endocrinopatia... não iria me acrescentar nada”.*

Rita: *“o obeso em qualquer lugar é aquela coisa. Sempre. É... a gente considera um paciente infiel”.*

Marcelo: *“o obeso é realmente uma pessoa que tem muita rejeição... o obeso está mais propenso a ter patologia, portanto uma expectativa menor de vida do que o não obeso... você já foi doutrinado a ter um preconceito contra o obeso. Assim, a sociedade, né”?... “agora, eu como médico, depois que eu passei a ter mais... cultura, eu vejo assim, o obeso, a minha preocupação quando eu vejo uma pessoa obesa (ri), eu já fico pensando assim, na hipertensão, no diabetes, (ri) naquelas complicações, problemas de coluna. É mais nesse sentido. E*

assim, a rejeição social que a pessoa, que o obeso tem. Porque geralmente, o obeso não é só problema médico, ele tem problemas de relacionamento... e outros problemas também. Então realmente eu acho que o obeso é uma pessoa que precisa de atenção. Agora, infelizmente, às vezes ele não está disposto a se engajar no tratamento. Isso é decepcionante para o médico”.

O entrevistado percebe, tem uma visão do preconceito em torno do obeso, gerado pela ideologia vigente. Entretanto, apesar de dizer de dizer que como médico está isento desse preconceito, entende que o obeso é culpado de seu estado, decepcionando-o. A tendência geral dos médicos é realizar um julgamento moral sobre o comportamento de seus pacientes. Sentem-se inclinados a conduzi-los de acordo com as próprias normas. É o que Balint (1988) denomina função apostólica do médico.

Cristina: *“existe uma indolência natural das pessoas que gostam de ficar em casa assistindo televisão e comendo”.*

Essa resposta não explica por que outras pessoas indolentes não engordam. Percebe-se que os discursos são o resultado de um conjunto simbólico de forças que nomeiam, hierarquizam, sofrendo influência da mídia (Folha, 15/05/92; Veja, 17/06/92; Folha, 19/09/97; Veja, 23/08/95; Folha da Tarde, 04/02/92; Notícias Populares, 11/01/97; Estado, 27/07/97; Folha, 01/04/94). Stunkard coloca que o médico

também é responsável pela estigmatização do obeso , no momento em que entende que a obesidade é vista como um desvio de conduta (1981).

Sebastião: *“uma pessoa (o obeso) sem força de vontade... nunca tem retorno, nunca.”... “é falta de vergonha na cara”.*

Esse discurso é bastante similar ao da jornalista Barbara Gancia (Folha, 01/04/94). As reações transferenciais podem limitar-se a certos pacientes ou a grupos específicos, como no caso da obesidade. Quando isso acontece, o médico pode encontrar dificuldade em seu relacionamento. As próprias normas, padrões e preconceitos tendem a ser encarados como corretos e como padrões de referência para o comportamento das outras pessoas.

Roberto: *“o paciente obeso é um paciente difícil de se levar... grande parte da população obesa está nas camadas mais pobres da sociedade”... “o obeso procura por uma questão de estética... menos por complicação, como hipertensão”... “ As camadas mais baixas, elas comem alimentos com mais calorias. Muito açúcar, elas não têm... acesso a uma variedade maior de alimentos, que você pode dizer, bom, vou fazer uma dieta para você, muitos alimentos, eles não têm acesso”.*

O discurso evidencia o distanciamento de classes sociais. Se não controla o peso, como controlar o dinheiro? O preconceito também se evidencia (Boltanski, 1989).

Renato: *“existe uma tendência de você não ver o paciente como um todo, isso é ruim... você se envolver só com um assunto em detrimento de outros. Na rede privada, aí você atende. É onde é o ideal para você acompanhar esse paciente. Obesidade é uma doença multifatorial. Mesmo não sendo uma endocrinopatia específica, ela tem desde uma orientação dietética errada, uma cultura familiar, vida sedentária, questão psicológica. Tem vários tipos de obesidade, justamente esse obeso na rede... numa situação de consultório particular, você tem maior disponibilidade para o doente, maior relacionamento médico-paciente, você consegue bons resultados”. “80% do tratamento é da relação médico-paciente. A procura de medicamento é meio simbólica... tem endocrinologistas que são muito magros, né? nunca vivenciaram uma situação de engordar, ou ter preocupação com o peso, tal; para uma pessoa que nunca teve... sempre teve o peso ideal, de repente ele tem um obeso que ele saiba que talvez ele esteja comendo mais do que ele deve, a pessoa não aceita muito bem”*

Renato percebe a incapacidade de certos médicos de se colocar no lugar do outro. Quando diz que o médico, não tendo problema de peso, não consegue perceber o problema do paciente empaticamente, está demonstrando que o juízo de valor está presente: se o médico controla seu peso, por que o paciente não pode fazer o mesmo?

Carlos: *“ a pessoa que vem disposta realmente a emagrecer, acaba conseguindo. Senão, se ela não tiver resolvido alguma coisa na vida dela, ela pode voltar a engordar novamente. Então eu acho que a parte psicológica da obesidade tem uma relação muito grande. A qualidade de vida, sei lá, relacionamento... tudo isso daí é muito importante. Tem gente que acaba... desenvolvendo a obesidade relacionada com isso daí. Então ela pode conseguir pôr um momento, quando ela está estimulada, mas quando ela volta a sentir a problemática que desencadeia, ela volta a engordar. 70 % dos entrevistados têm uma posição preconceituosa a respeito dos obesos. Desses, 100% de mulheres colocam posições preconceituosas. 30 %*

colocam uma visão mais flexível, percebendo variáveis importantes para uma melhor compreensão do problema.

Para Halpern, os métodos subjetivos - o paciente se sente obeso - e os objetivos - o médico julga o paciente obeso ou não - são os métodos mais práticos, pois levam em conta as “queixas do paciente e a avaliação do facultativo” (1986, p.192).

O médico é, portanto, o intérprete das ideologias socialmente circulantes acerca da obesidade. Simon (1983) enfatiza que os sistemas de diagnóstico tradicionais, em geral não levam em conta as peculiaridades do indivíduo. Sustenta que o diagnóstico pode se tornar uma “arma de pressão ideológica” (Simon, 1983). Alerta para o “perigo do controle social ser exercido por alguns indivíduos sobre toda a população”. Assim, para Simon, a diferença entre o normal e o patológico depende de valores de uma determinada sociedade, num determinado tempo (p.20).

O conceito de RS se refere a uma “modalidade de conhecimento particular, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1978, p.26). Está, portanto, vinculada a um sistema de valores, de noção e práticas, que dão ao indivíduo condições de se orientar no meio social e

material e de o dominá-lo. Quando um médico declara: “não gosto de mulher gorda, são preguiçosas e de caráter fraco”, está conjeturando sobre o comportamento, está reconstruindo os diversos roteiros de relações, como se fosse testemunha deles. Está, portanto, classificando, julgando. RS é basicamente um sistema de nomeações, um método de estabelecer categorias e rótulos. O rótulo confere uma afiliação e uma posição na matriz cultural de identidades. Quando classificamos ou rotulamos, estamos atribuindo um valor positivo ou negativo; classificar o obeso seria realizar um julgamento que revela uma “teoria” sobre a sociedade e a natureza humana.

Assim, a admissão, tanto da subjetividade do médico como do paciente, conduz-nos à consideração da importância da relação médico-paciente como ponto privilegiado, no qual ocorre a transmissão das RS, sob a égide do poder.

O médico pode sentir raiva de seu paciente por uma variedade de razões. Em parte, a irritação e a antipatia deriva da contratransferência. Tähkä (1988) considera que “a causa das atitudes negativas não pode ser encontrada no que realmente se passa entre paciente e médico, mas em sentimentos hostis associados aos primeiros relacionamentos do médico, reativados por alguma característica ou

aspecto do paciente, ou pelo comportamento deste". Na verdade, podemos pensar com Freud, no retorno do reprimido.

Simon (1971) analisa as fantasias de onipotência que estão subjacentes ao comportamento dos que optam pela carreira médica, ou seja, a ambição de cura médica. Considera que no exercício profissional pode surgir uma identificação total entre o seu eu e seus compromissos onipotentes de cura, podendo colocar-se acima das limitações da realidade, surgindo sentimentos de culpa por fracasso de onipotência. Assim, a transferência e a contratransferência estão subjacentes à relação médico-paciente. A transferência, que atribui ao médico identificações originadas da fantasia inconsciente, e a contratransferência, que o leva a identificar no paciente - que não reage como ele gostaria - um significado de figura superegóica que critica sua competência curativa.

Em resumo, concluímos que qualquer esforço no sentido da desconstrução da RS da obesidade ganharia importância na formação de novas representações.

8. ANÁLISE CONCLUSIVA

8.1. O obeso, um excluído?

O que é um excluído? Guareschi (1992) afirma que “o excluído não existe por si mesmo. É uma realidade sempre ligada a outra. Se digo que alguém é excluído, devo logo perguntar: Excluído de onde? Ou: excluído por quem? O ser excluído de algum lugar implica que exista esse outro lugar” (p. 07). Cabe a pergunta: Quem é o excluído?

As RS que circulam a respeito do obeso, no discurso dos entrevistados, determinam que este é um paciente aborrecido, infiel, mentiroso, que não faz dieta, que não emagrece, que tem problemas emocionais, que é pobre, que não tem dinheiro para comprar alimentos “diet” nem remédios, que não é educado, que não compreende o que se fala, não traz satisfação ao médico, que não adere ao tratamento.

Percebe-se que são adjetivos (des)qualificativos que definem o obeso. Outra constatação, é a forma negativa de classificá-lo. O negativo pressupõe ausência. As RS classificam, hierarquizam, rotulam

negativa ou positivamente o indivíduo. Revelam uma teoria sobre a pessoa e um desejo de considerá-la normal ou desviante (Moscovici, 1984^a; 1981). Conclui-se que a visão de obeso é negativa, desqualificando-o como pessoa, confirmando Canguilhem (1990), que afirma que estar doente significa ser nocivo, indesejável ou socialmente desvalorizado.

Quem é o responsável?

O obeso é responsabilizado por suas mazelasele não se ajuda...(Roberto). “...eles não aguentam fazer dieta o tempo todo... (Maria).”...a maioria das vezes , ele não está disposto a se engajar no tratamento...(Marcelo) .

Por que excluí-lo ?

Porque não é um paciente de 1a classe, portanto, sem direito à cidadania plena. Não tem uma doença, então “...está saindo das mãos do endocrinologista...” (Cristina) “...quase nenhum obeso tem endocrinopatia..” (Maria). “...o obeso procura por uma questão de estética...” (Roberto).

Qual a conduta? A penitência que se traduz pelo não atendimento no serviço público. Se não tem doença, não é da competência de endocrinologista.

Essa conduta nos remete a Herrmann (1991), que afirma ter o discurso dietético suplantado o discurso sexual, afirmando que neste mundo consumista a dieta é um novo paradigma moral. O médico , portanto ,é o representante da ideologia vigente.

O que fazer? Qual a solução? O obeso usuário de hospital público não tem dinheiro para procurar a medicina privada ou mesmo convênio.É um paradoxo. Médicos endocrinologistas percebem que eles são pobres e não podem seguir dietas hipocalóricas, comprar remédios anorexígenos para auxiliar no controle alimentar, e ao mesmo tempo, os remetem para consultório privado.

Em suma, obesos não podem ser atendidos em nenhum lugar. No serviço público, para não ocupar o lugar de um “verdadeiro doente”, e em consultório privado, por não terem condições financeiras. A mídia divulga a exclusão do obeso de lugares públicos (são preteridos nos empregos (Estado, 09/06/96), na escola (Folha, 29/11/90) e não arrumam parceiros (Diário Popular, 04/02/94). Ninguém quer se casar com eles (Folha, 11/06/94). As cadeiras de lanchonetes, aviões e teatros não os acolhem (Estado, 27/07/97); a sociedade os exclui (Estado, 10/10/93) e os serviços de saúde também. São cidadãos de 2^a classe, sem direito à cidadania plena.

Por que não são atendidos? Porque são numerosos, porque não são “doentes”, porque não existe espaço, nem tempo, nem interesse. Os obesos mórbidos (IMC acima de 40 (Halpern, 1987; Medeiros-Neto, 1987; Bray, 1989), têm espaço no Hospital de Clínicas e as crianças, na Escola Paulista. E a grande maioria? Os obesos mórbidos são encaminhados para a nutrição (o enfoque é comer demais) para a psiquiatria, para terapia grupal e outros para cirurgias (gastroplastia, Bypass gástrico, Bypass intestinal (Bray, 1989), a fim de parar de comer, diminuindo o estômago ou a absorção dos alimentos pelo intestino.

A OMS considera a obesidade como uma ameaça potencial à Saúde Pública, uma epidemia mundial (Folha, 18/05/96).

A obesidade foi unanimemente considerada um problema de comer demais ou de forma inadequada. Esse discurso é similar àquele é veiculado na mídia (Folha, 15/05/92; Folha, 29/09/91; Notícias Populares, 31/10/94) Estado, 14/09/94).

A RS do obeso que circula entre endocrinologistas é de que este come mal, come muito, tem problemas emocionais, não tem autocontrole. O que sobra? A busca de “milagreiros”, a busca dos “obesólogos”, ou a espera pelas seqüelas (hipertensão, diabetes, problemas de coluna, por exemplo), por que seriam o passaporte para o

atendimento. A política de prevenção caminha lentamente, mas temos o ambulatório infantil da Escola Paulista como exemplo de prevenção.

O obeso de hoje é o “doente” de amanhã. O obeso que procura o médico endocrinologista tem a expectativa de ser atendido, compreendido, curado por algo mágico que lhe permita comer o que gosta, não engordar e até perder peso. Procura alívio para sua desdita, uma receita, um remédio. Deposita no médico o seu problema, à espera de um resultado que o satisfaça. Se não consegue, procura outro, e outro, e outro, à espera desse milagre. No encontro, a sua expectativa não coincide com a do médico (Helman, 1994), que espera que ele “feche a boca”, faça dieta, coma menos, emagreça, faça exercícios, seja, enfim, um paciente dócil, obediente que cumpra suas ordens (Tähkä, 1988). O obeso idealiza uma conduta cuidadosa, paternal, carinhosa, compreensiva e cúmplice por parte dos médicos. A culpa de seu infortúnio está centrada em si próprio.

