

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

DAMIANA PAULA COELHO CARVALHO

**A HISTÓRIA DE JANAÍNA:
O PESO DA OBESIDADE ALIMENTANDO RELAÇÕES SOCIAIS**

PORTO ALEGRE

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Carvalho, Damiana Paula Coelho
A história de Janaína: o peso da obesidade
alimentando relações sociais. / Damiana Paula Coelho
Carvalho. -- 2016.
94 f.

Orientador: Tatiana Engel Gerhardt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. Obesidade. 2. Doenças crônicas não
transmissíveis. 3. Itinerários terapêuticos. 4.
Relações sociais. 5. Produção audiovisual. I.
Gerhardt, Tatiana Engel, orient. II. Título.

DAMIANA PAULA COELHO CARVALHO

**A HISTÓRIA DE JANAÍNA:
O PESO DA OBESIDADE ALIMENTANDO RELAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiana Engel Gerhardt

PORTO ALEGRE

2016

DAMIANA PAULA COELHO CARVALHO

**A HISTÓRIA DE JANAÍNA:
O PESO DA OBESIDADE ALIMENTANDO RELAÇÕES SOCIAIS**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, apresentada no dia 17 de OUTUBRO de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Tatiana Engel Gerhardt

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Enfermagem

Prof^a. Dr^a. Adriana Roese

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Enfermagem

Prof^a. Dr^a. Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Nutrição

Prof^a. Dr^a. Rumi Regina Kubo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Ciências
Econômicas e Relações Internacionais

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas que enfrentam, diariamente, questões ligadas à obesidade e ao sobrepeso. Não é um enfrentamento fácil, mas espero que, em algum momento, todos tenham a oportunidade de ouvir e serem ouvidos.

AGRADECIMENTOS

Chegar à etapa final de um curso de Mestrado Acadêmico é algo que traz muita felicidade, a qual deve ser compartilhada com aquelas pessoas especiais que estiveram junto comigo, de alguma forma, durante este caminho.

Agradeço à minha família, meu pai, Luiz Gonzaga dos Santos Carvalho, e minha mãe, Isabel Cristina Coelho Carvalho, pelo apoio incondicional, sem o qual não teria sido possível a realização deste projeto.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Tatiana Engel Gerhardt, pela oportunidade da convivência acadêmica; por sua disponibilidade – é uma das únicas professoras que está sempre na universidade, sempre sabemos onde encontrá-la; por compartilhar seu vasto conhecimento e por ser criativa, pensando em novas formas de produzir conhecimento, estimulando suas orientandas a inovarem também, mas sem nunca perder o rigor de qualidade da produção que a academia requer.

Agradeço às colegas doutorandas Vilma Constância Fioravante dos Santos e Andréia Burille, pela generosidade com a qual me ajudaram neste caminho: gratidão por suas atitudes. Desejo muito sucesso às duas!

Agradeço ao Professor Roberto Amorim, por ter ministrado uma das disciplinas mais interessantes do mestrado, que me ajudou a dar o pontapé inicial nesta dissertação.

Agradeço às professoras Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz e Adriana Roesse pelas excelentes contribuições na etapa de qualificação desta pesquisa.

Agradeço à colega Tatiana Leite Muller pela amizade e parceria, dividindo momentos de dificuldades e alegrias ao longo desta etapa acadêmica, assim como às colegas Inaiara, Meca, Talita e Nani: gratidão pela companhia de todas vocês nestes dois anos!

Agradeço à Prof^a. Marilise Mesquita por ter, gentilmente, cedido o equipamento fotográfico que permitiu a realização da produção audiovisual.

Agradeço a todos aqueles que estiveram presentes durante este período e contribuíram, de alguma forma, para a realização desta pesquisa. As palavras de incentivo, a compreensão pelas ausências em eventos, tudo contribuiu para tornar este momento mais leve.

Agradeço à Gabriela Manetzeder Aires pelo incentivo a cursar Saúde Coletiva na UFRGS e por toda sua amizade.

Agradeço o profissionalismo e a gentileza de Tais Castro e Carolina Golenia, pelos trabalhos de edição do vídeo etnográfico.

Agradecimento Especial

A Janaína, personagem principal desta pesquisa. Sem ela, este estudo não teria sido tão rico, tão intenso. Encontrá-la foi um verdadeiro presente.

Agradeço à sua família, também, Jorge e Ana Clara, por serem tão amorosos e participarem de todos os nossos momentos juntos, os quais foram muito agradáveis e, por que não dizer, emocionantes.

“A partir de la etnobiografía – es decir, de la amorosa exploración cotidiana de un individuo en su hábitat personal y familiar – es posible acceder, a través de una limpia forma artística, a las rutinas, frustraciones y esperanzas de toda una comunidad.”

Jorge Prelorán

RESUMO

A obesidade possui caráter multifatorial, podendo ser vista como problema de pertencimento social. Neste enfrentamento, o indivíduo obeso percorre um caminho por cuidado em uma busca composta por diferentes relações sociais que ocorrem neste itinerário e podem tanto empoderá-lo quanto diminuir suas capacidades de se sentir influente no manejo de sua própria vida. Na zona rural, pode ser ainda mais difícil, face a inúmeras dificuldades inerentes à vida neste espaço, motivo pelo qual é necessário analisar o enfrentamento da obesidade a partir das relações sociais estabelecidas ao longo de um itinerário terapêutico, compreendendo o que significa ser obeso e quais são as formas de enfrentamento, estando neste lugar (meio rural de Gravataí, RS) e tendo esta condição. Para isto, foi identificado, a partir das narrativas (gravadas em vídeo) de uma adoecida crônica chamada Janaína na sua rede social, o itinerário terapêutico por ela apreendido em busca de cuidados; bem como os obstáculos enfrentados e repercussões desses aspectos nas suas relações da vida cotidiana. As imagens gravadas e as falas desta personagem principal, exaustivamente analisadas ao longo dos processos de decupagem e transcrições dos vídeos, deram origem a um roteiro de produção audiovisual baseada na metodologia de Jorge Prelorán, a Etnobiografia, o que nos permitiu conhecer, a partir de sua história individual, a história daquela comunidade à qual pertence. Ao longo dos vídeos, Janaína fala abertamente sobre as relações sociais existentes na sua trajetória no enfrentamento da obesidade, sendo a comida (e as refeições) o elo entre as pessoas nestas relações. Das diversas leituras e olhares possíveis que a temática da obesidade permite, esta pesquisa demonstra que a produção audiovisual por meio da Etnobiografia possui valor social: primeiro, por ter dado escuta ao indivíduo, podendo ter sido inclusive terapêutica; segundo, por ser uma linguagem inovadora que permite uma divulgação mais ágil da construção do conhecimento. A história de Janaína mostrou que o conceito de saúde é mais amplo do que se pensa e que a ditadura do corpo perfeito pode ser combatida.

Palavras-chave: Obesidade. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Itinerários terapêuticos. Relações sociais. Produção audiovisual.

RESUMEN

La obesidad es multifactorial y puede ser visto como un problema de pertenencia social. En este enfrentamiento, el individuo obeso se ejecuta un camino de búsqueda por cuidado efectuado por diferentes relaciones sociales que se producen en este camino y pueden tanto potenciar como a reducir su capacidad de sentirse influyente en la gestión de su propia vida. En el campo, puede ser aún más difícil, debido a las muchas dificultades inherentes a la vida en este espacio, por lo que es necesario analizar la confrontación de la obesidad de las relaciones sociales que se establecen sobre un itinerario terapéutico, la comprensión de lo que significa ser obeso y cuáles son las formas de hacer frente, estando en este lugar (Gravataí rural, RS) y teniendo esta condición. Para esto, se identificó a partir de las narrativas (grabadas en vídeo) de un paciente crónico que se llama Janaina en su red social, el itinerario terapéutico para su búsqueda de atención apoderado; así como los obstáculos y las consecuencias de estos aspectos en sus relaciones de la vida cotidiana. Las imágenes grabadas y las líneas de este personaje principal, analizados a fondo en los procesos de decoupage y transcripciones de los vídeos, dieron un guión audiovisual basado en la metodología de Jorge Prelorán, la Etnobiografía, lo que nos permitió conocer, desde su historia individual, la historia de la comunidad a la que pertenece. A través de los vídeos, Janaina habla abiertamente sobre las relaciones sociales existentes en su historia en la lucha contra la obesidad, y la comida (y comidas) el vínculo entre las personas en estas relaciones. Las diversas lecturas y miradas posibles que los permisos de emisión de la obesidad, esta investigación muestra que la producción audiovisual por Etnobiografía tiene valor social: en primer lugar, para dar a la escucha de la persona y puede haber sido incluso el tratamiento; en segundo lugar, por ser un lenguaje innovador que permite una difusión más ágil de construcción del conocimiento. La historia de Janaína mostró que el concepto de salud es más amplio de lo que piensa y que el cuerpo perfecto de la dictadura puede ser combatido.

Palabras clave: Obesidad. Las enfermedades crónicas no transmisibles. itinerarios terapéuticos. las relaciones sociales. la producción audiovisual.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Perfil de Mortalidade do Vale do Gravataí	45
Figura 2: Mapa da Zona Rural de Gravataí	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Censo de 2010 da população rural e urbana do Vale do Gravataí, RS	46
Tabela 2: Hipertensão e Diabetes nas zonas rural e urbana	47
Tabela 3: Nível de Hierarquia dos Estabelecimentos de Gravataí, RS ..	47
Tabela 4: Tipos de Equipes em Gravataí	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Atenção Primária à Saúde
CENQ – Centro de Nutrição e Qualidade de Vida
CID – Classificação Internacional das Doenças
CTG – Centro de Tradições Gaúchas
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EENF – Escola de Enfermagem
ESF – Estratégia Saúde da Família
GESC – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PLASAN – Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde
PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar
RJ – Rio de Janeiro
RS – Rio Grande do Sul
SINAN – Sistema Nacional de Alimentação e Nutrição
SUS – Sistema Único de Saúde
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DE QUE OBESIDADE ESTAMOS FALANDO?	16
2.1 Breve histórico sobre as Políticas de Alimentação e o atual Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil	20
2.2 Múltiplos olhares sobre ser obeso	24
3 MÚLTIPLAS DIMENSÕES DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	31
3.1 O que circula nas Redes Sociais e de que cuidado estamos falando?	34
4 PROBLEMATIZANDO O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE	39
4.1 Quais são os objetivos desta pesquisa?	41
5 PERCURSO METODOLÓGICO TRAÇADO	43
5.1 Por que Gravataí?	44
5.2 A História de quem?	49
5.2.1 <i>Em busca do personagem</i>	50
5.2.2 <i>Encontrando Janaína</i>	51
5.3 Gerando os dados em campo	54
5.3.1 <i>Luzes, câmera, ação! Produzindo a narrativa visual.</i>	57
5.4 Aspectos éticos da pesquisa	59
6 A HISTÓRIA DE JANAÍNA	61
6.1 Relações sociais alimentadas por Janaína	61
6.2 Formas de enfrentamento e Itinerário Terapêutico	64
6.3 Sinopse do vídeo etnográfico	66
6.4.1 <i>Link</i>	67
6.4.1 <i>DVD</i>	68
7 A HISTÓRIA TERMINOU?	69
APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista Focal	76
APÊNDICE B - Roteiro de Observação Participante	77
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE D – Planilha dos vídeos gravados	81
APÊNDICE E – Decupagem das principais entrevistas	90

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo é um projeto de pesquisa acadêmica, elaborado para atender ao requisito do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a dissertação. O objetivo principal deste trabalho é compreender o que significa ser obeso no meio rural de Gravataí, Rio Grande do Sul (RS), e conhecer as formas de enfrentamento, estando nesse lugar e tendo essa condição.

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o planejamento em saúde: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre, RS”, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Adriana Roese (Escola de Enfermagem (EENF)/UFRGS/Membro Grupo de Estudos em Saúde Coletiva), o qual pretende analisar o planejamento regional da 10^a Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul quanto às potencialidades e fragilidades no atendimento das demandas impostas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse projeto se propõe, também, a identificar as necessidades de saúde dos usuários dos serviços dos municípios estudados, a partir de suas demandas e de suas práticas; conhecer e analisar, por meio de produção audiovisual, itinerários terapêuticos dos usuários.

Com isso, surgiu a oportunidade de realizar esta dissertação, intitulada “A história de Janaína: A obesidade alimentando relações sociais”, que cumpriu os objetivos, acima descritos, do projeto principal ao qual este estudo faz parte. O município escolhido para a pesquisa é a cidade de Gravataí, RS, integrante da 10^a Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e parte da Região Metropolitana de Porto Alegre.

A temática principal, o enfrentamento da obesidade, traz elementos que caracterizam essa doença como um dos fatores de risco para as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, já consideradas as principais causas de morte em todo o mundo. A revisão da literatura nos mostrou que, além das causas biológicas e genéticas da obesidade, existem múltiplos fatores para a existência e manutenção dessa condição – motivo pelo qual seu enfrentamento não é tão simples como se imagina (ou, como se diz popularmente, não é apenas “fechar a boca e fazer exercícios”). Em se tratando do meio rural – foco deste estudo – o enfrentamento pode se dar de maneira ainda mais difícil, seja pela dificuldade de acesso aos serviços, pela

distância geográfica ou até mesmo a distância afetiva, pelo olhar estigmatizado que os profissionais de saúde, muitas vezes, empregam no momento do cuidado com o indivíduo rural.

Neste processo de produção de saúde, destacam-se as relações que acontecem na rede social do indivíduo, entre ele e os membros de sua família, de sua comunidade, de seu trabalho e até mesmo com conteúdos e informações veiculados na mídia. Nessas relações, circulam sentimentos bons e ruins, que acabam contribuindo, tanto para a produção da saúde quanto para o agravamento dos sintomas e/ou reforço da situação de vulnerabilidade. Por todo esse cenário, fez-se necessário compreender o significado da doença para o indivíduo e quais são as formas de enfrentamento que ele encontra ao longo de sua vida para efetivar o cuidado desejado.

Minhas motivações para essa proposta vieram em decorrência da trajetória que tenho percorrido ao longo das experiências pessoais e profissionais e também da minha formação acadêmica. Graduada em Publicidade e Propaganda, atuei na área de comunicação durante mais de dez anos. No entanto, sempre tive interesse na área da saúde, em especial a da Nutrição. Cheguei a cursar algumas disciplinas nesse curso, porém não foi possível dar continuidade a ele e, na época, descobri a Graduação em Saúde Coletiva na UFRGS. Ao conhecer o projeto do curso, decidi entrar e fui selecionada por meio de ingresso de diplomado. Entrei na turma 2013/02 e, um ano depois, inscrevi-me para a seleção do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva e fui aprovada. Nessa oportunidade, ao ingressar no Mestrado, tomei conhecimento do projeto da Prof^a. Dr^a. Adriana Roese e da Prof^a. Dr^a. Tatiana Engel Gerhardt – sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis – e fiquei muito motivada pela possibilidade de realizar um estudo que relacionasse os temas de meu interesse como, por exemplo, a obesidade (e questões ligadas à alimentação), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e as formas de enfrentamento delas. Por esses motivos, propus o projeto de pesquisa abaixo detalhado:

- o Capítulo 2 apresenta um panorama sobre a obesidade, com um breve histórico das políticas de alimentação e uma análise sobre as múltiplas dimensões da obesidade enquanto condição que impacta biologicamente e socialmente a vida dos indivíduos;

- o Capítulo 3 conceitua os Itinerários Terapêuticos e mostra suas múltiplas dimensões enquanto possibilidades e trajetos percorridos pelos indivíduos em busca de soluções para seus problemas de saúde, trazendo à tona a importância de conhecer as especificidades dessa busca quando ela ocorre no meio rural. Apresentamos os diferentes recursos que podem ser mobilizados pelo indivíduo ao longo dessa busca, os recursos materiais e imateriais, bem como as relações que acontecem na rede social do indivíduo e as diferentes respostas que essas relações oferecem, ora apoiando a produção do cuidado; ora contribuindo para o aumento da vulnerabilidade. Por fim, fala-se sobre o Cuidado buscado, como sendo aquele que efetivamente se interessa e busca conhecer os reais significados e desejos do indivíduo em relação à sua experiência de adoecimento e a suas necessidades de saúde;

- o Capítulo 4 reúne e problematiza todas estas questões – a obesidade; o rural; a busca por cuidado; os itinerários terapêuticos; as relações sociais – e permite que sejam traçados os objetivos, geral e específicos, de pesquisa que serão objeto de estudo desta dissertação;

- o Capítulo 5 apresenta e explica o instrumento metodológico que permitiu a execução desta pesquisa por meio da Etnobiografia.

- o Capítulo 6 apresenta a História de Janaína, com uma narrativa sobre suas relações sociais, as formas de enfrentamento da obesidade, seu itinerário terapêutico, a sinopse e o vídeo etnográfico produzidos;

- o Capítulo 7 traz as reflexões feitas ao final do estudo;

- por fim, são apresentados as Referências e, na sequência, os anexos e apêndices, como o Roteiro de Entrevista Focal, Roteiro de Observação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Planilha dos Vídeos e Decupagem dos principais vídeos e entrevistas.

2 DE QUE OBESIDADE ESTAMOS FALANDO?

O Brasil é um país que possui um sistema de saúde público e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua criação, em 1990, o SUS vem enfrentando diversos desafios relacionados a questões políticas, econômicas, organizacionais e sociais. No que diz respeito às condições de saúde da população, o Brasil convive com a chamada Tripla Carga de Doenças. Isso significa que existem, ao mesmo tempo, as já conhecidas doenças infecciosas e parasitárias, as causas externas (violência e acidentes) e as doenças crônicas (as quais já são a principal causa de morte no país e no mundo) (MENDES, 2012).

Segundo o autor (MENDES, 2012), as mortes em decorrência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no Brasil, já atingem 72%, sendo a sua maior causa. Dessas doenças, podemos citar, em especial: diabetes mellitus; câncer; doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas. No Rio Grande do Sul, as doenças do aparelho circulatório, por si só, já representam 31,9% das causas de morte (ROESE, 2013). Em Porto Alegre, 25,5% da população maior de 18 anos possui hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo a capital com maior prevalência dessa doença (ROESE, 2013).

As DCNT são aquelas que possuem longa duração, cujos sintomas nem sempre são perceptíveis - podendo ser silenciados por muitos anos, a ponto de até mesmo o indivíduo não os perceber. Ao longo do curso dessas doenças, o indivíduo passa por experiências de momentos de agudização (nos quais seu quadro de saúde visivelmente piora e ocorre a necessidade de atendimento por parte dos serviços de saúde); incapacitação para o trabalho e vida cotidiana; diminuição da renda familiar; fragilização de sua rede de apoio; e outras experiências prejudiciais para sua vida (BRASIL, 2011a).

Como fatores determinantes para o surgimento das DCNT, conforme Mendes (2012), podemos citar aqueles ligados, principalmente, a hábitos de vida, como, por exemplo: alimentação não saudável, inatividade física, tabagismo, uso nocivo de álcool, entre outros. Tais fatores contribuem para a epidemia da obesidade e sobrepeso (BRASIL, 2011a).

Para facilitar a compreensão de termos que serão utilizados neste trabalho, tais como “doença crônica”, “condição crônica” e “condição de saúde”, tratamos de alguns conceitos. O autor define **condições** de saúde como:

Circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas e proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. (MENDES, 2012, p. 31)

Essas circunstâncias podem ser condições agudas ou crônicas. As condições agudas iniciam rapidamente, são de curta duração e respondem bem a tratamentos específicos, como uso de medicamentos ou intervenções cirúrgicas. Já as condições crônicas¹ iniciam e evoluem lentamente, surgindo por diversas causas que podem estar relacionadas a fatores ambientais, fisiológicos e estilo de vida.

Por se tratar de circunstância de longa duração, os sintomas das condições crônicas passam, na maioria das vezes, despercebidos (ou silenciados). Em alguns momentos, porém, ocorrem as agudizações (por exemplo, uma crise hipertensiva), que devem ser enfrentadas pelos sistemas de saúde. Mendes (2012, p. 38) salienta que

a crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação de saúde de transição epidemiológica dominada pelas condições crônicas - nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga de doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos.

As condições crônicas estão relacionadas às doenças crônicas, entre elas, as DCNT.

Do ponto de vista antropológico da doença crônica, Canesqui (2007, p. 11) mostra que

¹ Nesse sentido, pode-se dizer que as condições crônicas vão além das doenças crônicas, na medida em que podem ocorrer em decorrência de outros eventos, tais como doenças infecciosas, condições ligadas à maternidade, questões relacionadas aos ciclos de vida, ou até mesmo uma doença transmissível, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

os adoecidos crônicos convivem com enfermidades de longa permanência, duração e incuráveis, com reflexos importantes sobre a própria vida e o seu manejo cotidiano, sobre as relações sociais, a família, as instituições médicas e os cuidadores de saúde e os demais grupos e situações sociais.

Por esses motivos, salientamos que é de extrema importância que haja um outro formato de comprometimento governamental em relação à priorização de ações voltadas ao entendimento das especificidades e ao enfrentamento das doenças crônicas, uma vez que elas já se tornaram a principal causa de morte no país e no mundo, mesmo podendo ser evitadas. O que vemos hoje é a medicalização da situação e não um comprometimento no sentido de combater junto à indústria alimentícia e demais setores do mercado e da sociedade, por exemplo.

Apesar de evitáveis, a prevalência dessas enfermidades aumenta cada vez mais. Os motivos são diversos, podendo ser atribuídos a escolhas individuais ou a questões ligadas aos diversos fatores determinantes, incluindo os determinantes sociais² do processo saúde-doença (tais como bem-estar físico, mental, econômico, social, entre outros).

Para compreender aspectos relacionados à experiência da enfermidade crônica, precisamos analisar questões relacionadas ao manejo, cuidado, cotidiano, rotina, hábitos e também questões ligadas ao social. Canesqui (2007, p.11) explica que

para o estudo dos adoecimentos crônicos são necessários pontos de vista multidimensionais capazes de fazer interagir a experiência individual, as biografias com os enfoques macroestruturais, incluindo as posições sociais, a própria cultura, juntamente com a organização do cuidado médico, dos saberes e terapias que o acompanham, que se completam com outras alternativas de cura ou com os grupos societários que fornecem apoio aos adoecidos, que desafiam as pesquisas sociológicas e antropológicas.

