

Universidade De São Paulo

Faculdade De Saúde Pública

**Obesidade, depressão e pobreza entre mulheres: um olhar
interseccional**

Thainara Aparecida dos Santos

**Trabalho apresentado à disciplina Trabalho
de Conclusão Curso II – 0060029, como
requisito parcial para a graduação no Curso
de Nutrição**

Orientadora: Dra. Priscila de Moraes Sato

SÃO PAULO

2019

Obesidade, depressão e pobreza entre mulheres: um olhar interseccional

Thainara Aparecida dos Santos

**Trabalho apresentado à disciplina Trabalho
de Conclusão Curso II – 0060029, como
requisito parcial para a graduação no Curso
de Nutrição**

Orientadora: Dra. Priscila de Moraes Sato

SÃO PAULO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os acontecimentos em minha trajetória de vida que de alguma forma, direta ou indireta, agiram para que eu estivesse à onde estou hoje.

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, seu corpo docente e projetos de extensão, que me proporcionaram o necessário para a realização deste trabalho e para um olhar mais humano e sincero ao cuidado em saúde.

À orientadora Priscila de Moraes Sato, por confiar a mim um pedaço de sua produção e dedicação, me incentivando e guiando à realização desta pesquisa com paciência e afeto em suas orientações.

Às mulheres entrevistadas, que mesmo não tendo as conhecido pessoalmente, me sinto eternamente responsável pelo privilégio de ter tido contato com uma fração de suas vidas.

Ao meu pai, mãe e irmã, por todo apoio, estando sempre ao meu lado e acreditando na minha capacidade.

Às minhas futuras colegas de profissão Flávia, Bruna, Aline, Amanda, Larissa, Katherine e Adriana, pela amizade e carinho que compartilhamos ao longo desses cinco anos de graduação.

À Giovana, Karina e Willian, pelo afeto e cumplicidade transmitidos em abraços, conversas e mensagens. Trocas que não são sempre constantes, mas são sempre sinceras.

À Júlia e Beatriz, por todo amor e suporte que me deram durante este processo e tantos outros. Sou imensamente grata por tê-las em minha vida.

E à Leonilda Rodrigues dos Santos, Dona Nida ou simplesmente vó, que me aproximou da cozinha de uma forma simples e fez com que eu me apaixonasse por comida e por tudo que ela pode representar. Suas histórias e seu amor permanecerão para sempre comigo.

Santos TA. Obesidade, depressão e pobreza entre mulheres: um olhar interseccional [Trabalho de Conclusão de Curso - Curso de Graduação em Nutrição]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP. 2019.

Resumo

O presente estudo buscou aprofundar as noções atuais sobre realidades que englobam a obesidade e a interseccionalidade de demais vulnerabilidades coexistentes, para assim ter uma maior compreensão desta dinâmica no âmbito da saúde. A interseccionalidade é uma teoria transdisciplinar que objetiva o estudo integrado de opressões vividas pelos sujeitos, defendendo que as mesmas não agem de forma independente e que as existências de diferentes opressões não devem ser estudadas em separado ou como simples somas, e sim, como um fenômeno complexo e distinto. A obesidade e depressão surgem relevantes como problemas de saúde pública que vem tido seu aumento acompanhado por anos no Brasil e mundo. No entanto, além da gravidade trazida por complicações básicas relacionadas a essas doenças, ambas estão presentes em maior número entre mulheres pobres, o que parece agravar ainda mais a vulnerabilidade da situação. O trabalho possui delineamento qualitativo, com triangulação de dados, entrevistas em profundidade e narrativas de história de vida para uma compreensão mais abrangente do objeto investigado. A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo. As etapas realizadas foram pré-análise, exploração do material - com a construção de um *codebook* -, tratamento dos dados e inferência e interpretações. O *codebook* foi aplicado por dois pesquisadores separadamente e a confiabilidade das codificações foi averiguada por meio do coeficiente *Kappa*, com o auxílio do *GraphPad Quick- Calcs*. Os resultados foram apresentados por grupos e códigos derivados do *codebook*, tendo sido ao todo 22 códigos que foram agrupados conforme maior afinidade a um dos quatro macros aspectos estudados: Obesidade, Depressão, Pobreza e Gênero. No entanto, um quinto grupo foi formado para os códigos que surgiram igualmente compatíveis aos quatro. Foi possível observar dinâmicas semelhantes, como a instabilidade do núcleo familiar desde a infância, históricos de abandono, inclusive de parceiros afetivos, atribuindo maior responsabilidade a elas, principalmente na presença de filhos ou de uma gravidez. No entanto, a busca por sanar necessidades básicas como alimentação e moradia eram também penosas. Houve relatos de dificuldade de manter empregos por motivos de saúde e de se conseguir empregos devido a estigmas físicos. A investigação de preconceitos abarcou a dificuldade de obtenção de trabalho e de um tratamento humanizado em saúde, sendo também os profissionais de saúde propagadores de estigmas e causadores de constrangimento. O aglomerado criado pela coexistência da pobreza, obesidade, depressão e questões de gênero tornam a realidade dessas mulheres extremamente difícil de ser alterada. Desta forma, é necessário minimamente repensar as dinâmicas relacionadas à atenção em saúde que marginalizam aqueles que parecem ser os que mais precisam de cuidado.

Palavras-chave: interseccionalidade, vulnerabilidade, obesidade, depressão, mulheres, pobreza, análise qualitativa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupos, códigos e valor dos Kappas.....	19
--	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	MÉTODO.....	14
2.1.	DESENHO DO ESTUDO	14
2.2.	ÁREA DO ESTUDO	15
2.3.	AMOSTRA.....	16
2.4.	PRODUÇÃO DE DADOS	16
2.5.	ANÁLISE DOS DADOS.....	17
3.	RESULTADOS.....	18
3.1.	OBESIDADE.....	20
3.2.	DEPRESSÃO.....	23
3.3.	POBREZA	25
3.4.	GÊNERO	28
3.5.	GRUPO DE CÓDIGOS DE INTERAÇÃO	30
4.	DISCUSSÃO.....	32
5.	CONCLUSÃO	37
6.	IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO.....	38
7.	REFERÊNCIAS	40
8.	ANEXOS.....	46
8.1.	ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
8.2.	ANEXO 2 – <i>Codebook</i>	49

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO TCC

1. INTRODUÇÃO

O campo científico é munido de diferentes pesquisas e artigos direcionados a questões de gênero e aspectos de saúde física, mental e social. No entanto é ainda muito pouco tratado como a relação entre esses constituintes se manifesta e como tal manifestação é experienciada pelas pessoas que as possuem. O presente trabalho se propôs a investigar exatamente essas relações formadas por diferentes tipos de vulnerabilidades coexistentes, tais como as vulnerabilidades de gênero e classe, unidas a condições de saúde como depressão e obesidade. Assim norteando-se sob uma pesquisa com perspectiva da interseccionalidade, estrutura de pesquisa a qual tem ganhado atenção de estudos que envolvam populações historicamente oprimidas, mas permanece ainda à margem das pesquisas com fins políticos e de saúde pública (HANKIVSKY e col, 2010; CHOI e col, 2017). Tal defasagem de entendimento torna-se relevante, uma vez que pode colaborar para ambientes propícios a estigmas ou tratamentos incoerentes com as necessidades reais, e pesquisas a favor da temática criam a possibilidade de uma importante contribuição às questões psicossociais que podem estar se relacionando aos problemas de saúde da atualidade. O paradigma interseccional propicia uma estrutura que assimila a complexidade das experiências vividas e os fatores interativos que se associam a iniquidade social, que por sua vez são fundamentais para a compreensão das iniquidades em saúde (COUTO e col, 2019).

O termo interseccionalidade e sua teoria foram criados e inaugurados por Kimberlé Crenshaw (1989), uma mulher, jurista, feminista e afro americana que estudou a interação e as consequências de duas ou mais formas de vulnerabilidades. Essa teoria defende que diferentes opressões vividas pelos sujeitos se relacionam de maneira interativa, e não agem de forma independente. Ou seja, o resultado da vivência de mais de um tipo de opressão deve ser entendido como um fenômeno por si só e não simplesmente como a soma do resultado de cada uma delas. Assim, quando um mesmo indivíduo se encontra sobre diferentes tipos de marginalizações, que de forma complexa, se agravam, não se faz coerente discuti-las em separado (SATO, 2016). Diferentes dimensões da identidade social, tais como raça, sexo, habilidades físicas, idade, forma corporal e orientação sexual, coletivamente constituem um marco hierárquico de privilégio e/ou marginalização que podem ser conhecidos na literatura por “opressões simultâneas”, “riscos múltiplos” ou “interseccionalidade”. Dessa forma, caso ocorra a coexistência de diferentes diversidades não existe apenas a necessidade de considerar

todas elas, e sim, de considerar o resultado de seu arranjo e as intersecções entre essas condições (GOPALDAS e DEROY, 2015; CRENSHAW, 1989).

Historicamente a mulher é colocada em uma posição de submissão em relação ao homem, o que torna esta questão de gênero um importante fator de vulnerabilidade, principalmente quando falamos de ser mulher em uma sociedade patriarcal (JUSTO e CALIL, 2006). No ambiente familiar, a opressão feminina pode se dar na responsabilização da mulher pela alimentação de suas famílias (Sato e col., 2018). Estas, na busca por cumprir um papel social de cuidadoras, priorizavam alimentos mais saudáveis para os filhos devido à fase de crescimento e marido pelo esforço laboral (SATO e col., 2018; AGUIRRE, 2008).

A situação das mulheres se torna cada vez mais complexa, dado que nas últimas décadas têm ocorrido mudanças em relação aos papéis de gênero, como o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, no entanto, em muitos casos, esses trabalhos se caracterizam como postos de menor estimo e remuneração, sem vínculos trabalhistas, frequentemente associados à responsabilidade exclusiva pelo trabalho no lar, criando uma jornada dupla de trabalho. É possível observar também um maior número de mulheres assumindo a direção dos lares e o cuidado integral dos filhos, o que, devido às condições de trabalho feminino, torna essas famílias mais vulneráveis à pobreza (FERREIRA e MAGALHÃES, 2005; MARTIN e col, 2007).

A pobreza é um fenômeno multidimensional que pode ser definida pela ausência do necessário para o bem-estar material. Pode ser ainda associada à falta de visibilidade, independência e poder que geram um estado sujeito a exploração, propensão à doença, falta de apoio físico, humano, social e ambiental, falta de infraestrutura básica e maior vulnerabilidade e exposição a riscos (CRESPO e GUROVITZ, 2002). Já se é conhecido que mulheres que vivem em situação de pobreza possuem menor nível de ensino e não apresentam segurança e proteção social, são extremamente vulneráveis à obesidade e suas comorbidades, assim sendo, a obesidade e a pobreza possuem uma relação importante e que também merece ser investigada. O aumento da obesidade em populações que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica tem recebido destaque mundial. Atualmente, no Brasil, a tendência da obesidade no contexto da pobreza coloca essa problemática como tema prioritário para o campo da saúde pública (FERREIRA e col., 2010).

A aparente contradição das altas prevalências de obesidade dentre as mulheres mais pobres (IBGE, 2010a) é um fato que necessita de maior atenção. Estudos argumentam que o papel social atribuído às mulheres como donas de casa e administradoras do controle e da distribuição da comida no domicílio favorece o descuido do seu próprio consumo alimentar. Na Argentina, Aguirré (2008) observou que mulheres obesas buscavam a sensação de plenitude e lidavam com a fome por meio do consumo de pães e infusões açucaradas. O mate adocicado em específico proporcionava uma sensação de saciedade e permitia que as mães se excluíssem das refeições familiares, reforçando assim o papel de sacrifício marcado por essas mulheres e mães pobres. Para a autora, este padrão de alimentação associado à desvalorização social do corpo vivida por essas mulheres tem favorecido a prevalência de obesidade no grupo (AGUIRRE, 2008).

É comum a associação de problemas emocionais às consequências da obesidade (VASQUES e col., 2004). Tais problemas se dão devido à discriminação social e ao forte estigma relacionados ao indivíduo obeso (FERREIRA e MAGALHAES, 2011). A valorização exagerada da magreza gera uma fobia ao corpo gordo. Assim, se o corpo magro conota sucesso pessoal, autocontrole e prestígio, a obesidade torna-se símbolo de falta de saúde e controle, preguiça, displicência, ruína moral e pobreza. Para Goffman (1980), o estigma é estabelecido como uma característica negativa, com conotação pejorativa, que torna o sujeito diferente, inferior ou detentor de uma desvantagem. Assim, é estabelecida uma relação entre certos atributos, normas e estereótipos que fomentam manifestações de discriminação entre os sujeitos ou grupos portadores das características entendidas como desviantes e indesejáveis (GOFFMAN, 1980).

A culpabilização gerada pela obesidade no âmbito social pode ser vista como um “Sofrimento social”, que para alguns autores, engloba situações como fome, dor, trauma, violência doméstica, humilhação, constrangimento e invisibilidade. Situações essas são encontradas majoritariamente nas classes menos favorecidas e evidenciam uma das razões que levam pessoas com baixa escolaridade e desfavorecidas economicamente a possuírem maior risco de apresentar depressão (MARTIN e col., 2007). Apesar de parecerem muito diferentes, a depressão e a obesidade possuem estimativas coincidentes, logo que a prevalência da obesidade vem aumentando entre adultos, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, e a depressão é estimada a ser a segunda causa de incapacidade no mundo

em 2020, devido aos à sua prevalência também crescente (MARTIN e col., 2007). Além disso, algumas doenças associadas à obesidade também são associadas à depressão, como as doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas e oncológicas (TENG e col., 2005).