Como se percebe, a expectativa do doente difere daquela do médico, porque este possui lógicas diferentes. Há necessidade de uma visão biopsicosocial na abordagem do obeso.

O médico, em sua formação, aprende que técnicas, exames laboratoriais são mais adequados. O paradigma mecanicista, a abordagem

biomédica é introduzida em seu repertório. Desde o seu início, com peças de cadáveres, procura-se a lesão, enfatiza-se a lesão (Clavreul, 1983; Capra, 1995) e minimiza-se a história de vida, o ambiente em que o paciente vive. Em seu dia a dia, recebe a influência da mídia, sendo os discursos, em alguns momentos, extremamente parecidos. A categoria médica fala em uníssono, (Aiello-Vaisberg, 1977), representando as subjetividades grupais.

As RS que circulam na mídia, ressoam nos hospitais. A conduta médica é de esquiva, fóbica (não quero saber, não me acrescenta nada), desinformada (é comer demais), raiva (detesto mulher gorda) e preconceituosa. Os juízos de valores, confirmando Simon (1983), descrevem o obeso como infiel, aquele que não tem vergonha na cara, só quer ver TV e comer, é moralista, mas também a onipotência de cura é percebida confirmando Simon (1977; 1971).

Quem é o obeso ? Aquele que não tem o peso ideal (definido por IMC, Tabelas de Peso e altura). Com tanto trabalho, os endocrinologistas, ganhando pouco, atendendo uma enormidade de pacientes, projetam no atendimento ao obeso o seu descontentamento, e isso se deve à sua formação, à influência cultural, à pressão do trabalho, à falta de incentivo, (quem cuida de obeso é charlatão), por não

conseguirem bons resultados (subcultura da cura, não do tratamento) e por investimento afetivo contratransferenciais.

De quem é a culpa? E as políticas do governo? A mídia passa a informação de excluído e os médicos excluem. E o Estado? As políticas de saúde? O papel da indústria farmacêutica e alimentar? O papel da prevenção (os doentes de amanhã)? da educação?

Mas nem tudo está perdido. É da categoria médica que vem a sugestão: Roberto lança o desafio:... “Acho que o país tem que sair dessa situação que está agora, mas é difícil. Isso vai levar muito tempo e... essa situação não sei como é que vai sair, fazer isso aí. Acho que tem que sentar muita gente e conversar, (ri) sugerir, isso dentro da classe médica também é difícil... porque a classe médica também é muito heterogênea... ...eu acho que tem que sentar as partes interessadas, da sociedade e tentar abrir um horizonte novo... Você tem alguma sugestão? (dirige-se à entrevistadora). Está lançado o desafio!

As opções de trabalho multidisciplinar são sugeridas. Vários trabalhos apontam para a eficácia de um acompanhamento multiprofissional (Hunter et al, 1997; Blocker e Ostermann, 1996) e para a eficácia de acompanhamento psicológico (Bartlett, Vaden e Vogt,

1996). A mídia pode ser um veículo de desconstrução das RS da obesidade e do obeso, desde que direcionada para tal.

Em suma , representar o obeso é conferir-lhe o Status de um signo. Seria conhecê-lo, tornando-o significante. Todo signo é ideológico e representa um grupo social determinado.

Fica a pergunta: quem se beneficia com a indústria da obesidade?

A representação, ou seja, a mediação entre o conceito e a percepção, exprime uma relação com o objeto, modificando-o. A representação social do obeso seria subjetiva, simbólica, porém compartilhada coletivamente. Os fenômenos psíquicos e sociais conjuntamente nos mostram as crenças, valores e preconceitos que influenciam e limitam as condutas dos médicos endocrinologistas . Como recursos e como limitação, elas estruturam a cognição e o comportamento.

8.2. O Discurso dos Endocrinologistas: Onipotência e impotência Interface das Práticas Médicas

É um discurso carregado de noções, como o desejo de saber (o poder pelo conhecimento), de curar (onipotência), de receber gratidão (busca do prazer) de seus pacientes, autoritário (desejo de obediência, dependência); é um monólogo. Não há espaço nem tempo para ouvir. É a “função silenciadora” dirigindo-se ao paciente que se submete à razão médica, de quem nos fala Clavreul (1983, p. 22). Na maioria das vezes, o objeto de seu trabalho é a doença e não o paciente, diferentemente do que propôs Hipócrates, para quem o ser humano deveria ser o objeto de estudo (in d'Épinay, 1988).

Os anos de formação médica, as características de história de vida, seus valores morais, preconceitos e características de personalidade, vão interferir na escolha da profissão como também em suas práticas. A “magia” e o poder de curar, o domínio sobre as pessoas, o desejo de ajudar, o status que a profissão confere, estão presentes no discursos dos entrevistados. Rocco (1992) coloca que o desejo de curar

pode estar encobrindo o desejo de expiar os impulsos agressivos, sendo uma elaboração positiva dos conflitos infantis de caráter inconscientes.

O discurso sobre a obesidade e conseqüente tratamento está repleto de impossibilidades: não tem cura, não há possibilidade de atendimento de um número tão grande de pacientes obesos em rede pública, os pacientes não atendem à prescrição, não fazem o que foi pedido, não existe ambulatório de obesidade, não existe outra possibilidade, a não ser comer menos. As reações depressivas (autodesvalia, pessimismo, negativismo), maníacas (otimismo exagerado), fóbicas (afastar-se, evitar o que causa ansiedade ou angústia) e narcísicas, aparecem de formas variadas, mas constantes.

O encontro entre médico-paciente contém elementos racionais e irracionais, realísticos e irrealísticos, maduros e infantis, conscientes e inconscientes. As formas de gratificação associadas a esse relacionamento, os sentimentos e condutas, os conflitos, as defesas alteram-se durante o momento de relação entre médico e paciente. No momento do encontro, reativam-se modelos primitivos de relacionamento.

A escuta, parte central das práticas médicas, importante tanto para o diagnóstico, como para o tratamento, depende de motivações internas, de um nível de interesse pela pessoa que se vai tratar, de

disponibilidade, mas também de condições externas, ou seja, tempo hábil. A maioria dos médicos não toma quadros psicossociais como referência, seguindo exclusivamente o modelo científico-natural que aprenderam. Na tentativa de justificar suas próprias inseguranças, defendem-se, ridicularizando o “obesólogo”, banalizando o tratamento e descrevendo o obeso de forma depreciativa.

Na verdade, o discurso que se mostra onipotente encobre insatisfação, insegurança, dificuldade de se situar numa profissão que gera angústias e sofrimento. Existe a dificuldade de se colocar empaticamente com uma classe social que não é a sua, e também de compreender por que o obeso não controla seu peso, por que a maioria dos endocrinologistas não tem problemas de peso.

Uma das dificuldades a destacar é conhecer a cultura e o ambiente em que o paciente vive. Pacientes carenciados vêm de inúmeras partes de um Brasil peculiar. O conhecimento das subculturas se torna difícil. Entender o paciente pela sua ótica é um exercício de paciência e trabalho.

Qual é a nossa realidade? É a do paciente pobre, inculto, às vezes analfabeto, com histórias de vida e referenciais culturais próprios e específicos. A relação se torna difícil, quase impossível. Para muitos

pacientes, a consulta é ameaçadora. O paciente fora de seu ambiente social, sem raízes, pode tornar-se melancólico, deprimido, desconfiado, muitas vezes hostil à abordagem médica.

A figura mítica do médico, a idealização, supervalorização de sua figura já não existem. O que existe é um profissional com reivindicações da categoria médica, equiparando-se a outros assalariados, a contestação, cada vez mais freqüente, dos atos médicos e da própria Medicina, como promotores importantes de Saúde, e vêm dificultando cada vez mais as relações entre pacientes e médicos.

Quase sempre a relação é a do que sabe, do que manda, do que tem poder, e daquele que não sabe, que obedece, o oprimido. Mas, na interface, temos aquele que nem sempre sabe, uma vez que se torna impossível ler a literatura toda, estudar, aperfeiçoar, já que as mudanças são muito rápidas e constantes. O seu poder é falso. Ele é um assalariado, o seu patrão são as instituições, onde se sente também oprimido, e por que não, obediente. Sente-se impotente, sem condições de curar, de tratar, sem condições de estudar.

Sua formação o encaminha para a subcultura da cura. Mas -
- aqui o impasse-a obesidade não tem cura? O obeso é um paciente crônico? O que fazer? Não tratar! Afastando-se do obeso, resolve-se o

problema. O paciente, cada dia mais conhecedor de seus direitos, manifesta-se muitas vezes agressivamente, contesta o tratamento, produzindo com frequência respostas igualmente agressivas em função do *stress*, por estarem isolados do contexto social que os rodeia ou ainda pela onipotência.

A doença, os sintomas, a perturbação da saúde é sentida de forma pessoal, de acordo com suas próprias vivências.

É uma situação insustentável. Todo o discurso dos entrevistados está carregado de desânimo, impotência.

A população obesa de hoje será a população doente de amanhã. O fenómeno saúde/doença não pode ser percebido apenas como um fenómeno biológico, perdendo-se a perspectiva social e psicológica. É imperioso uma política de saúde preventiva.

8.3. Tratamento da Obesidade... Tratamento?

A medicina, praticada dentro do quadro de referência das ciências naturais, é mais voltada para a enfermidade do que para o

paciente. O diagnóstico médico clássico descreve a natureza dos processos patológicos, classifica a enfermidade e indica o prognóstico, que é baseado em probabilidade estatística, de natureza geral e impessoal.

O prognóstico específico para um determinado indivíduo é muito difícil, porque deve levar em conta outros fatores que estão fora do alcance dos métodos científico - naturais. Uma das tarefas seria descobrir o quanto o paciente está motivado para recuperar-se e até que ponto sua história de vida e suas relações sociais influem no seu adoecer e conseqüente recuperar-se. Portanto, um diagnóstico abrangente, ou seja, entender o papel desempenhado pela doença, pelos fatores psicosociais, sua participação na cura e na maneira como é possível influenciá-lo terapeuticamente seria impossível para um profissional formado na escola organicista.

Para os endocrinologistas entrevistados, o diagnóstico da obesidade é conseguido pelas tabelas de peso e altura, mais precisamente o IMC, apenas um (10%) relata o uso esporádico da bioimpedância, exames clínicos e laboratoriais. Não detectando endocrinopatias, o paciente é encaminhado ao serviço de nutrição.

O encaminhamento para a nutrição, ou uma procura de dietas hipocalórica, indica que a obesidade é entendida como um problema de

ingesta. Tradicionalmente, obesidade tem sido considerada como o resultante do comer demais (Mount, Neziroglu e Taylor, 1990; Caterson, 1990; Bray, 1989; Mendelson, 1964).

A mídia contribui para a construção e manutenção dessa representação (Veja, 04/02/98; Folha, 15/05/92; Estado, 14/09/94; O Globo, 16/04/93). Entretanto, vários autores indicam a necessidade de um diagnóstico criterioso para um adequado tratamento da obesidade (Alemany, 1989; Bray, 1989), e uso de dietas para o tratamento da obesidade tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores (Wing, 1995; Raymond et al, 1995).

Keesey (1981) considera que a obesidade pode ser consequência de uma insuficiência regulatória, decorrente de um descontrole interno sobre a ingestão de alimentos, que mantém as reservas calóricas corporais a um nível normal. Assim, a obesidade não seria decorrente de ingestão incontrolada, e a redução do gasto calórico seria inadequada e ineficiente. A obesidade poderia ser uma questão de um ponto de ajuste elevado na regulação interna (Medeiros-Neto, 1987; Alemany, 1989).

Alguns autores alertam para o perigo do uso indiscriminado de dietas em geral (Heini e Weinsier, 1997; Heitmann, 1995; Wooley e

Garner, 1991; Toulexis, 1986), e em especial , para as de baixíssimas calorias (Walsh e Flynn, 1995).

Fatores psicológicos estão imbricados nas causas e conseqüências da obesidade. As repercussões emocionais em pacientes obesos em tratamento para perda ponderal são evidentes (Rodin e Scholower, 1976; Stunkard e Koch, 1964; Bray, 1989; Bruch, 1976, 1973, 1957; Klesges, 1984; Ley, 1984; Garma, 1984;). A modificação de comportamento tem sido apontada como suporte para o emagrecimento (Pace, Bolton e Reeves, 1991; Caterson, 1990, Schulundt, Hall e Stocco, 1990).

O comportamento de fazer dieta em resposta às preocupações com o peso parece estar implicado num excesso de peso e adipocidades crescentes (Rodin, Schank e Strieggel-Moore, 1989), evidenciando, assim, a necessidade de acompanhamento psicológico .

O tratamento medicamentoso tem sido discutido por inúmeros pesquisadores (Wilson, 1990 Atkinson e Hubbar, 1994 Weintraub e Bray, 1989). Medicamentos anorexígenos, drogas termogênicas, hormônios e drogas que atuam sobre os neurotransmissores da serotonina podem atuar no controle de peso, mas necessitam de acompanhamento médico e psicológico.

A necessidade de atualização quanto ao desenvolvimento na compreensão científica da obesidade e suas intervenções terapêuticas é mencionado por vários autores (Bray, York e Delany, 1992; Powell et al, 1994; Agras et al, 1994; Foreyt et al, 1997).

Conclui-se que o tratamento da obesidade deve ter um acompanhamento multiprofissional, com a participação do médico, enfatizando-se a presença do psicólogo, dentro de uma abordagem holista.

Os endocrinologistas, enviando o paciente obeso “direto para a nutrição”, evidenciam a necessidade de evitarem uma situação que ameaça a autoestima, encorajando-os a não se comprometerem com o acompanhamento do paciente obeso. As fantasias de onipotência que permeiam as condutas destes podem gerar comportamentos de afastamento, cristalizando representações veiculadas pela mídia e referendadas por esses atores sociais.

A realidade, sendo construída pela significação que lhe é conferida ao ser interpretada, sendo o médico o porta-voz por excelência, o intérprete da ideologia vigente, leva-nos a entender que a desconstrução das RS da obesidade vai permitir que estas, sendo restritivas e estereotipadas, sejam descartadas, surgindo em seu lugar

outras mais flexíveis, criativas, promovendo mudanças que possibilitem melhorar a qualidade de vida para a população em questão.