Por serem doenças de longa duração, com períodos de agudização e outros de silenciamento, as doenças crônicas nem sempre são percebidas pelos pacientes. Isso dificulta tanto a percepção da existência da doença quanto a adesão ao

² Os determinantes sociais da saúde são conceituados, por Mendes (2012, p. 164), como as “condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas.”

tratamento e a criação de vínculo com atores dos diferentes sistemas de cuidado buscados (podendo ser nos serviços de saúde ou em outros sistemas), quando o paciente se considera adoecido (Mendes, 2012). Por isso, é necessário planejar um modelo de atenção que atenda à especificidade e disponibilize tratamento integral, “baseado na prevenção, construção de vínculo e acompanhamento constante” (Mendes, 2012, p. 23). De acordo com o autor (2012, p. 23), “o enfrentamento das condições crônicas vai exigir, como indicam as evidências internacionais, mudanças radicais na atenção primária à saúde³”.

Nesse sentido, o Brasil vem trabalhando para consolidar sua Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo orientador e reorganizador do SUS. A APS possui quatro características exclusivas (BRASIL, 2011b). São elas:

- 1) **Primeiro contato:** é a porta de entrada aos serviços de saúde, o primeiro serviço a ser buscado pela população quando há necessidade. Entre suas vantagens já comprovadas pela literatura, está a redução das hospitalizações, das cirurgias, das consultas com especialistas e exames. Além disso, aumenta as ações preventivas, a adequação do cuidado, a qualidade do serviço e a oportunidade de atenção (BRASIL, 2011b).
- 2) **Longitudinalidade:** é a relação e o vínculo criados entre o indivíduo e o profissional ao longo do tempo. Também reduz a proporção de hospitalizações, aumenta a capacidade de avaliar corretamente e as ações de prevenção, permite a melhor utilização dos serviços, maior integralidade do cuidado e maior satisfação dos usuários (BRASIL, 2011b).
- 3) **Integralidade:** prevê o conceito ampliado de saúde, com abordagem focada no indivíduo e não na doença, considerando não apenas os aspectos biomédicos, mas reconhecendo, também, as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas dos indivíduos. Como vantagens, a integralidade possibilita mais ações de prevenção, maior adesão aos tratamentos e mais satisfação dos usuários (BRASIL, 2011b).

³ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. (BRASIL, 2012a)

4) **Coordenação do cuidado:** essa característica refere-se à coordenação ou organização das respostas ao conjunto de necessidades. Para tal, a informação é um fator chave, tanto em termos de disponibilidade (informações sobre a pessoa, história, problemas, recursos disponíveis) e a utilização (informações prévias, mecanismos de referência e contrarreferência). A coordenação do cuidado permite uma melhor identificação dos problemas de saúde, melhor adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento, menos hospitalizações e menor solicitação de exames complementares (BRASIL, 2011b).

Além desses elementos, a Atenção Primária em Saúde possui princípios e valores em consonância com os do Sistema Único de Saúde brasileiro, o que faz com que nosso sistema esteja afinado com a APS (BRASIL, 2011b). Nesse sentido, o Brasil vem reorganizando o SUS por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF)⁴ (cuja atenção é complementada pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF).

A consolidação da ESF fará com que o SUS se readéque às necessidades de saúde da população, na medida em que organizará os cuidados com foco na promoção e prevenção de doenças, não apenas na reabilitação. Esse esforço, porém, deve ser amparado por políticas públicas e planos específicos de combate às DNCT, em especial as ações voltadas ao enfrentamento da obesidade e do sobrepeso, elementos conhecidos por terem relação direta com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

2.1 Breve histórico sobre as Políticas de Alimentação e o atual Plano de Enfrentamento das DCNT no Brasil

O sobrepeso e a obesidade são conhecidos por terem relação direta com as doenças crônicas, motivo pelo qual são necessárias ações voltadas ao seu enfrentamento. O crescente aumento da prevalência de obesidade no Brasil é decorrente de múltiplos fatores determinantes, que vão desde causas genéticas, condições socioeconômicas e culturais, até maus hábitos relacionados à alimentação

⁴ Na Política Nacional de Atenção Básica, nos itens 4.3 e 4.4 estão detalhadas as atribuições das equipes multidisciplinares, bem como de cada profissional que nelas atuam (BRASIL, 2012a).

e à prática de atividade física (BRASIL, 2011a). Por esses motivos, as ações de enfrentamento da situação exigem interfaces entre diferentes setores e instituições. As autoras Santos e Scherer (2011, p. 225) declaram que “o melhor instrumento para o enfrentamento à obesidade é o investimento em políticas públicas”.

Como resultado da luta de diversos atores sociais⁵ para acabar com a fome e a miséria que assolavam o Brasil até os anos 90, foi criada, em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), como um compromisso do Ministério da Saúde para combater os males provocados pela escassez de comida e pela pobreza, principalmente, a desnutrição infantil e materna. Em 2001, após uma série de debates estaduais e uma conferência nacional sobre o tema, o documento foi atualizado em decorrência de dois principais fatores: as mudanças socioeconômicas e a transição epidemiológica do país, caracterizada pelo aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta.

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultra-processados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas (PNAN, 2012b, p.15).

A obesidade, ao contrário da desnutrição extrema, tornou-se, então, o elemento que mais representa a insegurança alimentar no Brasil. A segurança alimentar, segundo a PNAN (BRASIL, 2012b, p. 24), é a “realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais”. Para dar conta da articulação com os diferentes setores e sistemas ligados a fatores determinantes da situação de segurança alimentar (tais como sistemas de produção agrícola, posse de terras, indústrias, saúde, logística, distribuição e, até mesmo, rotulagem de produtos alimentícios), em 2006, foi criado o Sistema Nacional de Segurança Alimentar (SINAN)⁶.

⁵ Um exemplo é a **Ação da Cidadania Contra a Fome**, capitaneada por Herbert de Souza, o Betinho, em 1993, que contou com apoio de diversos atores da sociedade civil e governo.

⁶ **SINAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar** foi criado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) nº 11.346/11 e regulamentado pelo Decreto nº 7.272/10. Prevê a

A PNAN se tornou, nesse sentido, o elo entre o SUS e o SINAN, uma vez que é através de ações ligadas à saúde (como a análise da situação nutricional⁷ dos indivíduos) que o último sistema mencionado pode planejar as ações que garantirão a segurança alimentar da população. Tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações, a PNAN possui diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição, sendo essas atividades integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção.

Outro reforço no combate à obesidade é a Política Nacional de Promoção à Saúde⁸ (PNPS) (BRASIL, 2010), cujo objetivo é deter o desenvolvimento das doenças crônicas no Brasil por meio de ações voltadas à prevenção de fatores de risco, como má alimentação e sedentarismo.

Ainda nesse contexto, para deter o avanço dos agravos, o Brasil lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022. Fundamentado em três pilares (vigilância, promoção e cuidado integral), o documento define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o Brasil para o enfrentamento e detenção das DCNT nesse período, com metas voltadas a hábitos, como dieta inadequada, excesso de peso e inatividade física, além de uso excessivo de álcool e tabagismo (BRASIL, 2011a). Para alcançar essas metas, são propostas intervenções pelas equipes de ESF, na Atenção Primária à Saúde, como, por exemplo, as três metas abaixo, relacionadas à obesidade, de acordo com o documento:

1) **Dieta inadequada:** a meta é aumentar o consumo de frutas e hortaliças, reduzindo o consumo médio de sal. As ações de alimentação saudável na ESF englobam educação nutricional ou alimentar e autocuidado para as mudanças alimentares (MENDES, 2012). Aqui se apresenta um primeiro desafio, pois as equipes de ESF não

Política Nacional de Segurança Alimentar e (PNSAN), cujo instrumento principal é o Plano Nacional de Segurança Alimentar (PLASAN).

⁷ **Atenção nutricional** compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

⁸ Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO) (2009), promoção de saúde é um processo cuja finalidade é ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades em atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle deste processo.

contam com profissional Nutricionista. Esse profissional deve complementar a equipe multiprofissional, com o objetivo de orientar a população e os equipamentos sociais, promovendo mudança dos hábitos alimentares (GEUS *et al.*, 2011). No entanto, esse profissional só agregará valor ao trabalho da APS se estiver inserido num trabalho em equipe e se tiver formação como educador (MENDES, 2012).

2) **Excesso de peso:** a meta é reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e deter o crescimento da obesidade em adultos. No nível micro dos sistemas de atenção à saúde, as intervenções devem estar centradas na ESF, sob a forma de educação em saúde, autocuidado apoiado, apoio medicamentoso e vigilância desse fator de risco proximal (MENDES, 2012).

3) **Inatividade física:** a meta é modificar esse quadro, estimulando a prática de atividade física. Intervenções podem ser feitas nas unidades da ESF, por meio de atividades educacionais, operacionais e de autocuidado apoiado, desenhadas para portadores de condições crônicas (MENDES, 2012). Devem ser consideradas as atividades físicas realizadas no lazer, no trabalho em casa, no trabalho e durante deslocamentos.

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento devido ao aumento de sua incidência (WANDERLEI E FERREIRA, 2010). Em 2014, 20% da população brasileira de adultos, maiores de 18 anos, estava obesa, superando a média de prevalência mundial no mesmo período, de 13% (WHO, 2015). Porto Alegre é a segunda capital brasileira com maior número de obesos (SBEN, 2015).

A obesidade, dessa forma, pode ser considerada uma das maiores epidemias dos últimos tempos, configurando um grave problema de saúde pública, uma vez que pode abrir caminhos para as DCNT, já consideradas as principais causas de morte, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A obesidade possui caráter multifatorial, tendo como causas aspectos genéticos, metabólicos, psicossociais, simbólicos, culturais e de estilo de vida (WANDERLEI e FERREIRA, 2010). Nesse sentido, seu enfrentamento deve ser realizado por meio de ações que considerem essas múltiplas dimensões.

2.2 Múltiplos olhares sobre ser obeso

Além dos condicionantes biológicos da obesidade, existem diversos outros fatores (em especial os sociais e culturais) que corroboram o surgimento e a manutenção dessa condição de saúde (MENDES, 2012). Nesse sentido, a obesidade pode ser vista não apenas como uma questão de desordem nutricional, mas, também, como um problema de pertencimento social (que atinge a todos, independente de gênero, idade ou faixa social, por exemplo) ou, até mesmo, econômico (que influencia diversos interesses e, ao mesmo tempo, sobrecarrega os sistemas de saúde dos países) (SANTOS e SCHERER, 2011).

Conviver com a obesidade ou o sobrepeso é vivenciar transformações no corpo e na mente, porque o sobrepeso e a obesidade do corpo humano são visíveis e literalmente palpáveis. Ao longo da história da humanidade, as representações do corpo sofreram transformações. Na Idade Média, por exemplo, corpo e alma eram indissociáveis. Hoje, porém, o corpo parece ter vida própria, fruto de um trabalho individual para se adequar às exigências modernas e até mesmo simbolizar a própria sociedade atual, a qual percebe como perfeito o corpo magro e esbelto (SANTOS e SCHERER, 2011).

Nesse espaço simbólico, não existe lugar de prestígio para o corpo obeso, muitas vezes considerado preguiçoso, lento, aquele que não trabalha direito (FERREIRA *et al.*, 2010). Dessa forma, o indivíduo obeso torna-se suscetível a vivenciar situações de preconceito, estigmatização, isolamento e exclusão social - muitas vezes, em espaços de busca por cuidado para a condição, segundo Gomes, Vaz e Assmann (2015), podendo gerar, de acordo com Santos e Scherer (2011), sofrimento, medo de rejeição, diminuição de sua autoestima, depressão, problemas de relacionamento, etc. Como no mito do bom selvagem, o indivíduo gordo acaba se tornando o exótico, o curioso, aquele que faz os outros rirem, o divertido da turma. Por ser um exemplo de inadequação, sua função social acaba sendo lembrar diariamente que não se pode ficar igual a ele (GOMES, VAZ e ASSMANN, 2015).

Mas o que causa, afinal, a obesidade? Trata-se de uma doença multicausal, com diversos condicionantes. Em linhas gerais, podemos dizer que se tratam das

influências genéticas e estilo de vida. Por não se tratar de um estudo epidemiológico, abordaremos o segundo item.

Em termos de estilo de vida, podemos trazer um pouco de história para contextualizar, citando a Revolução Industrial como um dos marcos para as diversas transformações (sociais, culturais, econômicas, políticas) ocorridas nos últimos séculos, cujos impactos se fizeram presentes em diversos aspectos da vida moderna (lazer, trabalho, consumo, etc.). Nesse sentido, de acordo com os estudos de Santos e Scherer (2011), se relacionarmos a obesidade com a nova sociedade de consumo surgida nesse período, podemos dizer que a obesidade é consequência do capitalismo. O interesse das indústrias (de alimentos, de medicamentos, de comunicação, entre outras), a partir desse momento, tornou-se um dos grandes impulsos aceleradores da obesidade. Grandes marcas de fármacos, de produtos alimentícios e empresas de comunicação trabalham diariamente para vender tanto seus remédios para emagrecer; quanto suas comidas (*light, diet, fit*) e seus discursos midiáticos (sobre o que comer, que corpo ter, como emagrecer) e, nesse cenário, o indivíduo obeso virou mais um segmento de mercado (SANTOS e SCHERER, 2011). Nesse momento, fica mais claro o conflito de interesses entre Mercado e Estado.

Ainda em relação estilos de vida, podemos citar dois principais elementos que implicam na alteração do peso corporal: a prática regular de atividade física e os hábitos alimentares (MATOZINHOS *et al.*, 2015). Em relação às atividades físicas, muito mudou desde a Revolução Industrial. O advento de diversos recursos tecnológicos impactou em aspectos relacionados ao trabalho, ao lazer e à vida cotidiana. No caso do trabalho, a presença de máquinas e equipamentos, de certa forma, automatizaram diferentes processos até então executados pela força bruta dos trabalhadores. Muitas das atividades laborais se transformaram em sedentarismo, com os trabalhadores passando boa parte da jornada sentados (WANDERLEI e FERREIRA, 2010). Da mesma forma, o transporte, aos poucos, foi deixando de ser realizado a pé, por conta do desenvolvimento do transporte urbano e da indústria automobilística.

No trabalho doméstico, a mesma coisa acontece, com a entrada de máquinas de lavar, aspiradores de pó e controle remoto de televisão, por exemplo, muitas atividades que antes promoviam gasto calórico deixaram de ser realizadas. O lazer também vem sofrendo consequências desde então, em especial pelo progresso da urbanização, fazendo com que hoje em dia seja cada vez mais raro ver as crianças

brincando na rua (passando maior tempo dentro de casa, envolvidas com videogames ou computador) e as pessoas, de modo geral, ocupando espaços públicos. A falta de locais seguros e com infraestrutura apropriada, nas grandes cidades, contribui para esse cenário. “Estas alterações, por sua vez, estão associadas ao processo de desenvolvimento e modernização das sociedades contemporâneas” (WANDERLEY e FERREIRA, 2010).

Quanto às práticas alimentares, outra grande transformação ocorreu. No entanto, antes, vamos observar um aspecto importante relacionado à questão alimentar, que é um determinante para esta condição de doença que chamamos de obesidade: diferentemente do tabagismo, do alcoolismo e do uso de outras drogas, por exemplo, cujas intervenções de saúde preconizam, em sua maioria, a abstinência, no caso da alimentação, não podemos (por razões óbvias) simplesmente orientar um indivíduo obeso a nunca mais se alimentar. Isso já dá uma dimensão das dificuldades relacionadas ao enfrentamento da situação. A comida, além de essencial para nos mantermos vivos, alimenta também uma série de aspectos culturais, simbólicos, sociais e emocionais dos indivíduos e das sociedades em que vivem (SANTOS e SCHERER, 2011).

De maneira geral, podemos dizer que a Revolução Industrial trouxe uma série de mudanças em relação à alimentação, que vão desde as formas de cultivo de alimentos e produção (indústria de alimentos), até o comportamento alimentar dos indivíduos. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, por exemplo, é cada vez mais rara a figura da dona de casa que possui tempo para se dedicar à escolha e preparo dos alimentos da família. Nesse caso, o consumo de alimentos prontos vem aumentando de maneira significativa. Esses produtos industrializados, os chamados ultraprocessados, caracterizam-se pelo baixo valor nutricional (sendo ricos em açúcares, carboidratos simples e gorduras), favorecendo o aparecimento da obesidade (BRASIL, 2011a). Por serem mais acessíveis financeiramente e aparentemente práticos, seu consumo é cada vez mais naturalizado pela sociedade e configura o que chamamos de Transição Nutricional.

Importante destacar que, até meados dos anos 2000, o Brasil lutava contra a fome e a miséria. A partir de então, intervenções do Estado, que antes visavam à erradicação da fome, agora passam a se preocupar (em maior grau) com o crescente aumento da obesidade da população. Esse fenômeno ocorre em todo o mundo. Para

tratar desse tema tão importante, surgem algumas questões, como: O que comemos? Como comemos? Onde comemos? Com quem comemos?

A primeira pergunta traz uma reflexão sobre cidadania e ainda gera outras questões. Será que o cidadão possui acesso a uma alimentação saudável e de qualidade, em quantidade suficiente, que o permita exercer sua liberdade de escolha? E essa escolha seria baseada em quê? Talvez não se trate de não saber fazer escolhas corretas. Ferreira *et al.* (2010), em um trabalho relacionando desigualdade, pobreza e obesidade feminina, mostra que mães podem deixar de consumir um alimento considerado mais saudável para oferecê-lo ao seu filho:

a criança é mais sensível, ela tem que ter uma alimentação mais equilibrada. É diferente, por exemplo, se tem um leite, eu tenho que deixar mais para a criança do que pra mim. Fruta eu tenho que deixar mais pra elas, porque elas estão em desenvolvimento. Eu posso esperar (FERREIRA *et al.*, 2010, p. 1428).

Sobre os locais onde comemos, atualmente, são cada vez mais fora de casa e as opções que temos na rua (em bares, restaurantes e lanchonetes) nem sempre são as mais saudáveis (WANDERLEY e FERREIRA, 2010). Caímos novamente nos chamados alimentos ultraprocessados, com baixo valor nutricional e ricos em gorduras, açúcares e carboidratos. De maneira geral, podemos dizer que os locais que frequentamos são praticamente "ambientes obesogênicos" (OLIVEIRA, 2008), que favorecem a prática alimentar não saudável e oferecem alternativas não saudáveis de alimentação.

Ao pensarmos sobre com quem comemos, podemos refletir sobre vários aspectos. A alimentação é parte essencial da cultura de um povo: representações sociais, religiosas, políticas, estão ligadas a comidas, bebidas, como forma de celebração ou algum outro simbolismo. Seria possível imaginarmos uma festa de aniversário, um casamento, um encontro entre amigos, um chá de bebê, uma ceia de Natal, uma comemoração qualquer, sem pensar nas comidas que fazem parte desses eventos? Dificilmente. Dessa forma, vemos que a alimentação possui um sentido social, promove encontros e relacionamentos, produzindo sentimento de pertencimento (OLIVEIRA, 2008). As pessoas com as quais nos encontramos nesses momentos podem influenciar nossas práticas alimentares (tanto positivamente quanto negativamente).

No mesmo caminho das mudanças observadas no estilo de vida das pessoas, nos últimos anos, observa-se a diminuição das chamadas "refeições em família", por conta de diversos fatores (pessoas trabalhando demais, não conseguem voltar para almoçar em casa; chegam cansadas do trabalho; não conseguem se desconectar de aparelhos como celular e televisão; comem no sofá; entre outros). Essa mudança de comportamento influencia os hábitos alimentares que as crianças levarão para a vida toda. Estudos mostram que a convivência com outras pessoas (e com seus hábitos alimentares) pode ter relação com a obesidade (OLIVEIRA, 2008).

Isso suscita outra reflexão, sobre a questão de não serem apenas as escolhas individuais as responsáveis por determinados comportamentos em relação à alimentação. Existe uma forte tendência em culparmos as pessoas por serem gordas e o próprio discurso biomédico reforça isso, na medida em que orienta intensamente a mudança de hábitos sem, necessariamente, compreender, de fato, os fatores relacionados a eles. Em outras palavras, será que o indivíduo é realmente culpado por suas escolhas ou ele se expõe ao adoecimento como resultante de um conjunto de ações não apenas individuais? Pode ser que existam, também, ações coletivas, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento (AYRES *et al.* 2003). A subjetividade deve ser levada em conta se quisermos compreender os determinantes da obesidade e, para isso, devemos olhar para ela com outras lentes, mudar o ângulo, enxergar diferentes singularidades, buscar especificidades.

A mídia ocupa um papel de destaque na produção de subjetividades, uma vez que seu discurso atinge uma enorme população e com muita credibilidade. As autoras Serra e Santos realizaram, em 2003, um estudo sobre "Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito". Nessa pesquisa, buscaram compreender as estratégias discursivas adotadas pela mídia quanto às práticas alimentares de emagrecimento, focando na produção dos sentidos e significados desses discursos e a repercussão deles na vida de meninas adolescentes.

Os meios de comunicação veiculam ou produzem notícias, representações e expectativas nos indivíduos com propagandas, informações e noticiário em que de um lado estimulam o uso de produtos dietéticos para emagrecimento e, de outro, instigam ao consumo de lanches tipo fast food. (...) O corpo é um campo de luta que envolve diferentes saberes, práticas e imaginário social (SERRA e SANTOS, 2003, p. 692).

