



**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA**  
**MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**Entre a espada e a parede:**

**Narrativas de mulheres acima do peso sobre a violência e trauma antes e durante os cuidados do corpo**

**DEBORAH DOULINE DE BARROS ESTRELA BRITO DE OLIVEIRA**

**Maputo**

**2022**

***Entre a espada e a parede: Narrativas de mulheres acima do peso sobre a  
violência e trauma antes e durante os cuidados do corpo***

Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do grau de Mestre  
em Antropologia Social pela  
Universidade Eduardo Mondlane.

**BANCA EXAMINADORA:**

**Orientadora**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra Manuel**

**O(A) Presidente**

---

**O(A) Oponente**

---

## **Declaração**

Declaro que este trabalho nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau, e que ele constitui o resultado da minha investigação, estando indicadas, no texto e na lista de referências bibliográficas, as fontes utilizadas para a produção do mesmo.

A autora

.....

Deborah Douline de Barros Estrela Brito de Oliveira

Maputo

2022

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha filha Giovana de Oliveira, que veio neste percurso da minha vida dar um sentido especial à minha existência e que me tem proporcionado grandes momentos de alegria. Ela é minha incentivadora na busca pelo melhor, minha luz, meu amor.

## **Agradecimentos**

Agradeço, primeiro, ao Ser Supremo pela vida e por me ter dado saúde para que pudesse trilhar por caminhos desconhecidos com fé e esperança. Em segundo lugar, o meu agradecimento vai à minha família, especialmente ao meu esposo e incondicional companheiro de todos os momentos e à minha filha Giovana, que veio agregar sentido a minha vida. Em terceiro, agradeço aos meus pais que sempre me incentivaram e me apoiaram em todos os momentos desta trajetória, em especial à minha mãe, Rosa de Barros, que não mediu esforços abdicando, em muitos momentos, dos seus afazeres para cuidar da neta enquanto eu virava noites a estudar.

De uma forma especial, gostaria de agradecer a Orientadora Dra. Sandra Manuel, que abraçou de imediato a ideia desta dissertação. Um agradecimento carinhoso por todos momentos de atenção e competência. Aos Docentes do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Arqueologia e Antropologia, representado pelo Dr. Elísio Jossias, que nesse percurso puderam não só ensinar, mas também partilhar experiências e ensinamentos. A todos os professores que fizeram parte dessa caminhada: muito obrigada.

Aos colegas do mestrado, que partilharam momentos de ensino e aprendizagem, o meu muito obrigada. Em especial, ao Dilman Mutisse, Khelvon de Araújo e João Chambisso com os quem sempre trabalhei formando uma verdadeira equipe multidisciplinar.

Aos meus colegas do trabalho que sempre me incentivaram a continuar, obrigada pelos conselhos, especificamente os professores Emídio Brito e Carlos Colaço. Em especial dedico o meu muito obrigada ao professor Baltazar Muianga, que Deus lhe ilumine sempre.

Os meus agradecimentos se estendem as mulheres participantes da pesquisa, que se prontificaram disponibilizando um tempo do seu dia-a-dia para contribuir para a realização desta dissertação. Por fim, a todos que puderam contribuir para que esta etapa pudesse ser concluída.

Meu muito obrigada.

## **Resumo**

Desde o saber biológico, o médico até o antropológico, o corpo feminino foi sendo objecto naturalizado, medicalizado e aculturalizado, respectivamente. É na antropologia contemporânea que o corpo feminino é concebido como produto (objecto) e produtor (sujeito) da cultura. Alicerçado na antropologia da percepção de Csoardas (1990) e Jackson (1986), esta dissertação tem o objectivo de compreender a violência e as traumas experimentadas por mulheres com o corpo considerado acima do peso. Para este empreendimento, realizou-se uma etnografia multisituada por meio da observação directa participante, de entrevistas semiestruturadas e conversas informais para captar os vários contextos temporais e espaciais de interacção social nos quais as mulheres vivenciam as suas experiências corporais. Com base nos resultados, entende-se que a sociedade produz e reproduz percepções que consideram o corpo feminino acima do peso socialmente inapropriado por se desviar dos padrões estéticos, físicos e médicos corporais interpretados como normais. As mulheres enfrentam as violências simbólica e psicológica, bem como traumas emocionais e físicos resultantes da reprovação e imposição de normas reproduzidas pelos discursos de parceiros afectivos e de amizade nos grupos de pares, especialistas de ginástica no ginásio, especialistas de saúde nas consultas médicas, actores cibernéticos na internet. Esses discursos contribuem para que essas mulheres busquem cuidados do seu corpo com recurso à uma combinação de métodos tais como ingerência de chás, dietas milagrosas, exercícios físicos, entre outros que implicam sacrifícios alimentares e físicos, mesmo que não partilhem todos as percepções que reprovam o corpo acima do peso. Conclui-se que as violência e trauma enfrentadas pelas mulheres reflectem tanto a oposição quanto a correspondência entre, de um lado, as suas interpretações e expressões do seu corpo e, do outro lado, as percepções do corpo impostas pela sociedade vivencidas no quotidiano dos cuidados que realizam sobre o seu corpo.

**Palavras-chave:** *Percepção; violência; trauma; acima do peso; corpo acima do peso.*

## **Abstract**

From biological knowledge, the medical to the anthropological, the female body was being a naturalized, medicalized and aculturalized object, respectively. And in contemporary anthropology that the female body is conceived as product (object) and producer (subject) of the culture. Grounded in the anthropology of perception of Csordas (1990) and Jackson (1986), this dissertation aims to understand the violence and abuses experienced by women with body considered overweight. For this project, a multisited ethnography through direct participant observation, of semi-structured interviews and informal conversations to capture the various temporal and spatial contexts of social interaction in which women they experience their bodily experiences. Based on the results, you understand if society produces and reproduces perceptions that consider the body female overweight socially inappropriate for deviating from standards aesthetic, physical and physical medical interpreted as normal. The women face symbolic and psychological violence, as well as traumas emotional and physical resulting from disapproval and imposition of norms reproduced by the discourses of affective and friendship partners in the groups of peers, gymnastics specialists in the gym, health specialists in the medical consultations, cyber actors on the internet. These speeches they contribute for these women to seek care of their bodies with use a combination of methods such as tea intake, diet miracles, physical exercises, among others that involve food sacrifices and physical, even if they do not share all the perceptions that disapprove the body overweight. It is concluded that violence and trauma faced by women reflect both the opposition and the correspondence between, from a side, their interpretations and expressions of body and, on the other side, the perceptions of the body imposed by society experienced in the daily lives if care that you carry out on your body.

**Key-Words:** *Perceptions, Violence, Trauma, Overweight, Body above the weight.*

## **Acrónimos e Siglas**

**ALP** – Acima da Linha do Peso

**AP** – Acima do Peso

**BMI** – *Body Mass Index*

**CAP** – Corpo Acima do Peso

**CPN** – Corpo com Peso Normal

**GBD** – *Global Burden of Disease*

**LP** – Linha de Peso

**BIM** – Índice de Massa Corporal

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

<b>Declaração.....</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatória.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>iii</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>v</b>
<b>Acrónimos e Siglas.....</b>	<b>vi</b>
<b>Epígrafe.....</b>	<b>ix</b>
<b>Capítulo I. Introdução.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problematização e objecto de pesquisa.....	3
1.1.1. Naturalização, mediatização e tecnologização do corpo feminino.....	3
1.1.2. Da (des)naturalização da obesidade ao corpo acima de peso.....	5
1.1.3. Atenção antropológica ao corpo obeso.....	6
1.2. Relevância e objectivos da pesquisa.....	8
<b>Capítulo II. Conceptualização e reflexão teórica.....</b>	<b>10</b>
2.1. Fenomenologia da existência/percepção.....	10
<b>Capítulo III. Metodologia.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1. Fundamentação etnográfica.....</b>	<b>14</b>
3.2. Impregnação: um primeiro ponto de partida válido.....	15
3.3. Desenho e aprovação do <i>corpus</i> de pesquisa.....	16
3.4. Entrada no campo de pesquisa e primeiras questões éticas.....	16
3.5. <i>Continuum</i> no campo de pesquisa e outras questões éticas.....	18
3.6. Trabalho de campo.....	20
3.7. Selecção, identificação e perfil das participantes.....	22
3.8. Níveis de interpretação dos dados.....	25
<b>Capítulo IV. Corpo construído e vivido como AP.....</b>	<b>27</b>
4.1. Corpo percebido como acima do peso.....	28
4.2. Percepção do corpo como desviado dos padrões estéticos e de saúde.....	33
<b>Capítulo V. Violência e trauma: experiências iniciais.....</b>	<b>44</b>

<b>Capítulo VI. Violência e trauma: reconhecimento do CAP.....</b>	<b>48</b>
6.1. Do medo da morte ao refúgio religioso.....	48
6.2. Relacionamentos sociais excludentes.....	52
<b>Capítulo VII. Violência e trauma: cuidados com o CAP.....</b>	<b>56</b>
7.1. Tratamento dolorido do corpo.....	56
7.2. Vontade de desistir e dever de continuar.....	67
<b>Capítulo VIII. Conclusões.....</b>	<b>70</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>73</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>81</b>

**Epígrafe**

*Nenhum tema é apenas o que aparece na forma linguística que o expressa. Há sempre algo mais oculto, mais profundo, cuja explicação se faz indispensável à sua compreensão geral. Desta forma, escrever sobre um tema implica em buscar, tanto quanto possível, romper as aparências enganosas que podem conduzir-nos a uma distorcida visão do mesmo. Isto significa que temos de realizar o esforço difícil de desembaraçá-lo destas aparências para apanhá-lo como um fenómeno dando-se numa realidade concreta.*

(Paulo Freire 2011, 113)

## Capítulo I. Introdução

Neste estudo, proponho-me a abordar a questão do corpo associando-o, especificamente, às questões de trauma e violência experimentadas por mulheres que se consideram acima do peso. Este conceito, acima do peso, é construído a partir das percepções das mulheres participantes do estudo e dos traços corporais que elas consideram válidos para assumir que possuem massa corporal acima do que se entende ser o normal. Realizo este processo de construção conceptual de forma progressiva ao longo da exposição a medida que vou agregando novos indicadores. Isto significa que somente numa fase mais avançada do trabalho é que apresento uma definição mais ou menos cabal do conceito.

Busquei compreender a violência e trauma vividos por mulheres que se consideram acima do peso dentro dos multiespaços nos quais elas percorrem e vivenciam suas experiências quotidianamente. Para finalidades introdutórias, entendo violência como acções ou formas de coersão com potencial para causar danos físicos e psicológicos em quem a sofre e, por sua vez, com trauma refiro-me a lesões cuja gravidade e intensidade criam perturbações locais corporais - no capítulo da conceptualização retorno a estes conceitos com mais detalhes.

Ao iniciar com a minha pesquisa, deparei-me com a perspectiva biomédica como a fonte dos discursos a partir e dentro dos quais o corpo feminino emerge caracterizado pelos seus atributos naturais e biológicos. Foi inevitável referir-me à essa perspectiva como ponto de partida para fazer surgir uma abordagem antropológica do corpo. Num momento inicial, as contribuições de autores como Csoardas (1990), Almeida (2004), Comparin e Schneider (2004), Morin (2008), foram indispensáveis para que pudesse construir uma concepção antropológica do corpo. E, mais adiante, as narrativas das mulheres participantes vieram fundamentar essa concepção.

Defini a violência e trauma como temas centrais da pesquisa, no entanto, as falas das mulheres fizeram emergir outros temas relacionados como belo, saúde, morte, medo. Exploro estes e outros temas na análise e interpretação dos resultados compreendendo o corpo como produto e produtor da cultura. Ao considerar o corpo como produto e produtor da cultura, o seu estudo a partir das experiências de violência e trauma das mulheres que se consideram acima do peso exigiu que o concebesse, de um lado, como um espaço de convergência de diferentes e

contraditórios quadros de referência como da família, dos grupos de amizade. Do outro lado, exigiu que valorizasse o seu potencial para participar activamente da construção dessas referências a medida que facilita a sua reprodução e extensão para além dos limites que lhes eram originários.

Optei, metodologicamente, por uma etnografia multisituada. Isto é, como afirma Mascus (1995), uma etnografia com incidência sobre vários lugares com vista a captar as várias facetas do fenómeno a partir de diferentes posicionamentos ou perspectivas valorizando e explorando a sua complexidade. Pude fazer, por meio de uma participação directa, o acompanhamento *in loco* do percurso quotidiano das mulheres participantes entre os vários espaços sociais nos quais frequentavam e buscavam recursos materiais e simbólicos para os cuidados<sup>1</sup> com o seu corpo. Consegui demonstrar a continuidade entre os multiespaços, embora algumas vivências violentas e traumáticas sejam peculiares a determinados espaços de interacção. Isto significa que são vivências descontínuas entre um e outro espaço.

A vigilância do corpo da mulher é comum em contextos patriarcais. Neste caso específico, a vigilância do corpo feminino ocorre a partir da definição biomédica e estética concernente à obesidade. Esta tendência exigiu que colocasse o problema da violência e trauma não apenas a partir de uma leitura histórica das experiências das mulheres participantes, mas também da produção do corpo enquanto objecto de atenção científica. Este procedimento permitiu-me fazer o cruzamento entre as perspectivas diacrónica – pelo que histórica – e sincrónica – significando aqui antropológica. Ou por outra, possibilitou-me entender como o corpo foi sendo repartido em dimensões distintas e separadas dando origem ao que Foucault (2008) designa de campos autónomos do saber.

---

<sup>1</sup> Pode-se notar que ao longo de todo o trabalho tenho usado recursivamente o termo “cuidado” no lugar do termo “tratamento”. Optei assim porque este último está associado à doença, isto é, trata-se uma doença, o que me faria, implicitamente, legitimar a construção do corpo das mulheres como obeso, associando-me, inconscientemente, à visão patológica do corpo. O termo “cuidado” me parece antropológicamente mais apropriado para me referir às intervenções que as mulheres fazem no seu corpo para atingir um “ideal”. Até as mulheres que se consideram possuir o “corpo ideal” cuidam do seu corpo.

## **1.1. Problematização e objecto de pesquisa**

O corpo reaparece na contemporaneidade como o principal objecto sobre o qual incidem tanto a autonomia quanto a heteronímia dos indivíduos. Não é por acaso que Foucault (1984) - e tantos outros teóricos das ciências sociais como Bourdieu (1999) - identificaram no corpo o objecto do poder. O problema do corpo, hoje do domínio das ciências sociais, foi, inicialmente, construído e circunscrito às ciências médicas e biológicas. É por meio do exercício de transcender esses dois últimos ramos de saber que coloco o problema da violência e trauma como realidades cuja compreensão efectiva torna-se difícil sob um enfoque biomédico.

Para realizar o empreendimento acima, apresento diacronicamente três momentos: naturalização, medicalização e tecnologização do corpo feminino; naturalização e desnaturalização da obesidade e emergência do conceito de corpo acima do peso; e, a apropriação do corpo pela antropologia fenomenológica – neste último detenho-me sincronicamente.

### **1.1.1. Naturalização, mediatização e tecnologização do corpo feminino**

A naturalização do corpo foi o processo primário para a sua medicalização e, posteriormente, a sua submissão a tecnologias de tratamento. A crença na existência de uma natureza feminina fez com que a naturalização do corpo da mulher incidisse sobre a sua biologia, especificando-se na reprodução humana (E. Viera, 2012). A visão organicista, proposta inicialmente por médicos como o sueco Carolus Linnaeus (1707-1778), foi responsável pela visão biológica do corpo, assumida como modelo explicativo dominante para o funcionamento dos seres vivos (Leal, 2009).

A naturalização do corpo feminino, fundamentada na biologia do corpo humano e nas funções corporais particulares da mulher como a gestação, conferiram à visão organicista uma a-historicidade e atemporalidade. E. Viera (1999) afirma que essas características permitiram a reprodução da naturalização da condição da mulher a todos os domínios da sociedade incluindo o médico. Entendeu-se que todos atributos femininos (personalidade, conduta, carácter) estariam biologicamente condicionados. Foi neste contexto, ocorrido a partir do século XVIII,

que surge a medicina moderna alicerçada no saber científico (E. Viera, 1999, 2012; Leal, 2009; Costa, Stotz, Grynszpan, & Souza, 2006).

A medicina moderna marca, então, o início da medicalização do corpo feminino. A medicalização vai compreender assim “De um lado, ampliação de actos, produtos e consumo médico; de outro, interferência da medicina no quotidiano das pessoas, por meio de normas de conduta e padrões que atingem um espectro importante de comportamentos individuais.” (Corrêa, 2001, 25 citado por Costa et al., 2006, 366)

Com efeito, a normalização médica discursiva passa a descrever eventos fisiológicos considerados naturais e comportamentos sociais desviantes (Costa et al., 2006). Esta expansão da medicina ao meio social vai transformar e ampliar o papel social do médico, que passa a integrar as funções de educador e guardião da moral e dos costumes (Vieira, 1999). Em simultâneo, ocorre também a mudança do foco da doença para a saúde, dando início ao controle da virtualidade, periculosidade e prevenção (ibidem).

O monopólio do corpo feminino pelo saber médico ocorreu por meio do monopólio da reprodução, o que exigiu, afirmam Baptista e Gama (2016), o desenvolvimento cirúrgico e tecnológico vinculado, inicialmente, ao momento do parto. É neste contexto, da maior especialização da medicalização do corpo feminino, que as tecnologias, entendidas como “conhecimento aplicado que permite a prevenção, o diagnóstico e tratamento das doenças, e a reabilitação de suas consequências (Viana, 2011 citado por Z. Santos, 2016, 12), vêm ganhando terreno a medida que são reconhecidas “por tratar corpos biológicos marcados pela finitude, de seres humanos que se relacionam entre si e com a natureza.” (Lorenzeth, Trindade, Pires, & Ramos, 2012, 434).

As tecnologias de saúde estendem a medicalização do corpo feminino para além da reprodução levando o médico a se interessar pela prevenção, diagnóstico e tratamento de outras doenças a medida que aumentam a capacidade de produzir novos medicamentos e vacinas (Lorenzeth, et al., 2012). No entanto, em contrapartida, arrastam consigo a naturalização de doenças como a obesidade.

### **1.1.2. Da (des)naturalização da obesidade ao corpo acima de peso**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para a obesidade como um problema de saúde que afecta todo o mundo de forma acelerada. O estudo Global Burden of Disease Brasil (GBD) aponta que os casos de obesidade cresceram em todo o mundo para 604 milhões adultos e 112 milhões de crianças, tendo verificada o dobro da prevalência entre 1980 e 2015 em mais de 70 países (Souza, França, & Cavalcante, 2017 citado por Curci, et al., 2017).

Em Moçambique, na Estratégia e plano de acção de segurança alimentar e nutricional 2008-2015 destaca-se a obesidade como um problema de saúde que vai tornando-se preocupação no país, especialmente para as mulheres da região Sul. Os dados deste documento apontam que só nas províncias de Gaza e Maputo existem cerca de 55% e 41%, respectivamente, de todos os casos diagnosticados no país (Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional, 2007).

Os índices de prevalência acima indigitados ocorrem num contexto em que a medicina moderna concebe a obesidade como uma doença que carece de intervenção médica. (Wanderley & Ferreira, 2010). É a partir dessa visão que a OMS estipula o parâmetro que indica a massa corporal limite para a definição da obesidade – o índice de massa corporal (IMC) (Wanderley & Ferreira, 2010; Nonino-Borges, et al., 2006; Padez, 1999-2000). As pessoas com  $IMC \geq 25$  são consideradas com excesso de peso e as que possuem  $IMC \geq 30$  são as obesas. O resultado é obtido pela divisão do peso do indivíduo pela altura ao quadrado. (Curci, et al., 2017).

A definição acima reflecte uma visão biomédica da obesidade, o que resultou na identificação do saber médico como a fonte exclusiva para o seu tratamento. Padez (1999-2000) afirma que as variações temporais e espaciais fizeram com que se tornasse relavante reconhecer a existência de factores não biomédicos relacionados com a obesidade, exigindo novos parâmetros para a sua definição. É neste contexto que autores como Nonino-Borges et al. (2006), Curci et al. (2017), destacam os factores ambientais, económicos e sociais. No mesmo sentido, Mattos (2012) vai mais longe defendendo que a obesidade não deve ser apenas desnaturalizada, desmedicalizada e destecnologizada, mas também despatologizada para fazer emergir um “corpo obeso” socialmente construído.

Houve um avanço significativo na tradução do discurso biomédico para o discurso sociológico sobre a obesidade. Entretanto, é relevante não apenas desconstruir o discurso que faz emergir a

obesidade como doença, mas também o próprio conceito de obesidade. Devemos a Gadamer (2003) o argumento segundo o qual todo o conceito arrasta consigo a história da sua constituição e aplicação, pelo que, sugere a interpretação que se faz da realidade a que se refere ou a Foucault (1996) a ideia de que ninguém pode dizer o que quiser, onde quiser e como quiser, pois está condicionado ao campo de enunciação dentro do qual emergem os sentidos do que se diz. Se quisermos ir para além da biomedicalização do corpo obeso, é imperioso sugerir um conceito diferente do de obesidade para referir-se à situação das mulheres participante deste estudo.

Outras designações foram sugeridas como “estar gordo” ou “estar magro” (Coccaro, 1999 citado por Gonçalves, 2004). Em qualquer nomenclatura - biomédica, sociológica ou outra qualquer - está em causa a linha de peso, que separa um lado (abaixo do peso) do outro (acima do peso). Se o IMC define essa linha de peso nas ciências médicas, nas ciências sociais é a sociedade que a define e na antropologia etnográfica, mais especificamente, são os próprios actores que a definem.

Assumi que as mulheres participantes do estudo estavam acima da linha de peso, o que, em outras palavras, significa que estavam acima do peso. Adopto o conceito de acima do peso no lugar do conceito de obesidade. Desta forma, defino acima do peso como um estado de massa corporal percebido como estando acima da linha de peso e que é vivenciado por meio da convergência de efeitos físicos, médicos, estéticos. Os indicadores e a natureza (positividade/negatividade) desses efeitos são constatações que devem ser feitas a partir do contacto directo com as experiências dos interlocutores que estiverem em observação. Com isto estou a dizer que são o ponto de chegada e não de partida, assumido aprioristicamente.

### **1.1.3. Atenção antropológica ao corpo obeso**

O conceito de acima do peso, que introduzi acima, enuncia um problema inerente à conceptualização biomédica em relação ao corpo, o da obesidade. No entanto, quando falo especificamente do corpo acima do peso, torna-se relevante discorrer sobre a noção antropológica do corpo, enquanto problema de relevância antropológica no geral e do presente estudo no particular.

O argumento de que o corpo é uma construção social (Comparin & Schneider, 2004; Maluf, s.d) serviu de ponte para a sua adopção como objecto de estudo em antropologia. Em “Les techniques du corps”, Mauss (1980) faz emergir o corpo como fenómeno social total, multidimensional decipando dúvidas relativamente ao corpo poder ser estudado pelas ciências sociais. Ainda assim, a introdução do corpo na antropologia não foi pacífica entre os antropólogos, sendo possível separar trincheiras entre duas correntes fenomenológicas dentre as quais uma é a continuidade crítica da outra.

O primeiro movimento fenomenológico, inspirado na semiótica de Geertz (2008), apresenta uma fenomenologia do simbolismo em que se defende o corpo como produto da cultura. Almeida (2004) afirma que a cultura aparece como um arquivo de significados cuja factualidade dá-se no e por intermédio do corpo. Trata-se, como designa Csordas (1990), de um *body object* (corpo objecto), mudo, sem expressão, que apenas se limita a reproduzir uma existência que lhe é exterior. Do outro lado da trincheira, do crítico, a fenomenologia da percepção, inspirada na fenomenologia de Merleau-Ponty (1994) e representada, neste trabalho, por Csordas (1990) e Jackson (1989), defende que o corpo não é apenas objecto da cultura, mas é, também, sujeito da mesma. Trata-se de, no lugar do *body object*, fazer emergir o *body subject* (corpo sujeito).