Vale lembrar a denúncia de Leite (Veja,23/08/95), que aponta para a tirania das classes dominantes patrocinadas pelo complexo médico - industrial, ou seja, a indústria da esbeltez.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem é o médico endocrinologista? O que pensa? Como trabalha? Qual o ambiente de trabalho? Está satisfeito? Quais são suas reivindicações? Qual a RS de Obesidade? E do Obeso?

As respostas vieram, surpreendentes.

O endocrinologista escolhe sua profissão e especialidade, como qualquer pessoa, de acordo com expectativas sociais e culturais, fatores econômicos e psicológicos.

Sua formação é eminentemente organicista. Encontra muitas dificuldades na execução de seu trabalho. Dentre elas, destacam-se os baixos salários, as condições desfavoráveis de trabalho; queixa-se do descaso das políticas de saúde, do não incentivo à pesquisa, da dificuldade em se reciclar, do número e tipo de pacientes que atende.

Quanto às gratificações, as situações prazerosas destacadas são: a satisfação em curar, a gratidão do paciente, o prazer de realizar um

diagnóstico difícil, a satisfação intelectual da pesquisa, do estudo e o fato de poder ser útil. Os mecanismos psicológicos como a transferência e a contratransferência, as reações fóbicas, a onipotência, o triunfo onipotente e o complexo tanatolítico emergem nas condutas médicas.

Quanto à obesidade, apresenta uma visão negativa, com maus prognósticos; esta é percebida como menor, sem importância, desagradável e, ao mesmo tempo, difícil de tratar. Considera o médico que trata a obesidade sem status, quase sempre um charlatão. As obesidades multicausais ainda estão sendo percebidas como o resultado de se comer demais.

A relação médico-paciente, apesar de ser vista como muito importante, não existe em hospital público, em se tratando de obesidade. Não há tempo, nem disponibilidade para uma relação adequada e eficiente. A admissão tanto da subjetividade do médico como do paciente conduz-nos à consideração da importância dessa relação como ponto privilegiado, onde ocorre a transmissão das RS, sob a égide do poder.

Em consultórios particulares, é possível uma boa relação, um diálogo, uma escuta. Nos serviços públicos, isso está fora de questão. Uma

visão global do paciente não é possível. Os aspectos econômicos da atividade médica são, na verdade, a força propulsora da ideologia vigente.

O contexto de assalariamento limita as práticas médicas, a política de remuneração determina o rumo do desenvolvimento da assistência médica.

O discurso dos entrevistados é um conjunto simbólico socialmente situado, que nomeia, rotula e aciona os sujeitos sociais. Nem sempre o real pode ser dito, ao contrário, deve ser silenciado, em função dos interessados em manterem o discurso ideológico. Estamos diante de um real que não pode fluir livremente, mas somente a partir das condições estabelecidas por quem tem a competência para interpelar diferentes atores sociais. Ele não é necessariamente falso, mas ideologicamente trabalhado para dizer algumas coisas e não outras. É um discurso ideológico não pelo que diz, mas pelo que não pode dizer.

O tratamento da obesidade é percebido como simples, “qualquer um pode fazer” e a conduta se resume a encaminhar o obeso para a nutrição ou prescrição hipocalórica.

A perspectiva de um trabalho multidisciplinar é citada, mas entendida como impossível, sem condições de se organizar e de se realizar, no contexto atual da Saúde.

A partir do discurso dos entrevistados, conclui-se que o “obeso adulto”, sem patologia associada à obesidade, em sua maioria, não recebe tratamento médico em hospitais gerais.

Esse contingente muito numeroso, não tendo acesso ao atendimento público, fica sujeito a consultórios particulares quase sempre muito dispendiosos e também a métodos alternativos nem sempre merecedores de confiança.

Tal paciente é percebido como difícil, infiel, sedentário, infenso ao tratamento, sem controle, com problemas psicológicos, e comilão. Quase sempre o discurso se refere ao sexo feminino. Menciona-se algum trabalho com obesos mórbidos, e com crianças.

O discurso médico, bem como as práticas, evidenciam preconceito, julgamento moral, rotulação, hierarquia de atendimentos, desqualificação e banalização da obesidade.

Conclui-se que o discurso dos endocrinologistas entrevistados é bastante semelhante ao veiculado pela mídia. O médico é, portanto, o

interprete das ideologias socialmente circulantes a respeito da Obesidade. A informação sobre tratamentos e causação da obesidade não é atualizada. Suas condutas são pautadas pelas características personalógicas próprias, pelas informações científicas nem sempre atualizadas e pela influência midiática. Não há uma visão geral do assunto, não se percebe movimento no sentido de mudança. Não há política de prevenção da obesidade, caracterizada como epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) .

Desconstruindo-se as RS da obesidade e dos obesos, pode-se pensar em construir algo mais criativo e flexível. Pesquisas na área e atendimento médico adequado podem impedir que os obesos sejam vítimas de inescrupulosos. É imperioso que gerações futuras não adoeçam e procurem os hospitais gerais em função das seqüelas advindas da obesidade. Prevenir é condição de cidadania.

Devolver tal cidadania completa ao obeso é um trabalho de construção de novas RS da obesidade e dos obesos. As RS não criam objetos ou idéias, mas realçam algumas particularidades que se fazem passar por universais. A obesidade deve ser percebida como uma patologia definida, associada à morbidade e à mortalidade.

A visão do obeso hiperfágico e sem força de vontade deve ser substituída por uma compreensão abrangente dos mecanismos biopsicosociais ligados à obesidade. Entendida como consequência multifatorial de vários erros ambientais nutricionais, genéticos, metabólicos e emocionais, deve ser tratada com uma equipe multidisciplinar e a prevenção deve ser encarada com projetos de assistência à população. A presença do psicólogo é imprescindível.

No Brasil, o caminho perpassa pela elaboração multidisciplinar de um grande projeto de construção de cidadania, com a presença do psicólogo.

A mídia, a escola, a ciência, a universidade, o Estado devem se comprometer a discutir os desafios - gigantescos - que se interpõem à construção de um efetivo e eficiente modelo de saúde pública, num país carente socialmente como o Brasil.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros e Artigos Científicos:

- AGRAS, W.; TEACH, C. F. et al. Weight loss, cognitive behavioral and desipramine treatments in binge eating disorder: an additive design. *Behavior Therapy*, 25(2) 225-328, 1994.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O Uso de Procedimentos na Pesquisa de Representações Sociais: Projeções e Transicionalidade. : *Psicologia USP*. São Paulo, v. 6, nº 2 p. 103-127, 1995.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de Representações Sociais. In: TRINCA, W. (Org.) *Formas de Investigação Clínica em Psicologia - Procedimentos de Desenhos Estórias: Procedimentos de Desenhos de Família com Estórias*. São Paulo, Vetor, 1997.
- ALEMANY, M. The etiologic basis for the classification of obesity. *Progress Food Nutrition Science*, 13(1): 45-66, 1989.
- ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. *História de la Psiquiatria*. Barcelona, Espaxs, 1970.
- ALLON, N. The Stigma of Overweight in everyday Life. In: Bray, G.A. (ed) *Obesity in Perspective*. DHEW Publication nº (NIH) 75-708 oct. 1-3 1973.
- AMADOR, M; FLORES, P.; PENA, M. Normocaloric diet and exercise: a good choice for treating obese adolescents *Acta pediatrica hungarica* 30 (1) 123-138 1990.

ANDREWS, D.; SAY, S; McLENNAN, J. A Self Administered computer based educational program about eating disorder risk factors. *Australian Psychologist Journal* nov vol 30 (3) 210-212, 1995.

ATKINSON, R. L.; HUBBARD, V. S. Report on the NIH Workshop on Pharmacologic Treatment of Obesity *American Journal Clinical Nutrition*. 60: 153-6, 1994.

BALINT, M. Entre a Psicanálise e a Medicina. In: MISSENARD, A. (coord) *A experiência Balint História e Qualidade*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 01-05, 1994.

Psicanálise e Prática Médica. In: MISSENARD, A. (coord) *A experiência Balint - História e Qualidade*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 09-22, 1994.

O Médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro, Atheneu 1988.

BALSINGER, B. M; LUQUE-DE-LEON, E; SARR, M. G. Who is an appropriate candidate? *Mayo Clinic Proc.* jun 72(6) 551-557 quiz 558, 1997.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1977.

BARTLETT, S. J. The Psychological Effects of Exercise on Dieting Obese DAI-B 57/04 p. 2929 oct 1996.

BERGER, P. L; LUCKMANN, T. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis, Vozes, 1978.

BERTRAM, S. R; VENTER, I; STEWART, R. I. Weight Loss in obese women - exercise versus dietary education *South African Medical Journal* 78 (7) 15-18 jul 1990.

BIANCO, A. C. Termogênese no Tecido Marrom: Implicações para Obesidade. In: MEDEIROS-NETO, G.(ed.) *Obesidade - Nova Fronteira Metabólica*. São Paulo Aché, p. 48-62, 1987.

BIERMAN, E. L. e HIRSH, J. Obesity. In: WILLIAMS, R. H. (Orgs) *Textbook of Endocrinology*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1974.

BLOCKER JR, W. P.; OSTERMANN, H. J. Obesity: evaluation and treatment. *Dis. Mon.* dec 42 (12): 829-73, 1996.

BOLTANSKI, L. *As Classe Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

BOUCHARD, C. Fatores Genéticos na Obesidade In: BRAY, G. A. (editor) *Clínicas Médicas da América do Norte* 1: 77-94, 1989.

BRAUN, R. N. *Pratique, Critique et Seignement de La Médecine Générale*. Paris, Payot, 1979.

BRAY, G. A. *The Obese Patient* Major Problems in Internal Medicine W. B. Saunders Company Philadelphia v. 9 1976.

Classificação e Avaliação das Obesidades. In: BRAY, G. A. (editor) *Clínicas Médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro, Interlivros, vol. 1, (a), p.189-216, 1989.

Obesity: Basic Considerations and Clinical Approaches. *Disease-a-Month* 18 (7) p. 454 - 449 1989 b.

BRAY, G. A. YORK, B.; DELANY, J. A survey of the opinions of obesity experts on the causes and treatment of obesity *American Journal Clinical Nutrition* 55(1) 151-154 january 1992.

BROWNELL, K. D; KRAMER, F. M. Behavior management of obesity *The Medical Clinics of North America* 73(1) 185-201 january 1989.

BRUCH, H. The Psychosomatic Aspects of Obesity. USA: *American Practitioner and Digest of Treatment*. Jan. 5: 48-49, 1954.

The Importance of Overweight. New York, W.W. Norton Co. Inc., 1957.

Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within. New York, Basic Books. . 9, 1993.

BURKE G.L. et al. Obesity and Overweight in Youngs Adults: the cardia study *Preventive Medicine* 19(4) 476-488 july 1990.

CACHERA, M. F. R.; BELLISLE, F.; TICHET, J.; et al. PEQUIGNOT, G. Relationship between adiposity and food intake: na example of pseudo-contradictory results obtained in case control versus between populations studied *International Journal of Epidemiology* 19(3) 571-577, 1990.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico.* Rio de janeiro, Forense Universitária, 1990.

CAPRA, F. *O Ponto de Mutação.* São Paulo, Cultrix, 1995.

CATERSON, I. Management strategies for weight control: eating exercise and behaviour. *Drug Supplement* 39 (3) 20-32 1990.

CAVALCANTI, Z. H; MOULIN, C. C. Perfil do paciente e do tratamento dietético em ambulatório *Jornal Brasileiro de Medicina* 67(2) 197- 206 agosto 1994.

CLAVREUL, J. A Ordem Médica. *Poder e Impotência do Discurso Médico.* Brasiliense. 1983.

COLLIP, P. J. *Tratamento da Criança Obesa.* São Paulo, Manole, 1977.

CRADOCK, D. *Obesity and its Management.* London. Churchill Livingstone, 1973.

CRAMER, S. R.; NIEMAN, D. C.; LEE, J. W. The effects of moderate exercise training on psychological well-being and mood state in women. *Journal of Psychosomatic Research.* 35 (4/5) 437-449 1991.

CROMBIE, D. L.; CROSS, K. W. The Workload in General Practice. *Lancet* 2: 354-1964.

- DANFORTH JR. E. Energy Balance and Thyroid Hormones In: MEDEIROS-NETO, G.(ed.) *Obesidade - Nova Fronteira Metabólica*. São Paulo Aché, p. 63-82, 1987.
- DENNIS, K. E; GOLDBERG, A. P. Weight control self-efficacy types and transmissions affect weight-loss outcomes in obese women. *Additive Behaviors Journal* jan feb vol 21 (1) 103-116, 1996.
- D'ÉPINAY, M. L. *Groddeck: A doença como linguagem*. Campinas, Papirus, 1988.
- DI GIROLAMO, M. Metabolic and Hormonal Regulation of Adipocyte Function In: Medeiros-Neto (ed.) *Obesidade: Nova Fronteira Metabólica*. São Paulo Aché, p. 23-47, 1987.
- DREWNOWSKI A; KURTH, C, L.; RAHAIM Taste Preferences in Human Obesity: Environmental and Familiar Factors. *American Journal Clinical Nutrition* 54(4) 635-641 october 1991.
- DUCHATEAU, J.; HOUBEN, J. J.; GOLDSCHMIDT, D. La Chirurgie plastique post-gastroplastie. *Ver. Med. Bruxelles*, sept 17(4): 244-7. 1996.
- EISEN, S. A; LYONS, M. J.; GOLDBERG, G. J.; TRUE, W. R. Impacto do consumo de cigarros e álcool sobre o peso e a obesidade *Archives of Internal Medicine* , nov. 1983, 153(21) 2457-2463, nov 1993.
- FOREYT, J. P.; GOODRICK, G. K. Factors common to successful therapy for the obese patient. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 23 (3) 292-297 march 1991.
- FOREYT, J. P; An etiologic approach to obesity. *Nutrition Research Clinic*. aug 15 32(8) 123-124, 126-128, 1977.
- FOSTER, G. D.; WADDEN, T. A.; KENDALL, P. C; STUNKARD, A. J. et al Psychological effects of weight loss and regain: a prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* aug vol 64(4) 752-757, 1996.

FOWLER, P. et al. Total and subcutaneous adipose tissue in women: the measurement of distribution and accurate prediction of quality by using magnetic resonance imaging *American Journal Clinical Nutrition* 54(1) 18-25 July 1991.