A depressão e ansiedade são sintomas comuns entre obesos, que podem experenciar aumento dos sintomas de depressão na tentativa de reduzirem seu peso por meio de uma alimentação restritiva. Isto posto, o obeso apresenta questões emocionais e psicológicas que podem ser vistas como causadoras, consequências ou/e retroalimentadoras de sua condição física (VASQUES e col., 2004). Para Souza e col. (2005) o fator emocional foi um dos aspectos mais importantes para entender o consumo aumentado de alimentos entre as mulheres entrevistadas. Os autores observaram que a maioria das participantes considerava sua vida diariamente estressante e apontavam sentimentos como: ansiedade, angústia, solidão, preocupação, raiva e tristeza como desencadeadores da vontade de comer (SOUZA e col., 2005).

Silva e Santana (2012) e Ferreira (2010) concordam que, além de se relacionar a doenças clínicas, a depressão também se relaciona a desesperança, sensação de falta de segurança, humilhação, mudanças sociais bruscas e risco a violência, que reforçam a ideia de que as desigualdades de renda têm propagado efeitos psicossociais e do porquê transtornos mentais mais comuns se relacionam à pobreza (FERREIRA e col., 2010; SILVA e SANTANA, 2012). Um estudo realizado na periferia de São Paulo evidenciou que, entre as mulheres, situações de estresse relacionadas à pobreza (como abuso físico dos maridos, casamentos forçados, menor acesso à escola e a oportunidades de emprego, e limitada participação em atividades fora de casa) explicariam o fato das mulheres apresentarem uma maior prevalência para os transtornos mentais, sendo duas a três vezes maior que os homens nos casos de ansiedade e depressão (SILVA e SANTANA, 2012).

Sato e col., (2018) observaram diversos grupos de práticas alimentares diferentes entre mulheres, mães, pobres, com excesso de peso, residentes em Santos, São Paulo. No entanto, os autores chamam a atenção a um grupo específico, que combinava elevado excesso de peso com alta vulnerabilidade econômica e social e outros problemas de saúde. Neste grupo não foi possível entender as práticas alimentares a partir dos mesmos fatores dos demais. Embora não tenham discutido profundamente os determinantes das práticas deste grupo, os autores chamam a atenção para a importância de estudos aprofundados sobre arranjos como este. Tais quais

combinam diversas vulnerabilidades, de modo a favorecer o combate a inequidades na saúde, uma vez que esses novos estudos poderão contribuir para o entendimento das estruturas que colaboram para a reprodução e manutenção da obesidade entre mulheres em vulnerabilidade econômica e social. Há diferentes relacionamentos simbólicos e materiais com a comida nas classes menos favorecidas e estas diferenças demandam diferentes ações em resposta. Tal discussão traz um novo paradigma para pesquisar e trabalho em saúde pública, que geralmente assume homogeneidade em grupos com situações socioeconômicas e de saúde semelhantes (SATO e col., 2018).

Apesar do vasto debate propiciado pela existência diversa de artigos que estudam obesidade, pobreza, depressão e gênero, observa-se ainda a baixa produção de estudos que não abordam de forma unitária essas e outras desigualdades em saúde (COUTO, 2019). Assim, fez-se necessário uma imersão aos temas junto a estrutura de pensamento defendida pela teoria da interseccionalidade. Portanto, este trabalho buscou investigar as interações entre pobreza, obesidade, depressão e do ser mulher a partir de uma visão integral vivenciada por mães residentes em Santos, Brasil. Foi almejado entender a interseccionalidade constituída entre os aspectos citados e a relação destes com a manutenção da condição de obesidade e explorar as consequências do estigma e sofrimento social vivido por mulheres obesas e em depressão inseridas e em situação de pobreza, para dessa forma trazer novas reflexões ao campo de pesquisa e prática em saúde pública.

2. MÉTODO

2.1. DESENHO DO ESTUDO

O trabalho exposto possui delineamento qualitativo, logo que o mesmo permite um olhar imerso a um determinado fragmento da sociedade, sendo, portanto, deveras importante para o campo da saúde na busca da compreensão aprofundada de fenômenos considerados problemas crescentes de saúde pública, tal como é o caso da obesidade e da depressão. Para tanto foram analisadas entrevistas em profundidade por meio da análise de conteúdo. Complementarmente utilizou-se diários de campo com conteúdo verbal e não verbal para interpretar as vivências de mães em estado de pobreza, diagnosticadas com obesidade e depressão, residentes de três

regiões distintas, mas todas classificadas como de alta vulnerabilidade social da cidade de Santos.

2.2. ÁREA DO ESTUDO

Santos é uma cidade portuária que possui área aproximada de 281,033 km². Esta faz parte do litoral norte do estado de São Paulo onde faz divisa territorial com os municípios de Cubatão, São Vicente, Guarujá, Bertioga e Mogi das Cruzes (IBGE, 2016). A população residente estimada é de 434.742 mil habitantes (IBGE, 2017) e o Índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,840 (IBGE, 2010b), o 6º no ranking brasileiro desenvolvido pelo Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2013). As regiões definidas para o campo da pesquisa foram classificadas por alta ou muito alta vulnerabilidade pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (SEADE, 2004) e são: zona noroeste (casas de palafita), centro (cortiços) e morros (favelas).

A região noroeste de Santos começou a ser habitada nos anos 50, com um rio limpo, onde os moradores podiam pescar e aproveitar como se fosse uma pequena praia. Na região, que ainda possui casas de palafitas junto ao rio, não é difícil observar pilhas de lixo que criam mau odor e atraem ratos e outros animais. O tráfico de drogas também é bastante presente na região, inclusive com tensões ocasionais entre traficantes e a polícia colocando a comunidade no meio de um “fogo cruzado”. O centro foi parte importante da história da cidade, com mansões, igrejas, prédios públicos e lojas. No entanto, atualmente essas residências são chamadas de cortiços, onde os quartos são alugados para diversas famílias (às vezes 10 ou 12). Cada família mora em um quarto pequeno, normalmente sem banheiro ou cozinha, que são divididos por todos, outros cozinham no quarto e usam a pia dos banheiros para limpar as louças. A área atualmente conhecida como Morro do Jabaquara já alocou o maior quilombo da história do Brasil, foi expandido e as pequenas fazendas que lá existiam se dividiram em diversas casas. A urbanização não planejada da região resultou em casas em áreas e condições de risco de deslizamento, e o esgoto a céu aberto e as ruas não pavimentadas começaram a ser um problema, que levaram os moradores a se organizar e lutar por algumas melhorias. Nos últimos anos o tráfico de drogas aumentou consideravelmente a violência na região na região.

2.3. AMOSTRA

A população de estudo é uma subamostra das 21 mães entrevistadas para o estudo intitulado “*O comer como fato social total: práticas alimentares de mães com excesso de peso e residentes em regiões empobrecidas da cidade de Santos*” (SATO e col., 2018; SATO e col., 2017; SATO e col., 2019). Os critérios de inclusão neste foram: ser mãe, adulta, morar com ao menos um (a) filho (a), apresentar sobre peso ou obesidade, e residir em uma das regiões a serem estudadas. Mulheres foram consideradas com sobre peso e obesidade se elas tivessem índices de massa corporal entre 25 e 29.9 kg/m² ou ≥30 kg/m², respectivamente (WHO, 2017). O peso e a altura foram obtidos por meio do autorrelato, tendo este método apresentado níveis aceitáveis de qualidade da aferição de tais informações, mesmo entre sujeitos obesos e de menor nível socioeconômico (STEWART 1982; FONSECA e col. 2004).

As instituições que funcionaram como ponto de entrada no campo possuíam projetos ligados à Universidade Federal de São Paulo e foram: uma Organização Não Governamental com atividades para a comunidade (zona noroeste), um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) (centro) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (morro). A amostra final foi constituída por 21 entrevistadas, sete por região. A definição do tamanho da amostra deu-se por meio do critério de saturação, ou seja, quando novas entrevistas a novas participantes já não traziam mais novas informações relevantes para o entendimento do objeto estudado (PATTON, 1990).

Para inclusão nesta subamostra foi somado aos critérios apresentar o diagnóstico de depressão. A partir de tal condicional, obtivemos uma subamostra de nove participantes.

2.4. PRODUÇÃO DE DADOS

A produção de dados foi efetuada por uma nutricionista com experiência em métodos qualitativos entre novembro de 2013 e dezembro de 2014. Foi utilizada uma triangulação de dados, com entrevistas em profundidade, narrativas de história de vida e observações participantes.

As entrevistas em profundidade foram semiestruturadas, o que permitiu que novas questões relevantes surgessem nas conversas. O guia de entrevista foi pré-testado e a lista de tópicos incluiu características gerais - idade, anos de escolaridade, maior nível de escolaridade entre os pais, local de residência, situação socioeconômica durante a infância, região de origem e concepção cultural - e práticas alimentares e corporais - práticas alimentares durante infância, compras de alimentos, cozinhar, refeições em família, hábitos alimentares e consumo, insegurança alimentar, preferências e aversões alimentares, prática de dieta, imagem corporal e peso e altura no momento da entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra nos dias posteriores à sua realização. Após cada visita, a pesquisadora lia as transcrições e fazia anotações de questões a serem esclarecidas, sondadas e investigadas na próxima visita. As diversas entrevistas de cada participante permitiram expandir a profundidade do estudo e abordar lacunas de sentido nas entrevistas anteriores. As visitas continuaram sendo feitas às participantes até que as informações sobre os temas de interesse fossem repetidas e nenhuma nova informação relevante fosse mencionada, significando que o ponto de saturação fôra alcançado.

Entrevistas da história de vida foram consideradas na pesquisa como uma ferramenta complementar para ajudar a explorar as experiências micro-históricas (individuais) dos participantes dentro de um quadro macro-histórico (história do tempo). As informações da história de vida ajudaram a contextualizar as vivências e condições de saúde das participantes. Elas foram convidadas a contar "As histórias de suas vidas" em suas próprias palavras seguindo um caminho cronológico, a partir de sua infância até onde elas estavam naquele momento. Com interferência mínima possível por meio de perguntas, foi estruturada uma narrativa na terceira pessoa usando o máximo possível das palavras usadas pelas participantes.

2.5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo. Esta análise apresenta uma junção de técnicas que permitem, de forma sistemática, a descrição de conteúdos de mensagens, no caso do presente estudo, das entrevistas (BERNARD e col., 2010). A utilização dessa

abordagem prevê fases fundamentais, tais como: (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos dados e sua (4) inferência e interpretação.

A pré-análise foi importante para criar familiaridade com os materiais coletados provenientes das entrevistas, em que foi realizada uma “leitura flutuante”, com a identificação de unidades de registro com as quais a categorização foi realizada (BERNARD e col., 2010; GODOY, 1995; CAREGNATO e MUTTI, 2006). Desta forma, foram efetuadas anotações e destaque as características mais marcantes dos textos.

Na segunda etapa os dados foram relidos e organizados com a finalidade de definir a unidade de registro. Na etapa de tratamento dos dados ocorreu a classificação dos elementos segundo suas semelhanças e diferenças, com possível reagrupamento, em função de características comuns. A fase de exploração do material seguiu as orientações de Bernard e col. (2010). Os autores orientam a construção da estrutura de um *codebook* com a finalidade de organizar e codificar os temas encontrados. Conforme sugerido, o *codebook* incluiu, para cada tema, uma descrição detalhada, uma descrição abreviada, critérios de inclusão e exclusão do tema, exemplos típicos, exemplos atípicos e um exemplo categorizado como “*close, but no*”. Posteriormente, a confiabilidade entre codificadores foi verificada pelo cálculo do coeficiente de *Kappa*, com o auxílio do *GraphPad Quick- Calcs*.

3. RESULTADOS

Ao todo foram utilizadas nove entrevistas em que as participantes possuíam margens de idade entre 30 a 57 anos (duas de 30-40; cinco de 40-50; duas de 50-57), e IMC de 27,7kg/m² a 56,7kg/m² (uma de 27,7-30; três de 30-40; cinco de 40-56,7) e de 1 à 7 filhos.

Como resultado do *codebook* foram criados 22 códigos, agrupados conforme as vulnerabilidades que o trabalho se propôs a estudar, sendo elas a obesidade, depressão, pobreza e gênero. Além destes, um último grupo foi formado para os códigos que parecem permear as diferentes vulnerabilidades sem fazer parte majoritária de nenhum deles de forma dominante.