É sob a égide da problemática da fenomenologia da percepção que introduzi acima que realizei a transição do conceito de obesidade para o conceito de acima do peso. Com efeito, neste trabalho, compreendo o corpo enquanto produtor da cultura e não apenas como produto da mesma. Isto implica a rejeição da supervalorização das imposições socioculturais sobre o corpo (Comparin & Schneider, 2004; Almeida, 2004). Para finalidades introdutórias, basta-me afirmar que para a superação da limitação da fenomenologia simbolista, os conceitos de corpo-percepção, corpo-intencionalidade e corpo-linguagem abrem, na medida em que remetem a considerar o corpo como o local da constituição e materialização da percepção, como produtor de sentido e como detentor de uma linguagem própria, respectivamente.

Desta forma, com base no exposto, o problema do corpo que fiz emergir nesta problematização inicia nas limitações teórico-conceptuais inerentes ao saber biomédico, atravessa os limites interdisciplinares para adentrar no saber antropológico, em que identifiquei as limitações teóricas da fenomenologia simbólica no seio da qual não obstante reconhecerem um corpo para além da

sua constituição natural e biológica, não consegue ultrapassar a ideia do corpo objecto. Em síntese, ou se trata de um corpo objecto da natureza ou de um corpo objecto da cultura. É na fenomenologia da percepção e, mais especificamente, na ideia de corpo objecto onde encontrei o recurso teórico-conceptual para a superação dessas limitações.

## **1.2. Relevância e objetivos da pesquisa**

A problematização que trouxe no tópico anterior oferece as principais bases para a descrição da relevância desta pesquisa, uma vez que, situo-na, especialmente, ao nível do debate teórico-conceptual. Mesmo depois da conquista do corpo como objecto de estudo da antropologia a partir de publicações de autores como Mauss (1980), o corpo continua sendo objecto da intervenção do saber biomédico que, de acordo com Foucault (2004), especializa-se e reproduz-se na sociedade contemporânea como um mecanismo de vigilância do corpo feminino em substituição da imposição, o que vem sendo reforçado pela inovação da tecnologia médica (Baptista & Gama, 2016).

No contexto contemporâneo, a reprodução das explicações biomédicas e das intervenções médicas baseadas nelas tornam relevantes empreendimentos investigativos sócio antropológicos que revelam as dimensões socioculturais do corpo feminino. Isto pode contribuir positivamente para a construção e amadurecimento de perspectivas teóricas e de conceitos na área da antropologia capazes de oferecer compreensões cada vez adequadas às exigências da complexidade característica do corpo feminino. Desta forma, neste trabalho trago resultados que podem ser considerados subsídios para uma revisão teórica-conceptual actualizada, pois arrolo temas relacionados com as experiências corporais de violência e trauma de mulheres como medo da morte, refúgio religioso.

Mais especificamente, no domínio da pesquisa sobre o corpo dentro da antropologia, a oposição entre a fenomenologia simbólica inspirada em Geertz (2008), de um lado, e a fenomenologia da percepção inspirada em Merleau-Ponty (1994), do outro lado, representa um espaço oportuno para que traga mais contribuições com este trabalho, tendendo mais para a valorização desta segunda perspectiva teórica. Com os resultados deste estudo, é-me possível demonstrar o quão o

corpo das mulheres acima do peso podem actuar como sujeitos e indigitar os meios pelos quais essa capacidade corporal de sujeito se manifesta no quotidiano das mulheres.

Para assegurar que a pesquisa cumprisse com a relevância acima descrita, defini como objectivo geral compreender as experiências de violência e trauma no corpo de mulheres acima do peso. Para o alcance deste objectivo, estabeleci os seguintes objectivos específicos (i) apresentar o sentido atribuído ao corpo de mulheres acima do peso; (ii) descrever a forma como as mulheres posicionam-se diante das formas de tratamento impostas pela sociedade; (iii) descrever as experiências de mulheres acima do peso em relação à violência e ao trauma; (iv) e, captar expressões da violência e trauma vividos nas interacções sociais das mulheres acima do peso.

Organizei este trabalho em seis capítulos. Esta introdução é o primeiro capítulo contendo a contextualização do problema de pesquisa, a relevância e os objectivos da pesquisa. O segundo capítulo é a apresentação do referencial teórico-conceptual. O terceiro capítulo é a metodologia que adoptei e os procedimentos da sua implementação. O quarto capítulo é a apresentação da interpretação compreensiva dos resultados da pesquisa. O último capítulo são as conclusões, em que trago as principais ideias com as quais encerro a discussão que trago no presente trabalho.

## Capítulo II. Conceptualização e reflexão teórica

Neste capítulo discuto os posicionamentos teóricos a partir dos quais se tem feito a análise do corpo dentro da antropologia. Partindo da crítica à perspectiva do interaccionismo simbólico, apresento e adopto a fenomenologia da percepção a partir das contribuições de Csoardas (1990) e Jackosn (1989) explicando suas vantagens para este estudo. Os principais conceitos que guiam a minha reflexão são percepção-vivida, corpo-objecto, corpo-sujeito e incorporação.

### 2.1. Fenomenologia da existência/percepção

A análise da experiência do corpo das mulheres acima do peso anunciou a minha opção pela fenomenologia existência (da percepção). A fenomenologia existencial ou, simplesmente, da percepção vai para além das perspectivas teóricas que concebem o corpo como uma construção cultural e teórica. O seu postulado básico e fundamental é: conceber e estudar o corpo em todas as suas dimensões e manifestações, captando, especificamente, aquela na qual é produto e produtor da cultura e da sociedade.

Alguns conceitos são relevantes para compreender esse processo de auto(re)produção e heto(re)produção do corpo, sendo que me foi conveniente, pelas exigências interpretativas, operacionalizar apenas o de incorporação (*embodiment*), corpo-vivido, percepção e objectivação.

O *embodiment* é a base da experiência de ser produzido pelo cultural e pelo social também do ser produtor da cultura e do social. Na proposta de Csoardas (1990), enquanto um corpo sujeito e agente, o indivíduo apresenta-se como realidades objectiva e subjectiva, vinculados pela intersubjectividade, incorporadas, o que os torna capaz de estar e relacionar-se como o mundo ao seu redor de diferentes formas. Exemplificando esse princípio, Almeida (2004) diz, por exemplo, quando se afirma que alguma parte dói, significa que o corpo é o espaço de experiência da dor. Esta experiência ganha sentidos no e a partir do corpo, assim como dinamiza manifestação do corpo, e pode ser expressa de diferentes formas, pelo que, não é exterior ao mesmo.

A incorporação leva, a seguir, ao conceito de corpo-vivido. Este estabelece a ideia segundo a qual não se pode conceber um corpo cultural e socialmente construído que não seja, ao mesmo

tempo, vivido e experimentado pelos indivíduos, pois ele define o estar no mundo e com os outros, o comunicar com o mundo e com os outros, o que significa a confluência e unidade de todos os sentidos (Csoardas 1990; Jackson 1989). Desta forma, para assumir como foco o presente estudo, não se trata de apresentar uma construção mental CAP, mas sim de olhar, sentir e descrever por meio da linguagem corporal a o estar a experimentar o acima do corpo. Daí que a percepção de AP, enquanto uma imagem ou ideia, não suficiente para compreender as experiências das mulheres, é preciso, como defende Merleau-Ponty citado por Comparin e Schneider (2004), vivenciá-lo.

A colocação que fiz no parágrafo anterior introduz e oferece base para operacionalizar o conceito de percepção que assumi para este trabalho. A partir de Merleau-Ponty, Csoardas (1990) concebe a percepção como a ciência do mundo, o fundo sobre o qual todos os actos se destacam e ela é pressuposta por eles. Trata-se assim de uma percepção-sensação (sentidos humanos na sua globalidade). Desta forma, considero a percepção não como uma ideia pré-concebida das mulheres AP, interiorizada na sociedade, mas como descritiva da realidade que a pressupõe, que também a descreve. Por meio deste conceito não capto apenas a interpretação que as mulheres fazem das suas experiências corporais, mas também estas experiências levam a essa percepção, como o olhar, o ouvir, o sentir, próprios e dos outros produzem a percepção, o que releva a etnografia multissituada. Assim, as percepções das interlocutoras variam não porque participam de diferentes espaços, mas porque são pressupostas por experiências multissituadas.

O outro conceito relevante é o de objectivação que me leva a não desvalorizar a dimensão física e biológica do corpo – que seria um radicalismo antropológico. A objectivação é entendida como o processo de se fazer conhecer, apreender e entender, conduzindo a partilha, nem sempre pacífica, de significados em lugares de interacção mútua, no seio dos quais os corpos agem e são também alvos de acção (Csoardas 1990; Jackson 1989). Este princípio leva a entender o corpo como sujeito e alvo de poder, na medida em que nesses multilugares, transmitindo ou emitindo (inconscientemente), intencionalmente, comunica e sugere modos de percebê-los que entram em interacção com outros modos disponíveis na sociedade. Para o caso das mulheres AP, esses outros modos de perceber o corpo são acessíveis a elas por meio de sugestões de métodos de tratamento corpo ensinados pelos auto-entendidos como peritos<sup>2</sup> na questão corporal.

---

<sup>2</sup> Giddens (1991) usou a designação sistemas peritos para descrever a multiplicação de “especialistas” – entre aspas porque alguns, talvez, nem especialistas chegam a ser – preocupados em divulgar receitas sobre uma diversidade de

Chego assim ao conceito de fundo, o de *body subject*. Estando subjacente aos conceitos anteriores e à toda linha de abordagem a qual me associo neste trabalho, cabe-me afirmar que a partir do mesmo capto as experiências de violência e trauma como resultantes não apenas das sugestões – para não dizer imposição – feitas nos multi-espços em que as mulheres AP entram em contacto com os diferentes peritos no tratamento do corpo, mas também da forma como elas vivenciam (percebem e sentem) o uso do métodos sugeridos e seus efeitos. Os conceitos de violência e trauma são também operacionalizados com referência a esta fenomenologia da existência/percepção.

A forma como considerei, inicialmente, que emergisse a violência no quotidiano das mulheres AP fez com que assumisse ser apropriado trabalhar especificamente com a sua dimensão simbólica, uma vez que não se trata do uso do corpo contra outro corpo como sugere Zaluar (1999) na sua definição geral, mas de imposição de métodos, neste caso, normas e valores para a realização de práticas de tratamento do corpo com vista a alcançar o estado corporal desejado.

Sob o enfoque acima, a perspectiva de Bourdieu (2012) é apropriada para este trabalho quando define a violência simbólica como “(...) formas de coerção que se baseiam em acordo não conscientes entre estruturais objectivas e estruturais mentais” (ibidem, 239). No entanto, durante o meu percurso etnográfico foi emergindo uma forma de violência praticada no seio dos grupos de partes e das relações íntimas contras as mulheres AP. Para incorporar esta outra forma de violência no quadro interpretativo que produzi, adoptei também a dimensão psicológica, definida por Brasil (2001) citado por Silva, Coelho e Caponi (2007) como “(...) toda acção ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa [, podendo incluir] humilhações, cobranças de comportamento, discriminação.”

Para o presente estudo, as estruturas mentais seriam, neste caso, a das mulheres AP e as estruturas objectivas seriam os outros, peritos e não peritos da internet, do ginásio, dos manuais de saúde, instituições de saúde, que prescrevem métodos de tratamento do corpo, com os quais elas interagem no seu dia-a-dia. Não preciso de recordar que, orientada sob o prisma da fenomenologia da existência, não reduzo à violência à estrutura mental, estendo às experiências vividas, pelo que, os acordos tácitos ocorrem também com as formas peculiares como as

---

questões para que os indivíduos tomem as suas decisões quotidianas e orientem as suas práticas em face aos desafios que enfrentam na modernidade reflexiva.

mulheres AP vêm percebendo e sentindo o seu CAP. Existe uma distinção relevante que deve ser feita na violência perpetuada pelos não peritos e peritos. Enquanto as mulheres podem ver como ilegítimas as imposições feitas por aqueles, tendem a ver como legítimas as feitas por estes, uma vez que, procuram-nos para tratarem do seu corpo.

Não obstante a violência à qual me referi acima ser produzida ao nível simbólico, no quotidiano das mulheres AP ela ganha objectividade material no e por meio do corpo das interlocutoras. É possível ver a partir de algumas narrativas das mulheres que remetem a sinais físicos dessa violência. Este é um aspecto importante da incrustação do conceito de violência à perspectiva fenomenológica do corpo, enquanto corpo vivido e objectivado neste trabalho, bem como para vincular o conceito de violência ao de trauma também central neste trabalho.

O trauma vivencia-se em forma de “(...) lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, eléctricos), de forma accidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistémicas.” (C. Viera 2011, 11) Acrescenta-se a esses efeitos físicos, os problemas emocionais que revelam sofrimentos enfrentados pelos indivíduos (Pereira 2018). Não pretendi fazer um diagnóstico traumático das mulheres AP, o que caberia a um médico ou psicológico, pelo que, limitei-me a incidir sobre aqueles efeitos que mais se expressavam no quotidiano das interlocutoras, captando-os como indicadores de experiências traumáticas, como é o caso de dores musculares, lesões nas articulações, desgastes emocional, resultantes tanto do seu estado corporal de AP, quanto da violência que sofrem na relação com outros actores (não peritos) e na realização do tratamento do corpo.

### **Capítulo III. Metodologia**

Apresento este capítulo com a finalidade de expor os caminhos seleccionados para a realização da minha pesquisa e as técnicas que adoptei para percorrer esses caminhos, partindo de questões

mais teóricas às mais concretas. Começo por descrever os primeiros contactos que tive com as realidades das mulheres AP, passando pela sua conquista como objecto de estudo, desenho do *corpus* de pesquisa, questões éticas asseguradas, técnicas de produção dos dados, procedimentos para selecção das mulheres, técnicas de interpretação dos dados até a descrição do perfil das mulheres AP com as quais trabalhei. Dedico este capítulo do trabalho à apresentação dos caminhos que selecionei para a realização da minha pesquisa e das técnicas que usei para percorrer esses caminhos, partindo dos contactos informais que tive com a realidade das mulheres AP, passando pela construção do corpus de pesquisa, a selecção das mulheres com as quais trabalhei até a descrição do perfil das mulheres AP.

### **3.1. Fundamentação etnográfica**

A selecção e operacionalização dos procedimentos metódicos e técnicos tiveram como base a etnografia como a minha opção de base. Parti da percepção das mulheres para, de um lado, explorar os sentidos e interpretações produzidos e partilhados sobre o seu corpo e as diferentes formas de cuidado a que sujeitaram-no e, do outro lado, captar o entendimento que elas têm acerca de quadros de referência para intervenções sobre o corpo, consideradas subjectivamente plausíveis e apropriadas para alcançar o ideal corporal desejado.

Sob uma abordagem de pesquisa exclusivamente qualitativa, percorri sequencialmente e reflexivamente em diferentes espaços e tempos, os diferentes momentos etnográficos de produção e interpretação – refiro-me ao primeiro nível da dupla interpretação de Roberto Oliveira (2000)<sup>3</sup> – dos dados, que foram desde o campo familiar, local de trabalho, locais públicos e privados de exercícios físicos. Foram momentos caracterizados por práticas de interacção entre a investigadora (eu) e as mulheres AP com as quais trabalhei.

### **3.2. Impregnação: um primeiro ponto de partida válido<sup>4</sup>**

<sup>3</sup> Mais adiante, no tópico da interpretação dos dados, aprofundo esta dupla interpretação e distingo os seus níveis de ocorrência.

<sup>4</sup> A busca comprometida pela objectividade nos estudos realizados em ciências sociais, com especial enfoque para a antropologia e para a sociologia, fez com que muitos autores dos quais pode-se destacar Durkheim (1949) em “As regras dos métodos sociológicos” sacrificassem as experiências particulares dos investigadores, adjectivando-as de nocivas à produção do conhecimento científico. O conceito de *imprinting* cultural de Morin (2005) representa uma das várias reações críticas a esse posicionamento. E é esta perspectiva crítica a qual me associo. As experiências anteriores do investigador, não só estão presentes em todo o processo de pesquisa, como também são relevantes para

O estudo das percepções das mulheres AP acerca da violência e traumas aos quais estão sujeitas nas suas vivências quotidianas enquanto objecto de atenção e de estudo antropológico teve início, embora na altura inconscientemente, nas interacções quotidianizadas, pelo que naturais, que tive com mulheres AP.

A familiaridade que estabeleci com a realidade das mulheres AP foi uma experiência relevante – não obstante alguns autores considerarem essa familiaridade um calcanhar de Aquiles dos antropólogos – para que, por meio dum acto de *epoké*, motivado pela exigência da produção de um projecto de pesquisa – que deu origem a esta dissertação – presta-se atenção especial às mulheres AP dentre os vários temas que podia ter seleccionado. A apreensão de conceitos antropológicos durante a minha formação académica favoreceu ao interesse que tive particularmente por esse fenómeno.

A minha impregnação no mundo da vida quotidiano, em que ocorrem as experiências de violência e trauma, vinculadas ao tratamento do corpo e motivadas pela busca, até a realização do trabalho de campo deste estudo, insaciável e interminável pelo “corpo perfeito” foi o ponto de partida deste estudo. A partir de conceitos antropológicos (ex: corporeidade), realizei o esforço, como afirma Sardan (2017) em “A política do trabalho de campo”, de transformar em dados as minhas observações espontâneas e interacções que tiveram, e continuam a ter, lugar perante a mim, organizando-as e captando-as como objecto de problematização e interpretação etnográfica.

### **3.3. Desenho e aprovação do *corpus* de pesquisa**

Na etapa seguinte, tive de proceder com o desenho do projecto pesquisa e submetê-lo à aprovação junto dos docentes que orientavam a disciplina de Seminário de pesquisa. Refiro-me a este momento como relevante para o este estudo pelo facto de ter influenciado na definição de sentido no qual conduzi a minha pesquisa.

Inicialmente, sugeri adoptar uma perspectiva interaccionista para observar a violência e trauma vivido pela mulheres AP – a inserção social acima descrita já me tinha permitido constatar a

---

esta.

ocorrência desses fenómenos, pelo que, não se tratou apenas de simples preconceitos e conjecturas subjectivas – sob ponto de vista das trocas simbólicas que ocorriam entre as mulheres e outros actores interessados em intervir simbólica ou fisicamente sobre o seu corpo. No entanto, sob orientação e recomendação dos docentes, visitei mais a literatura fenomenológica, na qual constatei que o debate sobre o corpo já ocupava lugar privilegiado, pelo que, decidi seguir pela perspectiva da fenomenologia de Csordas (1990) e Jackson (1989) em “Embodiment as a Paradigm for Anthropology” e “Paths Toward a Clearing. Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry”, respectivamente.

Ainda no âmbito da modificação e reconstrução do foco do meu estudo, está a decisão de captar as vivências da violência e trauma das mulheres em cima do peso em espaços multissituados de observação. Inicialmente, pretendi focar-me apenas no ginásio, sendo este o espaço institucionalizado para o tratamento do corpo por meio de exercícios físicos. A advertência da minha supervisora, não só permitiu tomar consciência de que alguns preconceitos meus é que me levaram a considerar o ginásio como um espaço privilegiado para o tratamento do corpo – nem todas as mulheres AP fazem tratamentos físicos nos ginásios –, bem como, e principalmente, levou a valorizar o carácter multissituacional da violência e trauma vividos e percebidos pelas mulheres.

### **3.4. Entrada no campo de pesquisa e primeiras questões éticas**

O campo (terreno) está para o antropólogo quanto o laboratório para o químico. Rocha e Eckert (2008) afirmam que a forma como entramos para o campo condiciona, de forma significativa, as experiências a vivenciar nesse nível de pesquisa antropológica. Mesmo que existam prescrições para o contacto com o campo, vale recordar as palavras de Friedman (1999) segundo as quais o trabalho de campo ensina-se até um certo ponto, sendo que em grande parte depende da criatividade do investigador.

O contacto com o meu campo (multissituado) de estudo iniciou antes de assumir este empreendimento investigativo, visto que, já frequentava o ginásio In Motion, onde também me dedicava a exercícios físicos. Estes relacionamentos anteriores com o campo actuaram,

simultaneamente, como factores facilitadores e constrangedores para que eu voltasse ao mesmo espaço, não como cliente, mas como investigadora cuja postura deveria ser conduzida pelas questões éticas e pelos princípios da vigilância metodológica.

Sardan (2007) afirma que quando impregnado, o etnógrafo fala, conversa, olha, ouve, brinca, bate papo, sem nenhuma pretensão de tomar notas, mas quando volta com atenção intencional de investigação, define o seu campo, constrói a sua amostra. Antes, treinava com *personal trainer*, conversava com outros presentes, ouvia fofocas, etc, sem intenção de registar conscientemente. Depois, na entrada no campo tive de olhar para esses aspectos com especial atenção, com uma nova postura. No primeiro dia em que me fiz ao ginásio vestida de forma não habitual – habitualmente ia vestida de roupa fato de treino –, o estranhamento dos presentes foi quase generalizado.

Vestir de forma diferente foi a opção acertada para garantir a observância da primeira questão ética: a participação consciente e informada. De um lado, mudei de aparência para que logo à partida as mulheres estivessem conscientes que eu retornei como investigadora, o que permitiu a participação livre e, do outro lado, informei a todas sobre os objectivos que norteariam a minha presença naquele espaço doravante e os direitos que lhes eram garantidos por participarem do estudo. Sob obrigação da confidencialidade, tive de assegurar que todas as informações a qual tive acesso, voluntária ou involuntariamente, antes do início do estudo não seriam usadas para a finalidade do estudo.

A familiaridade com o campo facilitou para que estabelecesse contacto com algumas mulheres na qualidade de investigadora, mas seguindo a vigilância metodológica, não podia conduzir a minha pesquisa apenas junto de mulheres que me facilitavam a interacção porque eu conhecia, mas daquelas que estavam em melhores condições de oferecer os dados relevantes, que constituíam informantes-chaves e estratégicas. Sardan (2017) afirma que a “clivagem” é um “viés” do trabalho de campo a ser evitado, com risco de trabalhar com informantes que façam parte da rede de relações a qual estamos vinculados.

### 3.5. *Continuum* no campo de pesquisa e outras questões éticas

A etnografia exige uma participação do investigador na sua realidade de estudo, o que consiste na sua progressiva imersão no contexto de observação. Esse evento não ocorre de uma vez por todas. Pelo contrário, é um processo *continuum*, de avanços e recuos, incertezas e contingências (Sardan 2017; Silva, Sacramento e Mendonça 2015), exigindo a adopção de estratégias etnográficas.

Foi preciso permanecer no campo para que conseguisse ter o acesso efectivo ao mesmo como investigadora. Esta permanência contínua permitiu a desconstrução da imagem anterior de 1. *cliente* do ginásio para a construção e reconstrução da imagem de 2. *investigadora* e, por fim, a construção da imagem de 3. *Investigadora-cliente*, que facilitou a reinserção no campo. A primeira atitude foi pedir permissão à proprietária do ginásio In Motion que anuiu a realização do estudo e indicou alguns profissionais para que facilitassem a identificação das mulheres que se enquadravam que frequentavam o ginásio.

Negocieei com os profissionais indicados para que me apresentassem a todas as mulheres que frequentavam o ginásio e que caberia a mim fazer a selecção das mesmas em função da sua percepção sobre o seu próprio corpo. Realizei a selecção definitiva das mulheres após ficar a saber que elas se consideravam acima do peso, tendo sido esta a razão que as levou a buscar tratamento para o seu corpo. Inicialmente, tive diante de mim um leque de potenciais participantes do estudo. A seguir, por meio de interacções exploratórias, fui, progressivamente, conhecendo, recortando e limitando as mulheres inseridas no meu universo de pesquisa.