FREUD, S. (1920) *Psicologia de Las Masas y Analisis del Yo*. In: *Obras Completas*, Madrid Biblioteca Nueva, vol. 3 p.2564-2610, 1981.

_____ (1912) *Totem e Tabu*. In: *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, vol. 2 p.1745-1850, 1981.

_____ (1934) *Moises y la Religion Monoteista*. In: *Obras Completas*, Madrid, vol. 3, p.3242-3324, 1981.

_____ (1927) *El Porvenir de una Ilusion*. In: *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, vol. 3 p. 2961-2992, 1981.

_____ (1929) *El Malestar en la Cultura*. In: *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, vol. 3 p. 3017-3067, 1981.

GARMA, A. *A psicanálise Teoria, Clínica e Técnica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

GARN, S. M.; SULLIVAN, T. V; HAWTHORNE, V.M. Educational level, fatness, and fatness differences between husbands and wives *American Journal Clinical Nutrition* 50(4) 740-745 October 1989.

GIOIA-MARTINS, D. F. *Aspectos Psicodinâmicos Associados à Obesidade: Um Estudo Comparativo de Dois Grupos com o TAT e o Rosenzweig*. São Paulo, 1986. 175 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto Metodista de Ensino Superior.

_____ Psychologist's Eay of Acting in Hospital Institutions: Comparative Study Groups of Women as to the Psycho-Dynamic Aspects Associated to Obesity. [Apresentado no II Congresso Interamericano de Psicologia – Buenos Aires – Argentina] 1989.

- _____ Obesidade e Agressividade: Um Estudo Psicológico de Mulheres em Hospital Público. [Apresentado no II Congresso de Psicologia - São Paulo - SP] 1991.
- _____ Aspectos Psicológicos de Mulheres em Hospital Público: estudo Comparativo entre Dois Grupos quanto à Variável Obesidade. [Apresentado no V Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar - Goiânia - GO] 1993.
- _____ A Entrevista em Hospital Geral.
[Apresentado no 1º Encontro de Técnicas de Exame Psicológico: Ensino, Pesquisa e Aplicação. - São Paulo - SP] 1994.
- _____ “A Integração da Equipe Multidisciplinar no Âmbito Hospitalar” [Apresentado no Centro de Estudos Neomater - São Bernardo do Campo - SP] 1995.
- _____ “O Papel do Psicólogo Clínico” [Apresentado no Curso de Pós-Graduação: Especialização em Psicologia Hospitalar. *Sedes Sapientiae* - São Paulo] 1995.
- GOLDBLATT, P.B.; MOORE, M. E.; STUNKARD, A. J. Social Factors in Obesity. *JAMA* 192(12) 1039-1044. 1965.
- GUARESCHI, P. A . A Categoria “Excluído”. *Psicologia - Ciência e Profissão*. 12 (3-4): 4-11, 1992.
- HALPERN, A. Obesidade: Considerações Terapêuticas. In: MEDEIROS-NETO, G.(ed.) *Obesidade Nova Fronteira Metabólica*. São Paulo, Aché, p.160-181, 1987.
- HEINI, A. F.; WEINSIER, R. L. Divergent trends in obesity and fat intake patterns: the american paradox. Clinic of internal medicine, Switzerland *American Journal Medicine* mar 102(3) 259-64, 1997.
- HEITMANN, B. L.; LISSNER, L. Dietary underreporting by obese individuals - its it specific or non - specific? *British Medical Journal* oct 14 311(7011) 986-989, 1995.

HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

HERRMANN, F. *Andaimes do Real: O Método da Psicanálise*. São Paulo, Brasiliense, 1991.

Uma aventura: a tese psicanalítica. In: SILVA, M. E.L. *Investigação e Psicanálise*. Campinas, Papirus. 1993.

MINERBO, M. Creme e castigo: sobre a migração dos valores morais da sexualidade para a comida.(apresentado como "conferência magistral" In: **CONGRESSO LATINO AMERICANO DE PSICANÁLISE**. FEPAL Lima 1-14 1994.

HIRSCH, J.; FRIED, S. K.; EDENS, N. K.; LEIBEL, R. L. O Adipócito. In: *Clínicas Médicas da América do Norte* 1: 95-111, 1989.

HOLMES D; ZYSOW, B.; DELBANCO, T. L. An analytic review of current therapies for obesity. *The Journal of Family Practice* 28(5) 610-616, 1989.

HUNTER, S. M.; LARRIEU, J. A; AYAD, F. M.; et al. Of mental health professionals in multidisciplinary medically supervised treatment programs for obesity. *South med. J.* jun 90(6) 578-586, 1997.

JEFFREY, R. W.; ADLIS, S. A.; FOSTER, J. L. Prevalence of dieting among working men and women: The healthy worker project. *Health Psychology*, 10 (4): 274-281, 1991.

JEFFREY, R.; WING, R. Long-term effects of interventions for weight loss using food provision and monetary incentives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Oct vol 63(5), 1995.

JEFFREY, R. W; WING, R; THORSON, C; BURTON, L. R. et al. Strengthening behavioral interventions for weight loss:a randomized trial of food provision and monetary incentives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* dec vol 6(6) 1038-1045, 1993.

JODELET, D. Representations Sociales: Un Domain en Expansion. In: Jodelet, D. (Org) *Les Representations Sociales*. Paris, Press Universitaires de France, 1989A.

Folies et Representations Sociales. Paris, PUF, 1989b.

JORDAN, H. A.; LEVITZ, L, S. Behavior Modification in the treatment of Childhood Current Concepts in *Nutrition*, 3, p.141-150, 1975.

KEESEY, R.E. Regulação fisiológica do peso corporal e o problema da obesidade. In: BRAY, G. (editor) *Clínicas Médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro, Interlivros, 1: 17-31 1989.

KISSEBACH, A. M.; VYDELINGUM, N.; MURRAY, R.; et al. Relation of body-fat distribution to metabolic complications of obesity. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 54:254-260, 1982.

KLESGES, R. E. Personality and Obesity: Global versus Specific Measures? *Behavioral Assesment* 6: 347-356, 1984.

KRAMER, F. M.; STUNKARD, A. J. et al. Limited weight losses with a gastric balloon *Archives International Medicine* 149(2) 411-413 february 1989.

KUHUN, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, Chicago Press, 1970.

LEON, G. R.; ROTH, L. Obesity: Psychological causes correlation and speculations. *Psychological Bulletin* 84(1) 117-139, 1977.

LEVINE, M.D.; MARCUS, M.D.; MOULTON, P. Exercise in treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. mar vol 19(2) 171-177, 1996.

LEY, P. Some tests of Hypotesis that Obesity is a defense against depressions. *Behavioral Res. Ther.* 22(2): 197-199, 1984.

LUSTIG, A. Wight loss programs: failing to meet ethical standards? *Journal of The American Dietetic Association* 91(10) 1252-1254 october 1991.

MADDOX, G.L.; LEIDERMAN, V. Overweight as a social disability with medical implications. *Journal of Medicine Education* 44: 214-220, 1969

MALDONADO, M. T. *Maternidade e Paternidade*. Petrópolis, Vozes, 1990.

MARSHALL, J. D.; HAZLETT, C.B.; SPADY, D. W.; et al. Comparison of Convenient indicators of obesity. *American Journal Clinical Nutrition* 51(1): 22-28. 1990.

MARSHALL, D. R.; HAZLETT, C. B; SPADY, D. W.; CONGER, P. R.; et al. Validity of convenient Indicators of Obesity. *Human Biology*, vol 63(2), p.137-153, 1991.

McCONNELL, J. V. *Psicologia*. Rio de Janeiro, 1978.

McNEILL, G; FOWLER, R. J. et al. Body fat in lean and overweight women estimated by six methods *British Journal Nutrition* 65(2) 95-103 1991.

MEDEIROS-NETO, G. Obesidade: *Nova Fronteira Metabólica*. In: Obesidade Nova Fronteira Metabólica. São Paulo, Aché, p.09-22, 1989

Tratamento farmacológico da obesidade: a necessidade de uma revisão científica e filosófica. *Consultório Médico* 4(24) 18-20 set/out 1994.

O obeso absolvido. *Ver Ass Med Brasil* 40(3) 141-142 1994b.

MENDELSON, M. Psychological Aspects of Obesity. *International Journal Psychiatry*. 2: 599-613, 1966.

MENNINGER, K. A. Psychological factors in the choice of medicine as a profession. *Bulletin Menninger Clinical* 21: 51, 1957.

MONELLO, L.; MAYER, J. Obese Adolescent girls. An unrecognized "minority" group? *American Journal Clinical Nutrition* 13:35-39, 1969.

MOORE, M. E; STUNKARD, A. J; SROLE, L. Obesity, social class and mental illness *JAMA* 181(3) 138-142 sept 1962.

MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

On Social Representations. In: Forgas, J.P. (EDS) *Social Cognition: Perspectives on Everyday Understanding*. Londres, Academic Press, 1981a .

L'Age des Foules: un Traité Historique de Psychologie des Masses. Paris, Fayard, 1981b.

The Phenomenon of Social Representations .In: Farr, R. M. e Moscovici, S. (Orgs) *Social Representations*. Cambridge, Cambridge University Press, 1984a.

Les Representations Sociales. Paris, PUF, p.83, 1989

MOUNT, R.; NEZIROGLU, F.; TAYLOR, C. J. An Obsessive-Compulsive View of Obesity and its treatment. *Journal of Clinical Psychology* 46(1) p. 68-70 january, 1990.

NISBETT, R. E. Taste, deprivation and weight determinants of eating behavior. *Journal Personality Social Psychology*. 10: 107-116, 1968a

Determinants of food intake in human obesity. *Science* 159: 1254- 1255, 1968b.

- _____. Obesity, food deprivation, and supermarket shopping behavior. *Journal Personality Social Psychology* 12: 289-294, 1969.
- OREMLAND, J. D. Interpersonal Resistance to change: a study of a fat woman who became thin. *Journal Psychiatry in Medicine*. 7: 82-94, 1976.
- PACE, P. W.; BOLTON, M. P.; REEVES, R. S. Ethics of obesity treatment: implications for dietitians. *Journal of the American Dietetic Association* 91(10) 1258-1260, 1991.
- PAIVA, L. M. *Medicina Psicossomática*. São Paulo, Artes Médicas, p.371-384, 1966.
- PERESTRELLO, D. *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro Atheneu, 1982.
- PIAGET, J. *Estudos Sociológicos*. Rio de Janeiro, Forense, 1973.
- _____. *Biologia e Conhecimento: ensaios sobre as relações entre regulações orgânicas e os processos cognoscitivos*. Petrópolis, Vozes, 1973b.
- _____. *A Formação do Símbolo na Criança-Imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978a.
- _____. *A Construção do Real na Criança*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- _____. *A Representação do Mundo na Criança*. Rio de Janeiro, Record, 1978b.
- _____. *Seis Estudos de Psicologia*. Rio de Janeiro, Forense, 1967.
- _____. *Psicologia da Inteligência*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

PITTA, A.M. R. (Org) *Saúde & Comunicação - Visibilidades e Silêncios*. São Paulo, Hucitec, Abrasco, 1995.

POWELL, J.J.; TUCKER, L.; FISHER, A. et al. The effects of different percentages of dietary intake, exercise, and calorie restriction on body weight in obese females. *American Journal of Health Promotion*. Vol 8(6) 442-448, 1994

PREZIOSO, M. Social Learning Variables as Predictors of Success a Behavioral Weight Loss Program (Weight Loss) DAÍ-B 55/11 p. 5055 may 1995.

PROSHANSKI, H. M. Las Técnicas Proyetivas en la Investigacion Operativa: Diagnóstico y Medicion Encubiertos. In: L.E. Abt. E L. Bellak. *Psicologia Proyetiva*. Paidós, 1967.

ROBINSON, C. G. The patient as a person. *The Commonwealth Fund*. Nova York, 1939.

ROCCO, R. P. Relação estudante de medicina-paciente. In: MELO FILHO, J. et al. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

RODIN, J.; SLOCHOWER, J. Externality in Nonobese: Effects of Environmental Responsiveness on Weight. *Journal Personality Social Psychologie* 33(3): 338-344, 1976.

RODIN, J.; SCHANK, B. A. STRIEGEL-MOORE, R. Características Psicológicas da Obesidade. In: BRAY. G. (Ed.). *Clínicas Médicas da América do Norte*. 1: 53-76, 1989.

ROSEN, J.; OROSAN, P; REITER, J. Cognitive Behavior Therapy for Negative Body Image in *Obese Women Behavior Therapy*, win vol 26(1) 25-42, 1995.

ROUGHAN, P.; SEDDON, E.; VERNON-ROBERTS, J. Long-term effects of a psychological based group programme for women preoccupied with body weight and eating behaviour. *International Journal of Obesity* 14(12) 135-147 february 1990.

- SANTOS, B. S. *Um Discurso Sobre as Ciências*. Lisboa, Afrontamento, 1997.
- SCHACHTER, S.; GROSS, L. P. Manipulated time and eating behavior. *Journal Personality Social Psychology*. 10: 98-106, 1968.
- SCHACHTER, S.; GOLDMAN, R. AND GORDON, A. Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. *Journal Personality Social Psychology* 10: 91-97, 1968.
- SCHACHTER, S. Some extraordinary facts about obese humans and rats. *Am. Psychol.*, 26: 129-144, 1971.
- SCHLUNDT, D. G.; HILL, J. O.; SBROCCO, T.; POPE-CORDLE, J. et al. Obesity: a biogenetic or biobehavioral problem. *International Journal of Obesity* 14(9) 815-828 1990.
- SCHLUNDT, D. G.; SBROCCO, T.; BELL, C. Identification of high-risk situations in behavioral weight loss program: Application of relapse preventions model *International Journal of Obesity* 13(2) 223-234 april, 1989.
- SIMON, R. Modelo de prevenção aplicado a setor de saúde mental *Boletim de Psicologia* XXIX 72/73 23-38, 1977.
- _____ O complexo tanatolítico justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Boletim De Psiquiatria* 4(4) 113-115 dezembro de 1971.
- _____ *Psicologia Clínica Preventiva*. São Paulo, Vetor, 1983.
- SIMS, E. A . Armazenamento e Consumo Energético na Obesidade e Suas Implicações Terapêuticas. In: BRAY. G. (Ed.). *Clínicas Médicas da América do Norte*. 1: 113-129, 1989.
- STUART, R. B.; DAVIS, B. Slim Chance in a fat world: Behavioral Control of Obesity. Illinois, *Research Press Company*, 1974.