Tabela 1 - Grupos, códigos e valor dos *Kappas*

Grupos	Códigos	<i>Kappas</i>
Obesidade	Mudança corporal	0.734
	Preconceito	0.863
	Corpo e Saúde	0.883
	“Queria mudar”	0.778
	“Tô bem assim”	1.000
Depressão	Depressão	0.785
	Remédio	0.800
	“Ninguém ta nem ai”	0.660
	Lazer	0.945
Pobreza	Estrutura familiar	0.738
	Ausência de lar	0.689
	Atenção institucional	1.000
	Dificuldade ao acesso à alimentação	0.704
Gênero	Doação	0.839
	Gênero e maternidade	0.746
	Relacionamento negativo com o parceiro	0.871
	“Cuida de mim”	1.000
Códigos de interação	Trabalho doméstico	1.000
	Apetite	1.000
	Tipos de trabalhos	0.774
	“Tem que trabalhar para ter”	0.721
	Trabalhos perdidos	0.634

3.1. OBESIDADE

Obesidade ou o ser gorda não foi uma realidade integral a vida das participantes, e na busca de entender melhor a relação das entrevistadas com o próprio corpo os códigos de “Mudança corporal”, “Preconceitos” vivenciados, visão dos profissionais de saúde sobre o seus corpos (“Corpo e saúde”) e momentos em que elas se sentem satisfeitas (“Tô bem assim”) ou insatisfeitas (“Queria mudar”) com o corpo atual se criaram.

Em relação à “Mudança Corporal”, a maioria das mulheres comentou ter adquirido peso com o passar do tempo, pontuando situações mais marcantes para esse ganho. Entre os motivos citados para tal, o uso de medicação e as gravidezes foram os mais comentados “(...) que eu fui tendo mais filhos, depois que eu me lembro que eu tinha 24 ano, que eu fui mudando, fui aumentando o peso” (R, Centro). Doenças metabólicas como o hipotireoidismo também foram citadas como um dos motivos para o ganho de peso por três delas “Eu fui, eu não sabia que tinha, eu fui engordando, engordando, engordando, achei que...quando eu fui ver era por causa do hipotireoidismo” (A, Morro). Ao relacionar o ganho de peso com o uso de medicação era comum que houvesse a troca do termo “engordei” pelo “inchei” ou “estou inchada” (sobre ter começado a usar medicação) “Eu engordei...cresci mais a barriga. (...) Eu não engordei, eu inchei, eu to inchada. Eu vivo inchada” (G, Centro).

Nos casos de perda de peso, na maioria das vezes temporárias, foram citados como principais motivos dietas ou depressão (em período prévio ao início do tratamento), no entanto foi interessante perceber que em momentos as entrevistadas relacionaram à depressão a perda de peso - “Mas, eu emagreci muito muito na depressão” (N, Palafitas) - e em outros ao ganho - “(...)e passei muita fome aqui. Então não entendo porque que...era nervoso mesmo. Eu engordei, minha gordura tudo é de...de saúde, assim, de...do...como é que fala? Da depressão! Não por comer (...)” (V, Morro).

Com a mudança física posta, as entrevistadas foram questionadas quanto a “Preconceitos” que elas pudessem relacionar ao seu tipo físico, assim o código “Preconceitos” surgiu, e com ele foi percebido situações em comum, tais como: (1) relatos sobre uso de apelidos e nomes indesejáveis que traziam desconforto e constrangimento “*Tem. Muito. Principalmente assim, as meninas magras gostam de tirar sarro das meninas gordas né (...) Me chamavam de muitos apelidos, entendeu?! E isso me magoava muito, eu tive depressão por*

causa disso tudo” (A, Palafitas), (2) dificuldade em acessar roupas adequadas, sendo essas por doações, quando não existia recursos para compra - “Eu queria ficar com seu corpo porque, porque as roupas são mais fácil de ganhar” (G, Morro), ou mesmo quando existia a possibilidade da compra, mas não a produção e comércio de roupas do tamanho correspondente às entrevistadas - “Ah, tem! Principalmente eu, que nem eu to gorda. Se eu entrar numa loja, assim, e a menina ver que não tem roupa pra mim, ela até já não me atende. (...) Ai quando olha já vê que não tem roupa pra mim” (A, Morro). Além de situações relacionadas ao difícil acesso a bens materiais básicos, como é o caso de vestuário adequado para o tamanho das entrevistas, elas também perceberam (3) preconceitos em relação à capacidade delas de trabalho que tendia a subestimá-las, sendo vistas como preguiçosas, lentas, indispostas ao serviço “Para trabalho, é, isso que eu ia falar, pra trabalho você vai hora e a pessoa te vê gorda, acho que já vai imaginar que você não vai ser ágil...ou que tá feio mesmo. Então tem preconceito com isso” (R, Morro) e “E até pra emprego. As pessoas te olham e acham, ‘Ah, essa mulher deve ser preguiçosa’ (...) Tem preconceito. (...) eu passei maior preconceito (...) Enquanto eu não mostrei meu serviço, minha garra, eu não tive respeito” (G, Morro).

Outros preconceitos eram ocasionados por parte dos profissionais da saúde. O código “Corpo e saúde” traz em si um conjunto de condutas ou comentários de profissionais de saúde referente ao corpo, alimentação ou/e necessidade de perda de peso da participante, além de expor insatisfações com o tratamento dado a elas. A maioria das queixas foram em relação a médicos que fizeram comentários direcionados unicamente ao corpo das entrevistadas como dizer que elas estavam gordas e que deviam emagrecer, causando constrangimento e incômodo. Atendimentos esses que eram também acompanhados de falta de atenção às questões de saúde inicialmente trazidas por elas “Já fui na geral, ai eles falam, ‘Você é gorda’ (...) Ai ele [médico], ‘Ah, mas gordo tem tudo. Diabetes, colesterol, não sei o que, não sei o que...’, ai eu olhei pra cara dele, tal, peguei os exame, ai demorei pra chegar lá. E não deu nada. Deu só a tireóide, não tenho diabete, não tenho colesterol alto, não tenho nada disso que eles falou, né?” (V, Morro) e “Eu não tenho médico, o médico que tem no posto é com assunto de 3 em 3 meses que eu. Ignorante que chega a doer, que eu nem gosto de consultar com ele. Eu cheguei lá, ‘A senhora tá muito gorda’ (...) (I, Morro).

No entanto houve também relatos sobre condutas de nutricionistas e orientações alimentares. Neste caso, as principais queixas eram sobre a (1) falta de percepção das

(im)possibilidades de aquisição alimentar que as entrevistadas vivenciavam como a dificuldade de acesso a determinados tipos de alimento, sendo esses tidos como básicos ou não - “Nutricionista não pensa. Ela só pensa em fazer aquela comida é, porque é boa pra saúde. (...) Além de ter que comer, você tem que comprar aquela comida, e num sabe se você tem dinheiro, ai se você não come, é porque você não comeu, e não sei o que lá(?)...” (G, Centro), ou (2) vontades e preferências que pareceram não ter sido consideradas caso tenham sido questionadas, como gostar (ou não) de legumes, verduras, frutas, alimentos integrais e conversar a possibilidade de inclusão destes na dieta das entrevistadas - “A nutricionista praticamente tirou minha alimentação toda (...) Arroz eu não posso comer, eu tenho que comer arroz integral. Eu tenho ai mas eu não gosto, (...)” (I, Morro). Houve também situações semelhantes às vivenciadas com os médicos, situações essa desconfortáveis que reforçavam estigmas direcionado ao corpo das entrevistas e as distanciavam de um possível vínculo com o profissional - “(...) Ela (nutricionista) falou, ‘Você já ta...já tinha peso mórbido, e eu vou fazer mais o que com você?’. Isso é jeito de falar?” (K, Morro).

Todas as participantes relataram desejo de algum tipo de mudança corporal, ilustrada no código "Queria mudar". Motivos da insatisfação eram estéticas motivadas por uma sensação de inadequação e mal-estar gerados por situações conforme as discutidas no código “Preconceito”, como a dificuldade de acesso a roupas ou por qualquer outra situação que produzisse constrangimento por seus corpos ou pela imagem que ele pudesse provocar - “(...) o meu corpo tá uma negação. Tomo droga, olha, o meu corpo tá horrível”(G, Centro). Em menor quantidade, ainda foram levantadas a questão de ter a (1) mobilidade prejudicada pelo peso - “eu queria, tivesse a redução de estômago (...) porque eu quase não ando, eu fazendo a redução de estômago eu ia emagrecendo, já dava pra fazer caminhada” (K, Morro), e uma (2) preocupação com o envelhecer sendo gorda - “Eu queria mudar meu corpo, eu queria mudar o meu corpo, (...) assim sem essa banha, sem essa barriga, né, um pouquinho só diminui as coxinas, só um pouquinho queria perder isso aqui do braço, (...) pra nova geração de velhice” (G, Centro). Alguns relatos ainda relacionaram o desejo de emagrecer com a melhora da saúde, replicando um discurso médico sem explicação aprofundada, e com a redução do cansaço, mesmo este último também sendo vinculado a outras questões de vida como o uso de medicação - “Mais é cansaço, estética também, nossa, tá muito ruim. Tá feio na fita. É estética e a coragem. Saúde até que eu tenho, não tem diabete, não tenho pressão alta, essas coisas (...) Ai eu to com saúde, mas esse cansaço...eu me canso muito, eu fico deitada. Eu tava deitada aqui,

querendo dormir. Ai só fico dormindo também, por causa do antidepressivo que eu tomo, né?" (R, Centro).

Entretanto, relatos contraditórios que traziam uma sensação de potência e capacidade física apareceram de forma clara em ao menos três entrevistas. "Tô bem assim" foi um código que surgiu a partir de trechos em que as participantes se mostravam satisfeitas com o corpo, principalmente em relação a sua funcionalidade - "Não vou mudar nada pra agradar ninguém se eu to agradando a mim mesma. Eu to me sentindo bem comigo, não tá me atrapalhando em nada...entendeu? Não tá me atrapalhando em nada...eu to me sentindo bem! Entendeu?" (N, Palafitas). E como exemplo de marcador de saúde e força atribuídas ao corpo, levantou-se a capacidade de trabalho - "Eu sempre fui gorda, sempre! (...) Eu não! Me incomoda não, sabia? Ó, eu dessa grossura puxo carroça...ando, converso, pinto e bordo. Tem gente que é magrinha e tá, ó..." (G, Centro).

3.2. DEPRESSÃO

A "Depressão", "loucura", "tristeza" ou "doença" surgiu nos relatos em que as entrevistadas enumeravam diagnósticos, tipos de medicamento ingeridos na rotina ou em relatos sobre situações infelizes vivenciadas, mudança repentina de humor ou de comportamento. No momento da entrevista sete delas citaram a doença e relataram ainda estar em tratamento, sendo que três delas eram medicadas a mais de três anos. Duas das entrevistadas citaram o diagnóstico de depressão, mas não foi possível identificar pelas entrevistas se ainda estavam em tratamento.

O código de "Depressão" contém trechos que falam sobre o que as participantes acreditavam ser as causas e/ou efeitos da depressão, sintomas e sensações gerados por ela. São trechos que falam desde a perda de peso, sonolência anormal, sentimento de vazio e mal-estar generalizado - "Que é muito ruim, nossa senhora. Eu praticamente, perdi a vontade de tudo assim, de sair...eu to depressiva no momento, eu não tenho vontade de sair, eu não tenho vontade de falar..." (N, Palafitas), e também da sensação de desesperança e ideação suicida, com ou sem a tentativa - "Eu parei de cuidar de mim quando entrei nessas depressões, nessa

doença aí que diz que existe aí ó. Semana passada eu tava ruim, tava com depressão, tava...tentei, tentei não, pensei até em me matar" (G, Centro).

As entrevistas revelaram uma reciprocidade. Conforme a depressão surgisse como tópico, a medicação também era mencionada. De maneira que a existência do remédio confirmasse a existência da doença como condição a ser tratada, reafirmando sua importância e não podendo tê-la confundida como uma tristeza qualquer. Sendo assim, “Remédio” é outro código que se relacionou com a depressão, falando dos efeitos, tipos, funções e relação estabelecida com o uso, podendo essas terem sido (1) positivas ao uso por proporcionarem melhorias nos sintomas de tristeza, apatia, indisposição, introversão - “*Graças ao remédio eu consigo conversar (...) Esse negócio de ficar calada é doença, de não querer conversar*” (G, Centro) ou (2) negativas como as consequências atribuídas a ele: ganho de peso, dependência, mudança no apetite e alteração do sono - “*(...) a minha gordura não é de comida não, é dos remédio que eu tomo, que é inchaço. E eu não consigo parar de tomar!*” (N, Palafitas). Indiferente de ser uma doença de caráter psiquiátrico multifatorial, as entrevistas sugeriram que a depressão teria recebido como único tratamento o medicamentoso, o qual não estaria considerando aspectos, por exemplo, socioambientais que poderiam estar se associando ao caso.

O abandono, afastamento, partida, negligência e demais eventos adversos aparecem em variadas circunstâncias da vida das participantes. Assim o sentimento de isolamento e solidão puderam ser brevemente descritos no código “Ninguém tá nem aí” que fala sobre a sensação, medo e a realidade de se estar/ficar sozinha e não existir ninguém próximo para amparar - “*(...) Só que meu medo era eu ficar velha e não ter ninguém pra me ajudar pra eu lembrar dos meus remédio, pra por comida pros meus filhos, que eram pequenininhos. Aí casei de novo*” (G, Centro) ou ninguém próximo que demonstre preocupação. Em sua maioria foram citados familiares como irmãos e filhos - “*(...) aí, num tem aquele negócio de...de ajuda não, cada um se vira. Eu liguei pra ele (filho). Ele nem no meu aniversário ele liga, nem natal, ano novo. Nem liga pra saber como eu to*” (N, Palafitas).