Nas primeiras interacções exploratórias, senti-me na necessidade de assegurar a observância de mais uma questão ética, a reciprocidade. A primeira mulher a qual fui apresentada mostrou-se interessada em informar-se mais sobre o estudo que estava a conduzir. Num acto de abertura recíproca, dispus-me a responder todas as questões que me foi colocando e esclareci todas as dúvidas expostas. Não obstante os esforços feitos, não pude trabalhar mais com essa mulher devido a impossibilidade de encontrá-la, visto que, não só boicotava os encontros, como também não frequentava mais o ginásio.

A reciprocidade foi uma questão ética cuja observância foi fundamental para que acesse aos dados. A mulher que me foi indicada de seguida mostrou-se também interessada em saber mais

sobre o estudo, tendo sido a minha abertura factor relevante para que consentisse participar do estudo e começasse, no mesmo dia, a falar abertamente das suas experiências com o seu corpo. Este foi, de facto, um dos momentos interessantes de acesso ao campo em que as conversas informais se revelaram apropriadas para identificar as mulheres AP e levá-las a narrarem suas vivências.

As revelações sobre os traumas da primeira mulher a anuir a sua participação no estudo mostraram que algumas poderiam estar abertas a falar livremente sobre a sua história de vida no que concerne ao tratamento do corpo desde o momento que decidiram comprometer-se com o seu cuidado. Este foi o momento em que tomei a consciência de não colocar de lado a questão ética referente à privacidade, uma vez que no momento da abordagem que fiz à primeira mulher, informei-a que não seria de nenhuma forma obrigada a facultar nenhuma informação que não quisesse ou que entendesse ser privada. Como não tinha ainda nenhum esquema de entrevista, cuidei para que durante a conversa informal que ia tendo com a mulher, não fizesse nenhuma pergunta que faria ela oferecer respostas que não pretendia inconscientemente.

Desde o dia em que entrei para o ginásio vestida de forma não habitual e o dia em que consegui anuência da primeira participante do estudo, a permanência no campo foi fundamental, pois fazia-me sentir que a cada momento aproximava-me, como investigadora-cliente, das mulheres, do seu universo social e familiarizava-me com as suas experiências. Mesmo porque os contactos com as mulheres foram contínuos, tendo interagindo inúmeras vezes com as mesmas mulheres. Desta forma, a presença contínua no ginásio (espaço inicial) foi uma estratégia acertada para facilitar o acesso a outros espaços (subsequentes).

Especificamente, a despeito de assegurar a privacidade das mulheres, a minha imersão no seu mundo social e cultural por meio de um relacionamento baseado numa comunicação aberta e recíproca condicionou para que a minha permanência e convivência contínua com as mulheres que observei cria-se um espaço de abertura em que as próprias interlocutoras sentiam-se à vontade em falar da violência da qual eram vítimas e traumas que sofriam e como essas experiências influenciavam na sua vida. Para dizer com isto que humildemente fui acedendo à informação a qual nunca tinha tido acesso antes de iniciar com a pesquisa.

### 3.6. Trabalho de campo

Em estudos etnográficos a produção dos dados inicia desde o momento que tomamos atenção para uma determinada realidade, conquistando-a como objecto de observação (Sardan 2017). No meu caso não foi diferente. Desde que optei por estudar experiências de violência e trauma de mulher AP, iniciei com a observação meticulosa de aspectos que antes passavam, pelo menos conscientemente, despercebidamente diante de mim.

Informalmente, posso dizer que a recolha dos dados iniciou com a tomada de atenção às mulheres AP que frequentavam, juntamente comigo, o ginásio In Motion no mês de Maio no ano 2019. Formalmente, após a aprovação do meu pedido para a realização do trabalho de terreno por parte da proprietária do ginásio e aceitação da primeira mulher em participar do estudo, a produção dos dados ocorreu em duas etapas. A primeira etapa decorreu nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2019, em que observei apenas o caso de uma única mulher AP, pois pretendia realizar um estudo de caso único.

Por orientação da minha supervisora, tive de alargar mais a minha amostra, procurando observar casos de outras mulheres AP. Esta orientação faz todo sentido em etnografia por duas razões apontadas por Sardan (2017). Primeiro, porque “A pesquisa de terreno procede por iteração, isto é, por idas e voltas, por vai e vem” e, segundo, porque para a riqueza dos dados, é indispensável a observância de múltiplos casos de modo a abranger experiências que escapam à normalidade, pois aí está o diferencial qualitativo. Desta forma, regressei ao campo na segunda etapa nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2020 para observar mais quatro casos.

Nas duas etapas anteriormente indicadas, realizei a produção de dados por meio de entrevistas informais, entrevistas semi-estruturadas baseadas em esquemas de entrevistas e observação directa participante. Não segui um roteiro pré-definido e linear na aplicação dessas técnicas<sup>5</sup> de recolha de dados. Pela recursividade da pesquisa, fui realizando entrevistas informais, fazendo observações e administrando os esquemas entrevista de acordo com exigências interpretativas. O uso dessas técnicas foi fundamental para uma melhor condução da etnografia quanto à necessidade de uma descrição aprofundada e diversificada dos dados.

---

<sup>5</sup> Sardan (2017) é reticente em relação ao uso do termo técnica para designar as entrevistas.

As entrevistas informais permitiram o estabelecimento dos primeiros contactos com as mulheres, servindo de base para a formulação das questões-chave do esquema de entrevistas, para identificar os casos que melhor poderiam oferecer informação relevantes, bem como para estabelecer uma interacção de abertura e confiança com as mulheres. Durante as sessões de observação directa participante, em que recolhia informação referente aos exercícios físicos que as mulheres AP realizavam, o percurso que faziam durante a caminhada de exercícios, as interacções que estabeleciam com os *personal trainers*, por meio das conversas informais, questioneei às mulheres a forma como vivenciavam essas experiências, manifestando sentimento de dor, apreensão, vontade de desistência e, ao mesmo tempo, de continuar em “nome” de atingir o ideal do corpo almejado.

As entrevistas semiestruturadas permitiram que eu construísse a trajetória das mulheres AP, captando os momentos em que tomaram consciência do seu corpo e da necessidade de tratá-lo, os métodos de tratamento inicialmente e subsequencialmente aplicados, as mudanças que foram sofrendo corporalmente nas suas percepções relativamente à violência e ao trama que sofriam, as interacções que tiveram em diferentes espaços dos quais participavam. Nem todas as sessões de entrevistas ocorreram em ambiente natural, em que as interlocutoras realizavam o tratamento do seu corpo. Algumas ocorriam em lugares indicados pelas mulheres que entrevistei, como sua residência, centro social, ou outros. A observação directa participante permitiu recolher informação para suprir a ausência do contexto natural de tratamento do corpo.

Todo o processo de produção de dados foi predominantemente interactivo, dialógico e empático, baseado numa troca de informação em que eu, como investigadora, não só fazia as perguntas, mas também respondia às perguntas que me eram colocadas pelas mulheres, assim como participava de algumas exercícios físicos de que elas participavam. Apenas não comi as refeições que elas confeccionavam para finalidades de dieta porque não tive a oportunidade. Do ginásio ao mercado, do mercado à casa, da casa às ruas, eu acompanhava as mulheres e participava do tratamento que davam ao seu corpo. Mais adiante, na sessão da análise e interpretação dos dados, aprofunda-se esta dupla interpretação e distingue-se os seus níveis de ocorrência.

### **3.7. Selecção, identificação e perfil das participantes**

Pretendi trabalhar apenas com mulheres AP. O ginásio In Motion foi o primeiro critério que adoptei para seleccionar as mulheres com as quais trabalhei, no entanto a necessidade de retornar ao campo – segunda etapa da produção dos dados – e a dificuldade de encontrar todas as mulheres dentro desse ginásio tornou necessário que procurasse algumas mulheres fora do In Motion.

A primeira mulher considerada que identifiquei como AP selecionei no grupo das mulheres que me foram apresentadas pelos profissionais do In Motion, responsabilizado, para essa função, pela proprietária da empresa. Com o auxílio da primeira mulher foi-me possível chegar a outras mulheres, que, por sua vez, facilitaram-me outras participantes que constituíram o grupo de potenciais participantes do estudo. Foi no seio destas que, por meio de um processo de constatação da condição de AP, selecionei as mulheres que vieram a complementar a minha amostra. Tratou-se assim do recurso à técnica de bola-de-neve aplicada a partir da primeira mulher AP para chegar as outras, o que foi possível pelo facto delas interagirem nos multiespaços de tratamento do corpo.

Trabalhei com um total de quatro mulheres. Justifico a limitação a este número de mulheres AP, primeiro, pelo facto de ter pautado pela realização de um estudo de casos múltiplos, o que exige, etnograficamente, a necessidade de fazer uma descrição profunda. Yin (2001) define o estudo de casos múltiplos como aquele no qual o investigador dedica-se à análise de mais de um caso de observação na mesma pesquisa para responder às mesmas questões. Segundo, foi relevante fazer uma monitoria, o mais próximo possível, das experiências das mulheres, o que exigiu que as acompanhasse nos dias em que me fazia ao campo. Pela impossibilidade de uma observação colectiva simultânea, tive de acompanhar cada mulher isoladamente. A efectivação desta exigência tornou difícil alargar a minha amostra e apropriado limitar-me a um número reduzido. A diversidade das experiências quanto às formas de tratamento que as interlocutoras adoptam assegura a riqueza dos dados.

As características sociais e demográficas possibilitam conhecer, a prior, a categoria ou categorias de mulheres com as quais trabalhei no curso desta pesquisa, agregando e combinando elementos identitários que permitem compreender algumas diferenças e semelhanças entre as experiências

que elas tiveram antes e ao longo do trabalho de campo que realizei, embora a primeira leitura dos dados revela mais semelhanças que diferenças de vivências em torno da violência e trauma associados ao CAP. Na tabela seguinte, apresentados os dados sociais e demográficos das interlocutoras.

<b>Variáveis</b>	<b>Entrevistada 1</b>	<b>Entrevistada 2</b>	<b>Entrevistada 3</b>	<b>Entrevistada 4</b>
<b>Nome fictício</b>	Cátia	Ana	Diana	Tinta
<b>Idade</b>	54 anos	28 anos	35 anos	33 anos
<b>Peso anterior</b>	97Kg	82K	85Kg	77Kg
<b>Peso actual</b>	110Kg	95Kg	110Kg	64Kg
<b>Altura</b>	1,72m	1,60m	1,69m	1,55Kg
<b>Nº filhos</b>	2	1	Sem filho	1
<b>Estado civil</b>	casada	Solteira	Solteira	Casada
<b>Tempo de relacionamento</b>	9	9 meses	5 anos	3 anos
<b>Residência</b>	Polana Caniço	Aeroporto	Museu	Coop
<b>Escolaridade</b>	7ª classe	Licenciada	Licenciada	Licenciada
<b>Formação profissional</b>	Nenhuma	Sociologia	Administração pública	Sociologia
<b>Ocupação</b>	Doméstica	Comerciante	Agente penitenciária	Trabalhadora privada
<b>Actividades diárias</b>	Tarefas domésticas	Curso profissional, comércio, igreja e educação do filho	Trabalho e estudo em cuidados do corpo	Cuidar da filha e do corpo
<b>Início com cuidados do corpo</b>	2016	2008 – com 10 anos de interrupção	2002	2010 – interropeu e retomou em 2018

**Tabela:** Dados do perfil das mulheres entrevistadas

De acordo com a tabela acima, Cátia é uma mulher de 54 anos de idade, com um peso actual de 97kg e peso anterior de 110kg, possui 1,72m de altura, 2 filhos e é casada dentro de um relacionamento no qual está envolvida há 9 anos. Actualmente, é residente no bairro Polana Caniço, na cidade de Maputo. Tem a 7ª classe como seu nível de escolaridade completo, sem nenhuma formação profissional, trabalhadora doméstica, pelo que, os afazeres domésticos são as suas principais actividades quotidianas. Iniciou com os cuidados do corpo há 5 cinco anos, especificamente em 2016.

Ana é uma mulher com 28 anos de idade, com um peso actual de 82kg e anterior de 95kg, possui 1,60m de altura, 1 filho e é solteira num relacionamento com 9 meses de duração. Actualmente, está a residir no bairro do Aeroporto, na cidade de Maputo. É licenciada e formada em sociologia. Não possui trabalho fixo e neste momento encontra-se desempregada. No seu quotidiano ocupa-se com um curso profissionalizante, vende bijuterias, participa de grupos juvenis religiosos e cuida da sua filha para além de dedicar-se aos seus afazeres domésticos. Iniciou os cuidados do corpo em 2008, sendo que de lá para cá já os interropeu por cerca de mais de 10 vezes.

Diana tem 35 anos de idade, com 85kg de peso actual e 110kg de peso anterior, tem 1,69m de altura, sem nenhum filho até o momento da realização do presente estudo e é solteira acabando de sair de um relacionamento no qual esteve envolvida por cerca de 5 anos. Actualmente, reside no bairro do Museu, na cidade de Maputo. É licenciada e formada em administração pública, estando a trabalhar na cadeia civil. No seu quotidiano, para além de trabalhar nessa instituição prisional, dedica-se ao estudo de especialização de cuidados com o corpo. Iniciou os cuidados com o seu corpo no ano de 2002.

Por fim, a quarta interlocutora é Tina. Esta tem 33 anos de idade, com 64kg de peso actual e 77kg como peso anterior. A sua altura é de 1,55m, casada num relacionamento há cerca de 3 anos dentro do qual tem um filho. Reside, actualmente, no bairro da Coop, na cidade de Maputo. Quanto ao nível académico, é licenciada e formada em sociologia. Trabalha numa empresa privada, onde passa grande parte do seu dia. Quando não está a trabalhar, está a cuidar da sua filha de 1 ano de idade e do seu corpo cujos primeiros cuidados tiveram lugar em 2010 e, mais tarde, após um longo período de interrupção, retomaram em 2018. Pode-se referir de forma geral aos métodos usados até então para os cuidados do corpo por parte das quatro interlocutoras visto existirem mais similaridades que diferenças. Todas já recorreram, de um modo geral, às dietas milagrosas, caminhadas ao ar livre ao longo das ruas e avenidas da cidade de Maputo, consumo dos chás da Índia. A consulta a profissionais de saúde e a nutricionistas são alguns dos métodos que distanciam e diferenciam as experiências de emagrecimento que analisei neste trabalho.

As semelhanças e diferenças nos métodos de cuidado com o corpo e outras que identifiquei e destaquei neste trabalho são originadas por factores que analiso e interpreto mais adiante à medida que vou adentrando em profundidade em cada caso que estudei neste trabalho. Retomo a

algumas das características sociodemográficas acima, sempre que pertinente e oportuno, para melhor compreender as peculiaridades e proximidades entre as experiências das mulheres.

### **3.8. Níveis de interpretação dos dados**

Realizei a interpretação dos dados nos dois momentos definidos por Oliveira (2000). Para este antropólogo, o primeiro momento de interpretação é aquele no qual o etnógrafo faz a descrição da realidade que observa, visto que, procede de modo selectivo, o que exige, necessariamente a uma interpretação. O segundo momento é aquele no qual, recorrendo ao seu arcabouço conceptual, selecionado, dentre a informação descrita, a relevante para tecer as suas considerações explicativas/compreensivas.

Neste trabalho, procedi da mesma forma. Durante o processo de produção dos dados, em que realizei a descrição das experiências das mulheres acima do peso sobre a violência e trauma que vivenciam, fiz a interpretação do primeiro nível. Neste momento, fui identificando novos temas que antes não tinha previsto, como a ameaça e o medo da morte resultante do estado do corpo, a perplexidade entre cumprir com os imperativos médicos ou estéticos, entre atender aos peritos médicos e nutricionistas – geralmente nacionais – e os peritos médicos e nutricionistas cibernéticos – tendencialmente internacionais.

A interpretação do segundo nível ocorreu no momento do tratamento dos dados. Nesta etapa, a análise de conteúdo temática foi ferramenta fundamental para fazer emergir temas a partir dos dados que tinha recolhido. Como disse antes, para além dos temas que esperava explorar, identifiquei novos temas – mais uma vez a ameaça e o medo da morte servem perfeitamente como exemplos relevantes – que permitiram interpretar a informação de acordo com a nossa perspectiva teórica. Desta forma, a violência e trauma – macrotemas inicialmente definidos – foram dando origem a microtemas, como hetero e autoconstrução, atenção ao corpo, ameaça de morte, refúgio religioso, tratamento do corpo, busca do corpo ideal, entre outros que aprofundei na análise e interpretação dos dados.

#### ***Capítulo IV. Corpo construído e vivido como AP***

A relação da mulher com o próprio corpo não se reduz à auto-imagem corporal. A estrutura social desta relação está na interacção, nas reacções, na representação que um corpo provoca no outro e como essas reacções são percebidas. A mulher é [também] objecto simbólico

das construções dos modos de enunciação de diferentes saberes constituintes (Braga 2005, 2).

Neste capítulo apresento os primeiros resultados da pesquisa que permitem responder ao objectivo específico no qual propus apresentar as percepções sobre o corpo no seio das relações sociais em que as mulheres AP vivenciam as suas interacções. Descrevo um trajecto que vai do conflito e conformidade entre as produções discursivas a partir das quais o corpo é construído como AP, destacando, de um lado, o que as mulheres afirmam que são as percepções dos outros sobre o seu corpo, que lhe são impostas pela sociedade nos diferentes espaços dos quais participam e, do outro lado, as percepções que elas possuem sobre seu próprio corpo, até às vivências corpóreas das mulheres de estar AP e de estar a seguir rumo ao que consideram corpo ideal.

Argumento aqui que tanto as percepções dos outros quanto as percepções das mulheres sobre o corpo ganham existência e relevância enquanto experiências vividas por estas últimas. O considerar o corpo das mulheres como AP e fazer exigências sobre os cuidados necessários interfere no quotidiano das mulheres com as quais trabalhei a medida que elas respondem as mesmas (exigências), reproduzindo-as, reconstruindo-as ou rejeitando-as, pelo que, é a partir dos relatos das mulheres com que se pode captar as percepções sobre o corpo. Trata-se aqui, como afirma Merleau-Ponty citado por Csoardas (1990), de uma percepção-sensação, uma percepção que é relevante para este estudo a medida que os corpos das mulheres as confirmam ou rejeitam em função do que sentem.

É partir deste olhar fenomenológico que, ao longo de toda a exposição abaixo, descrevo e interpreto as vivências das mulheres, concebendo o corpo enquanto corpo-vivido, referindo, primeiro às percepções dos outros e, depois das mulheres. Ao longo desta exposição, refiro-me, de passagem, a alguns eventos de violência e traumas que as mulheres AP vivenciam nesse encontro entre percepções sobre corpo, preparando bases para posterior aprofundamento.

#### **4.1. Corpo percebido como acima do peso**

A presença e influência da sociedade nas experiências corpóreas das mulheres com as quais trabalhei neste estudo dá-se de diversas formas, em vários espaços<sup>6</sup> e em diferentes momentos no

---

<sup>6</sup> Reservo a noção de espaço a uma dimensão simbólica, referindo a aquele momento em que os indivíduos se encontram, interagem e partilham uma determinada realidade. Esta perspectiva me permite falar de espaço virtual.

curso das suas vivências quotidianas, indo dos lugares<sup>7</sup> institucionalizados aos não institucionalizados e vice-versa. As interações face-a-face que ocorrem no mundo da vida quotidiana são o espaço privilegiado para identificar e captar as percepções existentes na sociedade sobre o corpo das mulheres AP. A partir das narrativas das mulheres que entrevistei posso constatar que elas entendem que o seu corpo é o elemento primário com base no qual os outros definem e atribuem o seu *status* dentro da sociedade.

Particpei de caminhas com as participantes e nessa interação não pude deixar de notar que no grupo no qual estávamos inseridas, a entrevistada e outros integrantes da caminhada na mesma condição corporal chamavam mais atenção dos peões com os quais nos íamos cruzando. Essa constatação foi um ponto de partida relevante para que eu começasse a aprofundar as questões referentes às percepções que as mulheres entendem que os outros possuem do seu corpo, como são expressas essas percepções, onde elas encontram essas percepções, como elas as vivenciam e como se posicionam diante da mesmas no seu dia-a-dia.

Interessante que evento similar foi ocorrendo em outros nos casos nos quais também tive a oportunidade de participar de uma caminhada, uma das quais ocorreu ao longa da rua da Marginal, na zona da praia do Costa do Sol, na cidade de Maputo. Para as interlocutoras desde estudo, nas percepções dos outros, elas são representadas negativamente por causa do seu corpo que se entende estar AP, sendo interpretadas como gordas, grandes, obesas, descuidadas. Essas percepções se expressam especificamente por dois meios durante a sua interação cara-a-cara: visualmente e verbalmente.

Visualmente, chega-se a entender que os outros possuem essas percepções reprovativas em função da forma como olham para elas, com um pouco de espanto, incidem para características vinculadas à massa corporal como estrias, gordura, ou outros traços comuns em pessoas com CAP. Durante as conversas, foi com ar de tristeza que as mulheres afirmaram que “...*sobre tudo para as mulheres é o que noto, mais olhar das mulheres me condenando por ter engordado*” ou “...*olham para os meus braços e vê as estrias que acabei adquirindo com tanto engordar*”, ou ainda “...*olham com olhos de quem está fazendo-me um raio x tirando as minhas medidas e vendo que minha barriga é grande do que realmente deveria ser*”. O olhar do outro aparece

---

<sup>7</sup> Aplico a noção de lugar para me referir à dimensão física da realidade, onde os indivíduos se encontram e interagem, podendo ser no interior de um ginásio, uma passadeira na rua.

assim como um meio quotidiano de comunicação entre o CAP e a sociedade, de reprovação daquele por parte desta e, especialmente, pelo qual as mulheres acedem aos atributos impostos.

Chegar a determinados atributos por meio do olhar do outro poderia ser visto como um simples acto de as mulheres objectivarem as interpretações que fazem das expressões visuais alheias se não fosse o facto de a oralidade se o outro meio, que para mim aparece como principal, de manifestação das percepções da sociedade do CAP que as mulheres possuem. A oralidade confirma a visão. É uma experiência quotidiana na vida dessas mulheres serem alvo de atributos como gorda, baleia, obesa, acima do peso, carente de cuidados, não saudável. As narrativas de algumas mulheres não só expressam esses atributos com os quais lidam diariamente, como também possibilitam identificar alguns espaços em quais essas experiências são vivenciadas.