STUNKARD, A. J. Eating patterns of Obesity. *Psychiatric Quality* 33: 284-295, 1959.

_____ Obesity In: Williams. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* V. II The Williams Wilkins Company, Baltimore, 1976.

_____ Current views on obesity. *American Journal Medicine* 100(2): 230-6, 1996.

STUNKARD, A. J.; HUME, Mc LARAN, M. The results of treatment for obesity *Archives International Medicine* 103: 79-85 1959.

STUNKARD, A. J. Adherence to medical treatment overview and lessons from behavioral weight control. *Journal Psychosomatic Research*. 25(3) 187-197 1981.

STUNKARD, A. J. KOCH, C.R. The interpretation of gastric motility: Apparent bias in the reports of hunger of obese persons. *Archives General Psychiatry* 11: 74-82, 1964.

SZASZ, T. *Dor e Prazer* – Um Estudo das Sensações corpóreas. Rio de Janeiro, Zahar 1976.

TÄHKÄ, V. *O Relacionamento Médico-Paciente*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

TOULEXIS, L. A.; Dieting: the losing game. *Time* 40-46. january 1986.

TUCKER, L. A; BAGWELL, M. Television viewing and obesity in adult females *American Journal Public Health* 81(7) 908-911 july 1991.

TZAGOURNIS, M Obesidade. In; Mazzaferri, E. L.(ed.) *Endocrinologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.333-352, 1978.

VANDERWEYER, E.; VAN-GEERTRUYDEN, J.; DE FONTAINE, S.; et al. La chirurgie plastique post-gastroplastie Ver. *Med Bruxelles* sept 17 (4) 244-7, 1996.

VIGOTSKI, L. S. *Mind in Society*. Cambridge, Harvard University Press, 1978.

Pensamiento y Lenguaje. Buenos Aires, La Pleyade, 1987.

WADDEN, T. A.; STUNKARD, A. J. Psychopatology and Obesity. Philadelphia, *Annals of the New York Academy of Sciences*. jun v. 499 55-65, 1987.

STERNBERG J.A.; STUNKARD, A. J.; et al. Treatment of Obesity by Very Low Calorie Diet, Behavior Therapy, and their Combination: A Five-Year Perspective. *International Journal Obesity* 13 (2): 39-46, 1989.

WALCOTT-McQUIGG, J.A.; SULLIVAN, J.; DAN, A. Psychosocial factors influencing weight control behavior in African-American women. *Journal National Medical Association*, 87(6): 427-432, 1995.

WALSH, M. F.; FLYNN, T. J. A 54 month evaluation of a papular very low calorie diet program. *Journal of Family Practice* 4 (3) 231-236 sept. 1995.

WEINBERG, N.; MENDELSON, M.; STUNKARD, A. A Failure to find distinctive personality features in a group of obese men. *American Journal. Psychiatry* 117(7) 1035-1037, 1961.

WEINTRAUB, M.; BRAY, G. Tratamento Medicamentoso da Obesidade. In: *Clínicas Médicas da América do Norte*, 1: 281-296, 1989.

WILLARD, M. D. Obesity: types and treatments *American Family Phisician* 43(6) 2099-2108 june 1991.

WILLIAMS, R. H. (ORG) *Textbook of Endocrinology*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1974.

WILSON, M. A . Southwestern Internal Medicine Conference: Treatment of Obesity. *American Journal Medical Sciences* 299(1) p. 62-68 january 1990.

WING, R. Obesity and Related Eating and Exercise Behaviors in Women *Annals of Behavioral - Medicine* Vol. 15 (2-3) 124-134, 1993.

WOOLEY, S. C.; GARNER, D. M. Obesity Treatment: The high cost of false hope. *Journal American Dietetic Association* 91(10) 1248-1251, 1991.

Artigos de Revistas e Jornais

A Fera - Gorda de Pork's é a típica ridícula. **Folha de São Paulo**, 11 de julho de 93, caderno 4, p.03.

AHUJA, A. Obesidade assume proporções de epidemia. **O Estado de São Paulo**, 25 de agosto de 1996, caderno D, p.04.

ALCÂNTARA, E. Um tiro no coração. **Veja**, São Paulo, Abril, 24 de setembro de 1997, p. 104-110.

Bigode ficou gordo porque perdeu os pais. **Notícias Populares**, São Paulo 31 de outubro de 1994.

CARELLI, G. Obesos sofrem com espaços inadequados. **Estado de São Paulo**, 27 de julho de 1997, caderno C, p.04.

CARRASCO, V. Calorias e Culpas - O olho gordo dos fiscais de peso alheio. **Veja**, São Paulo, Abril, 17 de junho de 1992, p. 106

Comilão. **O Estado de São Paulo**, 14 de setembro de 1994.

COWLEY, G. Atração pelo belo reflete cuidado com a espécie. **O Estado de São Paulo**, 09 de junho de 1996, caderno A p, 27.

CRUZ, J. S. Excesso de peso tira o sono de 95% dos brasileiros. **Folha da Tarde**, São Paulo, 22 de outubro de 1990.

Designer conta que comia "até os cantos da geladeira". **Folha de São Paulo**, 08 de fevereiro de 1993, caderno 03, p.04.

Dietas para emagrecer levam pacientes a ficar mais gordos., **O Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro 21 de setembro de 1993, caderno ciência e ecologia, p. 15.

DIMENSTEIN, G. A Pedagogia do prazer. **Folha de São Paulo**, 19 de setembro de 1997, caderno 1, p. 20.

Estudo explica porque peso volta após dieta. **O Estado de São Paulo**, 10 de março de 1995, caderno A, p.12.

Exercício pode ser mais eficaz que dieta. **Folha de São Paulo**, 18/05/96, caderno 1, p. 13.

FERREIRA, F.R. Justiça dirá se escola pode expulsar gorda. **Folha de São Paulo**, 29 de novembro de 1990.

FONTANA, C. Concurso escolhe a gordinha mais sexi. **O Estado de São Paulo**, 02 de março de 1994, caderno C, p.03.

GANCIA, B. Gordos só são gostosos na Nova Guiné. **Folha de São Paulo**, 01 de abril de 1994, caderno 03, p. 02.

GASPAR, M. e PURVINNI, L. Paulistanos adotam "dieta USP" e "sopão". **Folha de São Paulo**, 25 de março de 1996, caderno 03, p.10.

Gordão entala no vaso e morre do coração. **Notícias Populares**, São Paulo 11 de janeiro de 1997, caderno geral, p. 04.

Gordinhas Eufóricas. **O Diário Popular**, São Paulo, 04 de fevereiro de 1994, primeiro caderno, p. 01.

Gordos são perseguidos. **Folha de São Paulo**, 11 de junho de 1994, caderno 03, p. 04.

Gordura tem Remédio. **Veja**, São Paulo, Abril, 27 de novembro de 1996.

Gula seria principal causa da obesidade., **O Globo**, Rio de Janeiro
16 de abril de 1993.

HALPERN, A. A explosão da Obesidade. **Folha de São Paulo**, 11 de
janeiro de 1996, caderno 03, p.02.

Justiça dirá se escola pode expulsar gorda. **Folha de São Paulo**, 29 de
novembro de 1990

LARA RESENDE, O. Gigante pela Boca. **Folha de São Paulo**, 15 de
maio de 1992, 1º caderno, p. 02.

LEITE, P. M. O Império da vaidade. **Veja**, São Paulo, Abril 23 de agosto
de 1995, p.95.

Livro propõe “reprogramar o cérebro” do gordo. **Folha de São Paulo**, 11
de julho de 1993, caderno 04, p.03.

LOGULLO, E. Eternamente... provolones. **Folha de São Paulo**, 29 de
setembro de 1991, revista D’ p. 02.

MEDEIROS-NETO, G. É fácil enganar o gordo. **Veja**, São Paulo, Abril,
18de novembro de 1987.

MIGLIACCIO, M. Médico relaciona obesidade com frustração sexual.
Folha de São Paulo, 11 de junho de 1994, caderno 03, p. 06.

NEGRO, J. Obeso foge da dieta e mente para o médico. **Folha de São
Paulo**, 08 de fevereiro de 1993, caderno 03, p.04.

Ninguém é feliz de barriga vazia. **O Estado de São Paulo**, 14 de
setembro de 1994.

Nossa Contribuição à Eco 92: Desencalhar as baleias. **Nova**, São Paulo,
Abril 22 de abril de 1991.

Obesos são estigmatizados nos Estados Unidos. **O Estado de São Paulo**, 10 de outubro de 1993.

PAGENOTTO, M. L. Governo inglês quer população "enxuta". **O Estado de São Paulo**, 18 de fevereiro de 1996, caderno A, p.14.

PASTORE, K. e CAPRIGLIONE, L. O Feitiço do Corpo Ideal. **Veja**, São Paulo, Abril, 04 de fevereiro de 1998, p. 62- 65.

_____ A Alforria dos gordos. **Veja**, São Paulo, Abril 04 de fevereiro de 1998, p.66-69.

_____ A chave para ganhar a guerra do peso. **Veja**, São Paulo, Abril, 21 de novembro de 1994, p.84-91.

PETERSON, I. Obesidade. **O Estado de São Paulo**, 18 de novembro de 1997.

PRADO, W. "Gordo" pode trocar de prisão ainda hoje. **Folha da Tarde**, São Paulo, 04 de fevereiro de 1992, caderno E, p.01.

Proteína faz emagrecer sem dor. **Folha de São Paulo**, 27 de julho de 1995, caderno 1, p.13.

ROSA, A .V. Médicos pesquisam a "pane" que provoca a obesidade no homem. **Folha de São Paulo**, 07 de fevereiro de 1992.

ROSA, L. Gordinhas querem Roberto. **Diário Popular**, São Paulo, 04 de fevereiro de 1994, revista, p. 01.

SEGATTO, C. Novos Padrões alimentam mania de dieta. **O Estado de São Paulo**, 28 de janeiro de 1996, caderno A, p. 24.

ABSTRACT

The aim of this paper was to study the psychodynamics of the Social Representations (RS) of endocrinologists from public hospitals about obesity. The Social Representations were first identified and then we sought to detect their relative unconscious, in other words, the emotional logic upon which they took shape. The interviews were carried on with ten endocrinology doctors from public medical institutions (five female and five male doctors) aged between twenty-eight and forty-four. Their specialization period ranged from two to eighteen years. The interviews were semi structured, in the sense that they had been given a minimal pre-structure, thus allowing the interviews to be spontaneous and express himself freely and easily. The techniques used were projective techniques, with general and wide-ranging questions. The theme, obesity, was expected to arise spontaneously during the course of the interview. The data handling based on the psychodynamic frames of reference, followed a qualitative approach. The study here presented leads to the

conclusion that an individual doctor interprets the ideologies about obesity which circulate among people in our society. The doctor's behavior reflects his personality traits, his scientific knowledge, and the influence of mass media.

ANEXO

1. Entrevista - *Beatriz*

Procurou falar longe do microfone do gravador. Mexia num papel enquanto falava. Quando foi desligado o gravador falou: “ Uma coisa que você não sabia é que eu odeio atender obesos, é um porre. Todo mundo não gosta, mas ninguém fala”. Depois, muda de assunto, perguntando da ADJ (Associação de Diabéticos Juvenis).

P. Gostaria de saber o que te levou à escolha profissional?

- *Especialista?*

P. Sim

- *Porque era a área que eu menos sabia na residência (ri). Eu achei que era um desafio. Foi por isso.*

P. Era um desafio?

- *Era. Eu não sabia nada. Era a área mais difícil quando eu fazia residência. E aí, de propósito, eu estudei e resolvi fazer isso. Porque achava interessante também.*

P. E acabou descobrindo algumas coisas. Por exemplo quais as facilidades e dificuldades?

- *Não. Na verdade não tem muita diferença você fazer qualquer especialidade clínica. Não acho que cardiologia seja menos interessante do que a Nefro, do que isso, do que aquilo, né? Acho que qualquer doente tem problemas interessantes para você resolver, é... só que eu acho endocrinologia uma coisa fascinante do ponto de vista teórico. Na minha opinião até hoje, é uma das especialidades que você pode inventar a doença, descobrir a doença, a*

partir do conhecimento teórico, por exemplo. Ela é mais de aprender e decorar. É muito rica, muito interessante, nesse sentido. Isso é só o começo, só o ponto de partida. Depois que eu comecei a trabalhar na endocrino, eu gostei, como eu poderia gostar de outra especialidade também.

P. E hoje? que facilidade e que dificuldade você encontra no teu dia a dia, no teu trabalho aqui no hospital, por exemplo?