Mesmo aparecendo de forma limitada em situações de necessidade afetiva, a família também surge participando de atividades recreativas contidas no código “Lazer”. Foram consideradas para esse código atividades que não eram tidas como obrigatórias, como passear

com os filhos, realizar refeições fora de casa, ir à igreja, dançar, assistir televisão, ler. Nesse código a família aparece majoritariamente como participante do lazer, o que faz sentido, dado que as participantes possuem poucas pessoas próximas que não sejam de seu próprio núcleo familiar - *“Eu gosto, de sair assim, senta em um mesa, mas eu gosto de ficar no nosso canto. Aí eu gosto de sair, de comer fora, pra gente curtir um pouquinho, né?”* (I, Morro); *“Eu não faço nada não, tem vez que a minha fia me leva pra casa dela”* (I, Palafitas). A depressão também foi citada por elas como responsável por mudança de hábitos e preferências, por exemplo a troca de atividade de lazer relacionadas a socialização por atividades mais reclusas e que não demandavam que saíssem de suas casas para tal - *“Nada...eu tive uma recaída, porque antigamente eu saía, bebia, dançava, saía pra praia. Agora eu não tenho vontade de sair pra lugar nenhum. Gosto de ficar na porta da minha casa, assistir televisão deitada. Entendeu? A depressão me pegou de novo e eu não quero que ela pegue”* (N, Palafitas). Sendo atividades como assistir a programas de televisão e filmes em casa as mais comuns, podendo ter como reforçador o fato de que eram também atividades que não exigiam companhia ou custo adicional (*sobre assistir televisão*) *“24 horas na frente da televisão”* (I, Morro).

3.3. POBREZA

A vulnerabilidade criada pela pobreza conseguia estar presente em diferentes âmbitos da vida das entrevistadas, no entanto era na “Estrutura familiar” no período da infância, nas situações de “Ausência de lar”, necessidade de “Atenção institucional” e questões de acesso à alimentação (“Dificuldade ao acesso à alimentação”) que o peso da pobreza ficava mais latente.

O código “Estrutura familiar” apareceu quando ocorreram reflexões sobre a vida na infância, como no caso da ausência parental que foi relacionada por elas com falta de cuidado ou a alguma consequência como a renúncia dos estudos - *“Eu parei na sexta série, porque eu...cresci com os pais presentes, mas não presentes, não cuidava de mim”* (V, Morro). Relatos sobre não conhecer os pais ou o pai, ter sido criada por tios, avós ou por fim ter sido adotada também pareceram relevantes a elas - *“Pela minha mãe, né, eu não conheci meu pai, né, então minha mãe foi meu pai e minha mãe”* (N, Palafitas). Maus tratos ou ter sofrido algum tipo de assédio não foram citados na maior parte dos relatos mas nos casos em que foram mencionados eram sempre por parte de algum familiar como padrasto, tio, sendo os maus tratos provindos

de madrastas, mães, tias - “(...) eu tava com meus 12 anos, e meu pai, meu padrasto ficava mexendo comigo, que nem eu te falei né, e eu falava pra minha tia, minha tia não acreditava, achava que era mentira(...)” (N, Palafitas). Como outro evento marcante na adolescência, quatro delas puderam ainda vivenciar a gravidez não planejada, que em sua maioria acompanharam a ausência de suporte dos parceiros íntimos e dos pais quando estes estavam cientes da situação “(...) E eu não sabia nem me cuidar. (...)Horrível, horrível ser mãe e não ter mãe” (V, Morro).

A “Ausência de Lar” ocorreu em casos de fuga de casa como meio de evitar situações traumáticas (assédio, violência) - “a mulher dele (pai) que num... num gostava muito né. Ai depois que eu fiz treze anos ela me mandou pra rua” (G, Centro) ou ter sido expulsa, despejada - “(...) aí depois de 6 meses a dona da casa me despejou, aí eu fiquei na rua (...)” (N, Palafitas), perder a casa para incêndio ou ocupação - “(...)Então aqui a minha casa pegou fogo” (A, Palafitas).

O código “Instituições” surgiu para englobar menções que contivessem ações realizada por alguma instituição, tendo essas ações a finalidade de mitigar alguma necessidade ou suporte como de alimentação ou bem-estar social. Os casos foram os de obtenção de cesta básica com assistentes sociais, participação no Programa Bolsa Família e em sua maioria, relatos de atendimentos e suporte em saúde realizado pelo Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) (atendimento médico, obtenção de medicação) – “(...) Descobri onde era o NAPS, descobri o psicólogo, aí conheci o psiquiatra, aí todo mês...hoje a noite mesmo é dia de psiquiatra, pegar remédio” (N, Palafitas) e “Eu agradeço primeiramente a deus e o CRAS por ter me ensinado a viver” (G, Centro). No entanto, as instituições aparecem também em relatos de situações negativas como prisão, hostilidade policial - “(...) eu sofri muito aqui, eu fui presa, dentro da minha casa, porque a polícia me forjou” (A, Palafitas), violência obstétrica - “(...)daí que eu fiquei ruim, foi parto normal. Foi horrível, não tinha passagem direito e forçaram, aí pulavam, pulavam em cima de mim, só deus sabe. Passei um horror que quase morri (...)” (V, Morro) e vivências durante o período de encarceramento - “É ruim, muito ruim. As vezes comida com vidro, arroz com vidro, feijão vem com pedra (sobre comida de cadeia)” (A, Palafitas).

As “Dificuldade ao acesso à alimentação” colocam majoritariamente o dinheiro como delimitante de escolhas alimentares ao longo da vida. Os trechos não são exclusivos à questão

de ausência ou presença de alimento, existem também comidas específicas que foram citadas como de difícil acesso, tais como lanches, pizza e a realização de refeições fora de casa de um modo geral - “A pizza. A lasanha. A pizza também eu gosto. Não tenho muito condições financeiras. Quando eu posso eu como” (N, Palafitas) e “(...) No McDonalds só fomo uma vez, já, uma vez, porque é muito caro. Não posso nem passar lá (...) Gosto. Mas só que é caro. Ai num...pra gente que é muita gente, sai muito caro” (V, Morro). Além de não exclusivo a um gênero alimentar específico, o código não é exclusivo ao momento em que foram realizadas as entrevistas, podendo aparecer trechos falando da infância - “(...) Ela [mãe] cozinhava bem, mas a gente não comia bem porque não tinha” (V, Morro).

Ademais a falta de alimento concreto de qualquer gênero - “(...) foi dando uma hora, fui ficando preocupada porque não tinha o que botar no prato” (G, Centro), o código também englobou estratégias usadas pelas entrevistadas para alimentar suas famílias como coletar alimentos do lixo ou deixados após o final de feiras de rua - “Eu comia do lixo. Eu criei eles [filhos] tudinho comendo comida do lixo; aquela comida que diz que é comida contaminada, que num sei o que, que é vencida, num acredito em nada disso não, porque eu criei os quatro. Eu ia lá pegava, lavava bonitinho, tratava, botava no vinagre, botava no cloro (...) não tenho dinheiro pro restante dos ingredientes, não tenho, então é melhor ir na feira pra catar o machucadinho da banana, porque lá eu como” (G, Centro).

“Doação” é um código mais formal sobre bens materiais doados, e menos sobre o propósito do cuidado em si. Foram também doações fornecidas por pessoas e não instituições, sendo em sua maioria empréstimos e doações de comida vindas de familiares ou vizinhos - “Tem umas pessoas aqui que são muito boa que conhece eu a anos, aí natal eles traz cesta básica, traz frango, traz presente pra criança. Eu fico muito feliz com isso, mais é pra eles. Eu ganho cesta básica, ganho uma pá de coisa de natal deles. Natal deles pelo menos é garantido” (G, Centro) e também podem aparecer como “empréstimos” como no caso: “(...) Compro feijão, compro litro de óleo, as vezes tomo emprestado, água, empresta um pouco de óleo aqui, duas caneca de arroz, uma caneca de arroz pra me dar pelo... “ (N, Palafitas).

3.4. GÊNERO

O gênero constitui uma realidade intrínseca ao ser humano, não é surpreendente que este tenha permeado de alguma forma os códigos anteriormente descritos. A questão do ser mãe e do ser mulher apareceram em misturado com diversas situações. Mais especificamente a esse grupo houve falas sobre família, trabalho, depressão, relação com parceiro e assédio. A gravidez não planejada, ser abandonada grávida pelo pai da criança ou vivenciar a falta de ajuda no cuidado dos filhos tornando-se assim a provedora principal da casa, ter sofrido violência doméstica, ter falta de ajuda da família nos cuidados da casa e ter dificuldade em trabalhar para não deixar os filhos sozinhos são alguma dessas situações.

No código “Gênero e maternidade” os deveres do tornar-se mãe surgiram logo com a gravidez, mesmo antes do nascimento. Relatos sobre iniciar algum trabalho para suprir com os custos que se seguiriam foram comuns - *“Corta tua liberdade, porque você só tem que ficar focada nos seus filho ou trabalhar...e cuidar muito da casa, né? Então tu perde tudo. Agora já tão tudo grande eu to aproveitando tudo que eu perdi, né? Fui mãe muito cedo (...)"* (A, Palafitas). Com a gravidez, o abandono do pai do bebê e o afastamento da família se deram de forma marcante, principalmente quando sucedida ainda na adolescência, caso de quatro das entrevistadas - *“Da primeira [gravidez] já, eu tinha depressão já e não sabia, não tinha sintoma (...) Tipo assim, eu tinha sintoma mas pra mim era normal, pra mim era a tristeza da minha vida (...) Era a tristeza que eu não tinha marido, que eu não tinha mãe, não tinha pai, dormia presa porque eu tinha uma criança que eu não queria ter, tive uma criança cuidando de outra criança, (...) (V, Morro)"* e a noção de mudança de prioridades em prol dos filhos foi apresentada como natural *“(...) Só que depois que a gente tem filho, a gente tem que diminuir as coisas, e pensar mais nos filhos, né? (...) Nunca cuidei de mim (...) minha incumbência era cuidar dos meus filhos. Aí eu não me olhava no espelho não”* (G, Centro).

Ainda nesse mesmo código, mas em relação a obrigações do cuidado da casa e da família, as entrevistadas eram responsabilizadas por maior parte das tarefas como cozinhar, cuidar dos filhos, netos - *“Entrevistadora: Você gosta de cozinhar?” “Ah, gostar, gostar eu não gosto, né? Mas tem que fazer, né? Não gosto muito não. Mas quando eu faço, tem que fazer bem feito, né? Porque o homem reclama. (Risos)"* (A, Palafitas). Algumas ainda eram as únicas

ou principais responsáveis por suprir as necessidades financeiras da casa “*Entrevistadora: aham...seus filhos ajudam? Na compra, ou com dinheiro...’ ‘Não...tudo é eu’” (N, Palafitas).*

A ausência do parceiro surgiu como um importante fator a vulnerabilidade de serem integralmente responsabilizadas pelo cuidado dos filhos e das finanças da casa quando não existiam outros familiares dispostos a ajudar. A ausência ou abandono do parceiro, principalmente nos casos de gravidez foram reunidos no código de “Relacionamento negativo com o parceiro”, e além de serem notadamente eventos que concentraram responsabilidades as entrevistadas, foram também eventos que causaram danos emocional pela sensação de desamparo de um fim de um relacionamento dado desta forma - “*(...) que eu fiquei grávida da menina né? Dele. E depois eu fiquei com os dois [filhos]. Ele com 9 anos e ela com 9 meses. Morei lá, sozinha, sofri pra caramba. Eu gostava muito dele [parceiro]. Aí ele sumiu no mundo(...)*” (N, Palafitas); “*(...) Amava, de repente ele me deixou grávida, fiquei solteira...ai minha mãe ajudou, essa minha mãe adotiva, me ajudou a cuidar da minha filha... ” (R, Centro).*

No entanto, a presença do parceiro também não se fez positiva em situações as quais com convívio estressante, ausência da participação no cuidado dos filhos e na arrecadação financeira da casa - “*Trabalhava em casa de família pra sustentar minha filha porque ele [parceiro] não dava nada. Eu sustentava ele e a filha ainda*” (I, Morro) e em casos mais extremos como nos de furto, traição, abuso de drogas ou relação violenta, em que as entrevistadas além de não conseguirem incumbir o parceiro em parte da divisão de responsabilidades, o distanciasse do convívio, caso o mesmo não se afastasse antes - “*(...) ai nolis brigamo, ai teve um caso com outra mulher, enfim, me largou grávida e eu vim pra cá*” (V, Morro) e “*(...) A: O que era ruim é que ele [parceiro] era usuário, e ele roubava as coisas dentro de casa, pra vender. Roubava fralda, leite das criança, pra vender” (A, Palafitas) e ”*(...) aí descobri que era usuário de crack (...) Me separei dele, era muitas briga, apanhei muito, muito que ele não queria separação de jeito nenhum*” (N, Palafitas).*

A difícil realidade acompanhada de se estar solo nem sempre se fez presente de forma permanente, assim o código “Cuida de mim” apresenta alguma pessoa próxima como fornecedor de ajuda no cuidado da saúde e/ou bem-estar da entrevistada. Em contraposição ao código anterior, os trechos deste código falam muito de cuidados de saúde provindos do marido - “*Meu marido que me leva no médico...né? Me leva, né, e...cuida de mim, quando eu to doente*

ele que me leva” (K, Morro); “(...)Meu marido liga pra mim todos os dias na hora do almoço pra saber se eu já almocei” (I, Morro). No entanto, foram relatos que surgiram de maneira mais singela e provenientes de somente duas das entrevistas, com uma delas sendo a única a não ter citado algum evento adverso no relacionamento com seu parceiro.