Nesse sentido, é importante ver a obesidade como uma questão social, compreendendo que sua causa não se trata de escolhas individuais, pelo simples fato de que o ser humano não vive sozinho. Vive-se em grupo, em sociedade, relacionando-se com os demais, exercendo sua cidadania e seu direito de escolha (SANTOS e SCHERER, 2011). É lógico que existem as necessidades individuais e decisões de cada um, mas o ponto em questão é reconhecer que o convívio com os demais indivíduos permite ao sujeito se conhecer, aprender, compreender o mundo e, nesse ciclo, seguir pela vida tomando suas decisões. É nesse contexto das decisões da vida cotidiana que o sujeito pode experimentar situações e comportamentos que podem promover seu bem-estar ou torná-lo suscetível a agravos de saúde. Nesse último caso, quando estão expostos a situações que os deixem fragilizados e propensos à doença, podemos dizer que os sujeitos estão em um momento de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2003).

É importante distinguirmos a vulnerabilidade do risco, pois, como vimos até aqui, não estamos falando apenas de dimensões biológicas como determinantes do processo saúde-doença. O conceito de vulnerabilidade transcende o do risco na medida em que sua análise considera, também, as dimensões sociais e culturais dos indivíduos.

A vulnerabilidade, enquanto expressão da fragilidade e suscetibilidade de indivíduos em relação à promoção de seu bem-estar, é um conceito relativamente novo no campo da saúde e sua discussão ganhou forças a partir da descoberta e avanço dos estudos sobre o vírus da AIDS, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (AYRES *et al.*, 2003).

Os autores AYRES *et al.* (2003) - inicialmente mais focados no conceito de risco - trataram de designar os chamados "grupos de risco" para determinar quais eram os tipos de pessoas (baseados em qual grupo elas pertenciam) que possuíam mais chances de se contagiar com o vírus ou transmiti-lo. Isso criou preconceito e estigmatização dos indivíduos que pertenciam a esses grupos.

Num segundo momento (quando o vírus do HIV foi isolado em laboratório e se entendeu melhor as suas formas de transmissão), a noção de grupo de risco foi substituída pela noção de "comportamento de risco", pois se passou, então, a atribuir o comportamento individual como sendo o responsável pela propagação do vírus (o que, de certa forma, não deixava de ser verdade, no entanto, o preconceito e a estigmatização dos grupos anteriormente chamados de risco continuaram existindo,

uma vez que já haviam se tornado conceitos enraizados na sociedade) (AYRES *et al.*, 2003) .

No terceiro momento, começaram a levar em consideração também as características das relações e interações (nas quais ocorrem os riscos). Nesse sentido, surgiram então ações e programas de prevenção que preconizavam o empoderamento dos indivíduos para lidarem com as situações que os tornavam suscetíveis ao risco (AYRES *et al.*, 2003).

A partir daí a análise da vulnerabilidade e seus fatores envolvidos, contribuíram com a apreensão das tendências e determinantes da epidemia de HIV. Considerando os elementos sócio-culturais e a importância das relações interpessoais nos processos de protagonismo dos sujeitos, faz-se necessário um olhar ampliado para a complexidade de elementos que influenciam as condições de vida deles. A compreensão e o reconhecimento dessas situações que os tornam suscetíveis e vulneráveis a problemas de saúde é que desperta nos indivíduos mecanismos e reações de buscas (ou não) por cuidado.

Essa situação (ou situações) é definida como o reconhecimento da existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (materiais e relacionais) e da ação dos sujeitos como intérpretes do real. Dessa forma, considera-se que saúde-doença remete (dinamicamente) a múltiplos fatores e sua combinação e à capacidade de reação de indivíduos coletivos, mobilizando seus recursos (materiais e imateriais – simbólicos) para desativar ou contornar eventos negativos como morte, doença, perdas, entre outros (Gerhardt, 2007, p. 13).

Compreender a mobilização desses recursos e os trajetos percorridos na busca por cuidado, por pessoas com adoecimento crônico, mostra-se relevante para o entendimento do enfrentamento da obesidade. De acordo com Burille e Gerhardt (2014), a investigação dos itinerários terapêuticos enquanto ferramenta teórico-metodológica se constitui como uma prática potencialmente reveladora e eficaz para compreender a complexidade de buscar cuidado. Segundo Leite e Vasconcellos (2006), a análise dos itinerários terapêuticos serve para a compreensão dos processos de escolha, e não apenas descrever os caminhos seguidos pelos indivíduos. Cabral *et al.* (2011, p.4433) consideram que conhecimento sobre itinerários pode contribuir para compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e utilização dos serviços de saúde.

3 MÚLTIPLAS DIMENSÕES DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Quando pensamos em itinerários terapêuticos, podemos imaginar tratarem-se de caminhos percorridos por um indivíduo, ao considerar-se doente, em busca de cuidado para sua condição de saúde. Além disso, é possível pensar que essa procura é feita somente nos sistemas profissionais de saúde, como hospitais, emergência ou unidades de saúde. No entanto, ao fazermos uma revisão da literatura sobre o tema, deparamo-nos com um conceito mais ampliado sobre esses percursos, os quais possuem múltiplas dimensões que devem ser conhecidas e compreendidas.

Ao perceberem-se adoecidos e ao mobilizarem-se para buscar cuidados, os indivíduos encontram diferentes práticas em saúde e sistemas de cuidado, com os quais podem desenhar múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado) em prol das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes - sob a forma de redes sociais, formais e informais - e da resolutividade obtida (GERHARDT *et al.*, 2009, p. 7).

Nesse sentido, um primeiro aspecto a ser considerado é que, ao falarmos em busca por cuidado, não estamos nos referindo apenas às práticas do sistema profissional de saúde. Consideramos, também, para a compreensão das trajetórias, a busca por outros tipos de cuidado, como, por exemplo, os informais e populares. Conforme Burille e Gerhardt (2014, p. 673) observam em estudo sobre itinerários terapêuticos de homens rurais com adoecimento crônico,

na medida em que as respostas dadas pelos profissionais mostram-se imparciais ou ineficientes, os indivíduos tendem a acionar novos dispositivos que impulsionam a busca por outros cuidados, que talvez possam oferecer resolução para seu problema de saúde.

Nesse estudo, foram encontrados dois padrões de busca de cuidado, o que reforça o caráter de múltiplas escolhas dos itinerários terapêuticos: “um padrão de busca direcionado para o cuidado oferecido pelo sistema profissional e outro focado em uma busca plural de cuidado, contemplando os sistemas informal, popular e profissional em diferentes combinações e situações”.

A busca por cuidado nesses outros sistemas que não o profissional, justifica-se pelo fato de que indivíduos e sociedades elaboram seus próprios significados e representações para as doenças, que nem sempre estão alinhados aos discursos biomédicos. De acordo com Leite e Vasconcellos (2006, p. 121), “a visão de mundo que norteia o indivíduo em determinada sociedade - as crenças e costumes que fazem parte de sua cultura estabelecem um ‘fazer sentido’ que interfere no processo saúde/doença”.

Ao optar por um curandeiro popular, o indivíduo estaria optando por uma explicação sobre a doença que lhe é inteligível, com termos e conceitos sobre saúde, sobre a causa da doença, sobre o tratamento necessário e sobre o próprio corpo que condizem com a sua percepção, ou que, ao menos, ele possa entender e aceitar. (LEITE e VASCONCELLOS, 2006, p. 122)

Com base nisso, a diversidade de combinações e situações apontam para a complexidade dos itinerários terapêuticos, cuja variedade de elementos pode ser compreendida por meio de múltiplas dimensões, nas quais são estabelecidas relações entre “**material e o imaterial**”; o “**individual e o coletivo**” e as “**condições e situações**”. Gerhardt (2007, p. 4), em estudo sobre as múltiplas dimensões dos itinerários terapêuticos, mostra-nos que elas ajudam a “compreender a influência destes elementos no processo de escolha e de cuidados e a tomada de decisão na busca por cuidado”.

Em relação ao “**material**”, a autora cita (2007, p. 8), por exemplo, o nível econômico, as condições habitacionais ou a ameaça de um agente físico ou biológico. Já o “**imaterial**” seriam as instituições, as relações interpessoais e as realidades culturais. Segundo Uchôa e Vidal (1994, p. 503), “o universo sócio cultural do doente é o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas”.

A relação entre o “**individual e o coletivo**”, ainda segundo estudo de Gerhardt (2007, p. 10), “é aquela na qual podemos fazer reflexões sobre o papel do indivíduo enquanto sujeito social”. Cabral *et al.* (2011, p. 4434), ao pesquisarem o estado da arte dos itinerários terapêuticos, mostram que “as escolhas dos indivíduos expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos”. Nesse contexto, os autores Uchôa e Vidal (1994, p. 497) trazem

o conceito de que “o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural”.

Os trajetos de busca por cuidado são resultado de escolhas subjetivas, baseados nas representações que os indivíduos (e sociedades) produzem sobre saúde e doença. Dessa forma, uma série de simbolismos está relacionada, extrapolando as causas e determinantes dos problemas de saúde normalmente conhecidas. Segundo Leite e Vasconcellos (2006), o processo de escolha individual está relacionado à base cultural do sujeito e aquilo que, para ele, “faz sentido”. Por esse motivo, o que faz sentido para um sujeito pode não fazer sentido para outro e, assim, os itinerários podem variar de acordo com a trajetória biográfica dos indivíduos. Em outras palavras, mesmo que duas pessoas tenham os mesmos sintomas e doenças, seus percursos de busca por cuidado podem ser completamente diferentes.

Ao optar por um curandeiro popular, o indivíduo estaria optando por uma explicação sobre a doença que lhe é inteligível, com termos e conceitos sobre saúde, sobre a causa da doença, sobre o tratamento necessário e sobre o próprio corpo que condizem com a sua percepção, ou que, ao menos, ele possa entender e aceitar. (LEITE e VASCONCELLOS, 2006, p. 122).

Por essa razão, Burille e Gerhardt (2014) observam a necessidade de se identificar e explorar os sentimentos e reações manifestadas pelos indivíduos ao se depararem com o adoecimento, assim como saber quando e quais estratégias eles mobilizam para resolvê-los e de que forma o fazem.

As escolhas, no entanto, nem sempre são conscientes ou planejadas como uma sequência de ações. Leite e Vasconcellos (2006, p. 125) sugerem que “os hábitos, o acaso e os atos impensados também fariam parte da constituição dos itinerários terapêuticos”. Ainda, segundo as autoras (2006, p. 114), “o enfrentamento aos episódios de doenças é parte constitutiva do cotidiano: os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que fazem parte da vida cotidiana em qualquer sociedade”.

Sobre a relação entre “**situação**” e “**condição**”, a noção de “**condições**”, segundo Gerhardt (2007, p. 11), se aplica a “tudo aquilo que se impõe às vontades individuais”, como os próprios dados materiais e imateriais, vistos acima. De acordo com a autora, esses dados podem tanto ter um impacto negativo sobre a vida das pessoas quanto potencial para a ação de resposta para problemas encontrados. Já a

noção de “**situação**” está relacionada à forma como os sujeitos reagem ao leque de elementos em seu cotidiano.

Através da distinção das noções de ‘condições’ e ‘situações’, operamos a uma diferenciação fundamental para entender a complexidade da relação entre o conceito epidemiológico de risco e o estado de saúde efetivo dos indivíduos e das populações, que perpassa pela noção de vulnerabilidade, enquanto susceptibilidade e manejo das situações de risco. (GERHARDT, 2007, p. 12)

Uchôa e Vidal (1994, p. 500) demonstram que “as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas”. Segundo Gerhardt (2007, p. 2), “as necessidades de saúde expressas ao longo dos itinerários terapêuticos revelam que as escolhas realizadas por indivíduos são amplamente apoiadas nas redes sociais das quais fazem parte”.

3.1 O que circula nas Redes Sociais e de que cuidado estamos falando?

Segundo Portugal (2007), apresentada por Ruiz (2013, p.49), ao refletir sobre o lugar das redes sociais, relata que mais do que um método ou um conjunto de técnicas de análise da realidade social, as redes sociais vêm constituindo perspectivas teóricas no campo das ciências sociais. De acordo com Ruiz (2013, p.49), as redes seriam “elos interconectados que podem ser pessoas, grupos ou outras unidades formadas pela circulação de bens na perspectiva da dádiva”.

A partir da rede social, como o ato de manter relações pelo circuito tripartite dar-receber-retribuir, são postas em jogo expectativas e a conservação de confiança; elementos que, por sua vez, alimentam o social (CAILLÉ, 2002a apud RUIZ, 2013, p.49).

Considerando a influência das dimensões subjetivas que as relações sociais e culturais exercem na vida dos sujeitos, não podemos deixar de citar a importância das redes sociais como promotoras de apoio social entre indivíduos de uma população.

Em estudo, Valla (1999, p. 10) utiliza a definição de Minkler para conceituar apoio social como sendo “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material

oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos”.

Segundo Andrade e Vaitsman (2002, p. 927), estudos demonstram que “a pobreza de relações sociais constitui fator de risco à saúde comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como fumo, pressão arterial elevada, obesidade e ausência de atividade física”. Ainda segundo as autoras, a convivência entre as pessoas favorece o comportamento de monitoramento da saúde, o que gera comportamentos positivos, “aumenta a auto-estima dos pacientes e até mesmo a vontade de viver, o que contribui para o sucesso do tratamento” (MINKLER, 1985 apud ANDRADE e VAITSMAN, 2002, p. 928).

Além disso, o apoio social favorece o empoderamento dos indivíduos, uma vez que as trocas favorecem o compartilhamento de informações, a busca por conhecimento e o “aumento da capacidade de se sentirem influentes nos processos que determinam suas vidas” (ANDRADE e VAITSMAN, 2002, p. 931). Essas trocas, diálogos e encontros, são a base do que chamamos de Cuidado em Saúde.

Ao perceber-se adoecido, o indivíduo enfrenta a situação buscando cuidado não somente no sistema profissional de saúde. Esse processo de busca por cuidado contempla a busca por outras relações, outras pessoas, outras instituições. O Cuidado, então, se dá, tanto por sua materialidade, ao longo dos itinerários, quanto por sua imaterialidade – perspectivas “que implicam de maneira diversa na saúde dos sujeitos” (RUIZ, 2013, p. 35).

No campo da materialidade, encontramos as redes sociais nas “instituições que estão ou não ligadas ao Estado e ao mercado (igrejas, serviços de saúde, escola)” (RUIZ, 2013, p. 35). Nessa perspectiva, cabe conhecer quem são as pessoas que fazem parte das redes, quantas elas são, onde elas estão.

No campo da imaterialidade, temos as interações que ocorrem entre as pessoas que estão na rede – isto é, as relações familiares, o encontro com o profissional, o encontro com vizinhos e colegas de trabalho, as relações que se têm por meio das “redes sociais virtuais⁹” e, até mesmo, a relação com as informações veiculadas na mídia. Nesses encontros, ao longo do percurso de busca por cuidado,

⁹ Importante salientar que, ao utilizar o termo “rede social virtual”, estarei me referindo às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), no âmbito da chamada Web 2.0, isto é, espaços cibernéticos de colaboração, comunicação e relacionamento virtual, tais como *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, *Snapchat*, *Whatsapp*, entre outros aplicativos, ambientes e plataformas; sejam eles acessados via computador pessoal, *tablete*, *smartphone* ou quaisquer outros dispositivos.

podem circular sentimentos positivos e negativos ao longo da busca, ou seja, momentos de cuidado ou de adoecimento, momentos de felicidade ou de sofrimento e adoecimento, motivo pelo qual o indivíduo pode se sentir apoiado por sua rede social ou não.

A existência e a ação dessas redes, ao impor a interlocução entre diferentes atores e em diferentes relações que acontecem em itinerários terapêuticos, nem sempre revelam encontros produtores de saúde, ou seja, encontros que tenham significado de cuidado. Pode ocorrer que as expectativas dos envolvidos nas relações, e em cada lócus de relação, não andem ao mesmo passo e na mesma direção. Portanto, negociações, simetrias e assimetrias são, constantemente, postas em jogo. (GERHARDT, 2001;2009, apud RUIZ, 2013, p. 35)

Nesse contexto, reforçamos a importância do diálogo e do encontro entre quem está cuidando e quem está cuidado. O Cuidado vai além da técnica, ele está essencialmente nas relações. Se não houver uma verdadeira intenção de escutar o outro e o que o indivíduo deseja em relação à experiência, de prestar uma “atenção à saúde interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento” (AYRES *et al.*, 2003), pode até haver um tratamento, no entanto, não terá ocorrido o Cuidado.

Nesse sentido, Samaja (2000 apud PINHEIRO *et al.*, 2015) mostra que o cuidado à saúde, no sentido do adoecer e seu enfrentamento, deixa de ser uma resposta unicamente biológica e individual, assumindo o caráter de resposta social. Essas respostas podem ser tanto no sentido de produção de saúde quanto na direção da vulnerabilidade.

O estudo do rural e, em especial, sua relação com a saúde, é um tema pouco explorado no âmbito da Saúde Coletiva. No entanto, para que seja possível a elaboração de políticas públicas que atendam às necessidades da população que aí vive, é de extrema importância que se conheça as necessidades, especificidades e subjetividades. Nesse sentido, o rural não deve ser visto aqui somente como aquele ligado à agricultura, que produz e vive da plantação de alimentos e criação de animais, longe de tudo e de todos. Nesse espaço, produz-se vida, num ciclo formado tanto pela paisagem – que forma as pessoas, e pelas pessoas, que formam as paisagens (GERHARDT e LOPES, 2015).

O rural, da forma como se conhece (e justamente pela forma como se conhece), é retratado sempre como um espaço geográfico que possui certa demografia e alguns

índices básicos de saúde e desenvolvimento social (SANTOS e GERHARDT, 2015). Mais do que isso, não têm sido estudadas as subjetividades, as materialidades e, principalmente, as imaterialidades que circulam nos elementos que compõem a multidimensionalidade no lugar, tais como o ambiente, os sistemas técnicos, a saúde, a educação (saberes), as representações e as políticas (GERHARDT, 2014).

A grande maioria das pesquisas voltadas para o rural são estudos epidemiológicos – de relevância inquestionável, mas que trazem um determinado número de elementos, com limite de compreensão de aspectos subjetivos.

A autora Ana Eliza Lourenço realizou um estudo para verificar a prevalência de obesidade entre adultos agricultores em um bairro do município de Petrópolis, Rio de Janeiro (RJ). Nessa pesquisa, Lourenço analisou diversos aspectos socioculturais das famílias rurais, entre os quais a relação entre o que se planta, o que se vende e o que se come. A partir daí, verificou que a prevalência de obesidade era muito maior nas mulheres do que nos homens e identificou situações de vida dessas pessoas que estariam relacionadas às práticas alimentares e, conseqüentemente, ao ganho de peso. Por exemplo, o fato das famílias produzirem um único tipo de produto (hortaliça), fazia com que não houvesse variedade na alimentação. Por esse motivo, mesmo plantando, as famílias precisavam recorrer aos produtos comprados no mercado para poder se alimentar com variedade. Outro aspecto analisado foi a necessidade de as mulheres cozinharem de acordo com o gosto e desejo dos maridos, o que fazia com que elas não tivessem muita chance de optar por um cardápio mais saudável, uma vez que os homens possuem preferência por alimentos mais calóricos, ricos em carboidratos e gorduras. “Na visão dos agricultores, sua ocupação requer comida que ‘sustenta’ o corpo, tais como arroz, feijão, pão, macarrão, batata e aipim” (LOURENÇO, 2012, p. 141). Ainda, segundo a autora,

este estudo não somente mostrou que a obesidade pode acometer populações agricultoras, mas também que esta apresenta uma rede de determinantes que exige pesquisas de profundidade para ser avaliada.

Com isso, por meio dos estudos puramente biológicos não se consegue conhecer e compreender as múltiplas dimensões da ruralidade, das experiências de vida (e de adoecimento), nem como o indivíduo se constrói e constrói as vivências a partir das redes onde ele se insere e das relações que realiza. Sendo assim, faz-se

importante conhecer profundamente a realidade do local, do seu povo, entender a forma como a população vive a vida – individual e coletivamente - e, a partir deste estudo, produzir um instrumento que não apenas converse com outras áreas de conhecimentos, como seja útil para a compreensão das reais necessidades de saúde na área rural.

4 PROBLEMATIZANDO O ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE

A obesidade, conforme apresentada anteriormente, é uma doença caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal e está relacionada com o surgimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, principais causas de morte em todo o mundo e alvo de políticas públicas e ações de combate por parte de países (BRASIL, 2011a). No Brasil, a situação não é diferente e também enfrentamos a obesidade por meio de ações que envolvem não apenas o sistema de saúde, mas também implicam em questões de segurança, educação, moradia, entre outros fatores determinantes, que impactam no surgimento da obesidade.

Por esse motivo, percebemos que a obesidade é multifatorial, o que faz com que a doença possua múltiplas dimensões que vão além do biológico. A experiência de conviver com a obesidade pode ter consequências que vão além das condições biomédicas do corpo: pode trazer sofrimento emocional causado por estigmas, preconceitos, baixa autoestima; e dificuldades de relacionamento na família, no trabalho, na vida amorosa (SANTOS e SCHERER, 2011). Situações estas que, por sua vez, podem agravar ainda mais as condições de saúde do indivíduo.

Ao perceber-se obeso e, então, entender que esta condição significa algo que pode prejudicar sua saúde, o indivíduo parte em busca de alternativas que possam ajudá-lo a enfrentar as condições, empreendendo, assim, seus itinerários terapêuticos. Percorre caminhos em busca de um cuidado que não necessariamente vem dos sistemas formais e técnicos-assistenciais, ou seja, do serviço de saúde.

Esse cuidado pode ser procurado também em outros sistemas informais e populares como, por exemplo, em uma instituição religiosa, educacional, ou até mesmo prestado por um vizinho ou amigo, dentro de sua comunidade. É o cuidado que considera o que o indivíduo pensa e deseja, que se dá por meio do diálogo, da interação, do relacionamento.

Por essa razão, existe a necessidade de se compreender tanto as dimensões que são individuais – O que pensa esse indivíduo? Quais são as suas representações subjetivas sobre saúde e doença? Quais são suas necessidades? – e as dimensões que são coletivas. Nesse sentido, entendemos que o Cuidado ao qual nos referimos aqui é aquele que vai além do técnico, é aquele que está nas relações.