- *Bom, eu só trabalho em hospital estatal, né? Eu trabalho aqui e eu trabalho no ****. Então a dificuldade é a financeira. Você sabe "X" coisas e a política... Mas isso não é bem uma questão dessa especialidade, é uma coisa do País. Você lê uma coisa num livro e na realidade é outra. Mas isso também não é da endocrinologia, isso é no andar na rua. Quando eu me formei, eu era capaz de ler todas as revistas médicas, e de entender. Agora mesmo dentro da especialidade, de vez em quando tem um título que não dá para entender. Mesmo de endocrinologia. O conhecimento médico avançou de uma maneira brutal e avançou muito mais fora daqui. Quer dizer, o descompasso tecnológico ficou uma coisa muito gritante. Então a gente tem que batalhar para estar sempre informada. Não dá para conhecer clínica geral profundamente, tem que ser especialista mesmo para poder... trabalhar direto. Assim mesmo não dá para ficar em dia com toda a literatura de toda endocrinologia. Isso é uma coisa do ponto de vista teórico. Do ponto de vista prático, a conversa é outra. Não tem nada a ver com isso. E eu nem tenho idéia de como é que é em consultório de médico endocrinologista famoso, por que deve ser pior do que trabalhar em hospital estatal. Por que não tem dinheiro... ah, tem muito mais do que na clínica privada, onde os recursos, o acesso a recursos... É isso.*

P. Existe alguma facilidade?

- *A facilidade é isso...de poder não sei nem se é ter dinheiro...parece contraditório. Na verdade trabalhar em hospital estatal, não sendo o paciente que paga diretamente, eu posso pedir mais exames, eu posso investigar mais, eu posso fazer estudo clínico, né? Então ao mesmo tempo que o serviço é pobre, ao mesmo tempo ele tem recursos para fazer esse tipo de abordagem, né?*

P. Dentro da especialidade, o que mais te agrada? E o que mais te desagrada?

- *(pausa longa) ... dentro da especialidade...o que eu não gosto mesmo? De mulher peluda e de gorda. (ri)*

P. Não gosta de mulher...

- *Detesto gordos. Não faço obesidade de jeito nenhum, por que não tenho nenhuma paciência.*

P. É? Como é isso? Já que tocou no assunto...

- *Um saco. Não tenho a menor paciência, mal sei prescrever fórmulas, e não prescrevo. Não tenho paciência. Não tenho.*

P. Se nega a atender? Como é a tua visão de obeso ?

- *É...(pausa longa) é que é assim: é inútil tratar de gordos. Porque...eles andam de um médico para outro. Do outro para o outro. De um para o outro, de outro para um. Ah...fica um eternamente assim. É diferente de uma pessoa que engorda por uma razão e pela primeira vez vai ao médico, né? Esse paciente é como qualquer outro. Ele é recuperável. Agora esse tipo de gordo que já fez todos os regimes, que sabe mais de regime do que qualquer médico, não adianta. E eu não tenho paciência porque...eu sei que vai ser um insucesso total.*

P. O prognóstico?

- *É. E por que não é uma questão endocrinológica, mas ao mesmo tempo é, né? Já tentei fazer coisas assim tipo... por exemplo, uma médica, quer dizer, que dizia que era gorda e que não comia nada. Eu marcava toda a semana, eu marcava num consultório emprestado. Eu conversava com ela, o que ela tinha comido, o que... por que não deu certo...o porque não deu certo...bom ela é que não voltou. Isso já aconteceu várias vezes de... quando resolver fazer, este paciente eu vou fazer de todo o jeito... paciência mas... eu acho que obesidade é assim: os pacientes tem essa coisa da...do dispêndio energético que é diferente de um para o outro. Mas eu acho que sobretudo, tem a...o erro alimentar, que com uma frequência razoável é...não é perceptível. As pessoas...racionalmente comem um "X" mas sempre comem muito mais do que isso. Então quando você faz o interrogatório de comeu quanto, e na prática quanto comeu é... pode parecer que são mentirosos, né? E eu acho que essa abordagem que a gente faz é muito ruim. Assim: dá uma dieta, ou dá uma bolinha, ou... é uma porcaria esse jeito de tratar de gordo. Então, não tenho saco.*

P. E qual seria a tua visão do tratamento? o mais próximo do ideal?

- *... Sabe que eu nunca pensei nisso. Eu não quero...saber.*

P. É uma coisa que...

- Não é, não faz o meu gênero, né? Não faz mesmo. Claro que eu acabo tendo que lidar com isso, quando estou cuidando de diabéticos, né?

P. Sim.

- Então... (pausa longa) é... mas aí é assim: é um paciente que tem uma razão para emagrecer. Não é um paciente que vem e porque... porque sim e porque não... então esse paciente que é diabético do tipo I, do tipo II e que também é gordo, eu lido de outra maneira, o maior respeito, né? Posso até brigar, como uma porção de vezes quando o tratamento não está sendo feito. O maior cuidado, como a gente faz uma porção de vezes, mas este tipo de paciente não me incomoda. Mas gordo que é gordo, sem nada... eu não tenho paciência. Como eu não sou obrigada a atender esse tipo de paciente, eu mando para outra que atende. No *** por exemplo, eu tenho uma sala que eu fico olhando, e sempre tem vários estagiários. Aí vem lá o gordo, o estagiário atende, e eu não dou palpite. Eu fico... pensando nada lá... em todas as outras patologias eu dou o meu palpite, mas quando chega a gorda, não presto atenção(ri) e pronto! Não quero sequer pensar, pronto.

P. É uma coisa...

- Me enche muito a paciência, por que também é um tratamento que demora, que precisa fazer exames, você não pode fazer todos os exames, e depois que tem o diagnóstico, vamos pensar que deu tudo certo e você acertou no remédio, demora uns 6 meses para você ficar sabendo os resultados, saber se... (ri) melhorou alguma coisa. Então é um pouco chato. É isso.

P. O tempo é que te incomoda?

- Não. Por que, por exemplo, para crescimento que eu trato pra chuchu, que demora a vida toda para crescer, é o que eu mais faço e acho legal.

P. Sim, e tem um prognóstico positivo?

- Depende né? quando tem remédio, tem. Quando não tem é um fracasso.

P. Fracasso. É diferente do obeso por exemplo, nesse sentido? Ambos podem ter um prognóstico negativo?

- O fracasso...o fracasso no tratamento desses pacientes importa muito. É concreto. Eu concordo com eles, eles têm uma doença grave. Depende de como ele toma o remédio. Se é aplicado na hora certa, né?

P. E a relação médico-paciente- paciente? aquela médica que você atendeu por exemplo?

- *Aquela não veio mais. Achei ótimo (ri). Pela quarta vez que eu estava completamente disponível, dando a maior força, vendo o que comeu na hora do jantar, do almoço...até resolvi fazer bem direitinho e ela não veio (ri) foi ao cinema. Achei bom, eu não tenho paciência.*

P. Pela experiência que você tem, você acha que a relação médico / paciente é - importante no tratamento da obesidade?

- *Claro. Você está falando da obesidade? Olha, eu não vou nem falar de mim. Por que eu não lido com gordo. Mas o que as pessoas procuram...elas vão pela fantasia né? Tem um médico que tem a dieta do não sei o que. Isso a gente vê no cotidiano. É o amigo que faz a dieta de Beaverlly Hills, outro que o médico que faz a dieta do não sei o quê. Inventam um monte de coisa, então isso é fantasia. A maior parte dos gordos que estão procurando o médico, eles estão procurando uma mágica. A dieta dos pontos, a dieta de poder comer tudo, de não sei o que, a injeção, a outra...quer dizer o que se procura não é uma coisa além do concreto. E eu não vou dar salvação para ele nessa (ri)... O que engorda depende do valor calórico total, se é superior ao que se dispende naquele dia. Não tem segredo. As pessoas, claro que podem despende pouquíssima energia, comer um pouquinho e engordam. Mas não sai disso. Então como eu não sei fazer mágica, não sou uma boa médica para isso. De jeito nenhum.*

P. E as outras atividades dentro da endocrino? Você gostaria de estar colocando alguma coisa?

- *...Bom eu...eu faço muito agora é crescimento, né? tem ambulatório no ***
*** no acho que tenha alguma coisa que seja mais interessante que a outra. O que eu acho que é extremamente penoso...para a gente enquanto medico é lidar com diabéticos. É...também eu não sei se é por causa das condições hospitalares (pausa), mas é duro. Fazer o ambulatório de diabetes é...um sofrimento para todo mundo.*

P. Em que sentido?

- *Por que é uma tonelada de pacientes. Saindo pela ladrão. E você sente que está interferindo pouquíssimo, que por mais que você se esforce, não sei se você está mudando o prognóstico. Eu não sei qual é o paciente que está indo lá por que...o hospital dá o remédio, eu não sei qual é o paciente que está ouvindo o que você está falando, que entra por uma orelha e sai pela outra. Às vezes, eu tenho a impressão que você se dedicou, você fez o máximo que você poderia para ensinar e depois você percebe que o aprendizado foi*

ridículo...A sensação de frustração é muito grande... agora, também tem o paciente que claramente você vê mudado; mas isso (ri) é tão raro...

P. Lidar com o positivo é uma boa. E lidar com o fracasso?

- *A gente demora a aprender que... não depende do paciente, não depende da gente. Isso não é um fracasso pessoal. (pausa) Sei lá, cada doença especificamente... no momento que eu falei do diabetes...corre o risco, sei lá...*

P. Você falou que demora a prender?

- *Demora. Demora. No começo você pensa que vai mudar a história do ambulatório que você está fazendo; Que era uma porcaria, que o médico anterior era (ri)...um bocó de mola (sic), que não se dedicava...Isso de fato concretamente muda. Muda mesmo a história de algumas pessoas, dependendo do médico; se o anterior era um bocó de mola e o atual não é, muda. Mas é muito pouco. O atendimento multiprofissional muda, é...tudo isso é claro que tem importância. Mas é muito relativo...parece...parece heresia o que eu vou falar, por que esta na maior moda... a orientação e educação, né? Então, é assim, o máximo investir em educação com relação a pacientes. Agora eu acho que isso está sendo falado muito...muito, sem ter uma avaliação concreta, de qual é o impacto que isso está dando...eu estou dizendo assim, se você pega um paciente no *****, completamente analfabeto, você tira o paciente do fator de risco imediato, que é assim, de morrer de complicação...por erros de aplicações de insulina, porque parou de tomar o remédio...isto é importantíssimo, é fundamental mesmo. Tirou o sujeito de um risco fulminante de entrar debaixo de um trem. Ele está um zero `a esquerda, que não sabe nada. Isso é absolutamente angustiante. `As vezes não vai pra frente por condições psicológicas, sociais. Enfim, o cara está na corda bamba, não sai do trilho, porque, não sei porque. `As vezes fica assim mesmo. Por que você acaba ensinando tudo...agora quando você pega um paciente que...por exemplo um estudante de medicina, que fica diabético não é? Então daí, é muito pouco que você pode ensinar. Educação específica é...uma coisa é você ser médico, e uma coisa é você ser médico diabético. É completamente diferente. O conhecimento adquirido na prática é de outra qualidade, obviamente. Então o que é que a educação muda na história? Não sei. É muito pouco o que se aprendeu. Nesse segundo caso, isso mudou muito a qualidade? Não sei. No primeiro caso que eu te contei ele aprendeu muito pouco. Mudou a qualidade? Não sei. É insuficiente. Quando se fala em educação eu não sei muito bem o que é que as pessoas*

estão falando. Não sei. (pausa) E pra que. Se elas pensam que...vão medir a educação na historia do controle...E não é por aí.

P. E a diferença entre o ambulatório e o particular?

- ...eu fazia de vez em quando. Quando alguém me pedia para atender uma conhecida...mas eu não levava muito jeito não...não suporto receber o cash, o dinheiro (ri) em seguida, por causa do trabalho, entendeu? É muito ruim.

P. Na rede pública é indireto?

- É... (pausa longa) que mais?

P. O que você quiser estar falando.

- Mas eu não sei para o que é o trabalho. O que você quer saber? Eu estou falando um monte de abobrinhas...

P. É sobre a atividade profissional. Teu trabalho, tuas experiências.

- No ambulatório né?

P. O teu dia a dia. Se você considera que já falou o que gostaria, para mim esta ótimo.

- Eu te coloquei alguns problemas, porque no mais...boa parte dos pacientes são coisas...simples, que você atende e...faz uma prescrição relativamente simples, isso funciona. Supra-renal, hipófise, cirurgia, eu deixo indicada. Não tem grandes confusões. As doenças crônicas...é que...são mais complicadas mesmo....é isso.

P. Para mim esta ótimo, obrigada.

2. Entrevista: Renato

P. O que te levou à endócrino como tua especialidade?

- Eu durante o curso médico, assim. Fui mais ligado com cadeiras clínicas, né? E a parte de endocrinologia é a coisa que envolve muito a clinica geral. Na endócrino, você estuda várias glândulas, o organismo inteiro, é muito genérico. O endocrinologista tem que ter formação bem generalista, né? Isso me atraiu, dentro da endocrinologia. Basicamente é isso daí. É uma

especialidade rica assim, em detalhes. Ela geralmente acaba atraindo a gente que acaba a faculdade, aqueles que gostam mais de estudar, de ler, gostam mais de estudar. Por que envolve muito estudo. Muito detalhe, muita renovação.

P. Bem complexo?

- Bem complexo. É uma das especialidades mais difíceis dentro da medicina.

P. E as gratificações e as dificuldades, dentro do teu trabalho?

- Olha, o problema é assim...na rede pública, o problema dificulta, o que dificulta é as condições de trabalho, que não são adequadas, né? Porque tem que... você tem o nível salarial, não é compatível. Você tem...não tem condições em termos de recursos materiais. E um grande número de pacientes. Tem muitos pacientes, fica sobrecarregado, você tem poucos recursos técnicos para estar atuando, né? Agora...é gratificante porque é uma população assim muito carente. Na rede pública você tem muita gratificação, porque você se dá mais, você até sente um retorno maior, porque tá atingindo assim, um público mais necessitado, né? É uma população mais carente, que você lida. Na rede privada, a experiência da gente, é diferente. Você tem um retorno melhor financeiro, a vinculação com o paciente é maior, é claro, você tem um relacionamento médico-paciente mais intenso, com mais tempo, né? Fica uma coisa mais...você consegue...que a terapêutica proposta seja conseguida com maior...é...maior o retorno, né? As pessoas têm condições de estarem fazendo o que você pede, é praticamente condições culturais e também financeiras. O que é uma grande dificuldade na rede pública, que as vezes você faz uma prescrição e você já vai contando antes de começar a escrever (ri) porque você sabe que se você extrapolar nos medicamentos, não vai ser possível, o pessoal fazer o tratamento, né? E as vezes a gente vai contando e as vezes a gente passa e fica aquela coisa, você sabe que a pessoa não vai comprar. Ultimamente, nos últimos anos, agora o Inamps, a rede pública da saúde, ela diminuiu muito os recursos. E uma das áreas que foi mais atingida, foi a do fornecimento de medicamentos básicos, né? Principalmente para a população de diabéticos, né? Que é o que a gente mais lida, que é o maior volume de população na rede pública, é, isso teve uma repercussão grande. Carência de insulina, de medicamentos, de material que eles precisam usar, agulhas, tá sendo muito penoso para essa população se manter controlada. Mesmo porque a própria alimentação de diabéticos é uma alimentação mais cara, quer dizer, uma pessoa diabética pobre, é um problema sério; o

indivíduo não tem dinheiro para comprar direito a comida (ri), muito menos as vezes o medicamento.