Ana, de 28 anos idade e com 82kg, afirma que: *“Quando estou com minhas amigas todas elas sempre falam disso, que eu sou gorda, que eu sou obesa. Às vezes sinto que é como se fosse um acordo, faz alguma coisa por você. Algumas amigas até dizem que não tenho namorado por causa do meu corpo, e realmente às vezes sinto isso em relação aos namorados que já tive porque, a gente se envolve mas depois parece que eles fogem de mim é como se estivessem comigo só para saber como é uma gordinha na cama. Chamam de gorda, obesa, baleia. Parece que eu devia ser que nem as outras mulheres, menos pesada, menos gorda. Para quem me conhece, muitos vêm mesmo falar comigo me chamando atenção mais até por causa da saúde. Dizem que não é saudável essa gordura.”*

Por sua vez, Dina, de 35 anos de idade e 85kg também asserção que: *“O médico mesmo já disse que estou gorda, acima do peso e preciso me cuidar. Meu corpo deveria acompanhar minha altura. Estabelecer um equilíbrio fisicamente, emagrecendo e me mantendo saudável, com a saúde controlada sem problemas advindos do excesso de peso. Deveria ser um pouco mais magra do que realmente sou. Hoje já emagreci um pouco, mas antes sentia olhares que me faziam sentir mal comigo mesma, tipo olhares de admiração de reprovação por estar acima do peso me fazendo sentir uma mulher diferente das outras. Na minha família sentia e sinto um olhar de preocupação com meu bem-estar porque eles tem acompanhado meus problemas de saúde e doenças. Me sinto sempre agredida, violentada quando me olham mal na rua, nos mercados onde faço compras. Mas os olhares de reprovação, de exclusão mesmo.”*

Realizei uma etnografia multissituada por meio da minha presença física na companhia das mulheres em lugares onde me foi possível me inserir. Alternativamente percorri outros espaços e lugares por meio das narrativas das mulheres sobre as suas experiências. Este empreendimento etnográfico permitiu observar a complexidade das percepções sobre o CAP e a sua continuidade entre diferentes lugares e espaços, na medida em que permanecem reprovadoras, mas assumem diferentes características. Marcus (1995) afirma que é a grande vantagem da etnografia multissituada captar o fenómeno antropológico em todas suas facetas a partir de vários lugares.

As ruas, os mercados, o ginásio, foram lugares onde eu, como investigadora participante, presenciei e atestei as percepções reprovadoras dos outros sobre o CAP das mulheres que entrevistei. Nesses lugares, por meio de olhares atentos e risos dissimulados, os frequentadores dos mesmos tomam o seu posicionamento reprovador em relação às mulheres, confirmando a sua percepção de que as mesmas estão AP. Não foram raros os momentos em que no ginásio In Motino, os outros frequentadores que se faziam presentes no momento em que realizei a observação directa paravam para assistir as mulheres com as quais trabalhei a fazerem exercícios físicos com muita dificuldade devido ao seu corpo. Um aspecto transversal a esses multilugares, que os distancia dos multi-espacos é a não objectiva oral, pelo menos aberta, das percepções sobre o CAP, ou melhor, dos atributos que usaram para classificar o corpo das mulheres.

A objectivação das percepções reprovadoras ocorre de forma relativamente diferente à medida que são oralmente e abertamente expressas. As narrativas das mulheres indicam as linhas de intersecção entre esses espaços, começando nas relações intrafamiliares, passando pelas relações de amizade com as amigas, pelas relações de namoro com os seus parceiros, que acabam por se separar, até as relações que elas estabelecem com o médico que consultam. As percepções sobre o CAP atravessam e interligam os lugares e espaços institucionalizados, ginásios e relação com médico, e lugares e espaços informais, rua e relações com amigas, respectivamente.

Desta forma, as percepções sobre o CAP não são produzidas e fundamentadas em simples significados que os indivíduos atribuem ao corpo nas suas interacções quotidianas (Csordas 1990; Jackson 1989). As mesmas podem ter origem e ser objectivadas nessas interacções que têm lugar no mundo da vida quotidiana mas já passaram por um processo de institucionalização, sendo legitimadas, por exemplo, pelos discursos médicos (E. Viera 1999). É com base neste discurso biomédico que o médico classifica a mulher que entrevistei de gorda e, extensivamente,

a família reprova o seu estado corporal alegando ser o causador dos seus problemas de saúde. Este é um ponto de intersecção entre a percepção médica e familiar. Enquanto aquela remete à medicalização pela sua natureza original (E. Viera 1999; Costa et al. 2006; Wanderley e Ferreira, 2010), esta última em razão de assentar na preocupação com a doença.

O aspecto transversal as percepções sobre o CAP que se reproduzem ao longo dos multilugares e multi-espacos dos quais as mulheres participam é o seu carácter, explícito ou implícito, de exigência. É por meio de um conjunto de atributos (aprovadores ou reprovadores) produzidos social e culturalmente do corpo que a sociedade considera determinadas formas corporais como inadequadas para o que se considera corpo normal, exigindo que as pessoas que sejam consideradas desajustadas busquem ajustamento (Mattos 2012). Exige-se das entrevistadas que atentem para o seu corpo como uma realidade problemática para que, então, procurem cuidados de modo a ajustarem-se ao que essas percepções consideram o Corpo com Peso Normal (CPN).

É preciso, no estudo do corpo sob uma perspectiva da fenomenologia da existência/percepção, mesmo que parta das percepções objectivas e impostas pela sociedade/cultura, ir para além delas de modo a apreender a percepção vivida, isto é, daqueles as possuem e vivenciam enquanto uma experiência corporal (Csordas 1990; Jackson 1989). Para dar seguimento às exigências teóricas da fenomenologia na perspectiva dos autores, estudei a percepção da percepção. Antes, de explorar as percepções das mulheres sobre o no seu corpo, incide sobre as percepções que elas possuem sobre as percepções que outros têm sobre o seu corpo.

A incidência sobre a percepção da percepção mostra como as mulheres interagem com os olhares e dizeres reprovadores dos outros de forma perplexa não conseguindo dizer se concordam ou discordam. Expressões como *“Me sinto mal quanto isso acontece”*, *“Nesses momentos me sinto feia, invadida a minha intimidade porque ninguém sabe o que passo interiormente e o que faço para voltar a ser como antes”* permitem saber apenas que as mulheres se sentem mal em encontros mistos nos quais são alvo de atributos, no entanto não me permitem chegar a um interpretação relevante se partilham ou não das percepções dos outros com as quais lidam quotidianamente. Foi neste momento que, durante a conversa com as mulheres, senti a necessidade de levar mais a fundo as considerações de Csordas (1990) no sentido de não se limitar ao que se pensa sobre mas atingir o que se vive sobre, sendo este o espaço privilegiado da produção e manifestação da percepção.

Desta forma, orientei as questões que fui colocando às mulheres no sentido de saber a forma como elas vivenciavam – e não apenas percebiam – as interações sociais quotidianas nas quais eram alvo das percepções desqualificantes. Ao conduzir o estudo neste sentido, obtive dados mais significativos quanto ao seu valor hermenêutico. Os achados começam a anunciar experiências de violências e traumas vivenciadas pelas mulheres.

Tina, de 33 anos e com 64kg descreve uma experiência de revolta, crise e submissão forçada no trabalho. Essa mulher afirma que quando iniciaram os maus olhares e maldizeres, começou a sentir uma revolta interna que fez com que se isolasse dos outros, chegando, por vezes, a enfrentar uma crise existencial. Esse sentimento fez com que começasse a comer tudo que encontrava pela frente desordenadamente. No momento em que veio o pensamento positivo sobre a sua existência, preocupou-se com a sua alimentação e até retornou ao ginásio, onde se dedicou aos exercícios físicos, tendo sido uma submissão forçada, visto que, os exercícios estavam acima das suas capacidades de suporte.

O sentimento de revolta e a crise existencial aparecem como experiências emocionais que expressam um mal-estar desta mulher em relação à contínua reprovação e rejeição que sofria nos multi-espacos e multilugares dos quais participava. Esse estágio emocional são os primeiros sinais de trauma que as mulheres sofrem, concebendo trauma como problemas emocionais que revelam sofrimentos enfrentados pelos indivíduos (Pereira 2018). A revolta e a crise enquanto problemas emocionais foram exteriorizados de uma forma, inicialmente, bastante particular pela mulher, tendo passado a alimentar-se mais ainda, o que pode ser considerado um efeito contrário ao desejado pela sociedade quando reprova as formas corporais que não se ajustem aos seus padrões.

O *embodiment* permite o melhor entendimento sobre essa reacção inversa da mulher. Se por um lado a sociedade reprova os indivíduos para que os mesmos busquem ajustar-se aos padrões corporais considerados ideais (Mattos 2012), por outro lado, a interiorização dessa reprovação não é automática, passiva e nem linear, podendo o corpo vivido por meio e na percepção dos indivíduos assumir formas próprias, por vezes, contrárias ao que lhe está sendo imposto. Csoardas (1990) *embodiment* significa que o corpo é uma realidade objectiva e subjectiva intermediada pela intersubjectividade, pelo que, podem (essas duas realidades) ser combinadas de diferentes, levando a diferentes formas de lidar com o mundo. Para o caso em referência, ao

corpo objectivado como AP, à mulher adoptou práticas alimentícias contrárias ao que se espera. É como se corpo dissesse: *deixe-me engordar para mostrar-vos o que é ser AP*.

Os traumas são estados emocionais capazes de levar a diferentes comportamentos a serem adoptados pelos indivíduos, podendo, em função do seu estado emocional, agir de formas diversas diante de uma mesma realidade (Pereira 2018). É o que ocorreu com a minha entrevistada que após superar o seu estágio de revolta e crise, deixou de comer desordenadamente para adoptar uma vida mais regrada à luz das prescrições definidas para os cuidados do corpo, submetendo-se, por exemplo, aos métodos de emagrecimento impostos no ginásio, o que seria, na perspectiva de Bourdieu (2012), a submissão à violência simbólica. Essa mudança de postura demonstra a complexidade da relação entre o indivíduo, o corpo e a sociedade, denunciando a simplicidade das interpretações fenomenológicas simbolistas operacionalizadas no estudo do corpo (na lista estão: Castro 2011; Fassheber 2001; Marcuzzo, Pich e Dittrich 2011; Silva e Ferreira 2013; Gonçalves 2004; Rezende 2012), que reduzem aqueles dois (indivíduo e corpo) a esta (sociedade) à reprodução desta.

#### **4.2. Percepção do corpo como desviado dos padrões estéticos e de saúde**

O CAP é, para as mulheres com as quais trabalhei na minha pesquisa, uma percepção-vivida. É uma percepção transversal entre essas mulheres o reconhecimento de que a sua massa corporal – seus sinais e efeitos físicos, médicos, sociais e estéticos – coloca-as AP. Na introdução deste trabalho realizei um esforço de, a partir da desconstrução do conceito de obesidade, iniciar a construção do conceito de AP (acima do peso) de modo a partir da perspectiva das próprias mulheres para definir uma linha de peso normal, acima da qual se pode considerar que uma mulher está AP.

Nas suas experiências corporais, nas formas como o corpo se apresenta, nas suas características físicas, na sua maleabilidade, as mulheres encontram elementos com base nos quais autoconstruem-se como AP e sustentam essa percepção. De facto, a correspondência entre a imagem que elas possuem de si mesmas e as vivências concretas do corpo fazem das percepções

sobre o seu corpo experiências-vividas e não apenas abstrações simbólicas. A descrição que faço a seguir de alguns casos permite constatar esses elementos característicos do CAP.

A primeira mulher é Cátia, de 54 anos de idade e com 97kg, que afirma que se considera AP por conta do cansaço que tem no seu dia-a-dia, pelo seu desconforto com o seu corpo, pela facilidade que tem de se cansar por realizar simples exercícios como subir e descer as escadas, o que lhe cria dores de joelhos. Essas reacções do corpo fazem com que ela se sinta inválida como se não prestasse. Esta mulher é obrigada a comprar roupa nova quando tem uma festa. Para ela, pensar no que vestir é uma tortura psicológica, sente-se angustiada, nervosa, gorda, baleia, quando se apercebe que uma roupa que mal vestiu já não a serve.

Os problemas com as roupas no momento de escolher o que vestir são também relatados por Tina, de 33 anos de idade e com 64kg, que afirma que as suas roupas já não a servem devidamente e que a barriga e os braços, crescendo desproporcionalmente, obrigam-na a usar roupas largas para ocultar essas disparidades, tornando difícil vestir roupa da moda. As pernas com celulite são um impedimento para que vista calções ou roupas curtas.

No mesmo sentido, Dina, de 35 anos de idade e com 85kg, reconhece estar AP e que a barriga tornou-se uma característica corporal que a incomoda e não a permite usar qualquer tipo de roupas. A sua massa corporal tem gerado problemas de saúde. Esta mulher sente o seu corpo pesado, sente-se frequentemente cansada, dores no joelho, does no calcanhar, tendo, uma vez, rompido o tendão. Ela afirma que, sob ponto de vista estético, a barriga e os braços apresentam um aspecto do qual não se orgulha.

As mulheres possuem a percepção de que o seu corpo está AP. Essa percepção não é uma simples reprodução daquelas percepções (descrevi mais acima) que os outros impõem a elas de formas reprovadora e exigente, embora confirmem-nas ao se auto-afirmarem AP. É importante entender que as mulheres encontram no seu próprio corpo vivido e na sua corporeidade elementos com base nos quais produzem, sustentam e reproduzem a sua percepção de estarem AP.

As suas narrativas descrevem sinais que atestam que estão AP como crescimento desproporcional entre os braços e barriga, celulite nas pernas, barriga saliente, o peso. O CAP é também vivenciado por meio das dificuldades da realização de exercícios físicos durante os movimentos do dia-a-dia, dores em diferentes partes do corpo tais como joelho, calcanhar. Os

efeitos da sua condição corporal são outros aspectos que materializam a percepção de estar a AP. Esses efeitos vão desde os físicos como as lesões físicas (ex: rompimento do dedão); passando pelos estéticos, que se reflectem na feiura de certas partes do corpo, nas limitações quanto à possibilidade de uso de determinados feitios de roupas; até os psicológicos, que se manifestam por meio da angústia, incómodo, nervosismo no momento de se vestir. Os efeitos sociais apontei quando me referi às heteroconstruções do CAP no tópico anterior.

Em função das vivências do CAP que descrevi no parágrafo acima, a mulher adoptam, conseqüentemente, uma forma específica de concretizar a sua corporeidade. Gualda et al. (2009) afirmam que a corporeidade, na perspectiva da fenomenologia merleau-pontyana, manifesta-se a partir da maneira como os indivíduos constroem a sua existência na sociedade, isto é, como se apresentam diante dos outros e dos factores quotidianos. Atentando, a título de exemplo, para os efeitos estéticos, especificamente na selecção das roupas que é o aspecto transversal aos casos das mulheres com as quais conversei, a corporeidade vai manifestar-se nas roupas que as mulheres vestem e por meio das quais se apresentam aos outros no espaços onde se encontram.

Na fenomenologia da existência (ou da percepção) a corporeidade está relacionada de forma interdependente com o corpo, de forma que um não existe sem outro (Gualda et al. 2009). Se a corporeidade, manifestada por meio da roupa, é a forma como o corpo ganha existência da sociedade, por sua vez, essa corporeidade é condicionada pelas limitações impostas pelo CAP. A barriga saliente, as estrias, as desproporcionalidades entre as partes do corpo, são algumas das formas de objectivação do CAP que impõem limites nas formas de corporização das mulheres. Elas mesmas reconhecem sofrerem por não poderem vestir como querem o que gostariam de vestir como roupa curta, condicionadas pelo facto de as condições do seu corpo não permitirem.

A corporeidade permite que os corpos das mulheres emirjam não apenas como objecto (*body object*) pelo facto de as suas percepções sobre o seu corpo confirmarem as percepções impostas pela sociedade, mas também como sujeito (*body subject*). Csoardas (1990), à semelhança de Jackson (1989), afirma que o corpo vivido está doptado de sua própria linguagem por meio da qual comunica ao momento e sugere que seja percebido e interpretado. É neste sentido que todos aqueles aspectos que arrolei acima (ex: estrias, barriga saliente, dores, etc) se relacionam como uma única linguagem comunicando o seu estado de CAP, que é percebido e vivenciado pelas

mulheres no seu quotidiano, tornando possível que outros, por meio desses aspectos, percebam-nas também como AP.

Desta forma, as mulheres não se percebem AP simplesmente porque os outros o disseram mas também porque o seu corpo objectiva-se de modo que assim seja percebido. Desta forma, o corpo da mulher não pode ser somente “corpo-para-o-outro” como defendeu Bourdieu (1999), sendo também “corpo-para-mim”, pois, como afirma Merleau-Ponty como citado por Comparin e Schneider (2004), e ele (corpo) pode ser conhecido tanto por meio das próprias vivências quanto pelas vivências dos outros. É a partir destas contribuições teóricas que venho sustentando este trabalho a importância de captar o corpo na sua total, isto é, nas suas dimensões pessoal (para mim) e social (para o outro).

Nas conversas das mulheres, para além de elementos descritivos da corporeidade, encontrei aspectos que reflectem a sua construção social a partir de saberes constituintes do corpo enquanto objecto. São os saberes estéticos, que referenciei antes quanto à preocupação e a impossibilidade de vestir de modo a estar na moda, e médico notável quando uma mulher afirma que *“Eu já fui ao nutricionista que mediu a minha massa corpórea e constatamos que além de problemas de saúde eu estou muito acima do peso”*. Este discurso médico é também um meio pelo qual a sociedade participa da autoconstrução das mulheres como estando AP e da definição do que elas formulam sobre o CAP.

Na parte introdutória deste trabalho assumi que adoptaria o conceito de CAP, no lugar do corpo obeso, a partir da perspectiva das mulheres, sendo que elas ofereceriam elementos para caracterizá-lo. A partir das percepções que as mulheres têm de si como estando AP e dos elementos que usam para essa autoconstrução, é-me possível, então, conceber com mais especificidade o que entendo neste trabalho por CAP. De acordo com as narrativas das mulheres com as quais conversei, posso afirmar que o CAP caracteriza por apresentar aspectos físicos peculiares como barriga saliente, estria, desproporcionalidade no crescimento de algumas das suas partes, massa corporal acima do normal, o que gera dificuldade de locomoção e na realização de exercícios, podendo causar lesões físicas, dores, cansaço, problemas de saúde, sentimentos de angústia, desespero, revolta, devido às limitações para vestir roupas do seu desejo e reprovações sociais.

Claramente que essa definição, tendo sido concebida a partir dos casos das mulheres com as quais conversei, serve aos propósitos deste trabalho, pelo que, a sua aplicação em outros estudos pode ser hipotética, estando sujeita a reformulações. Ainda assim, representa um avanço quanto à definição biomédica que se baseia apenas no critério peso e altura para definir e patologizar a obesidade por meio do método de IMC (Nonino-Borges, Borges e Santos 2006). Pelo contrário, a definição que sugeri acima engloba as dimensões sociocultural, biomédica (saúde), estética, física, combinando as dimensões objectiva e subjectiva do corpo e da realidade, tendo a experiência vivida e percebida como base.

Na definição acima evitei inserir qualquer indicador que remetesse ao juízo de valor que as mulheres fazem de si em razão de perceberem que se encontram AP. Essa foi uma precaução metodológica que tomei porque durante as conversas que fui tendo com elas apercebi-me de algumas particularidades quanto à maneira emocional com a qual reconheciam estar AP. Algumas delas falavam com angústia, parecendo estar a sentir-se culpada pela sua situação e revelando o sentimento de desgosto. Os discursos de autoreprovação estavam associados a esses momentos de emoções negativas. Outras, pelo contrário, reconheciam que se sentiam AP alegremente não obstante assumirem ser uma experiência vivenciada com dificuldades e, nalgumas circunstâncias, com revolta.

Foi com sorriso estampado no rosto que a Ana, de 28 anos e com 82kg, disse estar AP por não se inserir nos padrões de beleza e, por essa razão, chamar atenção das pessoas, que olham com espanto, o que gera um sentimento de revolta contra essas pessoas mas, não obstante, se dizia uma mulher “gostosa” mesmo estando AP. Essa mulher afirma que *“olhando no espelho eu me sinto maravilhosa, linda por dentro e por fora embora tenho a minha barriga pulando para fora da calça”*. Com a mesma emoção afirmou que ficar justa dentro do vestido, ter braços grandes, ditos dos pés gordinhos, não são aspectos que, sob ponto de vista da sua auto-imagem, a fizessem se sentir menos bonita que as outras.

A heteroconstrução e autoconstrução cruzam-se de forma complexa nas experiências de algumas mulheres. Se essas construções coincidem, uma sendo a continuidade da outra, quanto ao considerar que o corpo das mulheres está AP, divergem relativamente ao *status* estético atribuído. O facto de a sociedade considerar que o CAP deve ser alvo de uma desqualificação em termos estéticos não significa que as mulheres que assim são classificadas devam ter a mesma percepção

sobre si mesmas. Afinal, não me canso de afirmar, a autopercepção não é a reprodução acrítica dos padrões de classificação objectivados e atribuídas nos multi-espacos e multilugares em que as mulheres frequentam.

Existe, no seio das mulheres AP, a consciência da existência de um padrão, ou melhor, de padrões corporais. As palavras de Ana, de 28 anos e com 82kg, já anunciavam essa consciência ao referirem que ela é olhada com espanto por outros por não se adequar aos padrões de beleza aceites na sociedade. As descrições feitas do que se define como padrões corporais, ao que chamei de corpo ideia diferem de caso para caso, acontecendo o mesmo em relação aos posicionamentos das mulheres AP quanto à legitimação, interiorização e à luta pelo seu alcance.

*“Um corpo com curvas, um corpo escultural. Tem que ter beleza, um corpo com curvas, uma mulher maquiada, cabelos cuidados. Na sociedade, em Moçambique, por exemplo no geral as mulheres tem rabos até as ditas magras, mamas normais, não gordas mas são formosas. Para mim o corpo ideal de uma mulher tinha que ter 1,70 de altura, ser elegante sem barriga, sem mamas exageradas, um rabinho independentemente da cara. É um corpo que eu gostaria de ter. Acho um corpo bonito, seria uma salvação.”* (Cátia, 54 anos de idade e com 97kg)

O corpo ideal é aqui, assim como nos depoimentos de outras mulheres AP, definido em termos estéticos. De referir que a questão que coloquei foi referente ao corpo ideal, não especifiquei a dimensão valorizada quanto ao referir-se à saúde, estética, mobilidade física ou outro critério dimensional qualquer. Coube às próprias mulheres adoptarem seu próprio critério ou área de definição, pelo que, a área escolhida é também objecto de interpretação, uma vez que, revelou-me a centralização na questão estética como critério fundamental para a definição de um corpo feminino ideal.

O corpo ideal tem de ter beleza, o que significa apresentar curvas à semelhança de uma escultura, tornando uma exigência que o mesmo esteja maquiado. Para o caso de Moçambique, a tendência geral é ter rabo, mamas normais, não ser gorda. Ao contrário dessa tendência, Cátia concebe seu próprio corpo ideal, que se caracteriza por ter uma altura de 1,70, sem barriga, sem mamas exageradas e com o rabo que não depende da cara. O corpo ideal é, por modalidade de definição, a convergência de duas lógicas: de um lado, a da aceitação, com base na qual se assume o que o corpo deve apresentar e, do outro lado, a da negação, por meio da qual são rejeitados os aspectos

que não devem estar contidos. O que chamou mais a minha atenção é que esta segunda lógica é activada para deixar de fora do corpo ideal aqueles aspectos que caracterizam o corpo da mulher AP, especialmente a barriga saliente. “*Sem barriga*” é uma expressão que encontrei em todos os depoimentos das mulheres AP. O que ocorre é que a negação é aplicada no sentido de autonegação de assumir que nas suas condições corporais não apresenta condições de serem consideradas como representantes do “corpo ideal”.

Este sentimento negativo de si mesmo, transversal às mulheres AP, fica claramente expresso quando afirmam, por exemplo, “*É um corpo que eu gostaria de ter*”. Isto significa que, actualmente, não se tem esse corpo e se alimenta o desejo de tê-lo. As mulheres AP comparam implicitamente o seu corpo actual e o corpo ideal, estabelecendo uma hierarquia na qual elas estão na base e a idealização no topo, pelo que, os cuidados do corpo são um meio de ascensão estética. Semelhante interpretação foi feita por Valverde (1997), que, ao pretender analisar as práticas de construção e destruição sacrificial do corpo e da subjectividade dos projectos evangélicos em África, observou que o corpo africano obeso, representado como ineficaz à sociabilidade humana (profano), é submetido a rituais de cura para tornar-se num espaço de salvação por meio de uma ascensão espiritual, passando a ser espiritualmente aceite no seio religioso.