“Ajuda no trabalho doméstico” é um código que demonstra auxílio no cuidado da casa ou da família, não sendo então obrigação integral ou única da entrevistada que quando ajudada, o auxílio era provindo de netas, noras, filhos (as) e marido - “*A minha casa é simples, mas graças a Deus, Deus me dá força, quando eu não aguento fazer assim as coisas, a minha neta faz pra mim é*” (I, Morro) e “*Ele [marido] aprendeu a fazer bastante comida. Às vezes não é nem eu que faço comida*”(K, Morro). Existem ainda casos de filhos que auxiliam no cuidado de outros filhos - “*(...) Aí depois que ela cresceu, aí [primeira filha] cuidava dela [segunda filha] e eu ia trabalhar*” (I, Morro).

3.5. GRUPO DE CÓDIGOS DE INTERAÇÃO

Quatro códigos, “Apetite”, “Tipos de trabalhos”, “Tem que trabalhar para ter” e “Trabalhos perdidos” (os últimos três se relacionando de maneira geral a trabalho), surgiram para acolher relatos relevantes à compreensão da complexidade da situação vivida pelas entrevistadas e não pareceram se associar de forma mais marcante a nenhum dos grupos, mas de alguma forma conseguiram transpassar e fizeram-se presentes em todos de maneiras múltiplas. São códigos que se relacionaram com o peso das entrevistadas (“Mudança corporal”), “Preconceito”, questões de saúde (“Corpo e Saúde”), “Depressão”, ao uso de “Remédios”, a capacidade de “Lazer”, a “Estrutura familiar”, à “Dificuldade ao acesso à alimentação”, “Gênero e maternidade” e “Relacionamento negativo com o parceiro”.

A falta de “Apetite” apareceu de forma intrigante. As próprias participantes expuseram que acreditam que seu ganho de peso não se relacionava com um comer anormal levantando junto com isso a crença comum de que o ganho de peso é associado a um comer exagerado - “*(...) eu tenho, eu tenho falta de apetite, entendeu, devido às consequências da vida né. Os problemas... eu perco o apetite muito rápido. E também tomo remédio pra depressão, então o médico falou que eu não tô gorda eu tô inchada, entendeu?*” (N, Palafitas). A falta ou perda

de apetite surgiu principalmente relacionada ao uso de medicamento, ansiedade e sentimento de tristeza - “*Não, não consigo comer quando eu to ansiosa, eu fico dois, três dias sem colocar nada na boca. Porque eu não consigo. Cria um bolo aqui que não desce nada. Só café*” (I, Morro) e “*(...) E olha eu to tomado remédio controlado agora, então eu tomei nojo da comida*” (G, Centro). O apetite aumentado surgiu em menor quantidade nos relatos e foi associado à gravidez ou questões emocionais (irritação, tristeza), surgindo neste caso de forma seletiva a determinados alimentos como chocolate e doces - “*Que me acalma, quando eu tô muito irritada é chocolate*” (A, Palafitas) e “*Oxi, se eu ficasse triste era na comida que eu descontava. Era na comida mesmo*” (K, Morro).

Em relação ao trabalho, o mesmo aparece como uma necessidade e o fornecedor de possibilidades materiais e sociais (“Tem que trabalhar para ter”) principalmente pensando na realidade social vivida por elas - “*eu trabalhei 3 meses sem uma folga, só pra ganhar mais! Pra poder arrumar minha casa*” (N, Palafitas) e “*eu fiz uma rede de amizade muito grande, muito rápido, dentro do meu serviço*” (N, Palafitas). Foi também percebido que existem similaridades nos “Tipos de trabalhos” já realizados pelas participantes que de maneira geral são todos informais tais como babá, acompanhante de idosos, realizar faxinas, trabalhar no campo, vender latinha/reciclagem, doméstica (com funções na cozinha) e vendas. Sendo que alguns trabalhos foram iniciados ainda na infância/adolescência para ajudar os pais ou para custear os gastos de um filho que estava sendo gestado - “*Ah, eu comecei cedo. Porque eu ia pros prédio com minha mãe. Minha mãe limpava 5 prédio. E quando ela tava cansada quem cuida que era eu, já desde nova*” (A, Morro) e “*Eu num conto que tive infância, porque eu trabalhava na roça, né, desde os 7 anos que eu trabalhava na roça, eu não sabia o que era brincar, que minha mãe era lavadeira, eu tinha que buscar trocha de roupa na cabeça*” (N, Palafitas). Mesmo tendo o trabalho como questão vital, as perdas de empregos (“Trabalhos perdidos”) no decorrer da vida foram inevitáveis em determinadas situações, sendo a maioria delas de saúde - “*Não trabalho mais porque eu não aguento mais. Eu sinto muita falta de ar, fala que eu tenho um problema no coração, meus batimento cardíaco altera muito, eu não consigo nem subir essa escada tem dia. Aí meu marido não deixa eu trabalhar. Aí eu fico em casa, tomando conta do meu neto e com a minha filha trabalhando*” (I, Morro) e “*já tava com depressão pós parto, maior sofrimento, então eu chorava, eu passava mal na loja, desmaiava, ai fui mandada embora*” (V, Morro). Ocorreu também a necessidade de deixar de trabalhar para cuidar dos filhos, de forma que pode ser transitória, ou não, caso alguém pudesse dividir com

elas essa função - “*Não, lá...ai depois que eu ganhei as menina eu não fui trabalhar mais, que ai veio um filho atrás do outro. Tudo mamava, pra lavar roupa, eu não tinha nem condição de comprar fralda descartável. Ai pra lavar fralda, fralda de pano, era um monte, um varal... De fralda, de roupa, sujava muito. E ai não dava tempo pra nada, era só...ficava o dia todo cuidando daquelas menina, não dava tempo de trabalhar. E quando, e pra pagar alguém pra olhar três? Ai era mais do que eu ganhava, né? Ai não dava. Ai fiquei em casa, um bom tempo, fiquei em casa cuidando delas*” (R, Centro).

4. DISCUSSÃO

O presente estudo focou na intersecção entre aspectos de vulnerabilidade de nove mulheres, todas elas mães, residentes de regiões empobrecidas de Santos, com obesidade ou sobrepeso, e que obtiveram o diagnóstico de depressão. De forma geral, questões de gênero e de pobreza sempre estiveram presentes ao longo da vida das participantes, desde a infância à vida adulta. Crescer junto a uma família disfuncional, definida segundo Olson (citado por SZYMANSKI, 2004) como a incapaz de oferecer condições necessárias para o desenvolvimento social e emocional saudável de seus membros, não foi o único evento adverso da vida dessas mulheres que puderam ainda ter vivenciado algum abandono, assédio por familiar, não ter acesso a uma alimentação adequada, tendo ainda em alguns casos morado na rua e engravidado ainda na adolescência (SZYMANSKI, 2004). Além desses eventos, ser iniciada jovem a trabalhos informais, ou ainda na infância para contribuir na renda familiar e por consequência ter o rendimento nos estudos afetado são acontecimentos que demonstram um poder retroalimentador da pobreza (SANTOS e QUEIROZ, 2019). De forma circular, a realidade vivida por elas na infância e adolescência parece repercutir de forma impactante no futuro e presente, em que a constituição de uma família, acesso à educação, empregos de qualidade e possibilidades futuras carregam as consequências de um passado a elas imposto.

Junto a gênero é possível observar também uma forte relação com um acúmulo de responsabilidades. Mulheres que por vezes começaram a trabalhar ainda na infância para auxiliar sua família passam a trabalhar para criação e cuidado de seus próprios filhos, podendo ou não terem se tornado as únicas nessa função, principalmente devido a um abandono parental ou relação conflituosa com o parceiro. Quadro este que agrava a posição vulnerável dessas

mulheres e suas famílias. Além da situação financeira, o abandono do parceiro, gravidez não planejada, luto e o que foi tratado como um acúmulo de tristezas geradas pela vida, apareceram por elas associadas ao início do quadro de depressão. Sendo justamente eventos como esses considerados por Silva e Santana (2012) como de estresse relacionados a pobreza, e usados para explicar maior prevalência de depressão e ansiedade em mulheres (SILVA e SANTANA, 2012).

Ao todo é gerada uma situação profundamente complexa, dado que em sua manifestação mais clara, a depressão também foi associada à sensação de cansaço, mudança de apetite, sono, tristeza, incômodo, desesperança, falta de vitalidade e em ideação suicida, que se enquadram em alguns dos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos contidos no Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais (DSM-5, 2014). Sendo sintomas estes, que reduzem de forma impactante a produtividade humana e energia para atividades de quem é acometido pela depressão, independente das responsabilidades que lhe são atribuídas (VIEIRA, 2018). Gonçalves (citado por PEGORARO e CALDANA, 2008), ressalta ainda que frequentemente mulheres conciliam diversas jornadas e funções, o cuidado de membros da família adoecidos ou dependentes, pertencem às classes desfavorecidas socioeconomicamente e ainda podem sofrer algum tipo de discriminação racial ou de gênero (PEGORARO e CALDANA, 2008). Não obstante, na literatura, estressores crônicos como o cuidado com a família foram associados a principais fatores de risco, concordando assim com os achados neste trabalho (YUASA, 2012).

O diagnóstico de depressão resultou em um tratamento que pareceu ser majoritariamente, se não exclusivamente, medicamentoso, voltado à ingestão de antidepressivos. Os que apareceram vinculados ao retorno de capacidade de atividades dificultadas pela depressão, como o simples conversar. Mas que como tratamento singular desconsidera demais questões, como as psicossociais e ambientais, que podem se relacionar à doença e tornar o remédio um “amortecedor social” ao contribuir para melhora de demandas específicas ao minimizar problemas cotidianos, contudo sustentando a doença no nível individual (KODA, 2011; YUASA, 2012). Além disso, em sua maioria, foram atribuídos aos remédios efeitos colaterais como dependência, mudança de apetite, alteração do sono e ganho de peso, sendo esse último tendo sido associado por elas ao estado de obesidade (SERETTI e MANDELLI, 2010).

Por sua vez, o tratamento indicado para obesidade se bastou em aconselhar a perda de peso, em um discurso biomédico que reforça estigmas e preconceitos envoltos a condição. Desta forma, é possível concordar com o que já vem sendo discutido na literatura. Pessoas com sobrepeso ou obesidade são vulneráveis a diferentes formas de preconceito, inclusive durante atendimento de saúde as quais o comportamento dos profissionais gera de forma sutil, ou mesmo clara, uma percepção que culpabiliza o indivíduo por sua obesidade, reforçando o estigma de que esses indivíduos são preguiçosos, têm pouca disciplina e força de vontade (RODRIGUES e col., 2016; SCHWARTZ e col., 2012).

Ao todo, o julgamento moral sobre a obesidade permitiu aos profissionais de saúde comentários e imposições que não consideraram compreender a realidade apresentada. A comorbidade depressão e obesidade deixou ainda uma marca que pareceu confusa as entrevistadas: a perda de apetite. O que pode ser visto com uma contradição, também não pareceu ser compreendido por elas, que não conseguiam entender como poderiam ser gordas comendo pouco, e como conseguiram emagrecer se já comiam pouco. Essa redução de apetite, assim como outros sintomas, surgiu associados aos fortes medicamentos que elas ingeriam, e o que levava a trocar a palavra “gorda” pela palavra “inchada”, parecendo a segunda ser socialmente mais aceitável (PINTO e BOSI, 2010). Sem a oportunidade de variedade alimentar devido a condições financeiras os alimentos disponíveis, nem sempre desejados, pareciam ser facilmente recusados por elas. O que reforçava mais a incoerência entre consumo e corpo.

Mesmo com novas pesquisas sobre saúde em qualquer forma física ganhando visibilidade (BOMBAK, 2014; ULIAN e col., 2018), o campo da saúde ainda parece reforçar estigmas que levam a responsabilizar a pessoa gorda por seu ganho de peso, e como discutido por Rodrigues e col. (2016) o trabalho destes profissionais fica dificultado. Ao se sentirem excluídos e envergonhados, os pacientes tendem a se afastar dos sistemas de saúde, e por consequência, dedicam a si mesmos um menor cuidado em saúde, sejam essas preventivas ou educativas (RODRIGUES e col., 2016). E ao pensar em comorbidades, o usuário do serviço se torna ainda mais prejudicado e estigmatizado, tendo a atenção em saúde direcionada a sua aparência, sua saúde mental, social e até mesmo física são negligenciadas, mostrando novamente o caráter interseccional dessas vulnerabilidades.