Essas relações, por sua vez, são aquelas que se dão por meio da interação entre as pessoas e as sociedades, compondo assim a rede social do indivíduo. As redes sociais são aquelas que podem apoiar os sujeitos em suas buscas por cuidado, por meio de uma ajuda que pode ser tanto material quanto imaterial. Esses recursos, no campo do material, podem estar presentes sob forma de uma ajuda financeira, um serviço de saúde, uma instituição, etc. No campo do imaterial, são as interações existentes entre as pessoas – por meio do diálogo, do encontro, da escuta – que podem causar efeitos positivos nos indivíduos, apoiando-os e aumentando sua autoestima, motivação e vontade de viver. O reconhecimento do outro, enquanto indivíduo, promove o protagonismo e possibilita que o sujeito empreenda cada vez mais ações que vão de encontro à produção de saúde e formas positivas de levar a vida.

Ao mesmo tempo, as relações podem causar efeitos contrários, sentimentos negativos que, por sua vez, poderão contribuir para agravos na saúde dos indivíduos em situações de vulnerabilidade. Nesse sentido, vemos que circulam nas redes sociais coisas boas e ruins, sentimentos bons e ruins, momentos de felicidade e de sofrimento, produção de saúde e produção de vulnerabilidade, apoio ou falta de apoio.

No meio rural, as dificuldades podem ser ainda maiores, uma vez que, historicamente, essas regiões passaram por períodos de exploração e falta de acesso às tecnologias (de saúde e em geral), o que gerou inequidades e desigualdades e, por assim dizer, a visibilidade desse lugar e dessa população.

No que concerne o campo da saúde, o modelo proposto para o rural brasileiro é historicamente relacionado aos interesses econômicos, seja para manter a força de trabalho sadia; seja para alcançar patamares aceitáveis nos indicadores de saúde exigidos por agências de fomento, do que atrelado às necessidades sociais e de saúde desta população. (SANTOS, 2015, no prelo)

No caso do sistema formal de saúde, por exemplo, foi ofertado ao rural “tecnologias que estavam ligadas à concepção de baixo custo, a Atenção Primária à Saúde, ou Primitiva, segundo alguns autores da Saúde Coletiva” (CARVALHO, 2005, apud SANTOS, 2015, no prelo). Além da distância geográfica, é importante falarmos da distância afetiva que ocorre nessas relações profissionais, pois os indivíduos do meio rural ainda sofrem com a concepção e olhar preconceituoso de muitos profissionais de saúde.

A produção de estigma e da discriminação pode ser consequência de processos de exclusão social e estrutural, tem sua base nos modos pelos quais certos indivíduos ou grupos passam a ser postos à margem da sociedade e nos processos que atualizam estes mecanismos (SANTOS, 2015, no prelo).

A distância, nesse caso, está na relação que não considera as necessidades do indivíduo, as representações que ele faz de sua doença e quais são os seus desejos. Assim, problematizar as relações sociais a partir das redes sociais dos indivíduos adoecidos crônicos no meio rural trouxe subsídios para conhecer as formas de enfrentamento e os percursos percorridos na busca do cuidado.

4.1 Quais são os objetivos desta pesquisa?

Objetivo Geral

- Analisar, por meio de uma narrativa visual, o enfrentamento da obesidade, no meio rural de Gravataí, RS, a partir das relações sociais estabelecidas ao longo de um itinerário terapêutico.

Objetivos Específicos

- a) Compreender o que significa ser obeso no meio rural de Gravataí, RS, e as formas de enfrentamento por ser desse lugar e ter essa condição;
- b) analisar os obstáculos enfrentados em relação a ser obeso e repercussões desses aspectos nas suas relações da vida cotidiana;

- c) identificar, a partir das narrativas de um(a) adoecido(a) crônico: sua rede social, o itinerário terapêutico por ele(a) apreendido em busca de cuidados – na rede formal e informal – para suas necessidades de saúde;
- d) produzir um material audiovisual narrando o enfrentamento da obesidade, as relações sociais e o itinerário terapêutico.

5 PERCURSO METODOLÓGICO TRAÇADO

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa (etnográfica), na qual a intenção, segundo Creswell (2010, p. 20) “é explorar o conjunto complexo de fatores que envolvem o fenômeno central e apresentar as perspectivas ou os significados variados dos participantes”. Nesse processo de pesquisa, ainda, segundo o autor (2010, p. 20), o foco do pesquisador está na aprendizagem do “significado que os participantes dão ao problema ou questão, e não do significado que os pesquisadores trazem para a pesquisa ou que os autores expressam na literatura”.

Nessa perspectiva, o que se esperava era utilizar uma metodologia que permitisse a compreensão dos significados de saúde e doença e busca por cuidado de um indivíduo, a partir do seu ponto de vista, de sua experiência e suas subjetivações.

A **Etnobiografia**, estilo de documentário criado por Jorge Prelorán, surgiu, então, como um instrumento apropriado à apreensão da lógica do sujeito em relação: à sua experiência de adoecimento; às suas relações sociais; às suas formas de enfrentamento e busca por cuidado; bem como o impacto desses elementos em sua vida cotidiana. Esses elementos, inerentes à individualidade do sujeito, refletem também no coletivo – e vice-versa – enquanto expressões de uma cultura e de um coletivo maior. Segundo Víctora, Knauth e Hassen (2000, p. 53) “a abordagem etnográfica se constrói tomando por base a ideia de que os comportamentos humanos podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam”.

Jorge Prelorán é um jornalista e cineasta argentino, conhecido por seus documentários etnobiográficos que refletem uma comunidade por meio de um único personagem. A particularidade de seus filmes é justamente deixar esses protagonistas falarem, contarem suas histórias. O objetivo dos documentários, mais que a realização dos filmes, era a respeitosa experiência com a pessoa filmada. Ao longo de sua carreira, foram produzidos mais de 60 vídeos, de longa e curta metragem, alguns dos quais só existem em rolo de filme, não tendo sido transferidos a outros formatos (vídeo/digital). Alguns deles estão disponíveis no *Youtube*, o que contribuiu para o conhecimento e compreensão desta metodologia (RIVERA, 2009).

Por ser um profissional dedicado à produção audiovisual, Prelorán não possui muitas publicações textuais, o que faz com que sua metodologia deva ser apreendida por meio de seus próprios vídeos, entrevistas, artigos e outros materiais de imprensa.

Para o cineasta, “um personagem vive de uma certa forma, vive, come, tem uma economia familiar, tem uma tradição, e essas são coisas totalmente filmáveis. Mas na realidade o que falta é chegar ao espírito dessa pessoa” (HUELLAS DE PRELORÁN, 2016). Ou seja, mediante a imagem de um indivíduo em sua vida cotidiana, o cineasta se aproximava do complexo de um ser humano e de suas comunidades.

Uma de suas produções mais conhecidas é “Hermógenes Cayo” (1967), filmado na região de Jujuy, na Argentina, uma paisagem desértica rodeada de montanhas que transmite uma solidão absoluta. O documentário centra-se na história de um artesão e pintor cujos sensibilidade e carisma contrapõem-se ao ambiente em que vive (CONCHEGO MIRANDA, 1974). A história de Hermogenes Cayo, assim como a de alguns outros personagens de Prelorán, deram origem a livros digitais do autor (EVANGELISTA, 2008).

Apesar de focar em personagens de realidades rurais (MARTÍNEZ, 2010), a etnobiografia de Prelorán pode servir para conhecer a história de qualquer pessoa e diversos contextos. Outro exemplo de longa-metragem bastante conhecido por trazer um personagem morador de uma área rural é “Cochengo Miranda” (1974), cuja família foi acompanhada pelo cineasta ao longo de um ano, em narrativas que trouxeram seus sentimentos, filosofias e formas de expressão.

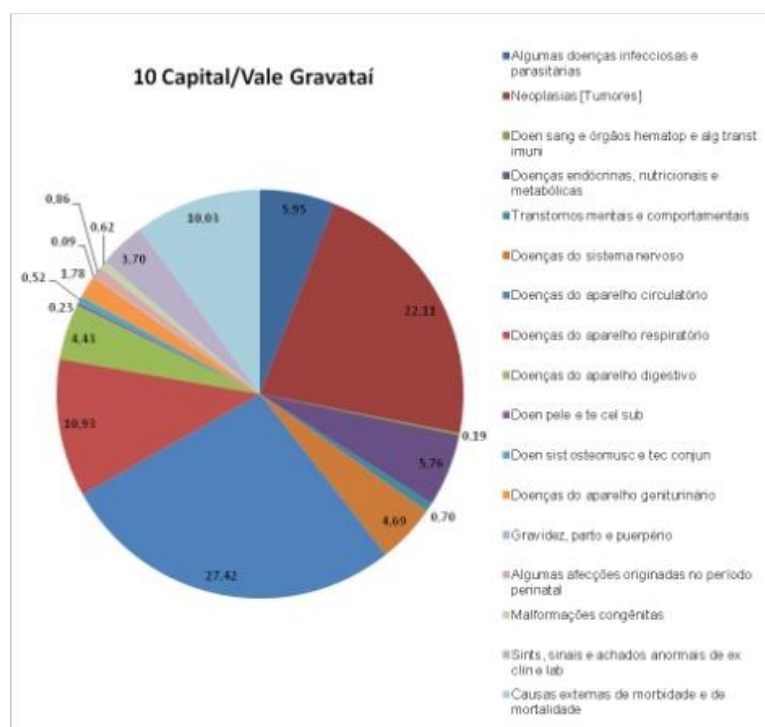
Nesse sentido, os filmes de Prelorán trazem algo que vão além dos filmes tradicionais da etnografia. A Etnobiografia possui uma intenção maior em capturar a alma humana, os sentimentos dos personagens, suas visões de vida e de mundo, isto é, não é um modo de agir e pensar puramente descritos por antropólogos (VISUAL ANTHROPOLOGY, 2014). Dessa forma, essa metodologia permitiu a compreensão das respostas dadas pelas redes sociais para o enfrentamento das necessidades de saúde dos indivíduos em Gravataí, RS.

5.1 Por que Gravataí?

O presente estudo integra o projeto **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: Os desafios da região metropolitana de Porto Alegre**, que aborda o planejamento em saúde da Região 10 de Saúde do Rio Grande do Sul (também chamado **Vale do Gravataí**), da qual fazem parte os municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão.

Ao analisar o perfil de mortalidade dos seis municípios, de acordo com dados secundários provenientes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (2014), é possível observar que, de maneira geral, a principal causa de óbito no ano de 2014 foram as doenças do aparelho circulatório (Cap. IX do Código Internacional de Doenças – CID10), com 27,42% das mortes por essa causa, conforme gráfico abaixo (Figura 1).

Figura 1: Perfil de Mortalidade do Vale do Gravataí



Fonte: Datasus, 2014.

Tendo este estudo o interesse na população rural, surge a dúvida: Quais destes municípios possuem informação sobre a população rural? De acordo com o último Censo, realizado em 2010, apenas três municípios da Região 10 possuem informação distinta quanto à situação da população, se urbana ou rural. São eles: Glorinha,

Gravataí e Viamão. Fato que tornou esses três municípios candidatos a ser o escolhido para cenário de pesquisa.

Tabela 1: Censo de 2010 da população rural e urbana do Vale do Gravataí, RS.

Município	Urbana	Rural	Total
Alvorada	195.673	0	195.673
Cachoeirinha	118.278	0	118.278
Glorinha	2.067	4.824	6.891
Gravataí	243.497	12.163	255.660
Porto Alegre	1.409.351	0	1.409.351
Viamão	224.943	14.441	239.384
Total	2.193.809	31.428	2.225.237

Fonte: DATASUS (2014).

Considerando então a principal causa de morte na região e a possibilidade de quantificar a população rural nos municípios acima, o próximo passo para a definição do cenário seria quantificarmos as pessoas que apresentam os fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório – dentro desse rural.

As doenças cardiovasculares possuem, como principais fatores de risco, a hipertensão arterial; diabetes melitus e a obesidade. Não foi possível encontrar, nos dados secundários, informações específicas sobre obesidade. No entanto, foi possível encontrar informações sobre o número de pessoas cadastradas e acompanhadas com hipertensão ou diabetes, na zona rural dos municípios de Gravataí e Viamão, conforme tabela a seguir (Tabela 2).

Tabela 2: Hipertensão e Diabetes nas zonas rural e urbana.

População 2014 – Região 10	Hipertensão Cadastrada		Hipertensão Acompanhada		Diabetes Cadastrada		Diabetes Acompanhada	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Município								
Alvorada	28.456	0	17.280	0	10.874	0	6.676	0
Cachoeirinha	142.208	0	24.298	0	13.653	0	8.267	0
Gravataí	17.346	16.061	7.836	8.657	5.325	4.599	2.749	2.738
Porto Alegre	482.007	0	202.890	0	156.426	0	75.492	0
Viamão	40.585	6.781	26.307	3.168	14.042	1.840	9.617	991
Total	710.602	22.842	278.611	11.825	200.320	6.439	102.801	3.729

Fonte: DATASUS, 2014.

Dessa forma, é possível observar que Gravataí é o município que possui uma população mais expressiva em número de casos de hipertensão arterial e diabetes melitus, o que a torna um campo empírico relevante para o presente estudo, uma vez que as chances de encontrarmos pessoas com obesidade – dentre a população de hipertensos e diabéticos – é maior. Em relação à capacidade instalada, no município de Gravataí, os dados secundários apontam para a existência de 235 estabelecimentos físicos (CNES, 2014), de acordo com a tabela abaixo (Tabela 3):

Tabela 3: Nível de Hierarquia dos Estabelecimentos de Gravataí, RS.

Descrição	Total
03--Media - M2 e M3--Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 2º nível de referência - M2.e /ou de 3º nível de referência – M3	83
07--Media - M3--Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos hospitalares de média complexidade.Realiza procedimentos previstos nos estabelecimentos de níveis de hierarquia 02 e 03, abrangendo SADT ambulatorial de alta complexidade	1
08--Alta HOSP/AMB--Estabelecimento de Saúde que realiza procedimentos de alta complexidade no âmbito hospitalar e ou ambulatorial	1
04--Alta AMB--Estabelecimento de Saúde ambulatorial capacitado a realizar procedimentos de Alta Complexidade definidos pelo Ministério da Saúde	11
01--PAB-PABA--Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza somente Procedimentos de Atenção Básica –PAB e ou Procedimentos de Atenção Básica Ampliada definidos pela NOAS	19
02--Media - M1--Estabelecimento de Saúde ambulatorial que realiza procedimentos de Média Complexidade definidos pela NOAS como de 1ºnível de referência – M1	118
Em Branco	2
TOTAL	235

Fonte: CNES (2014)

De acordo com os dados acima, verificamos que existem 19 estabelecimentos de saúde ambulatorial que realizam somente procedimentos de atenção básica. Considerando que um mesmo estabelecimento físico pode comportar mais de uma equipe, vemos, na tabela abaixo (Tabela 4), que existem 22 equipes de Estratégia Saúde da Família atuando nos 19 estabelecimentos de Atenção Básica.

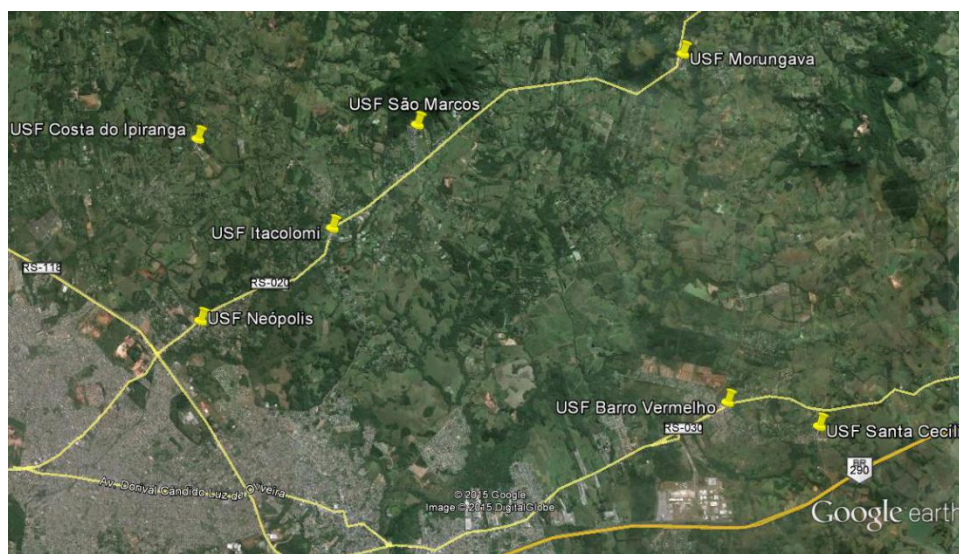
Tabela 4:Tipos de Equipes em Gravataí.

Tipos da Equipe	Quantidade
01 ESF – Equipe da Saúde da Família	13
02 – ESFSB_M1 - ESF COM SAÚDE BUCAL – MI	07
03 – ESFSB_M2 – ESF COM SAÚDE BUCAL – MII	2
Total	22

Fonte: CNES (2014)

É importante salientar que, respeitando o princípio de universalidade do SUS, todos estes 235 estabelecimentos atendem tanto à população urbana quanto à rural, não havendo distinção nesse sentido. No entanto, analisando o mapa da cidade e o que seriam as delimitações de rural e urbano, é possível visualizar que 07 Unidades de Saúde da Família (USF) encontram-se fisicamente estabelecidas em endereços da zona rural, sendo elas: USF Costa do Ipiranga, USF Neópolis, USF Itacolomi, USF São Marcos, USF Barro Vermelho, USF Morungava e USF Santa Cecília.

Figura 2: Mapa da Zona Rural de Gravataí.



Fonte: Google Maps (2016)

Nesse sentido, podemos dizer que a escolha pelo município de Gravataí e, em especial, sua zona rural, se deu tanto pela sua inserção na região estudada pela pelo projeto de pesquisa **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: Os desafios da região metropolitana de Porto Alegre** (e, conseqüentemente, a já existente aproximação com profissionais e serviços de saúde estabelecidos nesse município, bem como interesse da cidade em contribuir com o presente estudo), como, também, pela organização do sistema de saúde e a expressividade da população rural com hipertensão arterial, como vimos acima.

Gravataí é um município situado a 22 quilômetros de Porto Alegre. Um dos municípios mais desenvolvidos da região metropolitana da capital, Gravataí possui uma zona industrial que abriga grandes empresas, como, por exemplo, a General Motors, o que emprega muitos dos moradores. De sua área geográfica total, quase 500km², pelo menos 75%, refere-se à área rural (Prefeitura Municipal de Gravataí, 2015). Em termos de população, a estimativa de 2015, pelo DATASUS, é de 272 mil habitantes. A taxa de analfabetismo é de 3,1%.

5.2 A História de quem?

Para que fosse possível chegar até a personagem desta história, houve uma etapa de aproximação com o campo, que teve início ainda em 2015. No dia 16 de novembro, acompanhei a visita da doutoranda Vilma à USF Costa do Ipiranga, que havia marcado uma conversa com a coordenadora da USF. Nesse dia, saímos bem cedo de Porto Alegre e fomos em direção à zona rural de Gravataí. Conversamos com a Coordenadora da USF, Roberta, e com os agentes de saúde, que nos levaram de carro para fazer um rápido reconhecimento do entorno da USF. Roberta citou que haviam pacientes na fila para cirurgia bariátrica e demonstrou ser receptiva à pesquisa.

Foi meu primeiro contato com o trajeto até o campo propriamente dito. Descobri quais são os ônibus que fazem as linhas Porto Alegre – Gravataí, conhecer o centro

da cidade e observar presencialmente como se dá parte da vida de quem vive lá, como se pega ônibus para a zona rural, quanto tempo demora, como é o acesso.

O trajeto entre o centro de Gravataí e a USF é bem longo e realmente rural, com amplos espaços onde não se vê nada além de muito verde e chão batido. Ainda transitam carroças pelas estradinhas; animais, como vacas e cavalos, também circulam naturalmente por ali. Atrás da USF Costa do Ipiranga, há uma escola de nível fundamental, motivo pelo qual os horários dos ônibus aparentam ser próximos dos horários de início e final das aulas, para atender aos estudantes. Retornamos a Porto Alegre entusiasmadas com as possibilidades de estudo que o rural iria nos proporcionar.

5.2.1 Em busca do personagem

No início de 2016, novas inserções de aproximação foram realizadas, a fim de realizar a etapa de pré-campo que possibilitaria encontrar o sujeito da pesquisa, conforme descrito anteriormente no projeto. Em fevereiro, fiz minha primeira ida sozinha a Gravataí, à Secretaria de Saúde da cidade para reunir-me com Camila, Gerente Distrital responsável pelos coordenadores das USF da zona rural do município. Encontramo-nos pela manhã e apresentei meu projeto. A intenção era me apresentar e estreitar o contato, para que ela pudesse me inserir em uma reunião de coordenação, realizadas duas vezes por mês. No dia 14 de março, participei da reunião dos coordenadores de Unidades Básicas de Saúde, realizada na USF Santa Cecília. Nessa oportunidade, apresentei meu projeto e pedi um apoio aos coordenadores no sentido de me passarem informações sobre os pacientes de suas unidades que estavam aguardando realização de cirurgia bariátrica. No entanto, não obtivemos muito sucesso nessa busca.

Meu próximo passo, então, foi agendar uma visita ao Centro de Nutrição e Qualidade de Vida (CENQ), serviço do município que oferece atendimento nutricional e psicológico a pessoas que desejam melhorar seus hábitos alimentares, em sua maioria visando ao emagrecimento. No dia 12 de abril, fui conversar com a Nutricionista Juliana Freitas, uma das responsáveis por atender pacientes da zona rural. O objetivo principal dessa visita era obter dados de contatos de pacientes da

zona rural que tivessem sido atendidos em consultas nutricionais. Na reunião, estava presente a gerente do serviço, Margarete Kayser.

Embora tenham sido muito receptivas em me atender e escutarem sobre o projeto, houve um pouco de receio em me passarem os dados dos pacientes. Num primeiro momento, a gerente deu a entender que haveria alguma dificuldade em me passar tais informações e que seria melhor eu visitar outro serviço: um Núcleo Esportivo de Ginástica. Expliquei novamente a necessidade da obtenção dos dados e, então, a nutricionista Juliana me deu acesso à parte dos prontuários dos pacientes da zona rural. Fizemos juntas uma triagem, para levantar dados com perfil mais apropriado, e anotei os nomes e telefones dos pacientes escolhidos.