Por analogia, interpreto as narrativas das mulheres da seguinte forma: na religiosidade do corpo na meio social, a LP e seus constituintes seriam, então, o espaço de separação entre o CAP (profano) e o CPN (sagrado), sendo necessários submeter o primeiro aos cuidados do corpo (rituais de cura) para a sua ascensão social ao segundo, o que permitirá a aceitação das mulheres na vida social por parte dos outros. O corpo ideal se revela às mulheres AP como sagrado, que, de acordo Darwin (2011, 20) “se manifesta para o homem de modo ambivalente, exercendo simultaneamente fascínio e temor e, portanto, exigindo ao mesmo tempo separação e contacto”.

A multiplicidade de tipos ideais do corpo feminino é um elemento também destacado por outras mulheres. Ana, de 28 anos e com 82 kg, por exemplo, reclama a liberdade da mulher cuidar do seu corpo sem seguir um padrão pré-definido, no entanto, aponta para a existência de mulheres de diferentes tipo e para as suas experiências de ser apontada na rua como factor que a coage para que se preocupe em seguir padrões corporais que lhe são alheios. Ana diz que “*Acho que corpo de uma mulher tem que ter peitos, nádegas, uma cintura, sem barriga mas tudo*

*proporcional. Não gordo. Eu consigo ver na rua, na sociedade, mulheres de todos tipo, todas com peitos, nádegas, umas com barriga outras sem, umas altas outras baixas, umas magras outras normais, outras gordas enfim mas eu acho que essas gordas assim como eu não são saudáveis se forem ao médico vão ver que estão precisando de tratamentos de saúde para terem uma vida mais saudável e até podem evitar morrer cedo. Acho o corpo da mulher ideal muito lindo. Essas mulheres da internet, parece que não são mulheres normais, parece que não passam dificuldades e eu tenho muitas dificuldades. Minha vida é diferente delas. Hoje em dia as revistas electrónicas, os vários sites nos mostram mulheres bonitas, elegantes magras ou normais.”*

Convém, a propósito de adequação interpretativa, falar de tipos ideais no plural e não de tipo ideal no singular, de modo a ir de encontro com as ideias das mulheres AP de que não existe um único padrão de corpo mas sim vários padrões de estética corporal dentre as quais o CAP faz parte, estando, como afirmei acima, na base da pirâmide. A inferiorização do CAP ocorre tanto por razões estéticas quanto por razões de saúde. Este corpo é distanciado dos corpos ideais por não só não ser lindo bem como por não possuir saúde. “Corpo, saúde e beleza (...)” é a primeira parte do título do artigo de Siqueira e Faria (2007), em que denunciam a venda e promoção do consumo do corpo feminino em diferentes meios de comunicação nas sociedades contemporâneas, afirmando que:

Anúncios publicitários, textos jornalísticos, fotos e ilustrações na televisão, na internet e na mídia impressa veiculam discursos, vozes sobre o corpo e sobre como ele é visto, desejado, vendido. Na mídia impressa, as capas de revistas são síntese de representações, de imaginários, explorando largamente o corpo feminino. (Siqueira e Faria, 2007, 172)

A estética e a saúde, quando associados ao corpo nas narrativas das mulheres AP, são aplicadas como critérios de definição dos corpos ideais e, ao mesmo tempo, para a descaracterização, desvalorização e inferiorização do CAP que elas reconhecem possuir. Desta forma, as mulheres, por meio do seu distanciamento dos tipos ideais de mulheres, acabam vivenciando no seu dia-a-dia também um distanciamento simbólico em relação àquelas mulheres que elas identificam como tendo qualquer dos corpos ideais que elas afirmam sê-lo.

O distanciamento simbólico a que me referi acima, quando vivenciado por meio de imposições dos corpos ideais, seja por que meio for, acabando transformando-se em violência simbólica para as mulheres AP, à medida que procuram alcançar esse ideal porque, na verdade, são obrigadas a

querê-lo. Andreoli, Belo e Pazinato (n.d) caracterizam as experiências das mulheres como um paradoxo, em que se embatem duas vontades distintas e contraditórias. De um lado, elas desejam e, de facto, caminham para a conformidade estética e, do outro lado, reclamam e desejam assumir a sua singularidade, adoptando seu próprio modelo de corpo. Bourdieu (2012) afirma que a violência simbólica ocorre porque os indivíduos agem em função de acordos que estabelecem inconscientemente para se submeterem a uma determinada ordem.

A busca por um tipo ideal de corpo que lhe é exterior mesmo quando uma mulher AP como Ana, de 28 anos e com 82kg, que também se aventura nessa luta, defende que “*Corpo de uma mulher, acho eu, não deveria seguir padrões porque por exemplo eu gosto de mim assim como sou*” representa um paradoxo. Trata-se de um real paradoxo gostar do seu corpo mas, ao mesmo tempo, procurar transformá-lo de modo a torná-lo algo diferente do que é, principalmente, quando essa transformação exige investimentos e sacrifícios. O eu aparece aqui alienado em benefício de um outro que lhe é exteriormente sugerido e imposto. Ana oferece uma das razões para essa alinação ao afirmar que se sente frustrada e revoltada “*quando apontam o dedo na rua*”.

As frustrações e revolta são experiências traumáticas que impulsionam as mulheres AP a procurarem ascender na pirâmide estética e sanitária por meio do seu corpo. Costa (2011) afirma que as imposições de padrões sociais na sociedade são uma forma de violência a qual todos podem estar sujeitos diariamente, levando os indivíduos a procurarem adequar-se a exigências inalcançáveis de um outro. Em contexto similar, Oliveira (2011) afirma que a violência simbólica é, nas sociedades contemporâneas, um factor causador do trauma. A relação entre a violência simbólica e o trauma é, para as mulheres AP, uma experiência concreta vivenciada nas suas interações face-a-face quotidianas, embora não se limite a esse nível, pois os média, a internet, são, nas sociedades contemporâneas, veículos de importação e imposição (implícita) de corpos ideais, apresentados sacramente como modelos a seguir.

Tina, 33 anos de idade com 64 kg, não obstante reconhecer a existência de diversos corpos ideais e de mulher que realmente possuem-nos, encontra, por meio dos média, o corpo ideal das mulheres europeias como um modelo que, neste momento, busca alcançar. As palavras desta mulher AP são expressivas nesse sentido:

*“As mulheres são diferentes mas, aqui em Moçambique percebo que as mulheres são bem avantajadas e hoje parece que querem se cuidar um pouco mais. Parecem diferentes das mulheres na Europa que são mais magras, esbeltas até parecem pequenas, parece que os peitos e bunda são menores. Nos aqui em Moçambique temos tudo. Acho que meu corpo feminino ideal se aproxima das mulheres na Europa, aquelas que a média nos mostra, mulheres sem barriga e com nada de gordura que possa incomodar ou virar motivo de piada.”* (Tina, 33 anos de idade com 64 kg)

As mulheres AP são sujeitas a pressões de diferentes fontes, sendo que todas elas convergem no sentido estabelecem regras de relacionamento com o seu corpo, no sentido de levá-las e transformá-las para buscar alcançar o corpo ideal. Se por um lado nas interações face-a-face, as mulheres AP sofrem pressão para a rejeição do seu próprio corpo, por outro lado, nos média, elas encontram modelos de corpo ideal que podem, ou melhor, para se mais específico, que devem seguir. Não são apenas modelos de corpo de mulheres moçambicanas, caracterizado por possuir mais massa corporal, mas também de mulheres de outros contextos, especificamente europeu.

Enquanto a imposição de modelos corporais por parte dos outros no quotidiano das interações sociais se trata de um acto de desqualificação directa do outro (Goffman 1982; Gonçalves 2004), a imposição dos média é vista como um acto de manipulação feminina, impondo um estilo de vida baseado no consumismo contemporâneo (Siqueira e Faria 2007; Castro 2011). Siqueira e Faria (2007) afirmam que a medida que as sociedades consumo se globalizam, aos indivíduos é a atribuída a responsabilidade pela plasticidade do seu corpo. O corpo das mulheres AP insere assim num contexto em que o global se cruza com o local, sendo reservada o mínimo de liberdade entre, na rejeição do seu próprio corpo, buscar alcançar os corpos ideais moçambicanos (gordos) ou os corpos ideais europeus (magros). Para algumas mulheres AP, estes últimos são a preferência.

A busca do corpo ideal é uma sujeição aos modelos percebidos como ideais. No entanto, não posso perder de vista a dupla história do corpo feminino: “(...) do desqualificado, do dominado, ou da rejeição; mas igualmente da invenção do indivíduo-sujeito, da criação do poder e do poder fazer sobre o próprio corpo, para que se evidencie, afinal, qual sujeito é esse que se formou.” (Schraiber citado por Viera 2002, 14). A análise dos cuidados com o corpo me permitiram captar essa duplicidade experiencial do CAP das mulheres AP.

## ***Capítulo V. Violência e trauma: experiências iniciais***

Uma das causas centrais da violência na contemporaneidade é a negação da diferença. O não reconhecimento do outro como pessoa.

(Magalhães e Souza 2011, 54)

Neste capítulo inicio a descrição e interpretação das trajetórias das mulheres focando-me nas experiências das transformações do corpo sob ponto de vista simbólico e material ao longo da sua história de vida, isto é, desde a infância, passando pela adolescência até ao presente. Aqui, cingi-me às experiências corporais iniciais. O que demonstro a seguir é que as mulheres, independentemente da sua massa corporal, não autoconstrução como corporalmente problemática, ainda que fossem vítimas de mau olhar ou de atributos depreciativos. Nesse

percurso histórico, dou continuidade à interpretação dos momentos de manifestação da violência e traumas das quais as mulheres foram vítimas.

No que convencionei designar de primeira etapa da relação das mulheres com o corpo, iniciada na infância<sup>8</sup>, o sentimento predominante no seio das minhas entrevistadas foi de possuírem o CPN. Esta autoconstrução é feita independentemente da massa corporal que se possui nessa etapa da vida. Naturalmente, essas generalizações foram vivenciadas com algumas particularidades entre os casos aos quais me dediquei neste trabalho. A história da Dina e Tina servem aos meus propósitos neste capítulo.

Dina, de 35 anos de idade e com 85kg, foi uma criança fisicamente normal, que se socializava normalmente com outras crianças. Ela nunca foi magra mas também, de acordo com a sua mãe, não era gorda, mas sim fofinha. Na fase da adolescência, teve os primeiros sinais que davam a entender que estava a atravessar a LP, sofrendo alterações nas suas relações sociais na escola no seio das quais já começava a receber adjectivo de gordinha. Dina diz que, na altura, não se sentia incomodada com esses e outros atributos semelhantes, embora se considerasse como vítima de *bullying*, pois, por vezes, era excluída de alguns grupos de pares e eventos escolares. No entanto, para ela, o seu corpo não representava nenhum problema.

Por sua vez, Tina, de 33 anos de idade e com 64kg, afirma ter sido uma criança doente desde a sua infância até entrar para escola, o que é, para a mesma, corroborado pela mãe. Nesse percurso de desenvolvimento, da infância à adolescência, a mulher afirma nunca ter tido problemas com seu corpo, indicando que a única coisa que a incomodava relacionada com o corpo eram alguns parentes, tios e primos com os quais mais convivia, que brincavam com ela por ter um rabo grande. Tina diz que era brincadeira mas, mesmo assim, ela não gostava porque parecia que era diferente dos demais membros da família, que não se enquadrava no seio das suas primas. Ainda assim, a interlocutora insiste que nunca se preocupou com algum tratamento do corpo, pois o mesmo nunca a tinha incomodado.

Interpreto a primeira etapa das experiências das mulheres com o seu corpo como a pré-problemática, aquela na qual elas não olhavam para o seu corpo sendo um problema mesmo

---

<sup>8</sup> Adopto aqui uma visão simplista de infância, a demográfica. Piaget (1977) afirma que infância é o período de vida de um indivíduo que vai desde o nascimento até aos 12 anos de idade. No mesmo contexto, a adolescência vai dos 12 até aos 18 anos, seguindo-se a fase da juventude.

sendo ligeiramente do corpo das outras crianças. Inicialmente, não houve não apenas diferenças corporais entre no seio de outras crianças com as quais se socializavam, bem como de tratamento significativas em função das características corporais. Se as diferenças de tratamento ocorriam, eram realizadas em forma de brincadeiras, que, de certo modo, incomodam a mulher em causa (Tina).

A literatura revela que os indivíduos têm as suas experiências iniciais com o corpo dentro da família, estando, geralmente, sujeitas aos mesmos quadros de referências, o que reduz a possibilidade de ocorrência de julgamentos contraditórios (Casagrande 2016). Embora possa fazer uma interpretação similar a essa para o caso da Dina, não posso dizer o mesmo para Tina cuja condição corporal fora objecto de zombaria por parte dos outros membros da família. Brincadeira ou não, isto significa que esta última mulher foi, na infância, vítima de violência que fez com que se sentisse distante do que se entendia ser o padrão normal corporal da mulher, tendo suas primas como referências. Ainda, a interlocutora não considerou ser razão suficiente para que se incomodasse com o corpo que possuía.

As experiências de violência da Dina tiveram lugar, posteriormente, na escola. A entrada para a escola, geralmente, coloca os indivíduos em contacto com outros quadros normativos diferentes daqueles aos quais habituaram no seu ambiente familiar que é mais particular. Este processo, de alcançar o “outro generalizado”, consiste numa representação simbólica da vontade colectiva organizada, que serve de orientação às atitudes dos distintos indivíduos implicados no processo social. Trata-se da dimensão normativa da comunidade social que se estrutura na forma de um horizonte de acção.” (Mead 1992 citado por Casagrande 2016, 389) É esta transição que condiciona as mulheres a novos julgamentos, estando sujeitas às novas formas de tratamento em função do seu corpo diferentes das que tinham no seio dos grupos de pares anteriores, tornando-se vítimas de *bullying* e exclusão dos grupos de pares. Experiências similares foram vivenciadas por Ana, de 28 anos de idade e com 82kg, que afirma que “*Quando entrei para a puberdade meu corpo mudou, eu ganhei peso, mas nada que me incomodasse*”.

O *bullying* é uma forma de violência da qual a mulher já vinha sendo vítima por causa do seu corpo ainda na adolescência, tendo sido praticada pelos seus pares que entendia que ele se encontrava acima do peso. Neto (2005) afirma que se trata assim de uma violência que ocorre no contexto escolar, envolvendo crianças e/ou adolescentes numa relação assimétrica, em que uma

adopta comportamentos agressivos contra a outra, podendo gerar efeitos negativos no desenvolvimento desta última. Mesmo antes de aceitar a sua condição de possuir um CAP, as mulheres eram vítimas de violência perpetuada pelos seus pares. Desde os primeiros sinais percebidos pelo outro que a sociedade já iniciou com a pressão sobre as mulheres AP. No entanto, essa pressão não foi suficiente para gerar uma autopercepção de estar AP, conduzindo as mulheres a uma atenção problematizante para o seu corpo.

É válida a crítica que tanto Csoardas (1990) quanto Jackson (1989) fazem à fenomenologia simbolista inspirada em especialmente em Geertz (2008) segundo a qual os indivíduos constroem os outros e a si mesmos com base na cultura acumulada historicamente. Para aqueles autores, o corpo, mais do que produto da cultura, embora também o seja, deve ser visto como sujeito e produtor da cultura, podendo rejeitá-la, transformá-la e reconstruí-la. Merleau-Ponty (1994) é a base dessa crítica quando afirma que a percepção-vivida mostra que não basta que se perceba o corpo num determinado sentido para que seja produzida uma realidade, sendo indispensável que essa percepção seja ao mesmo tempo vivenciada e testemunhada pelo corpo.

Num estudo semelhante, ao explorar experiências de mulheres que reconheciam a sua condição de AP, Ferreira e Magalhães (2005) mostram que não obstante as percepções afirmativas dos outros sobre a sua “obesidade”, essas mulheres não se percebiam enquanto obesas, o que, para os autores, significa que elas partilhavam uma imagem corporal diferente da que vigorava em outros grupos sociais. Este estudo conclui que a alteração na autopercepção de um corpo não obeso para a de um corpo cujas alterações significam aumento de peso rumo a obesidade ocorre por meio da intervenção do discurso dos profissionais de saúde ao qual têm acesso no âmbito de consultas médicas.

Nas minhas interpretações, não só corroboro o contributo relevante do discurso médico como arrolar outros factores cuja contribuição não pode ser negligenciada quando se pretende compreender as transições físicas e simbólicas do corpo feminino. Nos próximos capítulos demonstro essas transições e factores contribuintes.

## ***Capítulo VI. Violência e trauma: reconhecimento do CAP***

A modernidade, inventada a partir do final do século XV, necessita padronizar, igualar os menos diferentes e excluir os mais diferentes (o outro) (...) e como essa rejeição, rebaixamento ou encobrimento do outro está na base de várias formas de violência típicas da modernidade.

(Magalhães e Souza 2011, 54)

Procedo, neste capítulo, com a descrição e interpretação das trajetórias das mulheres com foco, desta vez, nas experiências do corpo e da relação que essas interlocutoras estabelecem com o mesmo. Considero, em termos compreensivos, que essas experiências se inserem na segunda etapa da história de vida das mulheres, em que se dá a passagem da pré-problematização do

corpo para a sua problematização. O meu argumento aqui é de que o reconhecimento de se possuir um CAP resulta da influência de diferentes factores que dos médicos, passando pelas relações de namoro até as estéticas, estabelecendo uma ponte intermediária entre a primeira etapa e a segunda, isto é, com a pós-problematização ou busca de tratamento. Continuo a interpretar e destacar as manifestações de violência e trauma a partir das narrativas das mulheres.

### **6.1. Do medo da morte ao refúgio religioso**

Os discursos médicos estão presentes também nas trajetórias das mulheres com as quais conversei, desempenhando um papel relevante na mudança de consciência quanto ao reconhecimento de se possuir um CAP. No entanto, antes da intervenção médica, uma das mulheres já experimentava sinais corporais de elevação do peso, o que marcou a transição e entrada para a segunda etapa da trajetória corporal. Os sintomas clínicos (problemas de joelho, nos tornozelos, problemas de respiração, dores de estômago) despertaram a necessidade de procurar o diagnóstico médico junto do qual a mulher tiver acesso aos discursos que conduziram à percepção dos sintomas aos quais me referi antes como indicadores do CAP, tomando consciência do seu problema de corpo.

Os médicos são muitas vezes legitimados como detentores do poder de denunciar o estado de AP das mulheres, tornando-se o meio legítimo pelo qual estas ganham consciência do seu estado somático e passam a reconhecer a sua “obesidade” (Ferreira e Magalhães 2005). Junto dos médicos as mulheres AP recebem o diagnóstico da sua saúde, passando associar, por meio dos discursos médicos, os problemas que enfrentam ao seu estado corporal e a olhar para o seu corpo como um problema. O discurso médico não interfere na autoconsciência das mulheres AP de forma pacífica, pelo contrário, o faz de forma violenta, embora implicitamente, por meio da ameaça de morte. Esta ameaça leva as mulheres AP e mudarem radicalmente a forma como percebem o seu corpo e como passaram a lidar com ele, transitando de um estado de normalização do corpo para o outro de problematização do mesmo.

O discurso médico não apenas leva à mudança na autoconsciência, mas também, pela violência com que se impõe às mulheres AP, gera um sentimento de medo com o qual as mulheres AP com

o qual elas são obrigadas a conviver na relação que estabelecem com o seu corpo. É neste contexto que pode notar que as transições vivenciadas pelas mulheres AP quanto à forma como percebem e se relacionam com seu corpo são tendencialmente caracterizadas por experiências de violência e traumas, forçando-as a aceitar como problema uma condição corporal que antes, para si, era normal. É um processo que não se dá apenas nem a partir da corporeidade nem a partir dos discursos institucionais, mas no encontro entre essas duas dimensões da realidade, sendo que na percepção-vivida das mulheres AP incidem discursos de construção do seu corpo como problema, que são legitimados, por suas vezes, pelos sintomas de saúde que vão aparecendo.

Foi ainda na adolescência que Dina começou a enfrentar os primeiros problemas que lhe conduziram a atentar de forma particular para as condições do seu corpo. Ela diz que começou a ter problemas de joelho, nos tornozelos, problemas de respiração, dores de estômago. Estas experiências conduziram-na ao médico, de quem recebeu orientação para mudar o seu quadro de evolução corporal sob ameaça de morte. Esses problemas foram menos significativos em comparação com o discurso. Dina afirma que *“Vivenciei com muita revolta, muita revolta mesmo. Passei a não me aceitar. Fiquei muito assustada quando ele disse que eu podia morrer se não me cuidasse e eu era uma adolescente.”*

A não-aceitação do corpo que possuía, inicialmente era de 110kg, era uma tortura. As torturas tornaram necessário buscar outro refúgio que permitisse lidar com a não auto-aceitação. Dina encerra esse quadro dizendo que:

*“Eu não me aceitava, era uma tortura interior até começar a ir a igreja que me ajudou a controlar minha ansiedade, meus medos. Hoje me aceito um pouco mais, tenho um pouco mais de ponderação comigo mesma. Já fui muito agressiva comigo por não me aceitar, quando fazia as dietas malucas, me torturava quando passei a ir a igreja diminui essa rejeição comigo mesma. Hoje, estou em paz buscando meu bem-estar, minha saúde e minha aparência física que não me agrada nada, ter esta barriga.”*

As percepções médicas sobre o corpo resultam de discursos biomédicos institucionalizados como durante um longo processo histórico de apropriação do corpo por parte da medicina com o intuito de submetê-lo legitimamente às intervenções médicas como demonstrei na introdução do presente trabalho. Durante esse período de institucionalização da maturação, o discurso

biomédico foi munindo-se de técnicas e mecanismos que lhe facilitam o exercício do seu poder sobre os seus pacientes, promovendo uma reacção de aceitação. O diagnóstico médico e ameaça de morte são técnicas que facilitaram uma reacção receptiva e interiorização da percepção do CAP.

A expressão “*Passei a não me aceitar*” revela a aceitação do discurso médico para a autoconstrução como mulher AP. Essa expressão sugere várias interpretações convergentes. Primeiro, que antes do diagnóstico médico, ela aceitava a si mesma como era; segundo, depoimento do diagnóstico médico passou a não a aceitar como era; terceiro, passou a rejeitar o corpo que possuía, concebendo-o como o inimigo contra o qual deveria passar a lutar.

A relação médico-paciente é uma relação de poder e dominação. Foucault (2014) afirma que os hospitais, por meio dos seus discursos, produzem e impõem uma ordem por meio do qual domesticam e vigiam o corpo dos indivíduos, legitimando por meio de diferentes técnicas. O diagnóstico médico aparece como uma técnica de legitimação do discurso médico que leva as mulheres a se submeterem aos seus resultados e, posteriormente, às formas de tratamento a serem prescritas. A ameaça de morte exerce a sua função, visando facilitar a aceitação desse discurso médico por parte das pacientes, o que ocorreu de facto em razão do medo de morrer que as mulheres possuem. “*Fiquei muito assustada*” é a forma como se expressa o medo de morrer e se revela uma inclinação para uma submissão voluntária, independentemente do seus efeitos.

O medo de morrer, inculcado na mente das pacientes pelo discurso médico, é responsável pela sua submissão posterior a uma série de métodos de tratamento do corpo. Bourdieu (2005) afirma que num campo a manipulação da linguagem do senso comum é fundamental para fazer os agentes aceitarem as representações sociais que lhe impostas no seu interior, submetendo-se voluntariamente às normas que os violentam simbolicamente (Bourdieu 2012). A ameaça de morte possibilitou ao médico impor qualquer tipo de tratamento às pacientes que já tinham uma predisposição para seguir. Como resultado, o desespero, a ansiedade, o isolamento de relacionamentos amorosos, a busca por resultados rápidos, ocultação do corpo, foram experiências que, doravante, caracterizaram as experiências das mulheres com o seu corpo.