No caso do tratamento nutricional, os profissionais não pareceram considerar a alimentação um fenômeno “psicobiossociocultural”, como citado por Demétrio (2011). Foram indicadas condutas que não pareceram coerentes com as realidades vividas pelas usuárias, e as dietas trazidas, como um meio de perda de peso, acompanhavam relatos que expunham a dificuldade de seguir as restrições alimentares e de impedir o retorno do peso perdido (DEMÉTRIO, 2011). Já as razões que elas apontaram como motivo para perder peso, eram a insatisfação com a forma do corpo, sensação de inadequação e capacidade funcional, no sentido de dificuldades que o corpo possui de mobilidade ou que poderiam ser adquiridas com a idade. Quando elas se referiam ao corpo positivamente, faziam comentários sobre se sentirem bem, não terem problemas de mobilidade e sobre eficiência no trabalho, o que concorda com Ferreira e Magalhães (2005) (FERREIRA e MAGALHÃES, 2005). Mesmo na busca de perder peso, não pareciam seguir algum padrão estético e sim buscavam um padrão de normalidade, para aceitação e ajuste ao em torno não representado por seu tamanho físico, como encontrar roupas com maior facilidade, concordando assim com os resultados de Pinto e Bosi (2010) (PINTO e BOSI, 2010).

A pobreza, depressão, obesidade e gênero são marcantes na questão de trabalho. Iniciadas jovens a empregos de baixa remuneração, para auxílio da família e posteriormente para custear o cuidado dos filhos, puderam viver uma dupla jornada de trabalho, ou caso tivessem como integral a elas o cuidado dos filhos, foram forçadas a sair temporariamente de seus empregos para não os deixar sozinhos. Como agravante, a obesidade surge como um obstáculo à obtenção de emprego, por algumas sendo de fato um fator incapacitante físico e por outras devido ao preconceito prévio de conotação de preguiça, lentidão, incapacidade física. Campos e col. (2015) discutiu a lipofobia na seleção de mercado de trabalho brasileira, sendo esta realizada por avaliações de saúde reducionistas ou nas formas mais naturalizadas, visível principalmente nos comércios (CAMPOS e col., 2015). No caso da depressão, a mesma desencadeia sintomas que levam a um baixo rendimento em atividades de uma maneira geral, e sendo uma doença altamente impactante a produtividade, pode, por sua vez, levar ao desemprego. Tendo o trabalho como gerador de renda e meio de sanar demandas básicas, é criado um ciclo de manutenção de um estado de vulnerabilidade social, fazendo com que careçam de auxílios institucionais ou da comunidade para, por exemplo, ter acesso básico a comida. Em relação aos tipos de empregos, o trabalho pode concordar com os achados de Ferreira e Magalhães (2005), dado que quando empregadas as mulheres se encontravam inseridas em ocupações de trabalho

de menor prestígio, mas discorda no sentido específico de que algumas possuíam como rede de proteção social a participação em algum programa governamental (FERREIRA e MAGALHÃES, 2005).

A complexidade apresentada pela vida das entrevistadas pode levar a uma exclusão ao não ser compreendido o funcionamento da dinâmica que as envolve. A realidade das entrevistadas não conta ainda com uma rede de apoio fortalecida dentro de sua família, e menor ainda, fora dela, tendo sido feita pouca referência ou nenhuma a agentes externos ao núcleo familiar como igreja e vizinhos. A solidão ou o medo da mesma ainda foi trazido como um motivo a procura de parceiros, tendo sido estes apresentados como os provedores de cuidado mesmo que em menor número comparado com a apresentação de situações traumáticas promovidas por outros no mesmo papel. Desta forma, é possível concordar com o que foi apresentado por Yuasa (2012), que discute como a vivência de problemas de relacionamento com parceiros íntimos, e perda ou enfraquecimento de vínculos sociais e familiares, demonstram uma maior dependência afetiva em mulheres afetadas pela repercussão dos seus relacionamentos interpessoais e isolamento social (YUASA, 2012).

De forma emaranhada, as questões familiares, socioeconômicas, emocionais e de saúde física e mental se misturam e fazem parte da vida cotidiana de sobrevivência dessas mulheres, podendo ser também parte da realidade de outras que o estudo não pode abarcar, mas tendo tido por anseio estudar interseccionalidade em saúde, propicia a oportunidade de contemplá-las neste ou em outros estudos que poderão se seguir.

Sirma Bilge (citada por HIRATA, 2014) considera a interseccionalidade uma teoria transdisciplinar que objetiva apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por interposto de um enfoque integrado. Assim, a perspectiva interseccional vai além do simples reconhecimento da pluralidade dos sistemas de opressão que operam a partir dessas categorias e reivindica sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais. Desse modo, a interseccionalidade não é vista unicamente como forma de estudo e observação, e sim, como uma das formas de combater as opressões múltiplas e sobrepostas, e, portanto, como um instrumento de luta política dado que se faz necessário entender a complexidade da situação para assim agir em prol de sua alteração (HIRATA, 2014).

Esse estudo apresenta algumas limitações. A abordagem qualitativa foi focalizada na análise das entrevistas, a qual traz muitas informações relevantes a discussão, mas com uma abordagem voltada à interseccionalidade seria ideal mesclar outras técnicas de produção de dados para entender com maior proximidade a realidade estudada. Com a profundidade das entrevistas e singularidade do tema tratado, a amostra de pessoas se deu em um número pequeno, o que não impediu que os temas de interesse pudessem ser discutidos dentro de sua complexidade. E apesar das limitações quanto a número de participantes e junção de diferentes produções de dados, o estudo forneceu informações relevantes para futuros estudos no campo da nutrição e saúde pública que venham a pensar em como questões de saúde, as quais são estudadas normalmente de forma isolada, podem estar resultando em tratamentos e esforços políticos insuficientes.

5. CONCLUSÃO

O trabalho estudou a interseccionalidade constituída entre aspectos socioeconômicos, de gênero, depressão e obesidade e investigou a relação de tais aspectos com a manutenção de sua condição como um todo. Foi possível discutir como no campo da saúde é necessário que se haja um aprofundamento no sentido de se conhecer a realidade e a quem o tratamento está sendo direcionado, sem sobrepor a importância de questões orgânicas as sociais ou emocionais, e vice e versa. O indivíduo sempre carrega consigo uma dinâmica única de funcionamento, e dessa forma cobra do serviço uma atenção que não lhe é dada de forma devida. É necessário que estudos em saúde busquem mostrar a importância de entender a realidade para depois interferir de maneira coerente, assim aumentando o efeito de intervenções que venham a ser planejadas e realizadas juntamente com os usuários.

A pobreza, gênero, obesidade e depressão surgiram de forma aglutinada afetando amplamente a vida das entrevistadas e agindo de forma a manter ou agravar a realidade apresentada. A pobreza imersa na vida de mulheres com obesidade e depressão, com uma rede de apoio deficiente, estigmatizadas por seu peso inclusive por profissionais de saúde, sofrendo com difícil empregabilidade em trabalhos de baixa remuneração, não tendo garantia de uma alimentação saudável e demais necessidades básicas, com o profundo sofrimento trazido pela depressão e em uma realidade por natureza angustiante, são fatos diários a vida dessas mulheres.

Ademais, algumas associações relevantes surgiram e parecem ainda precisar de maior investigação, como as relações conflituosas entre possíveis efeitos dos antidepressivos, mas que se assemelham com sintomas da própria depressão, ou a questão da falta de apetite, sensação de inchaço e ganho de peso, questões essas que só foi possível acessar o sofrimento gerado, não sendo possível ter clareza quanto a sua origem, podendo estes serem tópicos de outros estudos.

É ainda apropriado ressaltar que o cuidado para com o outro se realiza através de atitudes de respeito, escuta e acolhimento dentro das particularidades dos sofrimentos vivenciados. Uma nova atitude de cuidado para com o usuário se faz necessária na rede pública, com interlocução e junção de outros serviços, como os de justiça social, e demais que dialoguem com a diversidade de realidades presentes no Brasil. É preciso promover um mecanismo de luta contra a manutenção de situações que parecem irremediáveis ao mesmo tanto que invisibilizadas.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO

A área de atuação que o trabalho se enquadra é a de Nutrição em Saúde Coletiva (CFN, 2018), em que a investigação da relação constituída entre pobreza, obesidade, depressão e do ser mulher foi realizada a partir da vivência de mães residentes em Santos e estruturada em uma abordagem qualitativa. Abordagem esta que permitiu um olhar aprofundado ao rico conteúdo das entrevistas e possibilitou resultados que coincidem com diversos estudos, enfatizando a importância dos mesmos e possibilitando perceber conexões entre eles.

O estudo contribui ao campo da Nutrição ao questionar a relação constituída entre propostas de práticas em saúde e as realidades efetivas as quais estas serão direcionadas. Dado que, independente de um diagnóstico, um tratamento protocolado, específico a uma doença ou situação, por melhor que ele seja, pode se tornar inconsistente caso não se conheça a qual grupo a ação será voltada. Assim como, pensado em educação alimentar e nutricional, a coletividades ou indivíduos, é importante entender a realidade a quem se aplica e buscar compreender suas limitações, sem excluir ou culpabilizar aqueles que não se enquadram à uma proposta em saúde padronizada.

A articulação entre políticas e programas de saúde pública também pode ser evidenciada como uma demanda, em que se faz necessário a criação de redes socioassistenciais que

promovam uma escuta humana e atenta às necessidades trazidas pelos usuários, sem impor ou priorizar questões que pareçam ser importantes unicamente ao profissional.

Por fim, o cuidado em nutrição na saúde coletiva é iniciado quando ocorre a vinculação com o grupo, comunidade ou usuário junto a interlocução entre saberes técnicos científicos e políticos. E dessa maneira torna-se possível participar de uma luta política em prol da prática de um cuidado em saúde e nutrição de forma coerente e humana.

7. REFERÊNCIAS

- Aguirre P. Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres, en Estrategias domésticas de consumo en el área metropolitana de Buenos Aires [tese]. Buenos Aires: Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín, 2000.
- Bernard HR, Wutich A, Ryan GW. Analyzing Qualitative Data Systematic Approaches. 2 ed. California: Sage, 2010.
- Bombak A. Obesity, health at every size, and public health policy. *Am J Public Health*. 2014; 104(2):60–67.
- Campos SS, Ferreira FR, Seixas CM, Prado SD, Carvalho MCVS, Kraemer FB. Num relance de olhar... a estigmatização das pessoas gordas: do passado aos dias de hoje. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2015;14(3):90-96.
- Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(4): 679-684.
- Choi B, Schnall P, Dobson M, Yang H, Baker D, Seo Y. A socioecological framework for research on work and obesity in diverse urban transit operators based on gender, race, and ethnicity. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*. 2017; 29(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5436435/>
- Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resolução N°600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. CFN [internet]. 25 fev 2018 [acesso em 19 out 2019]. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm
- Couto MT, Oliveira E, Separovich MAA, Olinda OC. The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: a narrative review of the theoretical-methodological literature. *Salud collect*. 2019; 15: Disponível em:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v15/en_1851-8265-scol-15-e1994.pdf

Crenshaw KW. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chicago Leg Forum*. 1989.

Disponível

em:

<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>

Crespo APA, Gurovitz E. A pobreza como um fenômeno multidimensional. RAE eletrônica, 2002;1(2): 1-12. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482002000200003>

Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, Freitas MCS, Santos LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Rev. Nutr*; 2011. 24(5): 743-763.

Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigato TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2010; 15(1):1423-1432.

Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(6): 1792-1800.

Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(4): 2279-2287.

Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(3): 392-398.

Godoy AS. Pesquisa qualitativa - tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas* São Paulo. 1995, 35(3); 20-29.

Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

Gopaldas A, Deroy G. An intersectional approach to diversity research. *Consumption Markets & Culture*: EUA, 2015.

Hankivsky O, Reid C, Cormier R, et al. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *Int J Equity Health.* 2010; 9(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2830995/>

Hirata, H. Gênero, classe e raça - Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social, revista de sociologia da USP.* 2014, 26(1); p.61-73. p. 63.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas de população, 2017. Consultado em 20 de maio 2018. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_TCU_2017_20180517.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil, 2010a. Consultado em 20 jul. 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama de Santos, Economia, 2010b. Consultado em 20 de maio de 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama de Santos, Território e ambiente, 2016. Consultado em 20 de maio de 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama>

Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev. Psiq. Clín.* 2006; 33(2); 74-79.

Koda MY. Depressão em mulheres: Um estudo a partir dos vínculos familiares e sociais [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP; 2011.

Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - 5^a Edição (DSM-5). Brasil: Artmed; 2014.

Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41(4): 591-597.

Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. New York, NY: SAGE Publications; 1990.

Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saude soc.* 2008; 17(2): 82-94. p. 88.

Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis.* 2010; 20(2): 443-457.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Rankings IDHM municípios 2010, 2013. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>

Rodrigues DC, Guedes GC, Fernandes LM, Oliveira JLC. Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. *HU Revista.* 2016; 42(3): 197-203.

Santos ANA, Queiroz AF. Infância e o paradigma da proteção integral: reflexões sobre direitos e situação de trabalho. *Revista entreideias.* 2019; 8(2): 27-50.