P. Você esta citando o diabético crônico, tal, e o nosso exógeno?

- Em nível de obesidade a gente não faz...por que obesidade...em endocrinologia a procura, se você imaginar na área clínica particular, obesidade é mais de 80% dos pacientes da clínica particular. A gama de obesidade é muito grande, a procura é enorme e a rede pública, ela já é muito restrita em termos de material, corpo médico, espaço, tudo mais. Então é difícil. Obesidade está sendo abordada em... em nível de rede pública, basicamente obesidade é tratada a maior parte dos pacientes de endocrinologia, ou a nível de medicina de grupo, convênios, ou em clínicas particulares. A gente não trata obesidade em rede pública. Dificilmente. Casos muito especiais, por exemplo o obeso associado à diabetes, que vai operar, ou uma patologia mais séria, por exemplo um hipertenso grave que precisa realmente emagrecer, agora obesidade de uma maneira geral, praticamente em nenhuma das instituições que eu trabalhei em rede pública, elas...não é feito o tratamento. A gente encaminha esse paciente, a gente não acompanha.

P. E o diagnóstico?

- A gente faz a triagem. A gente atende uns 5% das obesidades pode ser associada a uma endocrinopatia, até menos então é claro que a gente sempre vai ter a preocupação de afastar uma alteração hormonal na pessoa obesa. Isso é feito, por exemplo na doença de Cushing, hipotireoidismo, então nessas situações é feita a triagem. Triagem a gente faz. Agora, uma vez constatado que a obesidade que a gente chama exógena, multifatorial, não relacionada a endocrinopatia, essa paciente é que não fica na instituição. Esse paciente a gente não atende, a gente não dá segmento. Porque não teria como absorver. Realmente é um volume muito grande. Se a gente começar a abrir vagas para pacientes de obesidade (ri) exógena na rede pública, vai lotar a rede pública e os paciente de endocrinopatias não vão ter acesso.

P. Aqui?

- Aqui no máximo que a gente faz é encaminhar para a nutricionista. Passam na nutricionista e recebem uma orientação dietética, dieta hipocalórica e tal.

P. E o médico, para de acompanhar?

- Para. Ela não retorna ao ambulatório. Isso é mais ou menos genérico. Hospital São Paulo, das Clínicas, raramente, só em casos especiais a gente acompanha. Aí ele pode ter opção dele. Ele vai para o nível de nutricionista e a nível...a nutricionista vai dar uma orientação dietética. Agora tem o acompanhamento na rede privada. Na rede privada, aí você atende. É onde é o ideal para você acompanhar esse paciente. Obesidade é uma doença multifatorial. Mesmo não sendo uma endocrinopatia específica, ela tem desde uma orientação dietética errada, uma cultura familiar, vida sedentária...questão psicológica. Tem vários tipos de obesidade. Justamente esse obeso na rede...numa situação de consultório particular, você tem maior disponibilidade para o doente, maior relacionamento médico-paciente, você consegue bons resultados. Porque é um doente...é um paciente...eu considero uma doença mesmo não sendo uma endocrinopatia multifatorial, é uma doença, que vai repercutir muitos problemas para o indivíduo. Então você consegue manter um relacionamento médico-paciente bom, que você consegue vê-lo com frequência, você tem mais tempo para se dedicar a esse paciente, você tem mais condições de estar conversando, porque a... muitas vezes, a parte psicológica que você dá o apoio, da o acompanhamento, resolve muito. Tem...as vezes você tem clínicas que você com os casos...que você indica acompanhamento, com uma psicóloga...as vezes tem o acompanhamento com a nutricionista, mas geralmente a parte alimentar, o endocrinologista assume, geralmente ele assume. As vezes conjuntamente com a nutricionista, mas geralmente ele assume. O médico já faz essa parte, orientação nutricional, também né? Agora tem casos, ou que a clínica já tem o esquema de acompanhamento com psicólogos, ou a gente encaminha, que é a coisa mais importante, né? E a gente vai sentindo, e o resultado é muito melhor, porque assim não tem como você pegar um paciente que tem uma doença assim, tem um potencial...relacionado com questões psicológicas, comportamentais, culturais, você atendendo na rede pública em tempo super rápido, dá um papelzinho para ela, uma dieta (ri) e manda ele vir daqui uns 2 meses ou 3 meses. Esse é o prazo de tempo menor que a gente consegue marcar para esse paciente. Não dá para você marcar antes de 2 meses. Você percebe que não dá a nível de rede pública para você atender.

P. A importância da relação médico-paciente...

- É muito. O retorno tem que ser o mais próximo possível, você tem que estar acompanhando e...os resultados são bons, quando você se liga bem, você se envolve bem, assim; quer dizer, você sente que o paciente tem uma empatia com... tem que ter uma empatia, tal, que isso funciona muito, muito. Eu acho que na obesidade isso é 80% do tratamento. Se você tem...20% fica por conta do medicamento que você por ventura dê. Agora, 80% é do relacionamento médico-paciente.

P. É justamente isso que eu ia te perguntar. Prá quem se atribuiria o bom ou mau resultado?

- É a dinâmica que fica, no caso você percebe que as vezes vem o paciente na tua clínica, vem te contar que foi no médico "X" e -"eu não gostei, nem comecei o tratamento, ou eu fiz e não fui" quer dizer não porque o médico tenha feito diferente do que você esta fazendo. É muito isso, a pessoa... como tem um componente emocional muito grande, a pessoa tem que ter um envolvimento emocional junto, não pode trabalhar então. Existe o efeito...em endocrinologia existe muito isso, a gente formula, né? Um tipo de medicamento, anorexígeno, com o intuito de acelerar o ritmo de emagrecimento. A gente sabe que muitos medicamentos tem o efeito placebo. As vezes a gente mesmo pesca. Você não quer usar o medicamento anorexígeno, porque o paciente é cardiopata, que você...é de mais idade, e você usa uma coisa, outra formulação, só com substâncias naturais, homeopata, mais...estilo naturalista. É o resultado, muitas vezes é o mesmo. O efeito é...a procura do medicamento é simbólica. É isso que eu quero dizer. Quando o indivíduo vai ao endocrinologista, ele busca alguma coisa, algo especial, porque o gordo, ele sabe que ele esta gordo porque ele tem pouca atividade física, porque ele é guloso, porque ele come muito, aquela coisa toda. Tirando a doença, que a gente já afastou, é obesidade exógena, então ele vai buscar alguma coisa, meio diferente. É por isso que ele vai ao endocrinologista. Se você simplesmente passar uma dieta escrita e um remédio de farmácia, assim daqueles que ele esta cansado de ouvir, daqueles que um receitou, tal, o resultado é péssimo. Então, eu tenho um retorno clínico, eu monto uma dieta para o indivíduo. A dieta é meio padrão, mas eu escrevo na frente dele, eu monto junto com ele essa dieta. Não que ela seja super personalizada. Ela se adapta...existe um padrão que eu já sigo e ela se adapta aos horários, aos gostos da pessoa. Isso dá um atendimento

diferente. Isso dá uma formulação específica para ele. Isso tem um efeito enorme. Olha, é o meu remédio, está no meu nome, foi feito pra mim. Existe toda uma simbologia que é muito rica. E dá o retorno. Você pode por nada ali dentro, você pode deixar vazia aquelas cápsulas, mas na hora em que ele tomar vai ter um efeito.

P. E o fracasso?

- Existe alguns pacientes...fracasso é quando a relação médico - paciente não é boa e também existe os doentes crônicos. Tem dois tipos de fracassos. Quer dizer, existe aqueles fracassos, daquele paciente que não tem aderência. Ele vai, ele desiste. Ele não volta, no 1º retorno. Eu fiz uma vez estatística em nível de obesidade exógena, em que eu chequei 10 a 20% não voltam. Eles passam uma vez com você e não voltam. Porque ele não volta? Porque não, porque de alguma forma (ri) e ele não se integrou com o médico (ato falho - ele queria dizer entregou). A história da relação médico-paciente. Ou por que...e tem pacientes que são meio crônicos, assim: ele vem te contar que foi no Dr. Fulano, sicrano e às vezes em um ano ele fala para você que foi em 5, 6 médicos diferentes.

P. E como o médico lida com isso?

- Esse paciente crônico que teria assim, a grande dificuldade em obesidade exógena, esse não retornou é tranquilo. Você não pode criar um esquema terapêutico com 100% de...se eu consigo criar um esquema terapêutico com 70% de retorno, eu me sinto absolutamente tranquilo e satisfeito. Porque é assim, né? Não existe nada 100%, então é 70%. Eu acho assim, o que gera uma certa angústia, uma certa tristeza talvez, são aqueles pacientes que você consegue um sucesso excelente com ele, só que você não consegue fazer com que ele se mantenha. Isso que para mim como profissional, são pacientes que você vê, fica super bem, muda o estilo de vida, aumenta a atividade física, emagrece 20, 30, 40 kilos, você esta acompanhando ele, você sente aquele prazer imenso por tê-lo ajudado de alguma forma. E de repente acontece algum problema, alguma coisa e reverte todo o processo. Este é o paciente que gera frustração, para mim especificamente.. Porque eu acreditava nele. Você confiou, a pessoa fez e você vê o resultado, e você se decepciona, porque de repente ele volta, daí a 6 meses, recuperando quase todo o peso. Em termos de...de desistência, 10, 20% recupera o peso, daqueles que fazem, depois de 2 anos mais ou menos uns 40% voltam. É isso que gera uma certa frustração. É que obesidade é muito fatorial, porque aconteceu isso? Ah eu saí do emprego, me aconteceu um problema. Perdeu

entes queridos, geralmente você indo atrás, esse retorno ao desequilíbrio à obesidade tem um fator que aconteceu. Questões financeiras, emocionais, afetivas. Alguma coisa, no estilo de vida da pessoa mudou, para ela perder o equilíbrio.

P. E a mensuração?

- Eu uso medidas antropométricas basicamente peso e altura, em alguns casos eu tenho um aparelho que mede a gordura corpórea. Você pode fazer, que não é só peso e altura. Você pega um halterofilista e coloca na tabela, dá que ele é obeso. Mas ele só tem músculo. Então você tem que levar em conta isso. A parte muscular. Agora em pessoas que não são excessivamente musculosas, você usando basicamente peso e altura, você tem uma idéia de peso ideal. Agora, o peso ideal, na minha cabeça...eu não sou muito rígido, porque acho que peso ideal é muito pessoal. Na minha idéia é assim, vou conversando, peso, olho a tabela, mas eu vou sentindo o paciente, qual o peso que ele se sente bem. Eu tento falar mais ou menos o peso ideal dele, mais perto do que ele se sente bem. Por que é assim, muito pessoal. As vezes esta um pouquinho gordinha, mas ela esta ótima, ou ela esta magra e ainda se sente gorda, quer dizer...a idéia do corpo ideal que a pessoa tem mentalizada é uma coisa que você tem que levar em conta. Então eu respeito a idéia do corpo ideal que a pessoa tem. Se ela se sente um pouco mais magra, tudo bem. Se ela se sente bem, um pouco mais gorda, tudo bem. Porque é assim, a gente está meio tranquilo nisso, até com um aval científico. Porque antigamente tinha muita preocupação-obesidade era uma coisa muito maléfica, tal. Peso acima...principalmente quem fazia esses estudos, eram seguradoras americanas, né? Seguro de vida...então eles cobravam mais das pessoas mais pesadas, tal. Então se fez muitos estudos em cima de peso e viu-se que se você não tiver 20% acima do peso ideal, que é o que a gente considera como obeso, você tem um padrão, tua capacidade de vida, tua morbidade, tua chance de ter alguma complicação é igual a qualquer pessoa. Por exemplo, se o peso ideal por tabela for 70, ela pode pesar 75, 76, que não vai alterar a qualidade de vida dela. Então isso deu folga de você ficar obsessivo, então não tem que chegar aos 70. Você pode chegar aos 76 e tudo bem. Ela pode ter até 10% a mais do peso ideal, até 15% a mais do peso ideal, sem problema nenhum. E nós como médicos, uma vez que confirmamos que não vai ter nenhum malefício, ela ter até 20%, então...não se precisa ser muito rígido em querer que realmente seja só o peso ideal.

P. Comparando com outras patologias, na relação, na terapêutica, existem algumas diferenças ou não?

- Olha, a relação médico-paciente é muito importante em tudo, em todas as doenças crônicas também isso é importante, né? Existe o doente crônico e o doente agudo. Doente agudo é muito simples, quer dizer você...vai e volta muito rápido. Uma infecção bacteriana, uma amigdalite, você dá um antibiótico ou o que seja e, reverte o processo. Ele não se incorporou à doença. Então ele...é muito fácil. Quer dizer, não precisa de muita atenção para ele, isso é o que eu quero dizer. Se você pusesse um computador dando remédio para ele tomar, no fim...não precisaria nem ter o médico. Agora, em doença não. Doença crônica, obesidade, diabetes, hipertensão, essas doenças crônicas você...a pessoa incorporou a doença nela. A doença faz parte do eu, da cabeça dela. Então tem que ser trabalhada em conjunto, é uma coisa complicada, às vezes a pessoa manipula a doença a nível de família, a nível ...manipula o médico também. Quer dizer, tem todas essas coisas assim, né?

P. O que mais te agrada e o que mais desagrada na endocrinologia?

- Eu gosto mais dessa parte...a maioria, tem muitos que não gostam, por exemplo de obesidade, eu gosto. É uma das áreas que eu mais gosto em endocrinologia. Porque é onde você mais se envolve com o paciente. Tem um relacionamento mais próximo, mais constante, tal. Que é essa troca que é para mim muito positiva, né? Essa parte é muito positiva, de você conseguir resolver problemas. Então em endocrinologia, tem doenças que você consegue. Obesidade, tireóide, diabetes, né? Você consegue melhorar a pessoa. O objetivo sempre é melhorar, sentir-se melhor. O que me desagrada, é quando você não consegue fazer o tratamento. É bem por aí mesmo. Quando você não consegue fazer, ou porque não tem aderência do doente, ou porque não é possível. Por exemplo, doenças malignas, que você não consegue recuperar, e situações que você não consegue reverter. Situações que você não tem medicamentos específicos, né? Isso...isso desagrada como qualquer especialidade. Tem que ter aquela parte que você não consegue resolver né? Basicamente é isso. Causa uma certa apreensão.