Não basta possuir a percepção de si como tendo CAP. Jackson (1989) afirma que o corpo deve ser não só um corpo percebido mas também um corpo-vivido. Assim sendo, o CAP precisa de ser

vivido e sentido pelas mulheres como estando AP. É a ausência deste viver e sentido do AP que permite as mulheres modificarem as suas percepções sobre si mesmas. Após longos períodos de tentativas sacrificadas de tratamento, o discurso religioso veio facilitar a modificação da percepção sobre si, passando a aceitar-se com o seu CAP. Os discursos religiosos levaram a auto-aceitação da mulher no lugar dos discursos médicos de auto-rejeição porque tiveram uma validade subjectiva, na medida em que representaram uma continuidade em relação às aspirações que o CAP da mulher AP vinha tendo no sentido de se livrar dos cuidados traumatizantes aos quais vinha submetendo-se.

A aceitação do corpo por intermédio do discurso religioso não está isenta de questionamentos em torno da violência “A religião pode ser uma das fontes da violência, mas por sua relação complexa com o sagrado, também é um dos meios mais poderosos de sua neutralização” (Drawin 2011, 22). Se a religião serviu para neutralizar a violência simbólica perpetuada pelo discurso médico, a integração religiosa da mulher AP pode ter significado a submissão à violência simbólica praticada pela igreja ao submeter a mulher AP a outros discursos normativos. Não identifiquei relatos desta natureza no caso da Dina, sendo que ela continua com os cuidados do corpo a ritmos diferentes para lidar com certas partes do seu corpo que, sob ponto de vista do corpo ideal que busca alcançar, contribuem negativamente.

## **6.2. Relacionamentos sociais excludentes**

O processo de transição das mulheres AP é um evento multiespacial, ocorrendo em outros espaços sociais, para além do médico, como é o caso da interacção com grupo de pares e com parceiros de namoro. Nestes grupos, as mulheres AP são rejeitadas, excluídas, isoladas. O que isto revela é que esses espaços informais e não institucionais são marcados por transições resultantes de processos de exclusão das mulheres.

Insiro nesta categoria de análise também a questão estética por meio do vestuário. As roupas cuja selecção é condicionada pelo corpo são outro factor gerador de exclusão, ou melhor, de auto-exclusão destas mulheres que se viam distante dos padrões estéticos socialmente aceites. Se, por um lado, as interlocutoras são excluídas por outros indivíduos com os quais se relacionam ou,

pelo menos, buscam relacionar-se, por causa do seu corpo, por outro lado, elas autoexcluem-se por entender que respondem aos padrões estéticos da sociedade. De uma forma ou de outra, as mulheres vivenciam um medo: de serem rejeitadas e excluídas dos espaços de relações sociais.

Narrativas de duas mulheres com as quais conversei reflectem experiências caracterizadas pelas ocorrências acima mencionadas. As primeiras narrativas são de Ana, de 28 anos de idade e com 82kg, que afirma que:

*“Na época que fazia faculdade, uma vez, pedi boleia a uma colega que já ia levar mais umas duas colegas de sala e ela, simplesmente, disse que o carro dela iria para baixo se eu entrasse, eu me senti um desastre da natureza, excluída. Isso foi marcante na minha vida. Hoje em dia tenho um namorado mas sinto que não estamos bem, ele não me apresenta como namorada, sinto que ele tem um pouco de vergonha por eu ter o corpo que tenho. Tenho procurado exercitar já que não posso manter uma dieta por conta do financeiro, participo de grupo de caminhada e vou eventualmente.”*

A complexidade das transições perceptivas-corporal é revelada pela confluência de uma variedade de factores, fazendo convergir para o mesmo propósito, as interações intra-escolares, relações de namoro e as dificuldades de vestir. Outros factores são acrescentados por Cátia, 54 anos e com 97kg, ao relatar que o avanço da idade desempenhou papel relevante na sua tomada de consciência:

*“Quando fui para vestir uma roupa e já não me servia e eu me sentia pesada, a barriga é que ficou maior do que era antes, já não deixava fazer alguns movimentos como calçar sapatos, a cara ficou arredondada, corpo começou a se transformar. Subir e descer escadas, para mim que moro no terceiro andar, era muito difícil, chegava no segundo andar já cansada. Passei muito mal de dores na coluna e nos joelhos. Fui ao médico ortopedista que disse que tinha água no joelho, fiz o tratamento e recomendou que me exercitasse foi quando comecei a buscar por uma vida menos sedentária, a buscar por me cuidar com alimentação e caminhadas por conta própria.”*

Por sua vez, Tina, de 33 anos de idade e com 64kg, introduz a questão da gestão e destaca com mais ênfase o papel desempenhado pelas relações de namoro para atentar para o seu corpo como um problema quando relata que:

*“Engordei muito na gestação e voltar ao meu normal está difícil, percebi que ganhei peso quando engravidei, o mês ia passando e o peso ia aumentando e percebi que seria difícil voltar ao meu normal. Comecei a namorar passei a me preocupar mas pra agradar meu namorado. Foi meu segundo namorado que me despertou essa necessidade de me cuidar, muitas vezes me sentia mal quando ele insistia comigo para eu me exercitar. Acabei por começar a gostar principalmente quando via os resultados tipo ficava mais ágil. A relação foi se desgastando porque parece que ele só se importava com o físico, com o belo e não com a mulher que eu sou, isso que eu sou feia e nem essa mulher gorda, obesa que ele queria que eu acreditasse que era. Mas, aquele tipo de relação parece que me deixou marcas. Depois de terminar, sempre procurei cuidar-me mas não com o rigor de ter um namorado insatisfeito comigo mas, porque eu gostei dos resultados.”*

A participação das mulheres AP em diferentes espaços relacionais submetem-nas a diferentes formas de tratamento sustentadas e reprodutoras da percepção sobre o CAP. Da família para as ruas, para os grupos de pares e para a escola, vice-versa, as mulheres AP enfrentam interações no seio das quais as suas características fisionómicas e estéticas são interpretadas como sinais de estar AP.

Ana é uma das mulheres que teve como experiência marcante a exclusão no ambiente escolar – embora tenham sido também submetidas ao saber biomédico. Peculiares no seio das mulheres com as quais trabalhei são as experiências de mulheres como Tina que nunca foram sujeitas à intervenção médica, tendo sido no seio das relações de namoro onde vivenciaram experiências mais significativas para a autoconsciência de serem portadoras de um CAP.

Alguns achados que tornam particulares casos de outras mulheres em que a transição tanto corporal quanto da percepção sobre o seu corpo foram marcados por eventos próprios de mulheres, sendo que algumas das mulheres com as quais conversei apontam para a cirurgia da remoção do útero e outras para indigitam a gestação como eventos que precipitaram as mudanças que ocorreram no seu corpo conduzindo-as ao CAP. Essas transformações só vieram a ser objecto de atenção problematizante por meio da pressão do outro (namorado), das limitações estéticas em termos de vestuário e das dificuldades de locomoção, associadas a dores físicas.

A interferência de factores estéticos e relacionais, especificamente de namoro, dispensa a necessidade do diagnóstico médico. Quando as mulheres sentem dificuldades em vestir determinadas roupas para se tornarem bonitas e quando os parceiros obrigam-nas a cuidar do seu corpo para emagrecer geralmente as mulheres AP começam a perceber que estão AP, concebendo a sua condição corporal como um problema por resolver. Este último factor nem sempre ocorre de forma pacífica, tornando o relacionamento de namoro num espaço de violência contra a mulher AP como afirma Tina quando diz que o seu namorado forçou-lhe, primeiro, a negar a mulher que ela era, considerando-a gorda, feia, “obesa”, segundo, a sujeitar-se a exercícios físicos fatigantes que não suportava. Tanto a pressão, quanto os exercícios físicos, deixaram marcas psicológicas e físicas, respectivamente, na vida das mulheres AP.

A violência que se manifesta em casos similares ao que interpretei no parágrafo anterior abre espaço para uma crítica que se faz à noção de violência geralmente usada, segundo a qual “(...) A violência classifica qualquer agressão física contra seres humanos, cometida com a intenção de causar dano, dor ou sofrimento” (Arblaster 1996 como citado por Romagnoli e Rena 2011, 137). De acordo com Romagnoli e Rena (2011), essa definição tem sido bastante contestada pelo facto de restringir a violência à intencionalidade e à dimensão física, pelo que, não considera a intensidade de actos não intencionais e a dimensão psicológica como violência.

Nas relações de namoro, bem nas relações com amigas, as mulheres são mais alvo da violência psicológica, sendo que esta, na perspectiva de Silva et al. (2007), manifesta-se também por meio humilhações, cobranças de comportamento, discriminação, impedir que use o próprio corpo. No entanto, esta violência, na medida em que ocorre num período de transição ao longo das trajectórias perceptivas-corporais das mulheres AP, marca uma fase inicial de um percurso caracterizado por experiências de violência e trauma, tendo o período pela busca pelo tratamento do corpo como auge desses fenómenos dos quais as mulheres são vítimas.

## ***Capítulo VII. Violência e trauma: cuidados com o CAP***

(...) Temos outras formas de violência, não deliberadamente voluntária, causadoras de danos físicos e psicológicos a pessoas ou a grupos a ela submetidos (...).

(Pereira 2010, 89)

O momento pós-problematização, terceiro estágio da relação com o corpo, é caracterizado pela busca e administração de métodos de cuidados com o corpo com vista a modificar o seu estado rumo ao corpo ideal em termos estéticos e sanitários. A seguir, retrato os cuidados que as mulheres passaram a ter com o seu corpo depois de terem tomado a consciência de serem portadoras de um corpo problemático e tomarem a decisão de buscarem soluções. Parto do princípio de que os cuidados com o corpo são uma experiência complexa, que ocorre pelo uso

combinado de diferentes métodos simultaneamente, sujeitando as mulheres a diferentes formas de violência e trauma.

Apresento a descrição e interpretação dos dados em dois momentos. Começo com as primeiras experiências de uso de métodos de cuidado com o corpo, encerrando este capítulo com os factores que motivam as mulheres a continuarem com esse processo não obstante os sacrifícios que são obrigadas a empreender. É finalidade desta parte do trabalho demonstrar que os cuidados do corpo sujeitam as mulheres à violência e trauma.

### **7.1. Tratamento dolorido do corpo**

A relação das mulheres AP não termina na tomada de atenção para os problemas do corpo, prolongando-se para a adopção de cuidados com vista, não apenas em superar esses problemas, mas também em alcançar o corpo ideal que cada uma delas define como apropriado a partir de uma combinação de critérios próprios. É uma meta por atingir. Para o efeito, as mulheres AP tomaram de assalto uma variedade de métodos e regras de sua aplicação para cuidarem do seu corpo.

As narrativas das mulheres AP referentes à transição da segunda etapa (problematização do corpo) para a terceira etapa da sua trajectória (cuidados do corpo) e à forma como esta última é vivenciada permitem-me identificar os métodos de tratamento do corpo usados, as suas fontes, as forma como são administrados e os seus efeitos na vida dessas mulheres. As mulheres AP fazem uma combinação de métodos para atingir um único objectivo: perder peso. Recorrem, a exercícios físico, dietas, chás, alimentação regrada, sendo que o uso ou não de alguns desses métodos é condicionado por factores de ordem financeira.

Cátia, de 54 anos de idade e com 97kg, diz ter passado a exercitar na tentativa de alcançar o seu bem-estar mas sente-se bem após fazer as suas caminhadas, pois percebe que gera efeitos positivos no seu organismo, tendo contribuído para a redução das dores que tinha nas articulações. Na lista dos métodos que usa acrescenta a alimentação baseada em verduras, fritas, carnes brancas, legumes. Ela faz tudo que acha conveniente e tem a internet como a sua fonte de

informação principal e não procura um nutricionista profissional porque não possui condições financeiras para suportar as despesas com pagamentos.

As limitações de recursos financeiros para suportar as despesas inerentes frequência do ginásio e para seguir uma alimentação regrada à luz das recomendações de um nutricionista profissional contribuem para que Ana, de 28 anos de idade e com 82kg, tenha a participação em grupos de caminhadas, no seio do qual dedica-se a alguns exercícios físicos, como seu principal método de cuidados ao corpo, recorrendo ocasionalmente a dietas, isto quando consegue comprar algumas comidas recomendadas. Para ela, a caminhada em grupo funciona como um factor motivador, o que não ocorreria caso caminhasse sozinha.

Tina, de 33 anos de idade e com 64kg, não pratica caminhada, pelo contrário, dedica-se a exercícios no ginásio cada vez mais com menos frequência devido a outras ocupações que lhe roubam o tempo que antes tinha para esse fim. Na verdade, ela diz que só pratica ginásio porque gosta, pois antes seu parceiro (ex-parceiro) é que a forçava contra a sua vontade, submetendo-a a exercícios fatigantes e desgastantes. Com efeito, a dieta alimentar é o seu principal método de cuidados com o corpo, buscando ter uma alimentação equilibrada com base em verduras, frutas e evitando fritos, carboidratos e álcool. A internet é a fonte na qual Tina busca informação sobre os cuidados alimentares a ter com o seu corpo para alcançar o ideal de corpo que busca de êxito na sua empreitada.

Cuidados com o corpo mais complexos são adoptados por Dina, de 35 anos e com 85kg, que faz o uso combinado de diferentes métodos simultaneamente. Devido a limitações de ordem financeira, ela busca na internet informação sobre as possíveis dietas milagrosas, tendo feito todo o tipo, desde as mais extremistas que consistiam em ter uma refeição por dia, passando por sopa, frutas, até a auto-exclusão de determinados convívios sociais para evitar o consumo de bebidas alcoólicas e comidas inapropriadas. Ela também recorre a chás diuréticos, noz da Índia. A esses métodos, Dina agrega o uso da cinta para dormir, as caminhadas em grupo ou isoladas e os exercícios físicos no ginásio.

Duas realidades se cruzam nos cuidados com o CAP na trajectória das mulheres AP. De um lado, estão essas mulheres que, pressionadas por uma diversidade de factores, possuem atitudes favoráveis a adopção de todos e quaisquer métodos para cuidarem do seu corpo tendo em vista o

seu ideal de corpo e, do outro lado, está uma diversidade de métodos de cuidados de corpo disponibilizados por diversas fontes. Esse cruzamento faria das mulheres AP um objecto favorável ao consumismo corporal se não fossem as limitações financeiras que impedem que algumas delas façam o uso de alguns desses métodos por não possuírem capacidades financeiras para pagarem as despesas. Para o caso daquelas mulheres em que as condições financeiras não constituem impedimento, a necessidade de dedicar-se a outros afazeres diários representa factor condicionante para o não recurso a alguns métodos de cuidado ao corpo.

É relevante desdobrar mais um pouco a ideia que expressei no parágrafo anterior. A pressão exterior ganhou legitimidade subjectiva ao ponto de as mulheres AP assumirem a perda de peso como um imperativo cujo cumprimento deve ser assegurado diariamente e continuamente. Isto contribui para que elas busquem combinar diferentes métodos de cuidado CAP, tendo em vista o ideal do corpo que assumiram para si e que, ao mesmo tempo, seja socialmente desejável. A caminhada é um método transversal às experiências femininas pelo facto de não exigir investimentos financeiros que estejam acima da capacidade financeira das mulheres AP.

O recurso a outros métodos é condicionado pelos custos associados à sua utilização. O ginásio exige o pagamento de mensalidades; o nutricionista exige o pagamento de consultas e, ademais, há também os gastos com uma alimentação equilibrada rigorosamente pré-estabelecida. A alternativa para as mulheres com as quais conversei tem sido recorrer à internet onde encontram receitas e recomendações para emagrecimento de baixo custo, o que torna essa fonte a principal para encontrar informação e prescrições para os cuidados que elas vêm tendo com o seu corpo. Para Siqueira e Faria (2007), a internet tem sido, de facto, uma fonte de informação para muitas mulheres, sendo nela onde encontram uma diversidade de sugestões sobre o corpo ideal assim como os meios necessários para alcançar ideal.

Numa perspectiva mais crítica, Sergi e Cunha (2020) consideram que poder de sugestão da internet torna-a num meio de promoção de uma sociedade de consumo, induzindo as mulheres a se relacionarem com o seu corpo de acordo com as contínuas invenções de cuidados. Enquanto que, para Giddens (1991), a internet permite a proliferação dos sistemas peritos que actuam como fontes de informação relevante para que os indivíduos tomem as suas decisões no quotidiano e orientam as suas acções. É neste contexto que as mulheres AP encontram na internet uma gama de informação sugestivas relativamente aos cuidados que podem ter com o seu corpo

em vista ao seu emagrecimento, sendo com base nessa informação que elas tomam decisões quanto aos métodos que podem adoptar de acordo com as suas condições financeiras.

Se a internet é vista pelas mulheres AP como uma fonte alternativa de métodos para os cuidados do corpo porque nela encontram peritos que oferecem dicas aplicáveis ao CAP, ela também deve ser vista como uma fonte de risco para as pessoas que recorrem a essa fonte. Isto ocorre não só porque promove um consumo que não se preocupa com outra coisa que não seja a promoção do próprio consumo (Sergi e Cunha, 2020) mas também porque alguns dos peritos possíveis de serem encontrados na internet não são profissionais das áreas em que procuram oferecer e disponibilizar as suas sugestões, pelo que, desconhecem os riscos e efeitos colaterais associados aos métodos que sugerem (Bastos, Ribeiro e Lisboa 2015; L. Santos 2007).

A possibilidade de encontrar peritos não profissionais na área de cuidados com o corpo, especialmente em nutricionismo, abre espaço para que as mulheres AP que recorrem à internet possam sujeitar-se à adopção de métodos de cuidados do corpo cujos efeitos não são totalmente conhecidos, o que pode gerar mais problema que soluções para o seu corpo e fazer com que, como afirma, elas estejam a violentar o seu corpo a medida que elas mesmas são também vítimas de uma violência simbólica. Num estudo realizado por Bastos et al. (2015), em que se questionavam sobre o carácter milagroso ou perigoso das dietas milagrosas aprendidas, dentre outras fontes da internet, mostrou-se que muitas das prescrições alimentares, por imporem inibições não cientificamente fundamentadas, geram riscos e consequências negativas para o corpo e organismo das mulheres, destacando-se doenças como anemia, diabetes, osteoporose e até perda momentânea de movimentos dos membros.

Durante as conversas com as mulheres AP, pude perceber que a forma como elas falam da busca, selecção e adopção de métodos de cuidados do corpo revela a existência de um outro factor para além das restrições financeiras para o recurso a internet como fonte de métodos de orientação alimentar. Notei uma certa ansiedade e imediatismo no alcance dos resultados que esperam obter com os métodos que estão a usar nos seus cuidados, no sentido de perderem peso rapidamente. Tina afirma que “... Às vezes, me bate uma ansiedade...”, mas mais expressiva é a asserção da Dina a dizer ser “...Uma angústia quando, por motivo maior, eu não posso ir ao ginásio, é uma dor no coração que não sei como te explicar, me cria uma ansiedade...” e continuando afirma que “...A igreja ajudou-me a controlar a minha ansiedade...”.

A ansiedade na busca pelo corpo ideal, gerada pela pressão social e autopressão, junta-se ao medo de não alcançar os resultados desejados a curto prazo, mesmo reconhece que, de certo modo, os métodos em uso estão a gerar seus efeitos. Ansiedade e medo são experiências traumáticas vivenciadas pelas mulheres AP que contribuem para que procurem, dentro das suas possibilidades financeiras e disponibilidade de tempo, adoptar todos os métodos de cuidados do corpo possíveis, sujeitando seu corpo uma forma de tratamento, por vezes, desgastantes e difíceis de suportar para elas mesmas. Existe, assim, um desejo partilhado entre as mulheres de obter os resultados que desejam o mais rapidamente possível, então, a combinação dos métodos aparece como uma via apropriada para satisfazer esse desejo.

Uma ideia reducionista pode sugerir que o corpo, sendo produto da cultura, responderia positivamente aos métodos de cuidados do corpo. Mesmo se eu suspender a ideia do não profissionalismo dos peritos da internet quanto aos efeitos positivos dos métodos que eles prescrevem, não posso considerar uma linearidade entre estímulo-efeito, pois o corpo, como venho defendendo ao longo deste trabalho, é, ao mesmo tempo, objecto e sujeito. Seguindo a linha teórica de Csoardas (1990) e Jackson (1989), consigo constatar que o CAP das mulheres com as quais interagi lidam de diferentes formas com os métodos de cuidados aos quais são submetidos, revelando uma miscelânea de indiferença, efeitos negativos e positivos.

Para algumas mulheres, a indiferença corporal manifesta-se pela falta de sinais de perda de peso não obstante o tempo de envolvimento e os métodos de cuidados do corpo adoptados. Cátia lamenta-se pela sua experiência:

*“Mas, a minha idade parece que interferir nos objectivos que pretendo que é reduzir o peso e me sentir bem comigo mesma. Hoje estou com 54 anos de idade e já a uns 9 anos (desde 2012) que venho fazendo dietas, sem resultados. Já fiz dois anos de ginásio mas não vi resultados, nem tenho visto nas caminhadas que tenho feito quatro dias na semana. Não é fácil porque o corpo chega a doer de tanto exercitar e caminhar mas não vejo resultados. Isto está a criar frustração.”* (Cátia, de 54 anos de idade e com 97kg)

É um sentimento de insatisfação que invade as mulheres AP quando se apercebem que os esforços levados a cabo durante o longo tempo de não estão a gerar os efeitos desejados, quando o corpo não reage aos métodos de cuidados adoptados, ou melhor, reage de um jeito que não é o

expectado. Depois de tantos anos de cuidados, o corpo-vivido não reflecte ao corpo-prometido pelos peritos prescritores da internet. As mulheres que assemelham-se à Cátia estão numa condição de distanciamento entre o seu corpo, na forma como o vivenciam, e o corpo que lhe foi prometido por meio dos métodos de cuidados que adoptam.

Adoptei o conceito de corpo-prometido durante a busca bibliográfica exploratória que fiz na internet nas etapas iniciais deste trabalho. Nesta empreitada, deparei-me com uma publicidade na qual estavam expostas duas imagens de uma mesma mulher: a da esquerda reflectindo o antes do tratamento, ainda AP, e outra, da direita, reflectindo o depois do tratamento, com o corpo ideal. A mesma da publicidade vinha assim: *O prometido é devido, perca peso e alcance o seu corpo ideal em curto tempo.*<sup>9</sup> Por baixo das imagens vinha um chá, associado a uma lista de alimentos a serem consumidos, como método sugerido para atingir esse resultado.

Agora que fiz referência a essa publicidade, entendo ser relevante remeter a um aspecto que não mencionei antes que não tenha sido por intermédio do depoimento de uma das mulheres com as quais conversei. As mulheres AP falam as dietas milagrosas que encontram disponíveis na internet para cuidados do corpo. A expressão “milagrosa” é, de facto, a promessa de milagres para as mulheres AP. Permitam desdobrar essa expressão. Em Rossi e Silva (2017, 6), milagre significa “Acontecimento admirável, extraordinário, e se refere a eventos que causam admiração pelo seu carácter incomum. Compreende, normalmente, um evento que altera as leis normais da natureza”. As mulheres lançam mão dos métodos sugeridos na expectativa de por meio da ocorrência de um milagre conseguirem alcançar o corpo-prometido a um ritmo fora dos padrões normais de emagrecimento. No entanto, para algumas mulheres até então ainda não foram beneficiadas por tal milagre, estando ainda distantes do corpo ideal como se ainda não tivessem iniciado com os cuidados.