Mesmo assim, para aproveitar a viagem, fui conhecer o então Núcleo Esportivo de Ginástica Neópolis, atividade realizada no Salão Paroquial da igreja que fica atrás da USF Neópolis.

Gravataí conta atualmente com 29 núcleos esportivos de ginástica, espalhados por toda a cidade. São oferecidas atividades físicas como ginástica localizada e dança, duas vezes por semana e com duração de uma hora cada seção. Seu principal objetivo é contribuir com o bem-estar físico, mental e social dos participantes. Confira abaixo todos os núcleos de ginástica, endereço, horários e coordenadores. O núcleo NEÓPOLIS funciona nas terças e quintas, das 14h às 15h, destinado a adultos e terceira idade (GRAVATAI, 2016).

Nesse dia, participei observando uma aula e, ao final, conversei com o instrutor Diego, me apresentei aos alunos e perguntei se alguém conhecia alguma pessoa que pudesse participar da minha pesquisa. Muitos foram receptivos, mas acredito que a abordagem foi muito geral e não obtive muitas informações concretas. Entre os participantes da aula, não havia alguém com muito sobrepeso. Uma das participantes da aula era a agente comunitário Maria, que fazia questão de estar junto com os demais - muitos dos quais eram pacientes de sua região – e motivá-los.

5.2.2 *Encontrando Janaína*

De posse dos dados dos pacientes, obtidos no CENQ, deu-se início a etapa de campo propriamente dita, pois, nesse momento, minha autorização na Plataforma

Brasil havia finalmente saído. Iniciei os contatos telefônicos com as pessoas da lista. Muitos números estavam errados e outros não atendiam, ou nem existiam. Foi quando optei por realizar a abordagem via celular, por meio do aplicativo *Whatsapp*. Este aplicativo permitiu que eu visse a foto da pessoa antes de entrar em contato. Dessa forma, descartei aquelas cujo gênero, pela foto, não condizia com o gênero do prontuário. Foi quando encontrei o número da paciente Janaína Barbosa e iniciei o contato.

O diálogo inicial foi, na íntegra, como mostrado abaixo:

Damiana: *Olá, boa tarde! Este número é de Janaína Barbosa?*

Janaína: *Oi. Sim. É meu número! Quem é você???*

D: *Oi Janaína, vou te explicar! ;)*

J: *Ok. Seu rosto não me é estranho mas não lembro.*

D: *Obrigada pela atenção, Janaína! ;) Eu me chamo Damiana, sou estudante da UFRGS e estou fazendo uma pesquisa na área da Saúde, sobre emagrecimento, na região rural de Gravataí! Como estou pesquisando em diversos serviços de saúde, cheguei a você através do CENQ (Centro de Qualidade de Vida), com a nutri Juliana! :) Estou em busca de alguém que queira participar do meu estudo, me contando sobre as trajetórias deste processo de emagrecimento, alimentação, etc. A ideia do meu projeto é contribuir com a melhoria dos serviços de saúde que são oferecidos na zona rural de Gravataí. Em sua ficha dizia que você era de Itacolomi, continuas morando neste local? Meu contato contigo aqui pelo Whats é ver se posso te convidar a participar desta pesquisa, e se desejares podemos combinar um horário para que eu possa me apresentar pessoalmente e esclarecer melhor sobre o projeto, se você desejar! (ufa, desculpa o tamanho do texto!!)*

J: *Imagina! Ainda moro no mesmo endereço, e não vejo problemas em nos conhecer. Seria bom mesmo ter uma ajuda, normalmente não consigo concluir meu objetivo de emagrecimento, sempre me deparo com algo que me impede de continuar. Talvez seja uma desculpa minha não sei. E quero sim participar da tua pesquisa.*

D: *Que legal, Janaína! => Você tem disponibilidade para conversarmos durante o dia? Como são os seus horários?*

J: *As tardes de segunda, quarta e sexta, algumas sextas tenho compromisso minha filha dança em ctg e as vezes tem ensaio extra mas a gente pode agendar sem problemas.*

D: *Que lindo! Amanhã seria um bom dia pra vc?*

J: *Amanhã eu tenho um compromisso marcado mas a semana que vem estou livre fora a terça e a quinta.*

D: *Ah, sem problemas!*

J: *Sexta fica ruim pra você*

D: *Fica bom! Não vais viajar? (quinta é feriado) Mas por mim seria ótimo. Eu moro em Porto Alegre, se puderes de manhã pelas 10h, fica bom?*

J: *Pode ser na quinta pela manhã não vou viajar.*

D: *Ah tá, mas pensei na Sexta de manhã, podes?*

J: *Posso como vai ter esse feriado na quinta não vou ter compromisso na sexta pela manhã.*

D: *Que bom, Confirmado sexta então. Quando puderes me passe o endereço por favor, assim irei pesquisar os ônibus para chegar!*

J: *hummm vai ser uma viagem kkkkk. Aqui é um lugar lindo mas longe de tudo.*

D: *Não tem problema, eu tenho ido a Gravataí, já estou ficando craque! Vou adorar conhecer!*

J: *Vai precisar de no mínimo 2 ônibus e uma caminhada de 15 minutos. Vou te passar o endereço.*

D: *Legal, já ouvi dizer que é lindo mesmo!*

Havíamos marcado para o dia 21 de abril. Na véspera, porém, surgiu um compromisso para Janaína e ela precisou desmarcar. Combinamos então para o dia 26 de abril.

Nesse dia, então, saí de Porto Alegre rumo ao centro de Gravataí, na parada do Hospital Dom João Becker. A alguns metros de lá, fui para outra parada para aguardar o ônibus que me levaria à casa de Janaína. Era o Neópolis. Esse ônibus me levou até a igreja do Morro da Corcunda, onde Janaína e o marido foram me buscar. Essa igreja localiza-se em frente ao condomínio onde eles residem, motivo pelo qual optaram por me buscar nessa primeira vez, para que eu me familiarizasse com o lugar e as ruas, dentro do condomínio.

Entrando na casa, já fui muito bem recebida pelo casal, que me ofereceu chimarrão. Janaína começou a me contar sobre o que a levou à obesidade, antes mesmo que eu lhe perguntasse qualquer coisa, mesmo porque ainda não estava ali como entrevistadora, mas sim para apresentar-lhe o projeto e convidá-la a participar da pesquisa (falando sobre a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, inclusive, antes mesmo de qualquer anotação por minha parte).

De qualquer maneira, ela se sentiu muito à vontade em contar-me sua história de vida, e em uma oportunidade em que ficamos sozinhas, quando seu marido foi buscar a filha no colégio, contou de fatos importantes de sua vida que poderiam ter desencadeado sua obesidade.

Daí em diante, passamos o resto do dia conversando sobre o assunto e, ao final do dia, recebi a seguinte mensagem sua, por *Whatsapp*:

Bem o que dizer do dia de hoje! Obrigado! Foi muito agradável a sua companhia e espero ter correspondido um pouco do que você esperava de mim e de minha família. Porque pra mim você superou minhas expectativas, pensei que conheceria uma pessoa afim de ouvir apenas o que lhe interessava (pesquisas)! Mas não! Você foi totalmente diferente do que tinha imaginado quero de coração agradecer a tarde maravilhosa e de boas e engraçadas conversas que tivemos!

A partir daí, o vínculo estava criado para as próximas conversas que aconteceriam no decorrer das próximas semanas e tratariam de esclarecer o que significa ser obeso nesse lugar, quais eram as formas de enfrentamento, suas relações sociais e o itinerário terapêutico traçado por ela. Ao longo de três meses (entre abril e junho), tivemos um total de seis encontros. Nossas conversas iam das 09h da manhã até as 22h, inclusive eu tendo dormido em sua casa em uma das noites – pois uma das dificuldades era conseguir transporte público aquele horário para retornar a Porto Alegre. Por outro lado, não faltava assunto para conversarmos.

5.3 Gerando os dados em campo

Para a geração dos dados da pesquisa foram utilizados recursos inerentes à etnobiografia. Segundo Prelorán, apresentado por Curiel, Espinosa e Lizárraga (2012), a proposta de uso da etnobiografia como ferramenta para o resgate da memória social através da história oral leva à necessidade de utilização de outras ferramentas como, por exemplo a etnografia, histórias de vida, entrevista em profundidade e observação participante, entre outras possíveis.

Nessa perspectiva, a **Historia de Vida Focal** foi utilizada para permitir que Janaína falasse abertamente sobre sua experiência e vivência em relação à obesidade e sua trajetória de busca por cuidado. Conforme Prelorán (apud Curiel, Espinosa e Lizárraga, 2012), a narrativa dos indivíduos a respeito das coisas que as preocupam acaba por trazer informações sobre a comunidade em geral, os problemas da região e as formas de sobreviver nesse meio.

Sendo assim, a geração dos dados foi feita por meio dos itinerários terapêuticos, que permitiram o entendimento do enfrentamento da obesidade ao dar visibilidade aos elementos de contagem dessa história. A autora Ana Paula Silva de

Faria, utilizou, em 2007, os Itinerários Terapêuticos em seu estudo “A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com *diabetes mellitus*”. Segundo a autora,

A composição dos Itinerários Terapêuticos tem sido apontada (...) como uma tecnologia analítica que nos permite a avaliação de como os serviços conseguem, ou não, atender aos princípios da integralidade e da resolutividade na atenção à saúde às pessoas em condição crônica, e de que forma essas respondem à oferta e à acessibilidade aos serviços de saúde, ao buscarem resolutividade para os seus problemas de saúde (FARIA, 2007, p. 63).

Nesse contexto, os itinerários terapêuticos serviram como uma ferramenta para desencadear toda uma conversa sobre a história de vida, cotidiano e a vivência da obesidade. Essa compreensão seria necessária, inclusive, aos profissionais de saúde, que devem conhecer as repercussões da doença, do tratamento e do controle dela, na vida do indivíduo adoecido (FARIA, 2007).

A compreensão do significado da obesidade e das repercussões acima citadas, foi complementada por meio do conhecimento do conteúdo de mídia consumido pelo participante do estudo, ou seja, quais foram os veículos de comunicação (revistas, jornais, *sites*, *blogs*, programas de rádio e televisão) assistidos e lidos por Janaína, cujo conteúdo é de grande influência para a produção de sentido e subjetividade, incluindo conteúdos relativos a práticas alimentares, estilo de vida e comportamento (SERRA e SANTOS, 2003).

Para o início da aproximação com o indivíduo pesquisado e abertura do diálogo, foram realizadas **Entrevistas Focalizadas**, com objetivo de explorar a fundo o tema da obesidade e as formas de enfrentamento empreendidas pelo indivíduo. A entrevistada teve total liberdade para decorrer sobre o assunto, no entanto é importante que seja respeitado o foco de interesse temático. Por se tratar de uma entrevista informal, as entrevistas não tiveram uma estrutura muito rígida, pois, segundo Beaud e Weber (2007), um roteiro de entrevista muito detalhado não corresponde ao espírito do trabalho etnográfico.

O **Roteiro de Entrevista** (Apêndice A), no entanto, foi composto por algumas **Perguntas Norteadoras** cujo intuito foi disparar o diálogo e estimular Janaína a falar sobre o tema. A entrevista, de acordo com Gil (2008, p. 109) "é uma forma de diálogo

assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.

O registro da entrevista foi feito por meio de notas por escrito e a gravação de sons e imagens. Segundo Beaud e Weber (2007, p. 137) "só a gravação permitir-lhe-á captar na íntegra e em todas as suas dimensões a palavra do entrevistado; ser-lhe-á possível, na sequência, trabalhar em profundidade sua entrevista especialmente escutando várias vezes as fitas".

Diferença de retorno é imediato. A leitura das notas de entrevista, mesmo as mais bem tomadas, dão a impressão de uma entrevista pontual desencarnada, na qual falta o tempero de uma entrevista: o tom, os silêncios, as hesitações, os risos; breve, a expressão dos sentimentos, enfim, os elementos essenciais para interpretar a entrevista. (BEAUD e WEBER, 2007, p. 137).

Para complementar a geração dos dados nesse estudo, foi realizada a **Observação Participante**, "técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo" (GIL, 2008, p. 103). Nesse sentido, foram observados aspectos da vida cotidiana do indivíduo, suas práticas, relações, sentimentos e atitudes "a fim de colher os significados contextualizados, captar a realidade complexa subsistente em particularidades, apreender o ponto de vista dos membros (...)" (CHIZZOTTI, 2006, p. 72).

Assim, colocamo-nos em posição de atenção aos pequenos gestos, às falas e aos seus múltiplos sentidos, aos silêncios e às emoções durante todo o trabalho de campo, tanto durante as entrevistas quanto na observação das práticas profissionais de atenção e de gestão nos serviços de saúde (FARIA, 2007, p. 46).

Como ponto de partida para a obtenção de informações, foram observados elementos de acordo com as categorias sugeridas por Lofland (1971 apud BEAUD e WEBER, 2007), as quais são: atos, atividades, significados, participação, relacionamento e situações. O planejamento dessa observação pode ser conferido no **Roteiro para Observação** (Apêndice B).

5.3.1 Luzes, câmera, ação! Produzindo a narrativa visual.

O processo de realização de uma produção audiovisual envolve diversas etapas, a começar pela captação das cenas. Para a realização das gravações, recebi o empréstimo de um equipamento de fotografia e vídeo da própria universidade (uma câmera da marca Nikon Coolpix P520n). No entanto, houve a necessidade de investimento em alguns acessórios adicionais para que fosse possível gravar a quantidade de horas necessárias ao projeto. Assim, comprei duas baterias adicionais, um cartão de memória com capacidade de 64Gb e um tripé – acessório essencial para garantir a qualidade das imagens captadas.

Após a realização da captura das imagens, o próximo passo foi trabalhar o gerenciamento dos arquivos de vídeo, pois o volume de horas gravadas gerou uma quantidade grande de arquivos – muitos deles com tamanho superior a 4Gb, o que requer um *drive* com espaço suficiente para o armazenamento. Utilizei um serviço de armazenamento na nuvem, o *Google Drive*. Houve a necessidade de compra de espaço virtual - no entanto, considerei mais vantajoso que o investimento em um *drive* físico, pois, dessa forma, eu poderia acessar o material de qualquer lugar e não precisaria carregar o *drive* físico comigo, além da facilidade para compartilhar imediatamente os arquivos com quem fosse necessário, como, por exemplo a profissional do estúdio de edição, com o qual trabalhei posteriormente.

É importante dimensionar o tempo necessário para realizar os procedimentos de *upload* e *download* dos arquivos na nuvem, para que não houvesse imprevistos (como, por exemplo, perder um dia de trabalho, pois os arquivos ainda não estarem disponíveis). Nesse sentido, sugiro que nunca se deixe para a última hora, ainda mais quando se trabalha com uma quantidade grande de arquivos. Pode-se ir realizando o procedimento aos poucos, conforme os arquivos vão sendo gerados.

Uma vez os arquivos salvos na nuvem, foi importante definir um sistema de gerenciamento e identificação, para facilitar as etapas seguintes de criação de roteiro e edição. Dessa forma criei, também no *drive* virtual, uma planilha na qual cada coluna identificava, respectivamente: o nome do arquivo (mantive o nome original do arquivo); o tempo de duração do vídeo; o cenário principal da gravação; descrição do conteúdo do vídeo (em linhas gerais). Essa etapa foi como uma pré-análise.

Em seguida, realizei uma profunda exploração dos arquivos filmados: visualizando exaustivamente e transcrevendo as falas e acontecimentos de cada

vídeo. Esse processo permitiu a ordenação de planos de vídeo que deram origem a pelo menos três categorias visuais que serviram de base para a construção do roteiro da narrativa. Tais categorias, por sua vez, estão dentro de uma única dimensão que são as relações sociais ao longo de um itinerário terapêutico. São elas:

- 1) as relações familiares;
- 2) relações de amizade (e viagens);
- 3) relação com a dieta;
- 4) relação com a academia.

Foi a partir da imagem e pela imagem (isto é, das imagens geradas, filmadas) que foi interpretada a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com obesidade. Importante salientar que, de acordo com o referencial da etnobiografia, o roteiro não é algo que se estabelece antes das gravações (como em geral os filmes etnográficos que possuem, roteiros de gravação já definidos previamente). Nesse caso, a etnobiografia permite que o protagonista fale livremente, de maneira que o que eu tinha antes de gravar eram algumas perguntas norteadoras, que serviram para abrir o diálogo. As filmagens ocorreram livremente, captando em realidade o dia-a-dia da protagonista e, somente após as gravações e o processo de decupagem, foi possível ir analisando, pelos vídeos, os elementos centrais na fala da personagem em todos os espaços de escuta nos quais a acompanhei (na sua casa, nos momentos das refeições, nas lidas domésticas, nos momentos de lazer, na academia).

Considerando que as relações familiares e sociais, num itinerário terapêutico, são a dimensão principal que conduzem a narrativa, organizei as quatro categorias temáticas citadas anteriormente, sobre as quais Janaína falou nas entrevistas – sendo que em todas elas a comida se fazia presente como um elo entre as pessoas. A partir daí, elaborou-se o roteiro e, em seguida, deu-se o processo de edição, em estúdio na universidade (que possui recursos apropriados, como computador Machintosh, *software* de edição Adobe Premiere e duas profissionais especialistas em edição de vídeos).

A experiência de trabalhar em campo com recursos audiovisuais permitiu um conteúdo riquíssimo que completou a análise e tornou possível a compreensão da situação estudada de maneira muito mais holística.

5.4 Aspectos éticos da pesquisa

As considerações bioéticas foram respeitadas conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c).

A proposta desta dissertação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer número 51923315.2.0000.5347. Também foi autorizada pelo Comitê de Pesquisa de Enfermagem da mesma universidade sob o parecer de número 30189. Foi autorizada pelo Secretário Municipal de Saúde do Município de Gravataí, RS.

A pesquisa, em todas as etapas de execução, desde a entrevista até a análise dos dados, teve por objetivo unicamente a compreensão da lógica do pesquisado e de sua realidade, não pretendendo em nenhum momento configurar-se enquanto doutrinação do sujeito em relação à sua vida ou suas práticas. Conforme Víctora, Knauth e Hassen (2007), há uma diferença a ser considerada entre pesquisa e intervenção, que são momentos distintos e que, para o bem de uma e de outra, devem ser respeitados.

As entrevistas e observações foram gravadas com o consentimento do interlocutor, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), garantindo que nenhuma informação a respeito do pesquisado seja divulgada sem seu conhecimento e aprovação (a qual poderá ser retirada a qualquer momento, sem ônus para o pesquisado). Os dados serão guardados pela pesquisadora por 5 (cinco) anos.

Nesse sentido, ainda, caso solicitado, o anonimato do pesquisado será mantido por meio da troca de seu nome bem como a utilização de recursos de edição de elementos audiovisuais que possam identificá-lo, como por exemplo seu rosto e voz.

Para total ciência do entrevistado, a respeito dos objetivos do estudo, foi explicado desde o início da pesquisa que se trata de uma investigação e quais as suas finalidades. Além disso, foi explicado quando se iniciaria e quando findaria a pesquisa,

a fim de evitar impasses relacionados ao fim da continuidade da interação ao final da investigação.

Em relação aos riscos, a pesquisa apresentava riscos mínimos ao participante, não tendo apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder as entrevistas ou participar das observações, o que não aconteceu.

Em termos de benefícios desta pesquisa, são eles: proveito indireto, posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa; conhecer os caminhos ao longo da busca por cuidados durante o enfrentamento da obesidade sendo moradora da zona rural de Gravataí; conhecer o significado dessa doença e os tipos de cuidado buscado, bem como conhecer as dinâmicas das relações sociais estabelecidas pela pessoa obesa e os impactos dos seus relacionamentos na subjetivação de sua doença e na busca por cuidado; conhecer as informações sobre obesidade e alimentação que veiculam na mídia e são consumidas por essa pessoa, ao longo de sua busca por cuidado com a obesidade.

6 A HISTÓRIA DE JANAÍNA

Os dados gerados por meio da metodologia acima descrita subsidiaram a produção de um vídeo etnográfico que apresenta a História de Janaína.

Aqui, descrevo, sucintamente, os elementos que são o foco central da produção da narrativa visual. Entre eles, destacam-se as relações sociais de Janaína; suas formas de enfrentamento da obesidade e seu itinerário terapêutico empreendido; a sinopse; e, por fim, o vídeo etnográfico.

6.1 Relações sociais alimentadas por Janaína

Janaína demonstrou possuir uma forte rede social, a começar pela própria família que é bem numerosa. A partir daí, observamos uma rede de amizade que circula entre pessoas amigas da família, amigos do marido, amigos do grupo do Centro de Tradições Gaúchas (CTG) e, recentemente, as amizades conquistadas entre o grupo de participantes da academia. Podemos citar as relações com profissionais de saúde (tanto do sistema formal quanto informal); com outros profissionais, com a mídia e com instituições religiosas.

No que tange a suas relações familiares, Janaína integra um grupo de cinco filhas mulheres, no qual ela é a mais velha. Quando criança pequena, ela foi morar com a avó materna. Aos cinco anos, à morte da avó, voltou a morar com os pais, e teve mais quatro irmãs. Casou-se aos dezoito anos com Jorge, e foram morar no interior do estado. Teve uma filha em 2012, chamada Ana Clara. Seus pais se separaram quando ela já era adulta.

Janaína possui uma boa relação com as irmãs, no entanto, destaca-se a relação que possui com Cristiane, a segunda filha mais velha das cinco. Cristiane ficou viúva bem cedo, com uma filha pequena (Maria Eduarda) que, por sua vez, é muito amiga de Ana Clara. Janaína apoiou a irmã nessa fase, tendo criado Maria Eduarda em sua casa por algum tempo.