Sato PM, Ulian MD, Unsain RF, Scagliusi FB. Eating practices among low-income overweight/obese Brazilian mothers: a Bourdieusian approach. *Sociology of Health & Illness.* 2018; 40(7): 1172-1185.

Sato PM, Lourenço BH, Silva JGSTD, Scagliusi FB. Food categorizations among low-income women living in three different urban contexts: The pile sorting method. *Appetite.* 2019; 136(1): 173-183.

Sato, PM. Obesity as a heterogeneous phenomenon: Eating practices of mothers living in distinct social vulnerable contexts in the city of Santos. [Tese Doutorado em Ciências Interdisciplinares da Saúde]. Baixada Santista: Universidade Federal de São Paulo, 2016.

Sato PM, Vedovato GM, Perepezzo K, Unsain RF, Ulian MU, Scagliusi FB. Fat- bodies and low-income : Experiences and perceptions of mother from Santos, Brazil. *Alimentação, Nutrição & Saúde.* 2017; 11(1): 1135-1151.

Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res.* 2012; 11(9): 1033-1039.

SEADE. (2004) Fundação. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). http://www.seade.gov.br/analises_estudos/indice-paulista-de-vulnerabilidade-social-ipvs-versao-2010/

Serretti A, Mandelli L. Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1259-72.

Silva DF, Santana PR. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2012; 6(4): 175-185.

Souza JMB, Castro MM, Maia EMC, Ribeiro NA, Almodes KM, Silva NG. Obesidade e tratamento: desafio comportamental. *Rev. bras. ter. cogn.* 2005; 1(1): 59-67.

Stewart AL. The reliability and validity of self-reported weight and height. *J Chronic Dis.* 1982; 35(4): 205-309.

Szymanski H. Práticas Educativas Familiares: A Família Como Foco De Atenção Psicoeducacional. *Rev. Estudos de Psicologia.* 2004; 21(2): 5-16. p. 10.

Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. psiquiatr. clín.* 2005; 32(3): 149-159.

Ulian MD, Pinto AJ, de Moraes Sato P, et al. Effects of a new intervention based on the Health at Every Size approach for the management of obesity: The "Health and Wellness in Obesity" study. *PLoS One.* 2018;13(7): e0198401. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0198401>

Vasques F, Martins FC, Azevedo AP. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev. psiquiatr. clín.* 2004; 31(4): 195-198.

Vieira C. Depressão-doença: O grande mal do século XXI. Rio de Janeiro: Vozes; 2018.

World Health Organization (WHO). News. Obesity and overweight. Fact sheet;18 out. 2017.

Yuasa, CS. A depressão feminina no discurso de mulheres [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa intitulada: “*O comer como fato social total: práticas alimentares de mães com excesso de peso e residentes em regiões empobrecidas da cidade de Santos*”, que tem como objetivo investigar e interpretar as práticas alimentares de mães com sobre peso ou obesidade, que vivem em microrregiões vulneráveis, mas com distintos contextos geográficos e sociais na cidade de Santos. Para o seu desenvolvimento, realizaremos visitas ao seu domicílio, a fim de observar e conhecer suas relações familiares em torno da comida. Serão realizadas de três a oito visitas, que serão previamente marcadas conforme sua disponibilidade.

Durante as visitas, realizaremos duas entrevistas, uma para conhecer sua história de vida e uma investigando suas práticas alimentares e sua visão de mundo. Dentre os procedimentos citados não são previstos quaisquer riscos para os participantes da investigação. Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, da mesma forma que não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Considerando os preceitos éticos em pesquisa, você poderá, em qualquer etapa do estudo, ter acesso aos pesquisadores responsáveis pela investigação para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a doutoranda Priscila de Moraes Sato, discente do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, que desenvolverá a pesquisa orientada pela Professora Doutora Fernanda Baeza Scagliusi, que pode ser encontrada na Universidade Federal de São Paulo/ Campus Baixada Santista (Avenida Ana Costa, 95 – Vila Mathias-Santos/ SP), telefone (13) 3878-3700.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Núcleo de Bioética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – Rua Botucatu, 572 - 1º andar conj 14 - São Paulo/SP - tel 55 (11) 5571-1062 / 55 (11) 5539-7162.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e você pode deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. A pesquisadora

compromete-se a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Como benefício por colaborar com a pesquisa, você poderá receber, caso deseje, orientação nutricional após a sua participação.

Diante das explicações, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “*O comer como fato social total: práticas alimentares de mães com excesso de peso e residentes em regiões empobrecidas da cidade de Santos*”. Eu discuti com Priscila de Moraes Sato sobre a minha decisão em participar deste estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do Sujeito

Data ___/___/___

Assinatura da testemunha

Data ___/___/___

Para casos de sujeitos analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável pelo projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

8.2. ANEXO 2 – *Codebook*

Código	Nome curto	Descrição curta	Descrição detalhada	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Exemplo típico	Exemplo atípico	Close but no
Mudança corporal	Mudança	Fala que transmite uma noção de mudança física do corpo	Fala sobre uma mudança física do corpo, aumento ou perda de peso, emagrecer ou engordar ou comparação temporal sobre ter sido mais magra ou mais gorda	Menção a alguma percepção de mudança de peso (ter ganhado ou perdido peso, emagrecer ou engordar) ou de mudança corporal (ter sido mais magra, com menos barriga). Inclui quando acontece mudança corporal devido a uso de remédio ou gestação.	Fala que comenta sobre o corpo sem mencionar mudança ou transformação física. Não entra se só falar que o corpo já foi diferente.	"(...) que eu fui tendo mais filhos, "Depois que eu depois que eu me fiquei com lembro que eu tinha depressão, eu 24 ano, que eu fui cheguei, mais mudando, fui magra do que aumentando o você!" peso."		
Obesidade						"Me sinto bem. "Se eu começar a fazer dieta agora eu emagreço rapidinho. Mas eu não quero. Eu tô... me sinto bem assim, eu tô bem	Eu não trabalho fichada, mas trabalho. Trabalho pra caramba fio. Te juro, viu? Eu não paro, de jeito "nenhum. Sou feliz, mas..."	
"Tô bem assim"	Se sente bem	Fala sobre aceitação	Fala sobre não ter vontade de provocar mudança física, sobre aceitar o próprio corpo.	Se referir ao próprio corpo ou a si mesma de forma satisfatória, não demonstrando vontade de provocar mudanças físicas (emagrecer), demonstrar aceitação.	Fala que apresenta desejo ou tentativa de mudança física independente da aceitação corporal			

<i>"Queria mudar"</i>	Desejo pela mudança	Fala sobre insatisfação corporal	<p>Fala sobre insatisfação corporal, descontentamento, desejo ou/ e plano de perder de peso (iniciar alguma dieta).</p> <p>Se referir ao próprio corpo ou a si mesma de forma negativa, demonstrando vontade de provocar mudanças de peso como físicas (emagrecer) ou apenas expondo sua insatisfação.</p> <p>Fala que apresenta necessidade de perda de peso como orientação médica</p>	<p>"Eu, eu to triste, não vou dizer pra vocês que eu to feliz, dessa, dessa gordura que eu tô."</p>
Preconceito	Preconceito	Vivências de preconceito, desrespeito ou falta de acessibilidade a pessoas gordas	<p>Fala sobre a existência e/ou como preconceitos e questões de acessibilidade são vivenciados por mulheres gordas.</p> <p>Menção a existência de alguma dificuldade (não encontrar roupa), corporal sem preconceito (para mencionar encontrar emprego) ou constrangimento (receber apelidos, ser motivo de chacota) sofridos devido ao sofrido devido ao seu corpo.</p> <p>Falar da insatisfação corporal sem preconceito (para mencionar dificuldades, preconceitos ou constrangimentos sofridos devido ao sofrido devido ao seu corpo).</p>	<p>"Pra trabalho, é, "Entrevistador: isso que eu ia falar, Mas você acha pra trabalho você que as pessoas "Eu, eu to triste, vai hora e a pessoa tem preconceito não vou dizer te vê gorda, acho com as pessoas pra vocês que que já vai imaginar obesas, com as eu to feliz, que você não vai pessoas gordas? dessa, dessa ser ágil...ou que tá K: Bom, ter tem, gordura que eu feio mesmo. Então tem preconceito faz de conta que com isso."</p>
Corpo e saúde	Corpo e saúde	Profissional de saúde com orientações sobre alimentação, comentários sobre corpo ou necessidade da perda de peso	<p>Fala sobre conduta ou comentário de profissional de saúde referente ao corpo, alimentação ou necessidade de emagrecimento ou perda de peso</p> <p>Menção a comentário ou orientação de profissional de saúde sobre o corpo, alimentação ou necessidade de emagrecimento ou perda de peso.</p> <p>Não mencionar, explicita ou implicitamente, a fala ou pensamento de algum profissional de saúde</p>	<p>"meu médico chegou pra mim e falou "Olha N., você tem que emagrecer". Eu falei 'Doutor, o que que eu vou comer?'"</p>

Depressão	Depressão	<p>Falar sobre a autopercepção de ações causadoras da ou causadas pela depressão</p>	<p>Falar sobre causas e/ou efeitos da depressão, sintomas e sensações gerados por ela</p>	<p>Fala sobre ações, sintomas, sensações que são atribuídas a depressão. Fala com sentido de demonstrar efeito e/ou causa da depressão. Menciona "depressão", "loucura", "tristeza", "doença".</p>	<p>Fala com ações, sintomas e/ou "Semana passada sensações, mas não eu tava ruim, tava fazer atribuições a com depressão, "doença", "depressão", "tristeza" ou "loucura".</p>	<p>"tem vezes que dá uma loucura assim na minha cabeça, da vontade de sumir, (...) e dá a loucura assim na minha cabeça. Da vontade de se matar, de matar pessoa"</p>	<p>"Eu doente, fiquei doente por causa da paixão né? Emagreci demais."</p>	<p>"Entrevistador: E quando que seu corpo começou a mudar? V: Ai começou a mudar na terceira, da L. Ai já vim morar aqui. Ai já tava em depressão, já sabia, descobri que já tinha, (...)"</p>
Depressão	Remédio	<p>Falar sobre remédio/medicamento</p>		<p>Fala com qualquer menção ao uso de qualquer remédio/medicamento, tipo, seu efeito (conseguir conversar, relaxar), relação com o uso (recusar tomar), função (para dormir), consequência do uso (engordar, perda de apetite, inchaço, boca ressecada, falta de ar, insônia) e/ou dependência.</p>		<p>Falar do remédio ou "falou pra ele, que a medicamento sem minha gordura não falar seu gênero, é de comida não, é algum tipo de efeito, dos remédio que eu relação com o uso, tomo, que é consequência do uso (engordar, perda de apetite, inchaço, boca ressecada, falta de ar, insônia) e/ou dependência.</p>	<p>"Mas, eu emagreci muito Contei pra ele, falei assim, "Graças ao remédio eu comecei a conversar com remédios eu me senti já, já, me senti assim porque nós tamo meia...isso tomar!"</p>	<p>"Mas, eu emagreci muito Contei pra ele, falei assim, "Graças ao remédio eu comecei a conversar com remédios eu me senti já, já, me senti assim porque nós tamo meia...isso tomar!"</p>

				forte, mas assim lisinha."
"Ninguém tá Ninguém nem aí"	Fala sobre estar ou se sentir sozinha	Diz que falta atenção Fala sobre a e/ou carinho, aponta sensação e a ausência de amigos, não realidade de se sentir lembrada, não estar sozinha, não existir ninguém para conversar, ajudar ou ninguém conhecido, se sentir sozinha, sentir falta de uma lembrança, abraço ou demonstração de afeto.	Falar de uma situação vivenciada na infância ou da falta de ajuda para tarefas no cuidado da casa e família	"Entrevistador: Aconteceu alguma coisa que te deixou chateada? G: Ah, "Eu passando muitas, é... falta de tudo sozinha. Eu, amor né, de Deus e ela." carinho, de atenção, isso ai influí."
Lazer	Lazer	Fala sobre lazer e vida social	Menção a atividades que fazem por prazer (dançar, assistir televisão, ler) ou por que são consideradas socialização (comer fora com a família, sair com os filhos).	Falar de atividades de ficar no nosso canto. Aí eu gosto de sair, de comer fora, pra gente curtir um pouquinho, né?"

Estrutura familiar	Família ausente	Fala que expõe algum abandono ou descaso parental ou familiar, além de poder ou não citar algum tipo de violência durante a infância	Fala que expõe alguma ausência dos pais ou descaso familiar, maus tratos, violência, Falar da família na abandono, ausência vida adulta parental durante a infância	"Eu parei na sexta série, porque "Ai ele mexia eu...cresci com os pais presentes, mas pra minha mãe, não presentes, não minha mãe não cuidava de mim" acreditava, mina (...) porque era mãe dava cada uma bagunça, a tapa na minha gente criada sem cara, minha filha. mãe né? Que era a Apanhei muito na deus dará. Tinha cara. Ai eu falava madrasta, mas ela pra ela, eu não importava com chorava, tentei o suicídio. (...)"