A não observância dos milagres prometidos no corpo-vivido gera, nas mulheres AP, o sentimento de frustração, considerando, de um lado, o tempo de envolvimento nos cuidados com

---

<sup>9</sup> O seguinte site [https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=Dietas+recomendas+por+nao+profissionais+na+internet+pdf&sa=X&ved=2ahUKEwjI\\_sOGrKzrAhX2URUIHVM8CysQsAR6BAgKEAE&biw=1024&bih=576](https://www.google.com/search?source=univ&tbm=isch&q=Dietas+recomendas+por+nao+profissionais+na+internet+pdf&sa=X&ved=2ahUKEwjI_sOGrKzrAhX2URUIHVM8CysQsAR6BAgKEAE&biw=1024&bih=576) é um dos muitos nos quais é possível e fácil encontrar publicidades desta natureza, sugerindo uma série de métodos, especificamente dietas de emagrecimento para pessoas com diferentes condições de saúde, desde às doentes às não doentes. O curioso é que o site identifica-se como sendo de não profissionais e, no seu interior, pode-se encontrar alguns textos que reprovam alguns métodos alegando sua ineficácia ou seus riscos para a saúde.

o corpo e, do outro lado, as expectativas que tinham quando decidiram adoptar métodos de cuidado com o corpo. Esse sentimento pode ser vivido como trauma quando as mesmas mulheres vivenciam os cuidados por meio de exercícios físicos com dores no corpo. O trauma experimentado por essas mulheres manifesta-se aqui como o estado emocional de frustração prolongado durante o tempo de adopção de métodos de cuidados do corpo sem sinais de milagres corporais e como estado físico caracterizado por dores no corpo resultantes de contínuos exercícios e caminhadas.

Os efeitos negativos acima resultantes de determinados métodos de cuidados com o corpo aparecem, para outras mulheres AP, misturados com alguns resultados positivos que continuam representando eventos escassos. Ana é uma mulher cujo depoimento reflecte essa experiência:

*“Algumas actividades de força e resistência me deixam cansada muito mais rápido. De resto faço um pouco de tudo. Com certeza não é de livre vontade. Eu gosto de comer, comer é bom. Mas tive que parar de comer o que gostava. Tem sido difícil não só em termos financeiros mas a vontade também confesso que não é lá grande porque só vejo sofrimento que não passa. Embora que quando me exercito depois me sinto bem comigo mesma porque vejo alguns resultados. No momento que me exercito vejo como uma maçada são dali com dores. Quando ia ao ginásio, tinha que me submeter a exercícios que me eram impostos com muito sacrifício, havendo vezes em que me aleijava. Já cheguei e torcer o dedo mas tenho que fazer para amenizar meus problemas de saúde e assim tentar diminuir essa forma.”* (Ana, de 28 anos de idade e com 82kg)

Os cuidados com o corpo exigem uma vida de sacrifícios. As mulheres AP são obrigadas a fazerem uma série de concessões para adoptar um *modus vivendi* que facilite o alcance dos resultados desejados. Os cuidados por meio de dietas – milagrosas ou não – impõem às mulheres o não consumo de determinados alimentos que antes poderiam ser do seu agrado. Elas falam que deixaram de comer fritos e outros alimentos gordurosos, de abandonar uma vida sedentária. Vasconcellos-Silva et al. (2010) entendem que os sacrifícios na autoconstrução dos indivíduos inserem-se no âmbito do comprimento do presente para a extensão do futuro enquanto uma exigência feita nas sociedades pós-modernas em benefício do usufruto de realizações futuras. Nos casos por mim estudados, os sacrifícios em abandonar práticas passadas é apenas uma face da moeda, sendo que a outra engloba obrigações a serem feitas no uso dos métodos de cuidados de corpo. É aqui onde se manifestam a violência e traumas por elas vivenciados.

As mulheres estão sujeitas à violência psicológica no seio dos seus relacionamentos de namoro perpetuada pelos seus parceiros à medida que são reprovadas por causa do seu corpo e obrigadas a procurar e a submeter-se a métodos de cuidados cuja aplicação implica serem obrigadas a viverem de sacrifícios realizados para cumprir a dieta alimentar de acordo com os peritos da internet, bem como para adequarem-se aos exercícios físicos no ginásio In Motion. Mais especificamente, posso falar, recorrendo à sugestão de autores como Krug et al. (2002) citados por Coelho, Silva e Lindner (2014), de violência entre parceiros íntimos para me referir a:

(...) Todo e qualquer comportamento de violência cometida tanto na unidade doméstica como em qualquer relação íntima de afecto, independentemente de coabitação, e compreende as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e o comportamento controlador (Brasil 2006; Krug et al. 2002 citado por Coelho, Silva e Lindner 2014, 22).

Neste sentido, consigo identificar que nas suas relações íntimas, as mulheres AP são vítimas da violência entre parceiros íntimos psicológica que, de acordo com Coelho, Silva e Lindner (2014), pode manifestar-se por meio de actos de insulto, humilhação, e ainda, como afirma Brasil (2005 citado por *ibidem*), de críticas por meio de ironias e piadas, ofensas e menosprezo ao corpo. Uma vez no ginásio, a violência psicológica cede lugar à violência simbólica, na medida em que as mulheres AP são sujeitas coercivamente a um conjunto de regras institucionalizadas nessa instituição como necessárias para cuidar do seu corpo, sendo que elas aceitam-nas e sentem a necessidade de cumpri-las não obstante os esforços físicos e mentais investidos e efeitos resultantes.

Entre a espada e a parede é, para mim, uma expressão apropriada para interpretar a situação violenta e constrangedora em que as mulheres AP se encontram por estarem sujeitas a uma dupla violência. De um lado, está a espada, que representa a violência psicológica entre parceiros íntimos e, do outro lado, a parede, representando a violência simbólica perpetuada pelo *personal trainer* no ginásio In Motion no âmbito dos exercícios físicos exigidos para a perda de peso. Ao procurar escapar da violência da espada, as mulheres AP deparam-se com a violência da parede e vice-versa, ou melhor, ao fugirem da parede, a espada criará os ferimentos.

O corpo da mulher não se deixa apenas determinar (Csoardas 1990; Jackson 1989), assim como a mulher não se deixa apenas manipular pacificamente (Scavone 2010) ambos são e podem actuar como sujeito, descobrindo espaços para a sua autoconstrução de forma autónoma e em oposição

ao que lhes é imposto pela estrutura. É a interpretação que faço ao constatar, em conversa com uma das mulheres (Tina) que se encontrava entre a espada e a parede, por se encontrar numa situação limite imposta pela relação íntima e exercícios físicos no ginásio, a via alternativa encontrada foi abandonar o relacionamento íntimo e adoptar novas modalidades de lidar com o ginásio para encontrar espaço de ser a mulher que era na altura. Ela afirma “*A relação desgastou-se...eu não sou essa mulher gorda e feia que ele queria que eu acreditasse que era. Depois de a relação terminar, procurei cuidar-me não com o rigor por ter um namorado insatisfeito comigo mas por gostar dos resultados.*”

O sofrimento contínuo, o sacrifício e as dores no corpo intermináveis são apenas alguns dos eventos traumáticos sofridos pelas mulheres AP durante os cuidados com o corpo em função dos métodos que adoptaram para esse fim. Alguns desses traumas são mais leves em comparação com os outros, sendo mais fáceis de suportar e deixando marcas passageiras na vida das mulheres AP que os sofrem. Outros, pelo contrário, são mais profundos e marcantes, pelo que, são arrastados durante um longo período ou para toda a vida. É-me possível demonstrar as diferenças de traumas vividos atentando para a trajectória da Dina, expressa nos seguintes termos:

*“No início não foi nada fácil, eu não estava acostumada, meu corpo não estava acostumado mas o meu namorado me obrigava mesmo sem querer. Eu perdi meu bebê por não parar de ir ao ginásio como a médica tinha orientado, tive um aborto espontâneo por causa dos exercícios pesados que tinha de fazer e isso mexeu profundamente comigo, sofri muito, com a minha relação, que terminou. Até hoje, dói só de recordar. Ir a igreja me ajudou a ter calma, a me encontrar e aceitar com meus defeitos. Mas, hoje eu já não sei viver sem ir ao ginásio. Posso ficar sem minhas dietas mas não sem meus exercícios, minhas aulas de dança. Faço com muito prazer embora, às vezes, saia com intensas dores do ginásio.”* (Dina, de 35 anos de idade e com 85kg)

A violência e os traumas aparecem no quotidiano dos cuidados do corpo das mulheres AP, por vezes, de forma encrustada, podendo estar, não raramente relacionado. Já tinha mostrado antes que no ginásio as mulheres estão sujeitas à violência exercida com o seu consentimento, considerando o contexto institucional em que se encontram e a não intencionalidade de quem orienta-as na realização dos exercícios aos quais são submetidas. É natureza da violência

simbólica ocorrer com consentimento das suas vítimas, na medida em que, afirma Bourdieu (2012), baseia-se em acordos não conscientes entre estruturais objectivas e estruturais mentais.

No entanto, a violência ocorrida no ginásio tem uma particularidade: a não intencionalidade. Considero não ser intenção do *personal trainer* causar efeitos negativos, no ele actua como um agente da violência simbólica contra a mulher AP que pratica exercícios no ginásio não apenas porque reproduz uma instância institucional, que por sua natureza, afirma Foucault (2004) demarca discurso, regras, normas, morais, mas também, como defende Rosário (2011)<sup>10</sup>, o treino possui uma intenção ou desejo de destruição. No ginásio In Motin o que ocorre é a realização de exercícios físicos com a intenção de destruir o CAP para a construção de um novo corpo, o CPN. É o desejo de produzir este novo corpo que faz com que se viole a mulher AP para que o CAP ceda lugar ao CPN.

Veja-se que a busca pela destruição do CAP no ginásio foi tão violenta ao ponto de provocar, no caso da Dina, o aborto espontâneo. Para reforçar o meu argumento em torno da violência, retomo as considerações críticas de Ramagnoli e Rena (2011) em torno do conceito de violência reducionista, que destaca a questão da intencionalidade para que um acto seja considerado uma violência (ex: Coelho, Silva e Lindner 2014). Um acto por não ser intencional mas ser uma violência dependendo do contexto onde ocorre e da sua intensidade no seu efeito (Ramagnoli e Rena 2011). Já me referi ao contexto institucional que é o ginásio, para completar, refiro-me aqui ao aborto espontâneo como um impacto de maior intensidade que um acto de discriminação.

A gravidade do trauma resultante do aborto espontâneo que, por sua vez, resultou de uma violência sofrida, reforça o meu argumento da maior intensidade da violência praticada no ginásio. Dina é uma mulher AP que reconhece que até hoje – momento em que realizei o trabalho de campo deste estudo – sofre com o aborto pelo qual passou, isto é, com a perda do seu bebé. Vivenciei e partilhei este sentimento no momento em que conversava com ela, pois as suas palavras eram acompanhadas de soluções, momentos de pausa e com um semblante que revela o estado emocional que se apoderava dela quando se recorda desse evento na trajetória dos

---

<sup>10</sup> Esta finalidade de destruição, da qual me socorro neste trabalho, Rosário (2011) encontra na perspectiva de violência de Costa (1984), que aborda o conceito como um acto próprio do homem que se manifesta por via agressiva para fins destrutivos. Entretanto, neste trabalho apenas considero apenas a finalidade como dimensão da violência e não o meio (agressividade). Embora alguns exercícios físicos possam conter em si um certo grau de agressividade, não considero apropriado assumir como sua natureza, pois existem exercícios mais leves que não se expressam agressivamente.

cuidados com seu corpo. Estas emoções tornavam-se mais intensas à medida que associava a perda à violência psicológica entre parceiros íntimos que sofria no relacionamento no qual estava envolvido, que veio posteriormente a se dissolver.

Os traumas sofridos também variam quanto a sua extensão, intensidade e gravidade (C. Viera 2011). Considero o estado emocional resultante do aborto espontâneo um trauma de extensão longa, grande intensidade e profunda gravidade<sup>11</sup>, diferente do corpo dolorido resultante dos exercícios realizados no ginásio como um trauma que as mulheres AP também sofrem cuja extensão é curta, pouca intensidade e gravidade pouco profunda. Esta diferença é importante para compreender as trajetórias das mulheres AP nos cuidados do corpo, pois é pela possibilidade e capacidade de suportar este último trauma que continuam a frequentar o ginásio, ou melhor, para recorrer às palavras de uma das mulheres, que foi possível atingir um nível em que “...já não sei viver sem ir para o ginásio...”, isto é, dependência dos exercícios físicos.

## **7.2. Vontade de desistir e dever de continuar**

No estágio actual de cuidados com o corpo, a continuidade das mulheres nesse empreendimento tornou-se uma realidade mais complexa ainda, que está relacionada com uma diversidade de factores tanto quanto ao seu estado motivacional. É um desejo transversal às mulheres a luta pela sua aceitação social e pelo alcance do corpo ideal, diferindo em termos da predominância de padrões de saúde ou estéticas. Cátia diz que os resultados, embora tardam, motivam-na na busca pelo corpo com saúde, para gozar do seu bem-estar; Ana afirma que a busca pela saúde lhe preocupa mas também pretende ter uma relação íntima com alguém, deixar de ser apontada o dedo na rua por ser diferente (gorda), que já pensou em desistir de tudo mas ao pensar no que já passou e nos benefícios por alcançar, assume serem necessárias a vontade e a perseverança; para

---

<sup>11</sup> A profunda gravidade do aborto espontâneo resulta do risco que constitui para a saúde da mulher abortante durante e após a sua realização. Carvalho (2009) firma que muitas das complicações à saúde que as mulheres abortantes têm ocorrem e são descobertas após a sua ocorrência, isto é, no pós-aborto, o que exige uma intervenção de um profissional de saúde imediatamente, com o risco de, em casos, extremos, ocorrer e perda da vida.

Dina, a busca pelo corpo ideal do qual já possui alguns atributos é sua motivação para continuar com foco, determinação, força de vontade e persistência. A barriga é actualmente um principal impedimento para o alcance do seu corpo belo; No caso da Tina, o que “... *motiva é voltar a ter meu corpão*” com o qual não enfrentava problemas de cansaço.

A violência e os traumas são experiências vivenciadas quotidianamente pelas mulheres no âmbito do investimento que fazem na adopção combinada de diferentes métodos de cuidados com o corpo, o que exige que tenham uma vida de sacrifícios a tal ponto que pensem em desistir de tudo. Não obstante esse desejo de abandonar os cuidados com o corpo, de desistir de lutar pelo emagrecimento, existem factores motivadores que apesar de não obliterarem essa vontade de desistência das mulheres AP, concorrem para que elas continuem com os cuidados e enfrentem as exigências que lhes são feitas.

Dentro do referencial fenomenológico, mas desta vez pedindo de empréstimo os conceitos de “motivo porque”<sup>12</sup> e “motivo para”<sup>13</sup> propostos por Schutz (1979), posso interpretar melhor os motivos que levam as mulheres AP persistirem e perseverarem nos cuidados do corpo. De um lado, o primeiro conceito permite-me afirmar que as mulheres AP continuam com os cuidados com o corpo apesar do sofrimento e sacrifício motivadas pelas experiências que tiveram no seio das relações de amizade, intra-escolares, com os médicos consultados. Recordo que elas já tinham sido alvos de exclusão social, adjectivos depreciativos, chamadas de atenção, instigadas a ter medo da morte. Ao olhar para trás, as mulheres encontram todos esses eventos, sentidos com violência e trauma, e não se vêm a reincidir ao mesmo, pelo que, prosseguir é assumido como um imperativo.

Do outro lado, o conceito de “motivo para” abre espaço para identificar o possuir corpo ideal como uma experiência futura que motiva as mulheres AP a continuarem com os cuidados com o seu corpo, não obstante a vontade que têm de desistir. Sob este prisma, seria fácil cair na ideia segundo a qual as mulheres AP procedem de acordo com o agir racional-com-respeito-a-fins, seleccionando os meios em função dos fins que perseguem se não fosse o facto de delas terem afirmados que lançam mão de todos e quaisquer métodos que encontram disponíveis nos *sites* da

---

<sup>12</sup>Schutz (1979) define “motivo porque” que factores passados que influenciam as acções presentes, ou melhor, quando o indivíduo age de uma determinada forma no presente condicionado por experiências passadas.

<sup>13</sup>O “motivo para” ocorre, continua Schutz (1979), quando factores futuros influenciam acções presentes, ou por outra, quando o indivíduo age de uma determinada forma no presente em função do busca alcançar no futuro.

internet para os cuidados do corpo. Ainda assim, posso afirmar que elas avaliam os métodos de cuidados com o corpo com base na sua eficácia, tendo em conta os resultados que vão alcançando progressivamente rumo ao resultado final: corpo ideal.

O medo e o desejo, que repulsam as mulheres AP de um passado – embora ainda presente – indesejado e atraem-nas para um futuro expectante – vivido, percebido e sentido aos poucos, respectivamente, são factores característicos das sociedades pós-modernas, actuando como estruturantes do comportamento social. Acerca do medo, Darwin (2011), recorrendo ao conceito de “heurística do medo” de Hans Jonas, afirma que é um elemento constituinte das sociedades modernas, levando os indivíduos a agarrarem-se a uma realidade em detrimento do seu contrário. Quanto ao desejo, Vasconcellos-Silva et al. (2010) apontam que emerge, na actualidade, como produto do consumismo, sendo ao mesmo tempo seu meio para levar os indivíduos a buscarem vertiginosamente e ansiosamente satisfazer necessidades criadas por promessa de um futuro cada vez melhor que o presente. Nos cuidados com o corpo o consumismo dá-se pela procura e consumo em larga escala de produtos prescritos por *experts* mediáticos.

O medo e o desejo cruzam-se e relacionam-se na vida das mulheres. Afirma-se que “O medo antecede o ódio, e os discursos se encarregam de estruturar essa transformação de medo em ódio.” (Darwin 2011, 65) Assumo heurísticamente essa passagem para atentar para os casos das mulheres AP com as quais conversei e afirmar que o seu medo antecede o seu desejo, sendo que os discursos mediatizados pela internet se encarregam de estruturar a transformação do medo em desejo e, conseqüentemente, traduzir em práticas quotidianas de busca pelo alcance do desejado.

Por causa do medo de morrer ou de ser rejeitada no seio das relações sociais, as mulheres AP vivem angustiadas quando se apercebem que os métodos não estão a gerar os resultados prometidos e esperados. Devido ao desejo de perder peso ou ser aceite socialmente, a angústia resulta do facto de os resultados que se buscam alcançar demorarem se tornar visíveis, sentindo-se distantes do ideal de corpo que buscam alcançar não obstante o investimento que continuam a fazer. Trata-se, como mostrei ao longo toda a exposição acima, de uma busca caracterizada por violências psicológica e simbólica e por traumas físicos, sentimentais e emocionais.

### ***Capítulo VIII. Conclusões***

Com base nos resultados deste estudo, concluo que as mulheres com o corpo acima do peso, mesmo que não partilhem todas as percepções com as quais se deparam no meio social, continuam sujeitas a construções e interpretações que as reduzem à posição de desajustadas fisicamente, inadequadas esteticamente, problemáticas sanitariamente. Essas características atribuídas às mulheres com o corpo acima do peso fazem com que seja consideradas socialmente desviantes em relação aos padrões físicos, estéticos e de saúde objectivados na sociedade como ideais e desejáveis para todas as mulheres que tencionam ser aceites.

As mulheres acima do peso atravessam trajectórias sociais e corporais caracterizadas por interacções sociais em que são alvos de discursos que as conduzem ao medo e desespero decorrentes da ameaça de morte pela sua condição corporal encontrando na religião um refúgio

para aliviar esse sentimento. Os mesmos discursos são responsáveis por elas buscarem diferentes métodos de cuidado do corpo simultaneamente na tentativa de alcançar o corpo ideal, o que as livraria da discriminação, reprovação e exclusão que sofrem diariamente. No contacto, na interiorização e materialização de uma parte desses discursos as mulheres experimentam as violências simbólica e psicológicas e os traumas físicos e emocionais. Para chegar a essas conclusões, foi preciso fazer um percurso que foi da realidade à teoria e da teoria à realidade.

Quando decidi assumir o corpo AP como o objecto de estudo da minha pesquisa, logo deparei-me com uma constatação que representou um choque e, ao mesmo tempo, uma surpresa bastante interessante: o corpo que eu elegi para estudar era apenas uma parte do corpo que viria a estudar durante o meu empreendimento investigativo. A dimensão física e biológica do corpo, naturalizada e medicalizada pelo saber médico, não passa, então, de uma dimensão do corpo-vivido das mulheres que se consideram AP, devendo ser analisada em complementa por outras dimensões: da percepção, a simbólica, a sensitiva.

Não se trata de uma percepção simplesmente enquanto imagem que os indivíduos possuem sobre a realidade que os rodeia e sobre si mesmo mas, pelo contrário, da percepção vivida, sentida enquanto espaço privilegiado para compreender as experiências dos indivíduos na sua interacção com o mundo, com os outros e consigo mesmos. Foi neste sentido que pude captar o CAP das mulheres AP, incidindo sobre as suas percepções quanto à forma como os outros as percebem (heteropercepção), como elas percebem a si mesmas (autopercepção) e como vivenciam essas construções.

As mulheres AP inserem-se numa rede de relacionamentos que se interligam entre si por meio da partilha de percepções do corpo que levam a considerar o CAP a partir de sinais objectivos como barrigas, roupas largas, traduzindo essas percepções como quadro de referência para a formulação de juízos, imposição de exigências corporais e adopção de formas de tratamento que levam as mulheres ao isolamento, a alimentar o sentimento de medo. De facto, Braga (2005) afirmou que a mulher interage como uma estrutura social em que já se encontram objectivadas as representações sociais que definem e impõem imagens corporais assumidas como ideais e, dessarte, desejáveis.

As heteropercepções desempenham um papel relevante na autoconstrução das mulheres como AP. No entanto, as experiências que têm com o seu corpo contribuem significativamente para esse processo por meio de dores nas articulações, dificuldades de locomoção, dificuldades em seleccionar roupa para vestir. Ainda assim, nesse encontro de percepções e reacções, elas reclamam para si o direito de agir como sujeito, de autoconstruir-se, de adoptar modelos corporais próprios. Desta forma, na preocupação a sua condição corporal, as mulheres não se sujeitam inteiramente às exigências que lhe são feitas, respondem também aos sinais revelados pelo seu corpo, sendo por meios destas que aquelas são também atendidas.

A ameaça de morte, a perda de beleza, adjectivos depreciativos, e a exclusão, representam formas de violência psicológica que as mulheres AP sofrem à medida que recusam o seu direito de fazer o uso autónomo do seu corpo, levando-as a vivenciar traumas emocionais. Então, é nas vivências pré-cuidados do corpo que as mulheres começam a ter experiências de violência e traumas vinculadas ao corpo.

A adesão aos métodos de cuidados com o corpo é uma resposta tanto à pressão que se sofre na sociedade para o emagrecimento, um meio de minimizar ou combater os efeitos físicos, de saúde, estéticos, emocionais e sociais negativos que o CAP está a gerar. Aqui os dados mostram que as mulheres têm medo de voltar a ter a experiências traumáticas que já tiveram nos vários espaços de interacção em que foram alvos de reprovação. Mostrei com referência a Darwin (2011), que o medo é um factor catalisador nas sociedades modernas para que os indivíduos se agarrem a determinadas realidades em busca de conforto. A disposição para aderir a qualquer medo que promete emagrecimento certo é uma das atitudes para responder ao medo.

A violência e trauma acompanham a trajectória das mulheres AP até ao recurso e aplicação de diferentes métodos para o emagrecimento, tendo a internet como a sua principal fonte de informação e prescrições. O seguimento de receitas milagrosas e os exercícios físicos nos ginásios representam apenas algumas das formas de violência simbólica sofridas pela mulher. Essa violência ocorre a medida que se sujeitas a discursos, regras, normais morais, que negam a sua subjectividade (Foucault 2004; Bourdieu 2012).