Atualmente, as duas residem na mesma cidade e são companheiras de academia, tanto as irmãs quanto as filhas. É essa parceria entre as quatro que motiva Janaína a seguir motivada a ir para a academia, entre outros motivos. Cristiane, assim

como Janaína, enfrenta a obesidade, tendo realizado procedimento bariátrico no início deste ano, motivo pelo qual Janaína cuida de sua alimentação e acompanha de perto o processo da irmã.

De maneira geral, na família, Janaína demonstrou ser a referência nas questões de alimentação, pois nos eventos de família ela é sempre escolhida para preparar os alimentos. As irmãs auxiliam na medida do possível, em especial providenciando os ingredientes e verificando se falta algo, mas quem comanda as panelas e dá o tempero especial é Janaína. Além disso, quando os eventos são em sua casa, ela se certifica de que sempre tenha algo rodando na mesa pois, segundo ela, as melhores conversas acontecem ali. E tudo envolve comida.

Por outro lado, Janaína tem a sensação de que, em alguns momentos, não se identifica tanto com as irmãs. Principalmente, quanto a questões de estilo de vida e rotina, pois Janaína vive em um lugar mais afastado, em contato com a natureza, adora viajar e gosta de ambientes rurais. Suas irmãs são mais urbanas, valorizam outras coisas ligadas à moda e consumo, que Janaína diz não se importar.

Em relação a pai e mãe, Janaína se dá bem com os dois. Sua mãe, no entanto, no que tange às questões alimentares, nunca foi o exemplo de alguém que se dedicava muito a prover uma variedade de pratos para a família. Janaína comenta que sua mãe, muitas vezes, deixava as comidas estragarem por falta de interesse em prepará-los. Já seu pai foi quem lhe ensinou a cozinhar, a usar ingredientes como legumes e verduras e habituar-se a comer esse tipo de alimento.

Para as sobrinhas, Janaína é aquela referência de quem faz comida boa e prepara coisas gostosas que normalmente as meninas não comem em casa. Quando vão para lá, pedem para comer bolo, pipoca, entre outras guloseimas que Janaína prepara como forma de agradá-las.

Com sua filha, de doze anos, a relação é de muito carinho e parceria. A menina a ajuda em algumas tarefas de casa e acompanha a mãe na academia, sendo uma de suas maiores incentivadoras. As duas são muito próximas e amigas. Ana Clara é uma menina bonita e vaidosa e demonstra alegria ao ver a mãe se cuidar.

Em relação ao marido, Janaína casou-se cedo com Jorge. Ela tinha dezoito anos e ele já havia sido casado por duas vezes, tendo quatro filhos destas relações anteriores. Como todo casal, enfrentaram juntos alguns momentos difíceis, tendo ficado separados algumas vezes, no entanto, hoje em dia, possuem uma relação muito forte de parceria. São um casal que conversa bastante, gostam de viajar e

passam o dia praticamente juntos. É Jorge quem leva Janaína aos lugares que ela precisa ir, pois o transporte público em sua região é demorado e ela não dirige. Eventualmente, isso pode ser um obstáculo que dificulte a ida de Janaína à academia, por exemplo, caso o marido não esteja disponível para levá-la algum dia.

No que tange a suas relações de amizade, Janaína mostrou ser uma pessoa com um círculo muito grande de conhecidos. Possui uma forte amizade com suas primas, com amigas de longa data (como por exemplo Bel, sua amiga de infância) e, também, com as pessoas que foi conhecendo através de seu marido (por exemplo, Miro, amigo de infância de Jorge). Janaína sente um prazer enorme em viajar para encontrar esses amigos, com os quais passa horas conversando – o que lhe faz muito bem. Nesses encontros, sempre ocorrem refeições, momentos ligados à comida, mas as conversas são tão edificantes que acabam se tornando momentos muito mais felizes do que tristes. Fazem-lhe bem à alma e ao espírito.

Criou-se, também, um grupo de amigos no CTG frequentado por Ana Clara, pois Janaína e Jorge muitas vezes viajam para levar a filha aos rodeios e, com isso, acabaram se aproximando de outros pais de crianças. As atividades relacionadas ao CTG, segundo Janaína, sempre envolvem refeições e comidas bem fortes, as quais dificultam a dieta. Seu marido não se aproximou tanto das pessoas desse grupo, pois considera que possuem valores e visão de vida diferentes dos dele. Nesse caso, não são relações que ajudam tanto em termos de amizade e crescimento pessoal.

Mais recentemente, Janaína se viu envolvida com mais um grupo social, que é o formado pelas mulheres da academia. Nessas novas relações, surgem apoio para o dia-a-dia de exercícios físicos, motivação para a malhação na academia e troca de informações sobre alimentação e dietas.

Outro tipo de relação social que podemos estabelecer nesse contexto é o de Janaína com profissionais de saúde. Num primeiro caso, podemos citar a relação dela com a nutricionista do CENQ. Não houve criação de vínculo entre elas. Com os profissionais da academia, porém, Janaína se mostra extremamente satisfeita com a relação estabelecida, uma vez que sente a preocupação desses profissionais com seu desempenho como um todo. Segundo Janaína, é uma preocupação que vai 'além da saúde'.

Em termos de espiritualidade, Janaína há algum tempo deixou de frequentar locais religiosos (e, conseqüentemente, relacionar-se com outras pessoas nesses

ambientes), pois diz que prefere ter contato direto com Deus a frequentar algum lugar religioso.

Nesse sentido, vimos que as relações sociais ao longo desse itinerário terapêutico trouxeram coisas boas e ruins, ora empoderando Janaína em seu caminho de busca pelo enfrentamento da obesidade, ora desmotivando-a.

6.2 Formas de enfrentamento e Itinerário Terapêutico

Janaína, em um dado momento, descobriu-se obesa. Enquanto se arrumava para uma festa, foi vestir uma calça que não serviu. Naquele período, surgiu uma série de questionamentos: como eu fiquei deste jeito? Quando foi que eu parei de me cuidar? Não me sinto mais bonita!

Janaína, então, buscou enfrentar a situação por meio de uma dieta chamada Dukan, que restringe o consumo de carboidratos. Ela iniciou a Dieta Dukan junto com sua irmã Cristiane, em função de uma reportagem que ambas viram na televisão sobre o emagrecimento da princesa Kate, da Inglaterra. Houve duas tentativas e, na primeira delas, Janaína emagreceu dez quilos. Foi quando reportou que se sentiu bonita novamente, sentimento que há muito tempo não sentia. No entanto, houve recuperação do peso perdido e as outras tentativas não surtiram efeito, pois não houve adesão da irmã, que falhava em muitos momentos e acabava atrapalhando o desempenho de Janaína em sua dieta.

Outro recurso empreendido no enfrentamento da obesidade foi o acesso ao *Blog da Rô*, *site* em que a comunicadora Rô relata o dia-a-dia de seu emagrecimento, interagindo com as leitoras e esclarecendo dúvidas sobre o assunto. Janaína sentiu-se muito acolhida por ela, pois em outras experiências – visitando *sites* de outras blogueiras e tentando se comunicar - não obteve respostas às suas perguntas. Além da atenção recebida por Rô, Janaína relatou que houve uma identificação com esta blogueira pelo fato das rotinas familiares serem parecidas em alguns aspectos (Rô também tem filhos, marido, faz almoço para a família, etc.).

Em relação à prática de atividades físicas, a primeira investida de Janaína foi a realização de caminhadas ao ar livre, em seu condomínio, na companhia de suas irmãs, filha e sobrinhas. Os exercícios, porém, não tiveram continuidade, pois Janaína

sentia-se insegura com a grande presença de cães no local. Segundo ela, esse motivo seria uma desculpa, mas não compreende por que possui pânico de cachorros.

Em 2015, Janaína buscou o Centro de Nutrição e Qualidade de Vida (CENQ), serviço de saúde que presta atendimento nutricional à população de Gravataí. Ali realizou uma consulta com nutricionista, mas não houve a criação de um vínculo maior com a profissional. Janaína relatou que a nutricionista estava grávida e, logo em seguida, sairia em licença maternidade. Por esse motivo, não sentiu que havia um interesse real em suas questões, pois não haveria a continuidade do atendimento no período da licença maternidade, razão pela qual Janaína se sentiu desmotivada a seguir adiante com o tratamento prescrito.

Em abril de 2016, Janaína entrou em uma academia, junto com sua irmã Cristiane, a sobrinha Maria Eduarda e a filha Ana Clara. Desde então, vem se sentindo realizada e motivada a participar das aulas coletivas (*aerobox* e ritmos) e também com a prática de musculação. Parte desta repercussão positiva vem do fato de que existe um grupo no *Whatsapp* que agrega as alunas praticantes da aula de ritmos e, a partir da criação do grupo – pela própria professora da turma – iniciou-se uma identificação entre as participantes. Janaína identifica-se com a maior parte das colegas, pois sente que elas possuem as mesmas necessidades, ligadas ao enfrentamento da obesidade, além de terem estilos de vida e rotinas parecidos, tanto as relacionadas com alimentação quanto as que dizem respeito aos cuidados com as famílias.

Outro aspecto positivo, na opinião de Janaína, é o atendimento prestado pelos profissionais da academia. Eles valorizam os alunos, mostrando a importância deles em participarem das aulas e frequentarem o local; estimulam a prática dos exercícios explicando para que serve cada um dos aparelhos; conseguem criar um vínculo e demonstram que suas preocupações vão além das questões de saúde dos alunos, eles desejam que se sintam felizes integralmente. Até o momento da realização deste estudo, Janaína encontrava-se motivada e frequentando a academia todos os dias, de segunda a sexta. Para chegar até o local, Janaína precisa da carona de seu marido, ou então de sua irmã, sendo este um possível obstáculo que a impeça de assistir alguma aula eventualmente.

6.3 Sinopse do vídeo etnográfico

Hay una cierta superficialidad en lo que encaré, por haber viajado tan rápido, y siento, al final, que lo que documenté, mantiene secretos que me gustaría desentrañar. (Prelorán, 1962)

O vídeo etnográfico gerado a partir deste estudo integra o projeto “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS”. Essa produção audiovisual expressa a dinamicidade e a visibilidade dos itinerários terapêuticos de usuários, na análise das estratégias e das suas necessidades de saúde. O pano de fundo da construção da narrativa é a etnobiografia de Jorge Prelorán.

‘A História de Janaína: a obesidade alimentando relações sociais’ conta a história de vida de uma mulher no enfrentamento de seu excesso de peso, ao mesmo tempo em que ela é a pessoa responsável por alimentar e nutrir relacionamentos com sua família e amigos, na zona rural de Gravataí, município da região metropolitana de Porto Alegre, RS.

Por meio desse personagem central, outras histórias de vida e formas de lidar com a obesidade e com a vida nas áreas rurais se desenham e se constroem: superando o estigma, o isolamento, a invisibilidade. Vídeo etnográfico de 30 minutos, apresenta uma pequena imersão nas relações sociais estabelecidas na história de vida da personagem central e no cotidiano rural, nas experiências e vivências com a obesidade.

No início do vídeo, ouvimos narrações de diferentes indivíduos obesos e a personagem central é apresentada, bem como seu ambiente e um pouco de seu dia-a-dia na zona rural. Nesse momento, temos pistas do que a levou à obesidade e quais as implicações dessa condição em sua vida e autoestima.

Num segundo momento, somos apresentados à sua família e ao seu círculo de amizades. Janaína conta sobre fatos de seu passado, sua relação com a alimentação e seu papel atual enquanto referência de pessoa que cozinha bem e que, portanto, tornou-se responsável pelas boas refeições junto à família e amigos. Vemos um panorama de suas relações sociais, a importância das amizades para o enfrentamento da vida em geral. Intercalam-se cenas de outros indivíduos em situações

semelhantes, dando a ideia de que essas questões são, de certa forma, generalizadas por quem enfrenta a obesidade.

Por fim, tomamos conhecimento dos esforços empreendidos por Janaína no sentido de mudar sua realidade que é o excesso de peso, como, por exemplo, a tentativa de realizar uma dieta junto à irmã, relacionar-se com uma blogueira e começar a frequentar academia. As cenas de outros indivíduos em semelhante enfrentamento seguem sendo apresentadas.

A história de Janaína é exemplar a esse respeito: relações sociais que desencadeiam a obesidade e que, ao mesmo tempo, permitem o seu enfrentamento. Sua história torna visíveis as reações dos indivíduos confrontados a respostas do social e, mesmo se isso não for capaz de, a curto prazo, mudar o cenário biológico, dar-lhe-á a oportunidade de ter uma vida melhor com autoconfiança, respeito, valorização e reconhecimento.

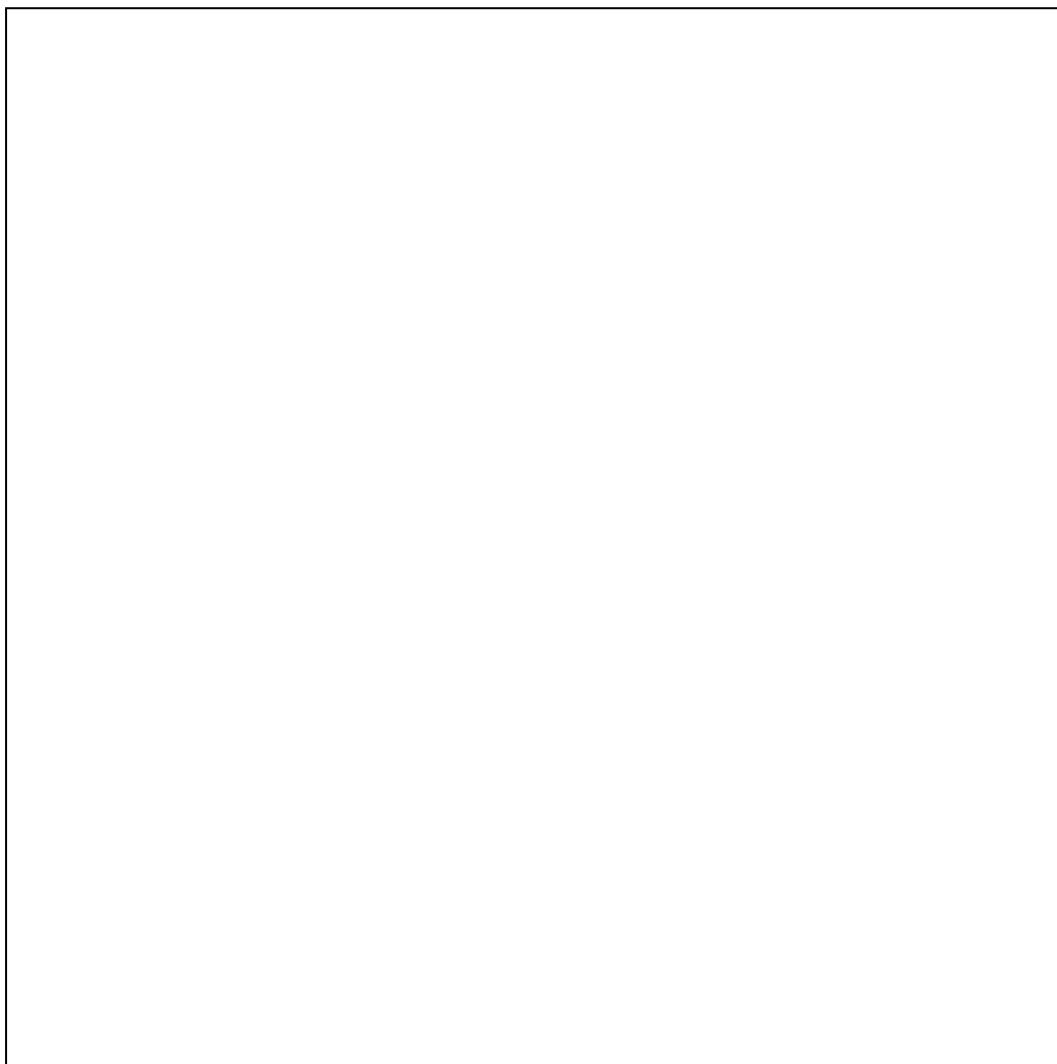
6.4 Onde assistir ao vídeo?

O vídeo pode ser assistido de duas formas: uma através do *link* do *site* Youtube e outra no DVD anexado a este trabalho, conforme informações abaixo.

6.4.1 Link

O vídeo ‘A História de Janaína – a obesidade alimentando relações sociais’ (A História de Janaína, 2016) está disponível no Youtube em link privado – (<https://www.youtube.com/watch?v=1egxehFL8xQ>). Caso não seja possível acessá-lo, enviar um e-mail para dami.carvalho@gmail.com solicitando o desbloqueio.

6.4.1 DVD



7 A HISTÓRIA TERMINOU?

A ‘História de Janaína’, narrada nesse estudo, trata de uma história de vida de uma mulher de trinta e sete anos. Sendo assim, seria correto pensarmos em um ‘final’, ou em alguma ‘conclusão’? Acredito que não, pois Janaína ainda tem muito mais que a metade da vida pela frente, ou seja, não é a intenção desse estudo traçar algum julgamento ou dar minha visão pessoal sobre o tema.

Com o objetivo principal de analisar o enfrentamento da obesidade, no meio rural de Gravataí, RS, a partir das relações sociais estabelecidas ao longo de um itinerário terapêutico, esse estudo conseguiu dar conta disso, a partir do momento em que pode conhecer, através da história de Janaína, a história de muitas pessoas que enfrentam a obesidade. Para o campo da Saúde Coletiva, a Etnobiografia apresenta-se como uma ferramenta que amplia as possibilidades de compreensão de aspectos sociais e humanos de indivíduos e a sociedade como um todo, o que permite uma análise das necessidades de saúde da população para a tomada de decisões que visem a melhoria das suas condições de saúde, na medida em que dá voz às próprias pessoas, para que elas contem suas histórias.

Nesse sentido, a Etnobiografia de Jorge Prelorán permitiu o espaço de escuta de um indivíduo que, ao contar sua história, acaba por falar de algo mais amplo, do coletivo. Aí cabe uma reflexão sobre o papel do Pesquisador-Pesquisado, pois essa pesquisa deu um espaço para uma escuta de uma pessoa, que talvez o próprio sistema de saúde não tenha conseguido dar. Então vemos um valor social desse trabalho que, por si só, cumpriu função terapêutica. Janaína mesmo mostrou-se muito grata após os encontros, tendo relatado sua satisfação com a nova motivação que havia ganhado após nossas conversas, para dedicar-se a atividades e novos hábitos que até então não vinha conseguindo manter. Ou seja, o “problema da obesidade em si” não foi resolvido, mas Janaína segue seu itinerário buscando soluções e criando outras relações para o enfrentamento de sua condição, ampliando seu conceito de saúde e lutando contra a ditadura do corpo perfeito.

Em relação à experiência de produzir um material audiovisual, esse tipo de linguagem permite que a mensagem seja transmitida de maneira diferenciada, ágil, lúdica, para visibilizar a importância da compreensão de histórias de vida, de uma escuta mais focada nas relações sociais das pessoas e comunidades. Em termos de

divulgação, esse vídeo pode ser apresentado em diferentes instâncias, nas quais o tema for discutido: em congressos, seminários, debates, simpósios, semanas acadêmicas, e até mesmo em locais relacionados às políticas de saúde, como, por exemplo, eventos nas câmaras de vereadores e deputados ou reuniões do conselho de saúde. Além disso, pode ser utilizado como material para ações de educação permanente de profissionais de saúde, alunos e até mesmo usuários do Sistema Único de Saúde que se interessarem pelo assunto – uma vez que poderá auxiliá-los em sua busca por cuidado. No caso dos gestores de saúde, o vídeo poderá abrir a discussão sobre o tema, para que sejam repensadas as políticas de enfrentamento que vem sendo feitas até o momento (como vimos no início do estudo, com as atuais ações que são trabalhadas), para que haja espaço para escuta das histórias de vida das pessoas, e não apenas a sua culpabilização por sua condição de saúde.

Minha reflexão, ao final desse estudo, é no sentido de validar o processo de construção do conhecimento por meio de uma produção audiovisual Etnobiográfica, com base na teoria de Jorge Prelorán. O tema da obesidade, como vimos, é complexo e possui múltiplos olhares, tendo sido o meu a construção de uma narrativa visual que traz também a minha interpretação de todo esse processo de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

A História de Janaína. CARVALHO, Damiana. Brasil, 2016. 27min17seg. Disponível em <Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1egxehFL8xQ>>. Acesso em: 17 out. 2016.

ANDRADE, Gabriela R. B. de; VAITSMAN, Jeni. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haroldo César O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina.; FREITAS, Carlos M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília : CONASS, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012c. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo humanos**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BURILLE, Andreia; GERHARDT, Tatiana Engel. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel; ANDRADE, Eli lola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Olhares Socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

Conchengo Miranda. PRELORÁN, Jorge. Argentina, 1974. 58min59s. Disponível em: <<http://www.visualanthropology.org/category/authors/jorge-preloran/>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. PRELORÁN, Jorge. Argentina, 1974. 58min59s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=2SFtwil2UVk&t=1901s>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** – 3 ed, Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURIEL, Jesús Adolfo Soto; ESPINOSA, Marcos Ramírez; LAZÁRRAGA, Laura Figueroa. La narrativa audiovisual del cine documental etnobiográfico como herramienta para la reconstitución de la memoria colectiva: el caso de la comunidad Paipai en Santa Catarina, Baja California, México. **Revista Comunicación**, v. 1, n. 10, p.839-847, 2012.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 20 nov. 2014.

EVANGELISTA, Rubén. **Hermogenes Cayo** – Tomo nº 3 de la serie multimedia. Argentina, 2008.

FARIA, Ana Paula Silva de. **A experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida pela pessoa com diabetes mellitus**. 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá.

FERREIRA, Vanessa Alves; SILVA, Aline Elizabeth; RODRIGUES, Chrystiellen Ayana Aparecida; NUNES, Nádia Lúcia Almeida; VIGATO, Tássia Cassimiro; MAGALHÃES, Rosana. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1423-1432, 2010.

GERHARDT, Tatiana Engel; LOPES, Marta Júlia Marques (Org.). **O rural e a saúde: Compartilhando teoria e método**. Porto Alegre: Ufrgs Editora, 2015. 208 p.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. de (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007.