Pobreza

Ausência de Lar	Sem lar	Dificuldade em ter uma moradia e ter vivência em situação de rua	Fala relacionada a questão de moradia, a Referência a ir "morar" na rua, a ser despejada, a dificuldade de ter dinheiro para aluguel, a sair ou perder a casa para invasão ou outro fator.	Falar sobre a casa na rua, ir embora de casa, sem necessariamente (...) aí depois de 6 meses a dona da casa, invasão, moradia que casa me despejou, ou implique em risco de ficar em situação de (...)"	"Então quando eu vi a favela assim eu me assustei, (...) Aí eu fiquei, falei "Eu não tenho opção pros meus filhos, a gente não tem opção. Nós vai ter que ficar aqui"

Atenção institucional	Instituição	<p>Auxílio ou ação provido de alguma instituição ou representantes de uma</p> <p>Fala com presença de alguma instituição como ajuda, fornecedora de auxílio ou do dinheiro recebido.</p> <p>Fala com presença de alguma instituição ou representantes com alguma ação danosa.</p>	<p>Citar qualquer auxílio recebido ou que pode ser recebido caso demande em alguma instituição (igreja, NAPS, prefeitura, CRAS, igreja, assistência social).</p> <p>Citar violência policial na cadeia ou fora.</p>	<p>Citar nome de possível auxílio e não o receber (ex. bolsa família).</p>	<p>"Descobri onde era o NAPS, descobri o psicólogo, ai conheci o psiquiatra, aí todo mês...hoje a noite mesmo é dia de psiquiatra, pegar remédio."</p>	<p>"Uma pessoa que ganha 160 reais, a compra vai pra 200, 300 reais, como é que eu vou pagar isso? Não tem condições."</p> <p>"Se eu recebesse a Bolsa Família eu pagava até um quartinho melhor pra gente morar. " "Então no NAPS(?) eu não tinha tempo de ir"</p>
Dificuldade ao acesso a alimentação	Delimitantes de acesso a comida	<p>Alimentação relacionada a questão financeira ou de acesso dificultoso</p>	<p>Fala sobre ausência de comida ou de dinheiro para compra de comida específica ou não.</p>	<p>Aponta dinheiro como delimitante das escolhas alimentares ou menciona ausência e/ou recebimento de dificuldade ao acesso à comida uma alimentação.</p> <p>Coletar comida do lixo.</p>	<p>Falar de doação ou e/ou recebimento de dificuldade ao acesso à comida uma alimentação.</p> <p>Coletar comida do lixo.</p>	<p>"(...) tomara que eu ganhe pelo menos uma cesta básica, nesse natal, senão tamo na roça compro litro de óleo, as vezes cigarro. Cinco reais já é uma emprestado, salsicha, já é um óleo aqui, duas canecas de arroz, parei, num posso manter esse vício. Isso é uma coisa supérflua, que não dá pra..."</p> <p>"E: Faço. Faço quando posso. Compro feijão, "N: Cinco reais o óleo, as vezes cinco reais já é uma emprestado, salsicha, já é um óleo aqui, duas canecas de arroz, parei, num posso manter esse vício. Isso é uma coisa supérflua, que não dá pra..."</p> <p>"Entrevistador: É, você deve ter comida bastante, né? Enquanto era criança. A: Não, mais ou menos, a gente pela situação difícil a gente comia o que tinha."</p>

Doação	Doação	Falar de doações recebidas	<p>Fala que aponta alguma doação, empréstimo, fornecimento de item alimentício ou da casa provindo de família ou próximo (vizinho)</p> <p>Recebimento de doação de alimentos, comida, cesta básica, itens da casa ou ditos necessários. Geralmente de vizinhos, familiares.</p>	<p>Falar de instituição ou citar doação, mas não a receber de fato.</p>	<p>"Tem umas pessoas aqui que são muito boa que conhece eu a anos, aí natal eles traz cesta básica, traz frango, traz presente pras crianças. Eu fico muito feliz com isso, mais é pra eles. Eu ganho cesta básica, ganhou uma pá de coisa de natal deles. Natal deles pelo menos é garantido."</p>	<p>"Então, porque minha mãe tinha que trabalhar, falava que era mãe solteira, não tinha condições, aí deixou com ela. Mas eu tinha contato, assim, ela me dava o que eu precisava, assim...de alimento, de tudo ela me dava."</p>	<p>"Aí eu falava pras meninas, tomara que eu ganhe pelo menos uma cesta básica, nesse natal, senão tamo na roça."</p>
Gênero	Maternidade e Gênero	gênero	<p>Fala sobre a maternidade, da necessidade de priorizar gravidez, cuidados filhos e trabalhar ou da família e casa deixar de trabalhar para que soam cuidado deles, suporte na criação dos netos, receber ajuda.</p>	<p>Menção a mudança de vida depois da maternidade, da necessidade de priorizar gravidez, cuidados filhos e trabalhar ou da família e casa deixar de trabalhar para que soam cuidado deles, suporte na criação dos netos, receber ajuda.</p>	<p>"Entrevistador: Você gosta de cozinhar?"</p>	<p>Fazer menção a A: Ah, gostar, gostar eu não gosto, né? Mas tem que fazer, né? Não gosto muito não.</p>	<p>"Vagabunda não, eu não admito que você fale vagabunda, eu quero a minhas contas agora"</p>
			<p>Tarefas realizadas para o cuidado dos únicos da entrevistada (mulher/mãe). Ainda podem aparecer relatos mencionando sempre que ficar assédios ou entendido que é uma violências físicas ou não.</p>	<p>Fazer menção a Mencionar atividades domésticas tidas como obrigatórias relacionada a mudanças corporais da gravidez.</p>	<p>A: Ah, gostar, gostar eu não gosto, né? Mas tem que fazer, né? Não gosto muito não. Mas quando eu faço, tem que fazer bem feito, né? Porque o homem reclama. (Risos)."</p>		
							<p>A: Você come mais, comia bastante."</p>

Relacionamento ruim com marido	Relacionamento negativo	Parceiro ou pai dos filhos promotor de ações danosas ou dificultosas.	<p>Fala sobre dificuldade vivenciada pelo convívio, ausência ou ação do parceiro/pai dos filhos/marido.</p> <p>Mencionar situações em que houve, por parte do parceiro, ação de violência, traição, furto, impossibilidade de confiança (usuário de drogas, traição) e/ou abandono.</p>	<p>Falar do parceiro de forma positiva</p> <p>"(...) aí descobri que era usuário de crack. (...) Me separei dele, era muitas briga, apanhei muito, muito que ele não queria separação de jeito nenhum. (...)"</p>
"Cuida de mim" Cuidado		Receber cuidado em relação a sua saúde e bem-estar	<p>Fala que apresenta pessoa como fornecedor de ajuda no cuidado da saúde e/ou bem-estar da entrevistada.</p> <p>Fala com referência a cuidado ou ajuda provinda de outra pessoa em relação ao cuidado em saúde e bem-estar, fornecido por profissional de saúde.</p>	<p>Preocupação com mesmo que básico de perda ou ganho de alimentação e higiene peso ou fala sobre (dividir comida, oferecer lugar para banho, lembrar dos remédios, idas ao médico ou hospital)</p> <p>"Meu marido que me leva no médico...né? Me leva, né, e...cuida de mim, quando eu to doente ele que me leva. Quando eu tava indo pra universal..."</p>

<p>Ajuda no trabalho doméstico</p>	<p>Trabalho doméstico</p>	<p>Ajuda no cuidado da família e/ou casa</p>	<p>Fala com algum tipo de ajuda provinda de membro da família no cuidado da casa e/ou filhos</p>	<p>Fala com tarefa de cuidado da família, casa, preparo das refeições, limpeza e compra sendo dividida com algum familiar (avô, avó, filhos, pai, marido, neta).</p> <p>Falar da infância, não deixar claro se recebe ajuda/divide tarefa.</p>	<p>"É igual minhas filha. Minhas filha desde pequena já também, tão com 11, 12 anos, já tão ciente, né? Tem que saber ajudar."</p>
<p>Apetite</p>	<p>Apetite</p>	<p>Fala que relata perda ou aumento de apetite</p>	<p>Fala sobre apetite e fome, influenciados ou não por sentimentos e sensações</p>	<p>Menção a sensação (irritação, nervoso, ansiedade, aborrecimento) relacionada ao aumento ou perda de fome/apetite a gênero específico (doce) ou não (comida). Pode ser ainda uma fala sobre simplesmente não comer, não querer ou não ter vontade de comer (não sentir fome, pular ou substituir refeições). Pode ainda citar como a mudança provocada por medicamento.</p> <p>Fala sobre não comer, mas por falta de comida ou por restrição alimentar com objetivo de perder de peso.</p>	<p>"De vez em quando, quando ta todo mundo junto, aí eu como, mas é... às vezes elas comem também e eu não como nada. Ai o que vem pela frente, um pão, um danone, o que tiver, aí eu como pra matar a fome."</p>
<p>Códigos de Interação</p>	<p>Tipos trabalho de Trabalhos</p>	<p>Profissões e trabalhos realizados</p>	<p>Fala com algum relato sobre local, tipo ou tarefa realizada no trabalho</p>	<p>Fala com algum tipo de detalhamento sobre o local do trabalho, o tipo de trabalho ou tarefa realizada durante o trabalho (doméstica, cozinhar, reciclagem, padaria, trabalhar na</p> <p>Mencionar trabalho, mas não detalhar local ou tipo.</p>	<p>"Entrevistador: Você trabalhou com o que por e.? G: Doméstica, padaria."</p> <p>"(...) Trabalhei pouco tempo, 3 meses em varejão [PNI]."</p>

"Tem que trabalhar para ter"

Trabalho como necessidade promovedor de conquistas e ganhos

Fala com relação entre trabalho, necessidade e possibilidade material e social

Fala que relaciona o trabalho com o sustento da família e casa, ou aquisição de bens específicos (celular, roupa) e possibilitador de criar relações com pessoas além da família.

roça,
acompanhante/cuidadora
de idosos, babá, varejão,
casa de família)

"Eu trabalhei 3 meses sem...eu mas não mencionar trabalho 3 meses alguma possibilidade sem uma folga, só e ganho provindo pra ganhar mais! Pra poder arrumar dele

"Aqui eu fiz uma rede de amizade muito grande, muito rápido, dentro do meu serviço."

"Eu comprava queijo, comprava uma [PNI], comprava presunto, tudo em peça né, tudo em peça. Então hoje isso, depois que eu fiquei doente no mês de...de julho, agosto, aí acabou tudo. Porque eu sou a mulher, o homem, eu sou o pai, sou a mãe, sou a vó, sou sil(?) e bisavô..."

Trabalho perdido	Não trabalho	<p>Relatar ter perdido trabalhos por problemas de saúde ou impossibilidade de trabalhar</p> <p>Fala sobre questão de saúde que levou a perder o emprego ou a não conseguir mais realizar-lo. Ou alguma situação que a impede e trabalhar.</p>	<p>Fala com perda do emprego ou impossibilidade do trabalho por adoecimento ou questão de saúde qualquer (problema nas pernas, depressão, falta de ar, passar mal, pneumonia). Ainda pode aparecer como falta de disposição, não conseguir mais realizar a tarefa exigida pelo trabalho. Pode ainda surgir outro motivo de necessidade para a saída do emprego. Sendo uma demissão no passado ou presente, com recuperação ou não de outro emprego.</p> <p>Falar do trabalho não mencionando questão de saúde/doença ou por causa da... I: Por causa desse problema da perna, ai tá muito incerto(?), quando eu parei tava com uns quatro a cinco anos. Que eu parei."</p>	<p>"Entrevistador: E ai... quando que a Senhora teve que parar de trabalhar por causa da... I: Por causa desse problema da perna, ai tá muito incerto(?), quando eu parei tava com uns quatro a cinco anos. Que eu parei."</p> <p>"Fazia 3 meses que eu tava curando da pneumonia, aí quando eu fiquei boa da coisa, lá veio a coluna. Disco de hérnia tá desgastado. (...) Não posso nada (...)ai perdi meu emprego"</p>	<p>"Ia trabalhar assim mesmo, quase cega "</p>
------------------	--------------	---	--	---	--

BIBLIOTECA DIGITAL DE TRABALHOS ACADÊMICOS – BTDA

Título do TCC:

Obesidade, depuração e potência entre mulheres: Um olhar institucional

Autor(es): Thainara Ap. Santor

Nome: Thainara Ap. Santor

Nome:

NUSP: 8533600

NUSP:

Email: thainara.santor@usp.br

Email:

Telefone: 11 96399 1006

Telefone:

De acordo com a Resolução CoCEx-CoG nº 7497, de 09 de abril de 2018, este trabalho foi recomendado pela banca para publicação na BDTA.

A Comissão de Graduação homologa a decisão da banca examinadora, com a ciência dos autores, autorizando a Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP a inserir, em ambiente digital institucional, sem resarcimento dos direitos autorais, o texto integral da obra acima citada, em formato PDF, a título de divulgação da produção acadêmica de graduação, gerada por esta Faculdade.

São Paulo, 05 / 12 / 2019



Prof. Dr. Ivan França Junior

Presidente da Comissão de Graduação

Recebido pela CG em: ___ / ___ / ___	por: _____
Liberado para submissão em: ___ / ___ / ___	por: _____
Recebido pela Biblioteca em: ___ / ___ / ___	por: _____
Disponível na BDTA em: ___ / ___ / ___	por: _____