P. Você tinha dito agora pouco que a maioria tem alguma restrição com relação à obesidade?

- É porque a obesidade...justamente por isso...não é uma coisa muito prática, não é uma coisa muito científica, não é como você tem o diabético, que você dá o remédio. Você tem uma...o hipotireoidismo que você dá o remédio, o

diabético...a obesidade, não. Você tem que conquistar o paciente. Isso as vezes, tem pessoas que acham que o paciente fica chato, para algumas pessoas é chato isso daí. Porque você tem que ficar...tem muito envolvimento psicológico, tem que ficar trabalhando, e as vezes tem profissionais que são mais técnicos. Tem pessoas que gostam de coisas mais técnicas. Coisas mais...mais racionais. E o tratamento da obesidade não é racional, é irracional. Então, por isso que muita gente não gosta. Ou por exemplo, interessante isso, a gente vê que nunca teve a experiência, ou por exemplo, tem médicos endocrinologistas que são muito magros, né? Nunca vivenciaram uma situação de engordar ou ter preocupação com o peso, tal; para uma pessoa que nunca teve...sempre teve o peso ideal, de repente ele tem um obeso que ele saiba que talvez ele esteja comendo mais do que ele deve, a pessoa não aceita muito bem. Quer dizer, ela tem já uma certa...uma certa raiva do doente. Ela não gosta do doente. Sabe que esta doente porque quer. Esse é o ponto, a pessoa esta doente porque quer. Então ele não tem paciência. Mas eu gosto, acho interessante...

P. Como conciliar todo esse envolvimento com a tua vida, com o teu lazer?

- Eu não sei. Medicina para mim é profissão. Eu sou do interior, tive muitas propostas para ficar no interior, já não voltei para o interior porque o médico no interior ele é muito mais do que um médico só na hora em que ele trabalha, né? Isso me desagrada, isso não gosto. Me desagrada. Eu me envolvo muito com o doente, por exemplo, a nível de consultório, aí eu estou lá...trato ele como amigo. Agora a partir do momento que eu saio do consultório eu tenho minha vida privada, particular, e é ótimo, uma cidade grande por causa disso. Você mora aonde você morar, seus vizinhos as vezes nem sabem qual a sua especialidade, teu horário de lazer é lazer. Você anda pelas ruas, ninguém sabe, quer dizer, essa parte...você consegue separar. Eu não levo, não carrego, é claro que ocasionalmente, como médico, você pode ter que receber algum telefonema, alguma orientação de fora do horário de trabalho, mas isso é pouco, isso não me incomoda. O que me incomodaria, por exemplo, de repente se eu tivesse um churrasco (ri) e ali eu ser médico lá; eu estou no cinema, sou médico, naquela hora, isso em cidade grande, eu acho fantástico. Então no interior de São Paulo...em São Paulo eu acho ótimo. Eu sou mais um na cidade, deixa eu curtir meu horário de lazer, independente.

P. Você gostaria de estar...falando mais alguma coisa que você...considera importante ou não importante?

- A nível de?

P. Do que você quiser.

- Eu acho que é isso. Hoje em dia, o mais interessante é a volta que a medicina, que eu acho que esta acontecendo, no Brasil, nos Estados Unidos, Europa, esta voltando aquela especialidade, do médico da família, esta crescendo muito a medicina alternativa, desde homeopatia, acupuntura, medicina natural, e um monte de outras especificações, justamente porque...porque que cresce essas coisas? Porque na realidade as pessoas buscam nesses outros tratamentos um suporte mais psicológico. A medicina, as vezes ela é muito técnica, ele é muito fria no relacionamento com o doente. Então as vezes, o sucesso de um homeopata, não é que o remédio dele seja melhor. É que ele atende muito mais calmamente, ele conversa muito mais com o paciente, ou quando ele vai na clínica naturalista, pode ver, minha esposa é homeopata, então eu vivencio muito isso. A procura dele é por causa de atendimento, a pessoa quer ter tempo, para falar, ela quer se abrir mais, ela quer...e uma consulta...médica as vezes é muito fria, a nível de saúde pública é demais dizer, 10 minutos de atendimento (ri) não dá né? A pessoa não pode falar nada além da doença e o médico também não pode falar nada além da terapêutica. Acho que é isso. Existe uma tendência, então os médicos, eles tem que estar atentos nisso daí. Para continuar exercendo a medicina normal, que dizer alopática, ocidental, a medicina tradicional, ele tem que aumentar o relacionamento médico-paciente né? Senão perde muito paciente por isso. É meio por aí. As pessoas querem mais atenção, no fundo é isso, mais atenção.

P. Muito Obrigada.

Calorias e culpas

O olho gordo dos fiscais do peso alheio

Tenho horror de engordar. Não por problema estético. Já se foi a época em que sonhei me transformar numa versão com óculos do Mick Jagger. Sempre fui um pouco vaidoso. Mas, entre um prato de talharim e a silhueta, costumo optar pelo primeiro. Sem falar em profiteroles, musses, coraçõezinhos de frango no espeto, torresminhos, patos na laranja, feijoadas, cappuccinos, cervejinhas, batatinhas fritas e hambúrgueres com ketchup e mostarda. Quem tem boca grande sabe como é. Não me arrependo. Durante muito tempo, eu e minha barriga até tentamos ser felizes. Mas não resisto mais à maldade humana. Vou fazer regime.

O gordo, seja apenas rechonchudo ou tipo barril — há também os modelos alambique —, é uma vítima do veneno constante, destilado em cada encontro por amigos, parentes, amores.

Todos se tornam fiscais do peso. Basta ganhar um quilinho, lá vem alguém com um sorriso pérfido:

— Engordou?

Já pensei muito sobre esse sorriso. Cumplidade? Coisa nenhuma. É alegria. A pessoa se compa-

ra, e acha que está mais magra. Ou que ficarei tão gordo quanto ela. Puro instinto de concorrência. Todos se vigiam. O gordo fiscaliza o gordo. O magro, a todos. Quantas vezes, no momento de uma garfada em alguma delícia suculenta, ouvi do meu companheiro de mesa:

— Isso engorda.

E daí, se engorda? Alguém diz para o Ayrton Senna que ele pode se estatelar, antes de iniciar a prova? Mas as pessoas ficam felizes com nossa expressão de culpa, que anula o prazer do quitute sedutor. Se tivessem a mesma paixão por vigiar assaltantes, o país seria um mar de rosas. Mas a conspiração é contra o gordo.

Sei de pessoas rotundas e felizes que, depois de anos sendo atormentadas, se internam em spas. Para depois, durante a noite, devorarem os brotos das samambaias da decoração. Há o caso de um spa que prometia massa no cardápio. Ofereceu quatro fios de espaguete aos gordos seduzidos pela propaganda. Nem os gregos imaginam tal suplício.

Uma amiga, rechonchuda, foi com o irmão visitar o Muro

das Lamentações, em Israel. Um árabe aproximou-se do irmão e ofereceu 100 camelos pela fofa beldade. Sim, os árabes gostam das gordinhas. E também continuam com o hábito medieval de comprá-las para haréns, acreditem ou não. O irmão declinou da oferta, chocado. Minha amiga não se conforma até hoje.

— Foi minha única chance de me tornar símbolo sexual. Sem parar de comer.

Vendedora de loja, então, é um terror. Basta pedir um jeans e dar o número. Ela faz um falso ar de dúvida:

— Nem sei se temos o tamanho.

Admira por instantes minha expressão de infelicidade e culpa. Depois, me atira uma calça ainda mais larga, alegremente.

Mas o pior é quando se começa o regime. Todos esses seres que nos cercam, preocupados com a gordura e o bem-estar da gente, mudam da água para o vinho.

— Vai um uis-

quinho?

— Obrigado, comecei o regime.

— Um só não engorda.

Todos se unem para gritar, em coro uníssono: um só, um só... huum!

De repente, cedo à tentação: Uma bala.

Um marzipã. Um sorvete. Uma vodca. Uma

musse. Um leitão assado. Uma dúzia de quindins. O jeito é fazer regime em segredo. Mas aí

vem outro problema. Hoje em dia, quem emagrece demais ganha um olhar torto. Dia desses, minha mãe comentou assustada sobre a vizinha, idosa senhora de cabelos tingidos de vermelho:

— Está emagrecendo muito. Será que é Aids?

Imaginei a pobre velha vaidosa, comendo uma espiga de milho por dia, para permanecer magra, e alvo das fofocas do prédio.

Prestes a iniciar o regime, me vejo na obrigação de ficar igualzinho ao Victor Fasano. Eu, que nunca pensei em aparecer pelado na novela. Só me consola saber que não sou tão gordo assim. Imagino que, para os pesadões, a vigilância é bem pior. E as mulheres? Além de magras, são obrigadas a parecer jovens até os 70 anos. Portanto, vou iniciar o regime. Mas sem muita esperança. Os fiscais do peso alheio andam de olho gordo, à espreita. E hoje em dia, só aceitam mesmo a perfeição.

Gigante pela boca

Otto Lara Resende

RIO DE JANEIRO — Aqui no Brasil o problema é a subnutrição. O número de calorias anda tão baixo que surgiu o nanismo. O gabiru é o nosso pigmeu. Jejua como o cavalo do inglês. E um pouco de farinha lhe mata a fome. Vivendo na penúria, o pobretão brasileiro vai ficando pequenininho. A cada geração diminui um pouco. Vai acabar liliputiano. Menor do que aquele jejuador do Kafka.

Já nos Estados Unidos o problema é o contrário. Nunca vi tanto gordo como nessa viagem à Califórnia. De todas as cores e raças. Eu já tinha reparado de outras vezes. Mas agora está demais. Meninos, adolescentes, rapazes ainda na flor dos anos. Moças e meninas, gatinhas na idade de pendoar e florescer. Até crianças de colo. Bebês de peito. Tudo bolão. Será que ninguém por lá prestou atenção? Assim no olho, já é um problema nacional de saúde pública.

Primeiro comem como lobo faminto no inverno. Qualquer porção, seja no mais reles "fast food", é dose pra leão. Tamanho família. O copázio de refrigerante é um balde. O sorvete, uma montanha. E tudo com mil açúcares. Só a calda vale uma refeição. O sanduíche é um arranha-céu pantagruélico, que de tudo comporta um pouco.

Um pouco? Um pratarraz de frios e saladas. Comilão, o americano dá por toda parte um espetáculo público de glotoneria.

Desculpem, mas gosto de observar essas trivialidades. Não tenho olho de turista, voltado às carreiras só para museu e catedral. Olho que olha e não vê. Já estive no Prado, no Louvre, na National Gallery. Na Itália, santo Deus! Mas estou agora é com a imagem daquelas quatro gordalhufas que diante de mim se levantaram ao mesmo tempo. Uma se amparando na outra, trêmula cordilheira se movendo devagarinho, palavra de honra. E com que esforço! Velhas? Que nada! Iam aí pelos 30, 35 anos. Quatro elefoas de olhinhos apertados, Deus me perdoe.

Banho, em caso assim, só de mangueira. Ou com a ajudar dos bombeiros. Peituda, coxuda, barriguda, bôchechuda, a mocinha americana é só enxúndia. No hotel tinha um spa maravilhoso. Fui lá dar uma espiada. Às moscas. Ginástica, musculação, esporte, a cultura física é uma obsessão americana. Mas para exportação. Ou é só pra abrir o apetite. Por toda parte, é cada galalau que só vendo. Nemi sei como conseguiram fazer aquela baderna em Los Angeles. Deve ter sido dia de jejum.

Jorra 15/5/92

Justiça dirá se escola pode expulsar gorda

Folha 29/11/90

Da Reportagem Local

O Salve Regina College, de Newport (nordeste dos EUA), apresentou antecoltem recurso na Suprema Corte de Justiça para defender-se do fato de ter expulso uma aluna por excesso de obesidade. A enfermeira Sharon Russell, 26 anos e 130 kg, expulsada em 1985 da faculdade por "problemas relacionados à gordura", já teve dois julgamentos anteriores favoráveis a ela em instâncias inferiores da Justiça norte-americana. O processo envolve o pagamento de US\$ 44 mil (cerca de Cr\$ 7,1 milhões, pelo câmbio paralelo) a Sharon Russell, por "danos sofridos com a atitude da escola".

Em entrevista à Folha, do hospital onde trabalha atualmente, em Saint Petersburg, Flórida, Sharon Russell disse que seus problemas no Salve Regina College começaram no primeiro ano do curso de enfermagem, em 1983. "Eu era incomodada com brincadeiras. Diziam que não daria para eu andar em volta das camas dos pacientes ou que eu não caberia no uniforme", afirmou. Nessa época, segundo ela, seu peso chegou a 149 kg.

Reprodução

Enfermeira Sharon Russell antecoltem em entrevista na TV dos EUA

Segundo ela, o problema foi se intensificando, até que, no final de 1984, a escola disse que ela teria de assinar um contrato, caso contrário seria expulsa. Pelo contrato, Russell era obrigada a perder no mínimo 1 kg por semana e a se apresentar semanalmente a um funcionário da escola para acompanhamento. "Era muito

humilhante. A vida ficou ruim e, com a ansiedade, eu não conseguia perder peso", afirmou ela. Russell diz que perdeu 16 kg.

A faculdade alega que não perseguiu Russell por ser gorda mas porque "ela tinha deficiências relacionadas à gordura". "Ela era não era capaz, por exemplo,

de controlar adequadamente o regime alimentar de pacientes cardíacos", disse ontem à Folha a advogada da faculdade, Laurel Bristow, 32. Segundo Bristow, foram fatos como esse que levaram a direção da escola a formular o contrato que seria assinado por Russell. "Tentamos trabalhar com ela para mudar sua atitude com relação à gordura. Como ela não cumpriu o contrato, não pode continuar curso", afirmou.

Expulsa do Salve Regina College em agosto de 1985, Russell conseguiu vaga em outra faculdade, onde concluiu seu curso de enfermagem. Ela entrou na Justiça em 86. O caso foi julgado favoravelmente a ela em 88 e 89. "O juiz considerou que o procedimento da escola foi irregular", disse Russell. Antecoltem, os advogados da faculdade apresentaram à Suprema Corte recurso onde alegam que a lei que o juiz usou para dar seu veredito não se aplica ao caso. Segundo a advogada da escola, a corte poderá recusar o recurso ou mandar o processo de volta à instância que fez o primeiro julgamento. "Isso deve levar de dois a seis meses", disse Bristow.

(Fernando Rossetti Ferreira)