_____. **Itinerários terapêuticos em imagens: caminhos, redes sociais e mediações na saúde.** (Pré-projeto de Pesquisa). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GERHARDT, Tatiana Engel; RIQUINHO, Deise Lisboa; BEHEREGARAY, Livia Rocha; PINTO, Juliana Maciel; RODRIGUES, Fernanda Araújo. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

GEUS, Laryssa Maria Mendes de; MACIEL, Cíntia Sovek; BURDA, Isabel Cristina Araújo; DAROS, Sara Jedida; BATISTEL, Sunáli; MARTINS, Thiciane Corina Antunes; FERREIRA, Vanessa Aparecida; DITTERICH, Rafael Gomes. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**; v. 16; Supl. 1, p. 797-804, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Ivan Marcelo; VAZ, Alexandre Fernandes; ASSMANN, Selvino José. Conselhos privados, escolhas e novas formas de exclusão: A obesidade como metáfora contemporânea. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana (Orgs.). **Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas.** Ilhéus: Editus, 2015. p. 358-394.

GOOGLE. Google Maps. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

GRAVATAÍ. Gravataí. Prefeitura. **Núcleos Esportivos de Ginástica.** 2016. Disponível em: <<https://gravatai.atende.net/#!/tipo/servico/valor/203/padrao/2>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

Hermogenes Cayo. PRELORÁN, Jorge. Argentina, 1967. 50min51s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pXbxAft_q7M&t=523s>. Acesso em: 10 jul. 2016.

HUELLAS DE PRELORÁN. RIVERA, Fermín. Disponível em: <<http://www.huellasdepreloran.com.ar/>>. Acesso em: XX mês ano.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LOURENÇO, Ana Eliza Port. Plantando, colhendo, vendendo, mas não comendo: práticas alimentares e de trabalho associadas à obesidade em agricultores familiares do Bonfim, Petrópolis, RJ. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, n. 125, p. 127-142, 2012.

MARTÍNEZ, Adolfo C. Cuando el cine es la antropología. La Nacion, Argentina, 30 set. 2010.

MATOZINHOS, Fernanda Penido; GOMES, Crizian Saar; COSTA, Marcelo Azevedo; MENDES, Larrisa Loures; PESSOA, Milene Cristine; VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo. Distribuição espacial da obesidade em área urbana no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2779-2786, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

OLIVEIRA, Tatiana Resende Prado Rangel de. Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. 2008. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Medicina, Belo Horizonte.

PINHEIRO, Roseni; GERHARDT, Tatiane Engel; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; DI LEO, Pablo Francisco; PONCE, Marisa; VENTURIELLO, María Pía (Orgs). **Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS – CEPESC – ABRASCO. 2015.

RIVERA, Fermín. **Huellas y memoria de Jorge Prelorán**. Argentina, 2009.

ROESE, Adriana. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o planejamento em saúde: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre, RS**. 2013. (Projeto de pesquisa). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre.

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato. Relações Sociais nas Situações de Adoecimento Crônico no Rural: Expressões de Cuidado e de Sofrimento na Perspectiva da Dádiva. 2013. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Desenvolvimento Rural, Faculdade de Ciências Econômicas, Porto Alegre.

SANTOS, Andreia Mendes dos; SCHERER, Patrícia Teresinha. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n.1, p. 219-236, 2011.

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos; GERHARDT, Tatiana Engel. O rural e sua gente: as distâncias entre os serviços de saúde e o território. In: VERDUM, Roberto, INSERIR NOMES (Org.). **Processos Sociais Rurais: Múltiplos olhares sobre desenvolvimento**. Porto Alegre: UFRGS, 2015. (no prelo).

SBEN (Rj). Números da Obesidade no Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/numeros-da-obesidade-no-brasil/>>. Acesso em: 01 set. 2015.)

SERRA, Giane Moliari Amaral; SANTOS, Elizabeth Moreira dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 set. 2015.

UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. S7-S14, 1999

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VISUAL ANTHROPOLOGY. **Conchego Miranda**. Publicado em: 01 mar. 2014. Disponível em: <<http://www.visualanthropology.net/?p=152>>. Acesso em: 12 de setembro de 2016.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

World Health Organization (WHO). Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Geneva: World Health Organization; 2009

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista Focal**Data:****Local da entrevista:****Início:****Fim:****GUIA PARA CONVERSA - PERGUNTAS NORTEADORAS****Pergunta geral:**

“Me fale um pouco sobre a sua vida, como vai a vida?”

Guia para o desenvolvimento da conversa:

- Desde quando a situação do sobrepeso/obesidade o afeta;
- Quais relações estabelece entre alimentação e obesidade (saúde ou doença?)
- Quais trajetórias de busca por cuidado desenvolve/eu; desde quando começou a procurar ajuda, que tipo de ajuda; se houve procura por outras formas de cuidado, em outros sistemas;
- O papel das redes sociais, incluindo as mídias; as relações e redes sociais do indivíduo; se as pessoas ao redor o ajudam neste enfrentamento do sobrepeso/obesidade... e o que mais estas relações causam em sua vida cotidiana;
- Como estava a vida no momento em que tomou a decisão de procurar este serviço;

APÊNDICE B - Roteiro de Observação Participante

Local da observação: _____

Data: ___/___/___

Contextualização do cenário específico
<ul style="list-style-type: none"> - Onde ocorre a observação? - Qual a relação do(a) participante com o cenário? - Que experiência/evento está sendo observado? - Existem mais pessoas envolvidas com este contexto? - Sequência cronológica dos eventos?
Sujeitos em estudo
<ul style="list-style-type: none"> - Onde o(a) participante está? - Quem participa do contexto em que o(a) participante está? - Quais são suas ações?
Cenários Físicos
<ul style="list-style-type: none"> - O que o ambiente contém? - Conteúdo e localização dos itens no espaço. - Existem ambientes internos e externos? - O(a) participante no espaço físico/ambiente. - Relação do(a) participante com o ambiente.
Comportamentos e interações
<ul style="list-style-type: none"> - Como o(a) participante está se relacionando com os outros participantes? - Qual a linguagem utilizada? - Linguagem não verbal? - Toques? - Com o observador?
Mídias

- Quais jornais e revistas ele(a) lê? Quais matérias?
- Programas de radio e TV que ele(a) ouve/assiste.
- Em que lugares ele(a) acessa estes conteúdos?
- Quais sites e aplicativos da internet ele(a) usa para buscar ou receber informações?
- Que tipo de informações são buscadas?

Impressões do observador

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Itinerários Terapêuticos, Relações Sociais e Enfrentamento da Obesidade na Zona Rural da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS”**. Essa pesquisa faz parte do estudo da mestrandia Damiana Paula Coelho Carvalho, do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo geral da pesquisa é *analisar o enfrentamento da obesidade, no meio rural de Gravataí, RS, a partir das relações sociais estabelecidas ao longo de um itinerário terapêutico.*

Sua participação se dará pelo **compartilhamento de informações** à mestrandia por meio de conversas e narrativas **sobre sua história de vida, seu cotidiano, sobre seus processos de busca por cuidado em saúde e a ajuda ou obstáculos encontrados neste percurso**, além de outros elementos sobre as relações sociais que as pessoas utilizam para enfrentar suas necessidades de saúde. Serão realizados 30 encontros, em datas a combinar, de acordo com a disponibilidade do(a) participante.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos ao participante, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder as entrevistas ou participar das observações. As informações que você não queira compartilhar ao público – incluindo sua identidade, se assim desejar – por meio do vídeo que será produzido, serão mantidas sob sigilo. A pesquisa será feita através de **entrevistas e conversas individuais, e observação de atividades do cotidiano**. O registro dos dados da observação e entrevistas será feito por meio de **anotações, gravações de áudio e vídeo, que serão mantidos por 5 (cinco) anos**.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das práticas que as pessoas, em seu cotidiano, criam para cuidar da saúde e do papel que as relações sociais possuem no enfrentamento de problemas que afetam a saúde. **Os resultados da pesquisa** darão origem à Dissertação de Mestrado da pesquisadora e **serão utilizados no meio acadêmico e profissional**, em congressos; reuniões técnico-científicas; revistas científicas e serviços de saúde.

Afirmo que **sua participação na pesquisa não é obrigatória** e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a você ou sua família.

As entrevistas serão realizadas em local definido por você, podendo ser em sua residência. Caso haja necessidade de deslocamento para algum outro local, para realização da entrevista, a pedido da pesquisadora, haverá ressarcimento do valor do transporte.

Se desejar, sua participação pode se dar de forma anônima. Decidindo participar você receberá uma cópia deste termo, em que consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do professor orientador da pesquisa. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Para dúvidas poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 33083738.

Mestranda **Damiana Paula Coelho Carvalho**: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde UFRGS– Porto Alegre/RS – Fone: (51) 33165481 (horário comercial).
Endereço Eletrônico: damiana.carvalho@ufrgs.br

Professora orientadora **Dr^a Tatiana Engel Gerhardt**: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde UFRGS– Porto Alegre/RS – Fone: (51) 33165481 (horário comercial).
Endereço eletrônico: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e concordo em participar dela.

Participante da pesquisa ou representante legal

APÊNDICE D – Planilha dos vídeos gravados

Arquivo	Duração	Local	Cena	Data
DCSN1805	00:25:49	Mesa de jantar	Janaína sentada na mesa, falando sobre o dia das mães, cozinha e relações sociais	12-05-2016
DCSN1806	00:01:59	Cozinha	Janaína aparece de costas na pia, cozinhando	12-05-2016
DCSN1807	00:02:12	Pia da cozinha	Janaína cozinhando na pia, falando que usa muito tempero pronto.. colocando sal na comida.. Nutricionista mandou parar com o Sazon. Vai lavando louça. Diz que a horta morreu, pois tem que cuidar sempre.	12-05-2016
DCSN1808	00:05:53	Fogão	Close na panela, Janaína botando o óleo. Fala que vai fritar o frango. Diz que gosta de agridoce, de pimenta..	12-05-2016
DCSN1809	foto	Pia da cozinha	Foto da pia (inutil)	12-05-2016
DCSN1810	00:01:42	Pia da cozinha	Janaína fala sobre agrotóxicos.. diz que consome muito arroz. Compram tudo no atacado, de fardo. Diz que tem dinheiro uma vez no mês só, então compra tudo de uma vez.	12-05-2016
DCSN1811	00:01:41	Fogão	Janaína coloca azeite na panela. Em outra panela, coloca o arroz. Coloca sal no arroz. “Meu maior veneno é o sal”. Compra o Sazon porque é mais barato, pois o alho está caro.	12-05-2016
DCSN1812	00:17:34	Mesa de jantar	Janaína aparece servindo prato de almoço. Na conversa, ela comenta que começou a engordar quando conheceu o Jorge... conta que aprendeu a fazer pão..	12-05-2016
DCSN1813	00:00:34	Mesa de jantar	Xícaras com gemada, pão caseiro. Janaína cortando o pão. Dizendo que vai fazer um pão quando eu for.	12-05-2016
DCSN1814	00:16:42	Mesa de jantar	Janaína passando margarina no pão. Falando sobre as gemadas. Janaína diz “como é que não vai engordar??”	12-05-2016
DCSN1815	00:00:59	Pátio	Kakaya dando comida para os patos, na boca. Close no pé de bergamota.	12-05-2016
DCSN1816	00:00:18	Pátio	Close no gato, caminhando entre os patos	12-05-2016
DCSN1817	00:01:48	Pátio	Close no gato comendo as caveiras de ovelha. Janaína e Kakaya dão risada das cena.	12-05-2016
DCSN1818	00:00:37	Pátio	Close nos patos em frente à porta dos fundos da casa, esperando por comida. Janaína aparece e fecha a porta.	12-05-2016
DCSN1819	00:00:12	Pátio	Close nos patos.. aparece o gato vindo em direção à câmera, laranjas no chão	12-05-2016

DCSN1820	00:00:35	Pátio	Imagem de 180 graus nas árvores, pátio , caveiras de touro, galinheiro	12-05-2016
DCSN1821	00:00:34	Pátio	Zoom na caveira de touro, a imagem vai se distnciando até que aparecem as duas caveiras, desfocadas	12-05-2016
DCSN1822	00:01:24	Pátio	Imagem de 360 graus, partindo das duas caveiras de touro, galinheiro, pátio, horta, laranjas no chão	12-05-2016
DCSN1823	00:00:54	Pátio	Close na parvore de laranjas	12-05-2016
DCSN1824	00:00:36	Pátio	Zoom na janela da Kakaia, vai baixando até aparecerem os ovos em baixo do piso	12-05-2016
DCSN1825	00:00:24	Pátio	Zoom nos ovos, subindo até a janela	12-05-2016
DCSN1826	00:00:22	Pátio	Fruta no pé, zoom nas bergamotas	12-05-2016
DCSN1827	00:00:15	Pátio	Zoom nas flores (uma flor meio branca, meio rosa.. clarinha, que fica pendurada na árvore)	12-05-2016
DCSN1828	00:00:16	Pátio	Zoom nas flores (uma flor meio branca, meio rosa.. clarinha, que fica pendurada na árvore) - meio inutil	12-05-2016
DCSN1829	00:00:06	Pátio	Zoom nas flores (uma flor meio branca, meio rosa.. clarinha, que fica pendurada na árvore) - subindo para eucaliptos	12-05-2016
DCSN1830	00:00:25	Pátio	Zoom nas flores	12-05-2016
DCSN1831	00:00:18	Pátio	Close no eucalipto, de baixo para cima até o céu (deu meio errado)	12-05-2016
DCSN1832	00:00:34	Pátio	Close no eucalipto, de baixo para cima até o céu	12-05-2016
DCSN1833	00:00:51			12-05-2016
DCSN1834	00:01:58	Condomínio	Imagem vai caminhando pela estrada de barro, em direção à casa da Janaína. Gato vem ao nosso encontro.	12-05-2016
DCSN1835	00:01:08	Pátio	Imagem da frente da casa, entrando devagarinho ... mostrando o lado direito e o lado esquerdo da frente da casa.	12-05-2016
DCSN1836	00:02:54	Pátio	Imagem da frente da casa, se aproximando da parte do carro.. depois mostrando a paisagem ao fundo, à esquerda	12-05-2016
DCSN1837	00:00:03	Pátio	Close de uma flor laranja pendurada (cena inútil)	12-05-2016
DCSN1838	00:00:03	Pátio	Close de uma flor laranja pendurada (cena inútil)	12-05-2016

DCSN1839	00:00:15	Pátio	Close de uma flor laranja pendurada	12-05-2016
DCSN1840	00:01:40	Condomínio	Cena do carro da prefeitura fazendo propaganda da campanha para eliminar o Mosquito da Dengue	12-05-2016
DCSN1841	00:01:59	Pátio	Galinha preta ciscando na grama verde	12-05-2016
DCSN1842	00:01:09	Pátio	Close do pátio da frente, mostrando a lateral esquerda da casa, o carro , churrasqueira e o gramado verde	12-05-2016
DCSN1843	00:00:20	Pátio	Close da lateral esquerda da casa, mostrando um pouco da casa de madeira que tem nos fundos (com o porão)	12-05-2016
DCSN1844	00:01:57	Pátio	Imagem mostra uma cerca, vai se aproximando, entra na cerca. Mostra o galo e as árvores do fundo .	12-05-2016
DCSN1845	00:00:22	Pátio	Gramma verde, aparece o galo vermelho indo atrás do gato cinza, e ele com medo	12-05-2016
DCSN1846	00:00:34	Pátio	Gramma verde, aparece o galo vermelho, o gato cinza e depois os patos brancos	12-05-2016
DCSN1847	00:01:03	Pátio	Close na horta, seca.	12-05-2016
DCSN1848	00:00:55	Pátio	Close nos patos e galinhas ciscando na grama, laranjas no chão	12-05-2016
DCSN1849	00:00:56	Pátio	Close em um pato branco comendo laranja, depois vem outro pato e continua comendo a laranja	12-05-2016
DCSN1850	00:00:37	Pátio	Close no pato branco comendo laranjas e caminhando pelo chão de terra	12-05-2016
DCSN1851	00:01:01	Pátio	Close na horta, vai mostrando os canteiros, aí sobe e mostra a paisagem ao fundo, por cima da cerca, até o céu.	12-05-2016
DCSN1852	00:00:43	Pátio	Close na parede de tijolos à vista, do porão. Vai afastando e mostra a casa de madeira (acima do porão)	12-05-2016
DCSN1853	00:00:47	Pátio	Close acompanhando os passos de um pato branco caminhando pela terra. Se junta a outros patos, comendo laranja.	12-05-2016
DCSN1854	00:01:15	Pátio	Zoom la laranjeira carregada.. depois a câmera abaixa e mostra dois patos brancos no chão, caminhando e depois outros patos comendo laranja ao fundo. Muktas laranjas no chão espalhadas.	12-05-2016
DCSN1855	00:01:35	Pátio	Close em vários patos comendo laranjas no chão.	12-05-2016
DCSN1856	00:01:28	Fogão à lenha	Janaína fala que sente frio nos pés. Ajeita a cadeira. abre o fogão a lenha para ver se pegou fogo. Diz que adora ouvir o Zambiasi, que ele deve ser uma pessoa muito espiritualizada. Tira roupas da máquina e coloca numa bacia.	19-05-2016

DCSN1857	00:00:34	Quintal esquerdo	Janaína pendurando roupas no varal. Cena do pátio, grama, árvores.	19-05-2016
DCSN1858	00:00:40	Quintal esquerdo	Close da Janaína pendurando as roupas, mostra bem seu corpo. Ela fala sobre ter roupas velhas, comenta sobre o cunhado.	19-05-2016
DCSN1859	00:00:37	Quintal esquerdo	Janaína pendurando as roupas de costas. Falando sobre o CTG. Fala que não sai muito de casa.	19-05-2016
DCSN1860	00:00:57	Paisagem dos fundos	Búfalos ao fundo no horizonte. Paisagem do campo e dos búfalos. Zoom e distanciamento. Barulho de galo cantando.	19-05-2016
DCSN1861	00:00:43	Paisagem dos fundos	Zoom nos búfalos no horizonte.	19-05-2016
DCSN1862	00:00:06	Paisagem dos fundos	Zoom máximo nos búfalos. Cena inútil	19-05-2016
DCSN1863	00:00:30	Quintal esquerdo	Galinhas ciscando no pátio.	19-05-2016
DCSN1864	00:00:27	Fogão à lenha	Janaína bota chaleira de água para esquentar no fogão à lenha. Panelas no fogão.	19-05-2016
DCSN1865	00:00:21	Fogão à lenha	Panela de carne. Janaína mostra a comida e fecha a panela. Janaína diz que vai fazer uma alface.	19-05-2016
DCSN1866	00:02:17	Fogão à lenha	Janaína sentada. Fala sobre o grupo do Whats da academia. Ela diz que usa mais o whats, e não muito o Face. Fala sobre as aulas da academia. Está feliz.	19-05-2016
DCSN1867	00:16:23	Fogão à lenha	Janaína sentada. Fala sobre a mãe, e sobre um mendigo que morava lá perto e levava um pote de margarina para pedir comida. Volta o assunto do grupo do whats e a importância. Diz que gosta de interagir com pessoas, de conhecer a história delas, delas a conhecerem. Porque é importante. Diz que já tem afinidade com aquelas pessoas (do grupo). (pq estão acima do peso, são casadas, têm a função da família etc). Professora diz palavras de apoio (motivação). Fala que gosta da aula. Fala como se sente depois da aula - que é uma satisfação., Os primeiros dias foram muito difíceis. Kakaya chega. Janaína fala sobre uniforme da escola da filha. Fala sobre o professor da academia. Que ele é determinado. Conta um caso que o professor pediu para ela aquecer na esteira antes da aula. Que o professor quer fazer ela emagrecer.	19-05-2016
DCSN1868	00:00:47	Pia da cozinha	Janaína descascando ovos. Aparece alface lavada e as louças lavadas no corredor.	19-05-2016
DCSN1869	00:01:35	Pia da cozinha	Janaína picando ovos. Fala sobre os vizinhos, que respeitam a individualidade um do outro. Mas não se visitam. Conta que teve um Dia das Crianças que fizeram cachorro quente, brincadeiras, etc. Janaína descasca tomate.	19-05-2016
DCSN1870	00:00:15	Fogão à lenha	Close da panela com guisado. Fecha a panela. Aparecem todas as panelas no fogão.	19-05-2016

DCSN1871	00:00:27	Pia da cozinha	Janaína picando tomate. Câmera filmando por cima, à direita de Janaína.	19-05-2016
DCSN1872	00:00:23	Fogão à lenha	Janaína de costas., mexendo as panelas no fogão. Conta que comia muito ovo na infância. Não gosta muito de ovo.	19-05-2016
DCSN1873	00:05:10	Pia da cozinha	Janaína diz que precisa se educar na quantidade de comida. Se policiar. Diz que está sempre com pressa, pronta para sair. Diz que volta com muita sede e toma suco. Toma bastante água na academia, de madrugada, etc. Conta que se toma muito café, a comida sobe. Diz que comprou um top e ele aperta! Diz que tem a consciencia, mas que é difícil. Tenta servir a comida como se fosse para a irmã (que come pouco, por causa da redução de estômago). Diz que a nutricionista ensinou o tamanho da colher, para servir, mas ela sempre usa colher grande. Diz que voltou a ler o livro da dieta Dukan, para ver se pode fazer alguma coisa. Lava alface. Diz que está se sentindo bem melhor, com energia para fazer a academia. Diz que não tem fome.	19-05-2016
DCSN1874	00:00:55	Quintal	Chão de terra e as pernas da Kakaya. Eu pergunto sobre o galo carequinha. Cena inútil.	19-05-2016
DCSN1875	00:00:50	Quintal dos fundos	Patos na porta dos fundos. Janaína aparece e diz que já deu alface e a casca do tomate. Pato esperando comida, que em seguida Janaína dá na boca.	19-05-2016
DCSN1876	00:13:54	Almoço	Janaína servindo almoço. Massa. Família aparece junto na mesa. Janaína comendo, prato com alface e massa. Ao fundo, som da televisão - programa policial fala sobre assalto. Jorge olha atento para a televisão. Falam sobre receitas de massa. Aos 09min todos olham para a notícia da TV.	19-05-2016
DCSN1877	00:08:14	Fogão à lenha	Janaína sentada	19-05-2016
DCSN1878	00:29:00	Almoço	Janaína sentada. Doce de banana. Café saindo fumaça das canecas.	19-05-2016
DCSN1879	00:29:00	Almoço	Janaína fala sobre relações sociais.	19-05-2016
DCSN1880	00:00:14	Café da tarde	Zoom no bolo de chocolate	19-05-2016
DCSN1881	foto	Café da tarde	Foto do bolo de chocolate com cobertura de negrinho	19-05-2016
DCSN1882	Foto			19-05-2016
DCSN1883	00:00:48	Carro	Carro da moza. Todas a caminho da academia.	19-05-2016

DCSN1884	00:00:48	Academia	Aula de ritmos. Luz apagada, pisca pisca. Todas dançam e batem palmas. Música sertaneja.	19-05-2016
DCSN1885	00:02:00	Academia	Zoom na Janaína dançando.	19-05-2016
DCSN1886	00:00:23	Academia	Aula de ritmos. Luz apagada, pisca pisca. Todas dançam e batem palmas. Música sertaneja.	19-05-2016
DCSN1887	00:00:28	Academia	Aula de ritmos. Luz apagada, pisca pisca. Todas dançam e batem palmas. Música sertaneja.	19-05-2016
DCSN1888	00:01:14	Academia	Aula de ritmos. Luz apagada, pisca pisca. Todas dançam e batem palmas. Música sertaneja.	19-05-2016
DCSN1889	00:00:52	Academia	Aula de ritmos. Luz apagada, pisca pisca. Todas dançam e batem palmas. Música sertaneja.	19-05-2016
DCSN1890	00:00:04	Academia	Aula de ritmos. Luz apagada, pisca pisca. Todas dançam e batem palmas. Música sertaneja.	19-05-2016
DCSN1891	Foto	Academia	Alunas da aula de ritmos	19-05-2016
DCSN1892	Foto	Academia	Alunas da aula de ritmos	19-05-2016
DCSN1893	00:00:20	Academia	Janaína fazendo abdominal na parede, com a bola de pilates.	19-05-2016
DCSN1894	00:00:30	Academia	Janaína fazendo abdominal na parede, com a bola de pilates.	19-05-2016
DCSN1895	00:00:30	Academia	Janaína fazendo abdominal na parede, com a bola de pilates.	19-05-2016
DCSN1896	00:00:14	Academia	Janaína sentada no aparelho de extensão de joelhos.	19-05-2016
DCSN1897	00:00:26	Academia	Janaína sentada no aparelho de extensão de joelhos.	19-05-2016
DCSN1898	00:00:09	Academia	Frente da academia	19-05-2016
DCSN1899	00:00:22	Carro	Tudo escuro. Kakaya falando.	19-05-2016
DCSN1900	00:00:22	Carro	Tudo escuro, Kakaya falando, todas rindo.	19-05-2016
DCSN1901	00:09:00	Mesa de jantar	Janaína em pé, mostrando caderno de receitas na mesa. Receitas de doces.	20-05-2016
DCSN1902	00:01:25	Sala	Aparece a TV. Janaína toma chimarrão e olha para a TV, falando o que pensa sobre o programa da Ana Maria Braga.	20-05-2016
DCSN1903	00:15:12	Quintal esquerdo	Janaína sentada no gramado, tomando chimarrão. Fala sobre relações sociais e amizade. Galo cantando ao fundo.	20-05-2016

DCSN1904	00:02:06	Quintal esquerdo	Janaína sentada tomando chimarrão. Fala sobre os serviços da Prefeitura.	20-05-2016
DCSN1905	00:12:40	Quintal esquerdo	Janaína sentada, mostrando folder da prefeitura que explica os serviços prestados (Ex: lixo etc)	20-05-2016
DCSN1906	00:00:01	Quintal esquerdo	Video inutil	20-05-2016
DCSN1907	00:16:02	Quintal esquerdo	Close da Janaína no gramado, tomando mate. Fala da relação com os animais. Fala sobre como é morar no rural.	20-05-2016
DCSN1908	00:28:52		Close da Janaína no gramado, fala sobre ler revistas. Conta onde costuma ler revistas. Fala sobre doenças, sobre relacionamentos.	20-05-2016
DCSN1909	00:23:59	Café da tarde	Janaína sentada na mesa. Fala sobre como despertou a idéia de fazer a Dieta Dukan.	20-05-2016
DCSN1910	00:04:45	Café da tarde	Janaína sentada na mesa. Mostra fotos de quando estava grávida; das irmãs. Fala sobre quando se "cuidava" mais.	20-05-2016
DCSN1911	00:01:09	Sala de estar	Janaína sentada em frente à TV. Assistindo ao video do casamento da irmã. Cena do casamento civil. Cunhado esqueceu a identidade.	20-05-2016
DCSN1912	00:01:40	Sala de estar	Cena do casamento civil. Irmã da Janaína furiosa com o noivo. Aparece o pai delas. Todos riem da cena da identidade.	20-05-2016
DCSN1913	00:00:05	Sala de estar	Cena do casamento da irmã. Aparecem as pessoas entrando. Cena meio inutil. Tremida.	20-05-2016
DCSN1914	00:00:24	Sala de estar	Cena do casamento da irmã. Aparece a Janaína no altar, de madrinha. Mãe da Janaína e irmãs. Noiva entra. Duda de aia.	20-05-2016
DCSN1915	00:02:07	Sala de estar	Familia assiste ao filme do casamento.	20-05-2016
DCSN1916	00:01:33	Sala de estar	Cena do casamento, Janaína assinando de testemunha. Disse que nesta época já não estava mais se cuidando muito.	20-05-2016
DCSN1917	00:00:14	Sala de estar	Cena do casamento. Kakaya pequeninha.	20-05-2016
DCSN1918	00:01:28	Sala de estar	Cena do casamento. Kakaya pequena. Janaína assistindo e rindo.	20-05-2016
DCSN1919	00:00:15	Feira	Feira livre.	
DCSN1920	00:01:31	Feira	Janaína de costas, escolhendo produtos na feira	
DCSN1921	00:00:38	Feira	Janaína de costas, pagando na feira	
DCSN1922	00:00:22	Feira	Close na Janaína, de costas, pagando na feira	

DCSN1923	00:00:46	Feira	Janaína, de costas, pagando na feira	
DCSN1924	00:00:22	Feira	Zoom na Janaína, de costas, esperando para pagar	
DCSN1925	00:00:30	Feira	Zoom na Janaína, de costas, pagando na feira	
DCSN1926	00:00:06	Feira	Janaína saindo da feira	
DCSN1927	00:00:12	Fruteira	Janaína escolhendo pimentão	
DCSN1928	00:02:19	Fruteira	Janaína escolhendo cebolas, zoom nas verduras e legumes. Janaína escolhendo batatas, tomate	
DCSN1929	00:00:24	Fruteira	Zoom nas verduras e legumes.. cena bem boa (da esquerda para direita)	
DCSN1930	00:00:18	Fruteira	Zoom nas verduras e legumes, mais rapidinho (da direita para esquerda)	
DCSN1931	00:01:12	Fruteira	Janaína passando no caixa. Zoom nas verduras que ela comprou. Janaína pagando	
DCSN1932	00:00:26	Açougue	Close no balcão do açougue, Janaína esperando a carne.	
DCSN1933	00:00:12	Açougue	Fachada do açougue, Janaína pagando	
DCSN1934	00:00:14	Mesa de jantar	Legumes em cima da mesa, Janaína abrindo as compras	
DCSN1935	00:00:11	Mesa de jantar	Legumes em cima da mesa. Zoom na moranga e na cenoura	
DCSN1936	00:00:13	Mesa de jantar	Legumes em cima da mesa. Zoom no repolho, moranga, cenoura, pimentão	
DCSN1937	00:01:07	Pátio	Galinha piando dentro do armário de metal.	
DCSN1938	foto	Pátio	Gato	
DCSN1939	foto	Pátio	Kakaya e gato	
DCSN1940	foto	Pátio	Kakaya e gato	
DCSN1941	foto	Pátio	Kakaya e gato	
DCSN1942	foto	Pátio	Kakaya e gato	
DCSN1943	00:00:25	Mesa de jantar	Zoom na salada de repolho e no brócolis	

DCSN1944	foto	Floricultura	Janaína, Kakaya e Jorge	
DCSN1945	foto	Floricultura	Kakaya	
DCSN1946	foto	Floricultura	Kakaya	
DCSN1947	foto	Floricultura	Kakaya	
DCSN1948	00:00:20	Padaria	Janaína e Kakaya escolhendo cuca na padaria	
DCSN1949	00:00:41	Padaria	Balcão da padaria . Janaína comprando pão e geléia	
DCSN1950	00:00:39	Sala de estar	Janaína assistindo reportagem na TV sobre alimentação saudável na escola.	
DCSN1951	00:00:30	Sala de estar	Materia sobre horta comunitaria na TV	
DCSN1952	00:00:25	Sala de estar	Materia sobre horta comunitaria na TV	
DCSN1953	00:06:31	Mesa de Jantar	Close nos pães e na mesa do café. Depois esqueci a câmera ligada em cima da mesa..	
DCSN1954	00:02:13	Mesa de Jantar	Close nos pães e na mesa do café.	

APÊNDICE E – Decupagem das principais entrevistas

<p>00:00:00 DSCN1805</p>	<p>Tava me contando sobre o dia das mães..</p> <p>depois de todo almoço, quando sobrou churrasco, cunhado queria q ficasse pra fazer carreteiro. aí disse q nao ia ficar, ja era tarde.</p> <p>sobrinha ta de aniversario dia 21, vai ter festinha. ja pediram, vem de manhã que é pra gente fazer um arroz com galinha ou um carreteiro.</p> <p>ja to na incumbência de ter que cozinhar, ter que fazer almoço pra todo mundo naquele dia... porque a gente vai comemorar. a festinha é de noite.</p>
<p>00:00:00 DSCN1805</p>	<p>mas como ela vai estar envolvida, eu vou ter que estar envolvida em fazer almoço pros homens, pras pessoas que ela vai receber. então assim, essa parte da alimentação na minha familia, normalmente na casa das minhas irmãs, 90% dos eventos eu cozinho lá. e elas também, elas quando vem aqui pra casa, elas não botam a mão. só descascar uma batata, mas pra temperar, toda esa parte fica pra mim. de todas as filhas, a que teve mais contato, na época, de aprender a cozinhar... meu pai era alcolara, e ele chegava... e ele gostava muito de fruta. até hoje, ele tem o hábito.. ele faz um prato assim de melancia.. mamão, maçã... é um habito que ele tem, desde muito tempo. de comer. suco também, ele gosta, ele gosta de suco de fruta.... mas da fruta mesmo.</p>
<p>00:00:00 DSCN1805</p>	<p>e aí quando ele .. quando eu era mais nova, acho que tinha 13, 14 anos.. quando ele começou mesmo a me policiar nessa parte, era porque a minha mãe deixava muita fruta estragar. eu lembro que a gente tinha uma fruteira, ela tinha três andarzinhos assim,, e as vezes a verdura ali, e beterraba - que é um legume que dura um tempão, estragava! eu não sei se ela tinha preguiça. a minha mãe era muito assim de fazer arroz, feijão e carne frita. e era isso. ela nunca reinventava. e ele me ensinava muita coisa, sopa.. toda comida salgada eu aprendi mesmo foi com ele.</p>
<p>00:00:00 DSCN1805</p>	<p>antes disso, quando era pequeninha, quais as lembranças?</p> <p>eu as vezes fico parada... eu não consigo lembrar muitas coisas. assim, eu nao lembro ..eu assim, eu lembro dessa parte das refeições, eu lembro que morei com a minha avó, até os cinco anos. ela cozinhava pra mim. essa parte que eu lembro, que eu tenho um</p>

	<p>tio, que esse que te contei que ta com diabetes... ele era o nene da minha vó, e ele só podia comer a coxa da galinha. entao quando a vó fazia galinha, a coxa tinha que ir pro Itamar.</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>essa parte eu lembro, dela servindo a gente. a comida era bem básica, não tinha muita verdura. quando ela ia receber, eu lembro que ela passava numa padaria comigo pra pegar uma cuca, algum doce que eu gostava muito. então naqueles dias de pagamento dela, ela passava nessa padaria, ela pegava essa cuca,, e aquele era o evento do mês. eu esperava por aquela cuca.</p> <p>e depois, quando a minha vó faleceu, eu fui morar com a minha mãe. eu tinha uns 5 ou 6 anos. o meu pai não é meu pai, ele é meu padrasto. mas eu sou registrada no nome dele, então ele é a figura paterna que eu tenho. ele é meu pai. eu não tenho uma outra figura e nem nunca tive interesse em descobrir quem foi. e ele sempre teve essa importância.</p> <p>então quando eu fui morar com a minha mãe, eu lembro que ela não trabalhava fora, ela ficava em casa. esse período eu também não lembro bem. a única lembrança que eu tenho é de um dia que ela comprou um sapatinho pra mim que era de verniz, tenho muitas poucas lembranças..mas eu tava sentada, lembro ela calçando o sapato em mim e uma meínha branca assim.. experimentando. acho que eu tinha uns 5, 6 anos., é uma imagem que eu tenho nítida.</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>outra imagem que eu tenho é do meu pai, ele sempre trabalhou muito, era pedreiro. então carne a gente não tinha muito, a gente passava muito trabalho. nunca vou esquecer que um dia ele chegou com umas sacolas de , esses sacos de linhagem sabe? ele chegou com a carne. a miha mãe mãe tava parada conversando no portão.. ele chegou e disse “nara, eu trouxe uma carne, vou largar la em cima da mesa e vou tomar um banho”.. e a minha mãe conversando, esqueceu da tal da carne. quando ele saiu do banho, tinha aquela mancha de sangue, de ter arrastado a carne, de ter caído no chão... e esse meu tio, que tá com diabetes, ele tinha uma gata. e a gata roubava horrores. pensa a frustração do meu pai. ter trabalhado, ter suado e aquela carne ter ido embora. ah, meu pai ficou louco com a minha mãe. isso é uma das lembranças que eu tenho, porque aquela carne era a carne do mês, então imagina. e ele dizia “eu vou matar essa gata”...</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>depois foi um período que meu pai ficava alguns periodos sem serviço, tipo assim inverno. porque ele não tinha serviço, e assim.. a alimentação dava mas não era isso. as vezes a gente passava uns dez dias comendo só polenta. era polenta doce e polenta salgada. então assim, eu não passei fome, eu passei necessidade.. nesse sentido. foram longos periodos, porque ele nao assina carteira desde 79. porque ele ganhava mais dinheiro empreitando, a casa desde o alicerce até o telhado, do que ele indo trabalhar</p>

	<p>numa empresa... Lá ele conseguiu um dinheiro pra construir a nossa casa, que ele construiu. Quando a minha vó faleceu, ele conseguiu botar a casa abaixo e construir outra em cima.</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>eu lembro do meu pai ficando muito tempo fora de casa, morando muito tempo na praia, pra construir casas... e uma vez nós fomos morar junto. acho que aí eu ja tinha uns 12 anos, 11, 12 anos. Nós moravamos em Tramandaí. e ele pagava uma vizinha pra cuidar da casa. E eles receberam uma noticia - um telegrama - chegou um telegrama que era pra eles virem a Porto Alegre que tinham arrombado a casa. Quando chegaram, levaram tudo. Porque meu pai pegou a familia dele e levou toda pra praia. Ele construiu essa casa e a cada dois meses eles compravam alguma coisa pra botar na casa. Pensa, foi tudo. Eu lembro que até hoje o sonho da miha mãe era um tapete daqueles de couro de vaca, porque ela tinha um lindo, maravilhoso, na sala. Lembro que a gente entrou na casa... tinham uns lençóis lindos.</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>Eu lembro que o que eles não conseguiram levar eles rasgaram. Tinha fezes pela casa.. era uma coisa assim.. Aquilo ali foi uma das avalanches que veio, que marcou também porque foi uma perda grande. Eu lembro que a gente comia guisado e ovo. As vezes a gente via os vizinhos comendo carne, e a gente comendo ovo. Então era uma coisa assim... não é que eu não como guisado, eu como, mas se eu puder evitar eu evito. Tudo porque ele estava se sacrificando pra montar aquela casa. E quando tu vê, tudo por terra!</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>É uma frustração, modificar toda tua vida... eu lembro que eu e a Cris, estavamos em epoca de aula. E tava um temporal muito feio, e nós não tinha guardachuva. Então meu pai pegou uma lona, quadrada.. cortou no meio, fez um buraco em cada uma e colocou em nós assim... fez uma capa de chuva. E daí pra gente ir pra escola a gente ia por aquela faixa principal. E aqueles que moravam na praia tinham uma situação melhor, eles iam de ônibus pra escola. E eu e s Cris ia junto pela calçadinha, meu pai levava a gente até um pedaço depois ele ficava olhando a gente até sumir né.. ia pra escola. Eu nunca vou esquecer, uma coisa que nos marcou muito.. se perguntar pra Cris ela lembra até hoje.. num desses dias que a gente botou essa capa... tava um vento... aí a capa levantava e diziam “Lá vem o Batman e o Robin”... nós preferia se molhar do que andar com aquela capa!! de tanta vergonha que a gente tinha... porque meu pai não comprava roupa, tudo a gente ganhava... tudo muito sacrificado. Então assim, essa importância que a gente dá para o trabalho hoje, justamente porque a gente não consegue nada sem sacrifício. Vem, tu tem que passar pros teus filhos.. e eles passando por essa dificuldade, eles vão entender que nem tudo é fácil. Graças a Deus que hoje a gente tem saúde, vivemos melhor, cada uma tem sua casa.. ninguém mora de aluguel.. mas tudo porque desde lá do começo a gente sabe que tudo foi sacrificado.</p>

00:00:00 DSCN1805	E nesse período eu lembro que a minha mãe fazia umas comidas assim básicas, né. Como hoje. A gente comia.. como la em Tramandaí era muito guisado e ovo, era assim guisado com batata, guisado com arroz, guisado com massa... era bolinho de carne, era ovo cozido, ovo mexido.. ovo assim, eu gosto de ovo cozido. Mas se eu tiver que comer ele frito? Tem passagem livre comigo. No ano, eu como uma vez. Não gosto de ovo frito. Só de fazer ele já me enjoa, porque não é uma coisa que me caia bem.
00:00:00 DSCN1805	Aí quando eu comecei a namorar com o Jorge, ele gostava muito de fazer arroz com guisado (gargalhadas). Uma vez eu tive que dizer, “tu não leva a mal.. eu até como.. mas ele tem passagem livre comigo”. Eu até faço, mas se puder evitar... ou se puder incrementar ele... com alguma coisa. Mas senão não. Ah, e sabe o que era guisado pro Jorge, no interior? Era carne picada.
00:00:00 DSCN1805	O Jorge vem de uma criação no interior onde eles tinham fartura. Eu ja vim de uma cultura diferente. Tanto é que depois, quando eu comecei a trabalhar, daí quando ja fiquei mais jovem.. eu lembro que eu gostava de cozinhar umas coisas diferentes. Porque daí eu ja sabia cozinhar né.. quando eu tava em casa, eu gostava de fazer lasanha.. comidas assim que a gente nao se criou, nao teve o habito, de quando era jovem, ter tido a chance de experimentar. Porque restaurante, eu fui conhecer quando ja era moça... adulta. Não tive essa oportunidade que a minha filha teve de ir num restaurante. Então era tudo muito limitado. Festinha de aniversario, o bolo é aquele redondinho, com aquele furinho no meio, com glacê de ovo. Salgado era aquela pizza de sardinha. Hoje em dia, a criança até te xinga.
00:00:00 DSCN1805	(Na época de Tramandaí era a mãe que cozinhava. Já tinham as 4 irmãs (a mais nova nasceu depois, ja de volta). Janaína, Cristiane (Duda), Miriana (Larissa), Everlene (Inaiá), Evelyn.) Quando teve esse roubo, já não tinham mais tanto dinheiro para investir de novo.
00:00:00 DSCN1805	Eu sempre cuidei das minhas irmãs menores. Aí a Everlene, era um bebê magrinho assim... a Everlene perdeu todo o cabelo. Só tinha uns tufinhos. Aí um dia eu tava indo com a Everlene no colo... eu era bem magrinha, mas beeeeem magrinha (21:50) .. a Everlene também era magrinha, agora que ela tá engordando depois que casou. Todas nós éramos magras.. porque naquela época não existia criança gorda, né? Naquela época meu pai fazia uma casa para um homem, que a filha dele fazia propaganda para a Coca Cola. Então foi quando eu conheci a Coca Cola, que fazíamos churrasco e tinha Coca Cola. Bom, ai fui na venda com a Everlene.. e no caminho um menino que eu não gostava gritou “o, tu quer uma roupinha pra esse teu negrinho?”.. Nossa, fiquei com muita raiva... mandei até meu pai ir lá dizer que nao podia acontecer isso. Meu pai nos ensinava a se defender, porque se a gente apanhasse na rua ia apanhar em casa. Eu

	<p>tive conhecimento da Coca Cola nesse periodo da praia por causa dessa menina que fazia propaganda. Mas a gente nao tinha o habito, entao nao fazia diferença. Hoje em dia sim, se tu vê uma Coca Cola tu ja fica com vontade de tomar, é viciante.</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>Com '14 anos, a gente ja estava de volta aqui, e meu primeiro serviço foi cuidar de uma criança. A mulher queria alguém pra cuidar da menina durante o dia, pra ela dormir. Pois a menina tinha muita cólica e nao dormia a noite. Eles tinham um mercadinho. Foi meu primeiro serviço, acho que fiquei lá uns dois anos.</p> <p>Depois eu saí dali e peguei numa loja de ventiladores. Aí fiquei lá uns 10 anos, e foi onde eu conheci o Jorge, eu tinha 17. Conheci o Jorge em fevereiro, e em Julho eu fiz 18 anos.</p>
00:00:00 DSCN1805	<p>Última cena fecha com Janaína olhando bem fixa para a câmera. (25:00).</p>