No âmbito dos cuidados do corpo para o alcance do corpo ideal, as mulheres sujeitam-se a uma série de sacrifícios geradores de traumas físicos e emocionais à medida que inconscientemente

aderem e se submetem à lógica do consumismo das sociedades contemporâneas. No seu percurso, os factores que motivam os cuidados do corpo tornam-se cada vez mais complexos, estando ligados ao seu passado (o que querem evitar), presente (o que estão a viver) e futuro (o que procuram alcançar). É neste sentido que mesmo sendo uma vida de sacrifícios, de risco, incertezas, decepções, alegrias, as mulheres AP se sentem motivadas a continuar com os cuidados do corpo.

Em fim, num trajecto de traumas e violências as mulheres AP se revelam possuidoras de um *subject body* cuja manifestação quotidiana ocorre entre imposições, exigências e pressões, de um lado, e entre formas peculiares de subjectivação, sendo que os cuidados do corpo iniciados no sentido de fugir escapar a violência e traumas transformam-se em formas peculiares de corporeidade traduzindo-se em maneiras de demonstrar saúde, beleza e até mesmo satisfazer uma necessidade sentida de praticar exercícios.

## **Referências bibliográficas**

Almeida, Miguel V. 2004. O corpo na teoria antropológica. *Revista de Comunicação e Linguagens*. (33), [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1884397/mod\\_resource/content/1/o-corpo-na-teoria-antropologica.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1884397/mod_resource/content/1/o-corpo-na-teoria-antropologica.pdf). (acessado Fevereiro 8, 2019).

Bachelard, Gaston. 1996. *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.

Baptista, Júlia G. B. & Thais Maria N. G. 2016. *A medicalização do corpo da mulher enquanto violência de género*. 4 Seminário internacional da educação e sexualidade, 2º Encontro Internacional de Estudos de Género.

[http://www.gepsexualidades.com.br/resources/anais/6/1467408897\\_ARQUIVO\\_Amedicalizacao\\_docorpodamulherenquantoviolenciadegenero.pdf](http://www.gepsexualidades.com.br/resources/anais/6/1467408897_ARQUIVO_Amedicalizacao_docorpodamulherenquantoviolenciadegenero.pdf). (acessado Maio 22, 2019).

Bastos, Joyce., Stefany Ribeiro, & Aline Lisboa. 2015. Milagrosas ou perigosas? Os riscos causados pela desinformação sobre dietas. *Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*. <https://www.portalintercom.org.br/anais/nordeste2015/expocom/EX47-2078-1.pdf>. (acessado Maio 22, 2019).

Bourdeiu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon, & Jean-Claude Passeron. 1999. *Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia*. Petrópolis: Vozes.

Bourdieu, Pierre. 1999. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Bourdieu, Pierre. 2012. *Sur l'État. Cours au Collège de France (1989-1992)*. Paris: Raisons d'Agir/Seuil.

Carvalho, Simone Mendes. 2009. *Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica*. (Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro).

Casagrande, Clede Antonio. 2016. Interacionismo simbólico, formação do self e educação: uma aproximação ao pensamento de G. H. Mead. *Educação e Filosofia*, <http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/24821>. (Acessado Agosto 12, 2020).

Castro, Ana Lúcia. 2011. Saúde e estética: a medicalização da beleza. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov.* <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/765/1407>. (acessado Agosto 12, 2020).

Coelho, Elza B. S., Anne Caroline L. G. S., & Sheila Rubia L.. 2014. *Violência: definições e tipologias*. Florianópolis: UFSC.

Comparin, Karen A., & Jacó Fernando S. 2004. O corpo: uma visão da antropologia e da fenomenologia. *Revista Faz Ciência*. <http://e-revista.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/7407/5471>. (acessado Setembro 13, 2019).

Costa, Domingos Barroso. 2011. A barbárie inconsciente: anomia, perversão e violência na sociedade de consumo. In *Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica*, org. Ângela Buciano do Rosário, Fuad Kyrillos Neto & Jacqueline de Oliveira Moreira, 69-83. Barbacena, MG: EdUEMG.

Costa, Tonia, Eduardo Navarro S., Danielle Grynszpan, & Maria do Carmo Borges S. (2006). Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.10 <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>. (acessado Setembro 13, 2019)

Csordas, Thomas J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, (1). <https://maint.onlinelibrary.wiley.com/>. (acessado Agosto 12, 2019).

Curci, Katia A., Maria Inês P. S., Maria Tereza M. P., & Silva, R. C. L. 2017. *Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Drawin, Carlos Roberto. 2011. O paradoxo antropológico da violência. In *Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica*, org. Ângela Buciano do Rosário, Fuad Kyrillos Neto & Jacqueline de Oliveira Moreira, 12-32. Barbacena, MG: EdUEMG.

Fassheber, José Ronaldo. 2001. Antropologia do corpo: reflexões sobre a diversidade corporal dos Xamãs. *Revista Conexões*. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8638040/5727>. (acesso Setembro 19, 2019).

Foucault, Michel. 2008. *A arqueologia do saber*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, Michel. 2004. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 29ª ed. Petrópolis: Vozes

Foucault, Michel. 1984. *Microfísica do poder*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Gerais.

Gadamer, Hans-Georg. ([1960] 2003). *Truth and method*. Nova York: Continuum.

Gerhardt, Tatiana E., & Denise Tolfa S. 2009. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

- Gil, António Carlos. 2008. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Gilbert, Ana C. B., Maria Helena C. A. C., & Susana Maciel W. 2005. Mulher, medicina e tecnologia nos discursos de residentes em Obstetrícia/Ginecologia. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n5/941-950/>. (acessado Agosto 19, 2019).
- Goffman, Erving. 1982. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Gonçalves, Azevedo Gonçalves. 2004. O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre a obesidade e género. *Mnem-revista de humanidades*. Disponível em [www.cerescaico.ufrn.br/mneme](http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme). (acesso Agosto 24, 2019).
- Gualda, Dulce M. R., Neide de S. Praça, Miriam A. B. Merighi, Luiza A. K. Hoga, Roselena B. Bergamasco, Natália R. Salim, Fabiana de S. Orlandi, & Sebastião Caldeira. 2009. O corpo e a saúde da mulher. *Rev. esc. Enferm.* [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en\\_a30v43s2.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a30v43s2.pdf). (acessado Agosto 24, 2019).
- Heilborn, Maria Luiza. 2002. Fronteiras simbólicas: género, corpo e sexualidade. *Cadernos Cópia*. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/341846/mod\\_resource/content/2/Heilborn%20-%20genero%2C%20corpo%20e%20sexualidade%20pdf.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/341846/mod_resource/content/2/Heilborn%20-%20genero%2C%20corpo%20e%20sexualidade%20pdf.pdf). (acesso Setembro 12, 2020).
- Jackson, Michel. 1981. Knowledge of the Body. *Man (N.S.)*. <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/knowledge-of-the-body-3>. (Acessado Setembro 19, 2019).
- Leal, Virginia C. L. V., Ana M. F. Catrib, Rosendo F. de Amorim, & Miguel Â. Montagner. 2010. O corpo, a cirurgia estética e a saúde colectiva: um estudo de casos. *Ciência & Saúde Coletiva*, (1), [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100013](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100013). (acesso Setembro 19, 2019)
- Lorenzetti, Jorge, Letícia de L. TrindadeI, Denise E. P. de Pires, & Flávia R. S. Ramos. 2012. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, (2). [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000200023](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200023). (acesso Agosto 12, 2020).

Magalhães, J. L. Quadros, & Tatiana R. Souza. 2011. Violência de modernidade. In *Faces da violência na contemporaneidade; sociedade e clínica*, org. Ângela B. do Rosário, Fuad K. Neto, & Jacqueline de O. Moreira, 54-68. Barbacena, MG : EdUEMG.

Maluf, Sônia Weidner. 2001. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. *Esboços*. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/563/9837> (acesso Setembro 19, 2019).

Marcuzzo, Miquela, Santiago PICH, & Maria G. Dittrich. 2011. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000041>. (acesso Setembro 19, 2019).

Mattos, Rafael da Silva. 2012. *Sobrevivendo ao estigma da gordura*. São Paulo: Vetor.

Merleau-Ponty, Maurice. 1994. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

Minayo, M. C. Souza. 2001. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*, org. Petrópolis: Vozes.

Neto, Aramis A. Lopes. 2005. Bullying – comportamento entre estudantes. *Jornal Pediatra*, (5). <https://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06.pdf>. (acessado Agosto 12, 2020).

Nonino-Borges, Carla B., Ricardo M. Borges, & José E. Santos. 2006. Tratamento clínico da obesidade. *Medicina*, (2). <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p246-252>. (acesso Agosto 12, 2019).

Oliveira, Roberto Cardoso. 2000. *O trabalho do antropólogo*. 2ª ed. Brasília: Paralelo, São Paulo: UNESP.

Oliveira, Rodrigo Tôrres. 2011. Emergência do psíquico: notas sobre a violência do traumático, da linguagem e a paranóia. In *Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica*, org. Ângela Buciano do Rosário, Fuad Kyrillos Neto, & Jacqueline de Oliveira Moreira, 84-102. Barbacena, MG: EdUEMG.

Padez, Cristina. 1999-2000. Uma perspectiva antropológica da obesidade. *CIAS - Centro de Investigação em Antropologia e Saúde*. <https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/bitstream/10316.2/41245/1/Uma%20perspectiva%20antropologica%20da%20obesidade.pdf>. (acesso 14 Agosto, 2019).

Pereira, Alexandre Branco. 2018. O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. *REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum*, (8). <https://www.scielo.br/pdf/remhu/v26n53/2237-9843-remhu-26-53-079.pdf>. (acessado Setembro 20, 2019).

Pereira, L. R. B. 2010. A visibilidade da violência e a violência da invisibilidade sobre o negro no Brasil. In *A violência na sociedade contemporânea*, org. M. G. B. Almeida, 89-98. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Piaget, Jean. 1977. *O julgamento moral na criança*. São Paulo: Mestre Jou.

Pires, Maria da Conceição. 2019. Mulheres desregradas: autorretratos e o corpo grotescos cartuns de Chiquinha. *Topoi*, (20). <https://www.scielo.br/pdf/topoi/v20n41/2237-101X-topoi-20-41-0302.pdf>. (acessado Setembro 20, 2019).

Rezende, Claudia Barreiros. 2012. Emoção, corpo e moral em grupos de gestante. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, (11). <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/ClaudiaRezDos.pdf>. (acessado Setembro 12, 2019).

Richardson, Roberto Jarry. 2008. *Pesquisa Social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.

Romagnoli, Roberta Carvalho, & Rena, Ana Cláudia C. B. 2011. Violência nas relações familiares à luz das ideias de Hanna Arendt. In *Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica*, org. Ângela Buciano do Rosário, Fuad Kyrillos Neto, & Jacqueline de Oliveira Moreira, 43-52. Barbacena, MG: EdUEMG.

Rossi, Alexandre Solano, & Silva, Valmor. 2017. *Milagres na Bíblia*, org. São Paulo: Paulus.

Sales, R. Mnaqueira, Marilyn K. Nations, Maxmiria H. Batista, Ana M. F. Catrib, Virginia C. L. V. Leal, & Michelli C. de C. Barboza. 2016. Re-imaginação de corpo e alma: promoção da saúde de mulheres obesas mórbidas e o desenvolvimento de tecnologias leves. In: *Tecnologias em*

saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado, org. Zélia M. de S. A. Santos, Mirna A. Frota, & Aline B. T. Martins, 144-169. Fortaleza – CE: EdUECE.

Santos, L. A. da Silva. 2007. Os programas de emagrecimento na internet: um estudo exploratório. *PHYSIS: Rev. Saúde Colectiva*, (2). <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a09.pdf>. (acesso Agosto 12, 2020).

Santos, F. C. dos Santos. 2014. Antropologia médica, do corpo à corporeidade. *Scire Salutis*. (4). <https://doi.org/10.6008/SPC2236-9600.2014.001.0004>. (acesso Setembro 12, 2019).

Santos, Z. M. S. A. 2016. Tecnologia em saúde – aspectos teórico-conceituais. In *Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado*, org. Z. Santos, M. A Frota, & B. T. Martins, 12-22. Fortaleza – CE: EdUECE.

Scavone, Lucila. 2010. Nosso corpo nos pertence? Discursos feministas do corpo. *Niterói*, (2). <https://doi.org/10.22409/rg.v10i2.4>. (acessado agosto 18, 2020).

Schutz, Alfred. 1979. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional. 2007. *Estratégia e plano de acção de segurança alimentar e nutricional 2008-2015*. República de Moçambique.

Sergi, M. Júlio, & Cunha, Grace. 2020. A relação entre o indivíduo pós-moderno, o consumo e a internet das coisas. *R. Tecnol. Soc.* <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/8747>. (acessado Setembro 04, 2020).

Silva, A. Camargo, & Jaqueline T. Ferreira. 2013. Gordura corporal: entre a patologização e a falência moral. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, (1). [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000100017](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100017). (acessado Setembro 13, 2019).

Silva, L. Lemos, Elza B. S. Coelho, & Sandra Noemi C. C. Caponi. 2007. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, (21). [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000100009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100009). (acesso Agosto 12, 2020).

- Siqueira, Denise da C. O., & Aline A. Faria. 2007. Corpo, saúde e beleza; representações sociais nas revistas femininas. *Comunicação, Mídia e Consumo*, (9). <http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/95/>. (Acessado Agosto 18, 2020).
- Valverde, Paulo. 1997. O corpo e a busca de lugares de perfeição: escritas missionárias da África Colonial Portuguesa, 103-60. *Etnográfica*, (1). <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/594/1/073-96-ET-I-1.pdf>. (acesso Setembro 21, 2020).
- Vasconcellos-Silva, P. Roberto., Luís D. Castiel, Marcos Bagrichevsky, & Rosane H. Griep. 2010. As novas tecnologias de informação e consumismo em saúde. *Cad. Saúde Pública*, (8). [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000800002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000800002&script=sci_arttext&tlng=pt). (acessado Outubro 23, 2020).
- Viera, Cássio André, et al. 2011. *Abordagem ao paciente politraumatizado: protocolos clínicos*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de saúde de Minas Gerais.
- Viera, Elisabeth Meloni. 1999. Parte I – História, política, conceito: a medicalização do corpo perfeito. In *Questões da saúde reprodutiva*, org. K. Giffin, K., & SG. Costa, 67-78. Rio de Janeiro: FOCRUZ.
- Viera, Elisabeth Meloni. 2012. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FOCRUZ.
- Viera, Elisabeth Meloni. 2002. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Wanderley, E. Nogueira., & Vanessa A. Ferreira. 2010. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Colectiva*, (1). [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100024](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100024). (acessado Setembro 18, 2019).
- Yin, Robert K. 2001. *Estudo de caso: planeamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.



# **Apêndices**

## *Apêndice I*

### **1. Instrumentos de recolha de dados**

#### **1.1. Guião de observação directa**

Este documento é um guião de observação directa participante, em que definimos os pontos-chave que serão objecto de observação e descrição durante o trabalho de campo etnográfico que realizaremos nos diferentes espaços em que as mulheres consideradas acima do peso submetem o seu corpo ao tratamento.

**Duração da observação:** tempo de duração dos cuidados por dia.

**Modalidade de observação:** contínua durante o tratamento por dia.

**Número de observações:** uma semana de observação para cada mulher seleccionada

#### **Aspectos por observar:**

- ✚ Local em que as mulheres submetem seu corpo ao trabalho.
- ✚ Instrumentos (tecnologias, equipamento) usados para o tratamento do corpo da mulher em cada local.
- ✚ Técnicas usadas para o tratamento do corpo da mulher.
- ✚ Processo de tratamento do corpo da mulher (*actos preparatórios, duração, orientação, realização, conclusão*).
- ✚ Características físicas das mulheres acima do peso em observação.
- ✚ Aspectos físicos sobre os quais incidem as práticas de tratamento do corpo.
- ✚ Esforços realizados pelas mulheres durante o processo de tratamento.
- ✚ Dificuldade e facilidade enfrentadas pelas mulheres durante o processo de tratamento.
- ✚ Forma de reacção das mulheres perante as práticas de tratamento do corpo.
- ✚ Sentimento manifestado pelas mulheres durante o processo de tratamento do corpo.
- ✚ Expressões das mulheres do trauma que sofrem durante o tratamento.
- ✚ Expressões das mulheres da violência que sofrem durante o tratamento.

## **1.2. Guião de entrevista**

Este documento é um guião de entrevista que tem como finalidade orientar a recolha de dados durante o trabalho de campo de realizado junto de mulheres consideradas acima do peso no âmbito da realização da dissertação como cumprimento da conclusão do mestrado em Antropologia da Saúde na Faculdade de Letras e Ciências Sociais, na Universidade Eduardo Mondlane.

A seguir, apresentamos os três principais tópicos que buscamos explorar com base no seu desdobramento em questões-chave.

### **Tópico I: Experiências entre as mulheres consideradas acima do peso em relação a violência e trauma**

1. Como é que os outros olham para o seu corpo? (*Existe alguma diferença entre os diferentes espaço onde frequenta: escola, trabalho, família, grupo de amigos, comunidade, ginásio, clínica, etc.*)
2. Que expressões os outros usam para classificar o seu corpo? Como deveria ser seu corpo na percepção deles?
3. Até que ponto tem sentido que os outros consideram que possui um corpo acima do peso? (*Como é que nota que os outros reprovam o seu corpo? Em que situações se sentiu agredida/violentada?*)
4. Como é que tem vivenciado essa reprovação? (*Como se manifesta? Que sentimentos provocam em si? Situações de sofrimento, desespero, medo? Em que espaços tem sofrido mais essa reprovação?*)
5. Como é que tem reagido diante da reprovação do seu corpo nos diferentes espaços onde frequenta diariamente?
6. Quando está isolada e sozinha em casa ou em qualquer outro espaço, como se sente em relação ao seu corpo?

### **Tópico II: Expressões relacionadas a violência e trauma vividas entre as mulheres que se consideram acima do peso**

1. Até que ponto se autopercebe como uma mulher com o corpo acima do peso? (*Em que momento teve essa autopercepção?*)
2. Que sinais corporais lhe fazem perceber que se encontra acima do peso? (*Quando apareceram esse sinais?*)
3. Como é que se manifesta o seu corpo acima do peso no seu dia-a-dia em diferentes espaço onde frequenta? (*Família, escola, trabalho, ginásio, vias públicas, etc*)
4. Que é que está impedida de fazer pelo facto de se considerar uma mulher acima do peso? (*Que aspectos do seu corpo impedem de realizar essas actividades?*)
5. Em que momento decidiu buscar tratamento para o seu corpo? (*Razão para decisão. Circunstância de decisão*)
6. Que formas de tratamento tem adoptado para o seu corpo? (*Razão para essas escolhas*)
7. Como tem sido as experiências de submeter-se a essas formas de tratamento do corpo? (*É de livre vontade? Como sente durante esse processo?*)
8. O que é que motiva a continuar com o tratamento do seu corpo? (*O que pretende alcançar?*)

### **Tópico III: Sentidos atribuídos ao corpo entre mulheres consideradas acima do peso**

1. Como é que define o corpo feminino?
2. Quais são os tipos de corpo feminino que identifica na sociedade? (*Suas características*)
3. Na sua opinião, desses tipos de corpo feminino, qual seria o corpo feminino ideal, aquele que toda a mulher gostaria ou deveria ter? (*Suas características. Onde aprendeu sobre esse corpo?*)
4. Qual é a sua situação em relação a esse corpo feminino ideal? (*Proximidade. Distância, a caminho de alcançar*)
5. No seio de outras mulheres com as quais se relaciona, como é que se interpreta esse ideal de corpo feminino?
6. Que aspectos as mulheres devem apresentar para alcançar esse ideal de corpo feminino? (*Para o seu caso, como tem procurado demonstrar*)

*Apêndice II*

**2. Termo de consentimento informado**

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE  
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS  
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Tema: Corpos que falam entre a espada e a parede: Percepção das mulheres acima do peso sobre a violência e trauma antes e durante os cuidados do corpo

Bom dia/ Boa tarde. Chamo-me.....sou estudante de mestrado em Antropologia da Saúde na Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane, e estou aqui para conversar consigo no âmbito de uma pesquisa que estou a realizar na elaboração do meu trabalho de final de curso com o tema “Corpos que falam entre a espada e a parede: Percepção das mulheres acima do peso sobre a violência e trauma antes e durante os cuidados do corpo.” Neste estudo, tenho como principal objectivo compreender as percepções das mulheres que se consideram acima do peso sobre a violência e traumas que sofrem na sua relação com outras pessoas e nos cuidados do corpo por causa do corpo que possuem.

Estou a realizar um trabalho etnográfico que consiste numa interacção directa com as mulheres que consideram acima do peso, acompanhando o dia-a-dia dos cuidados do corpo. Realizarei a recolha de dados por meio da observação directa das observações das mulheres e da entrevista semi-estruturada para conversar com essas mulheres. Espero poder conviver com cada mulher pelo menos cerca de 10 dias, acompanhando-as diariamente nos locais onde buscam os cuidados com o corpo. Durante esse acompanhamento, terei conversas com as mulheres cuja duração dependerá da necessidade de aprofundamento e descrição de aspectos que irão surgir diariamente.

A participação da senhora neste estudo é inteiramente voluntária, pelo que, não se sinta obrigada e não usarei nenhum meio para obriga-la. A senhora também não é obrigada a responder todas as perguntas que lhe forem colocadas, se quiser parar com a conversa, é livre de o fazer a qualquer momento. Toda a informação que nos fornecer será mantida em sigilo, e não terá qualquer implicação na sua vida pessoal, profissional e etc.

Não haverá nenhum benefício directo para si em participar do estudo que não de poder falar abertamente, sem nenhum impedimento ou receio, das suas experiências ligadas à relação com os outros por meio do seu corpo, aos cuidados do corpo e à violência e trauma que sofre nessas vivências. Garanto que toda a informação que for a oferecer será apenas utilizada para fins deste estudo e será tratada com devido cuidado para que outras pessoas não tenham acesso e não se

possa ficar a saber que foi a senhora quem nos facilitou. Não existe nenhum risco resultante da sua participação no estudo.

Agradeço, logo de início, a sua disponibilidade em nos atender, mesmo que não participe do estudo, mas estimai bastante se consentir, pois as suas contribuições serão de grande valor para o meu trabalho. Caso aceite participar do estudo, solicito que responda as perguntas com clareza, profundidade e sinceridade, pois essa informação é importante para compreender a realidade das mulheres que se consideram acima do peso.

Se a Senhora tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode entrar em contacto com o Conselho Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) do Ministério da Saúde pelos números fixos 21 43 08 14 e 21 42 71 31/4 ou caso necessitar de mais informações sobre o estudo, de informações futuras sobre o mesmo ou tiver alguma sugestão, pode contactar a investigadora do estudo pelo número 847382933, ou pelo correio electrónico: [doulinebrito@gmail.com](mailto:doulinebrito@gmail.com).

A Senhora gostaria de fazer alguma pergunta sobre o estudo?

SIM

NÃO

A Senhora, consente em participar da entrevista?

SIM

NÃO

Podemos iniciar a conversa?

SIM

NÃO

### **Declaração do participante**

Nome do participante

---

**Código do participante** \_\_\_\_\_

Tendo eu sido convidado a participar **no estudo:** “ \_\_\_\_\_ ”

Eu \_\_\_\_\_ declaro que:

1. Fui informado de forma satisfatória que a presente pesquisa tem por finalidade recolher informação sobre as experiências de violências e traumas vivenciadas pelas mulheres que se consideram acima do peso em Maputo;
2. Fui devidamente esclarecido da natureza da minha participação nesta pesquisa, dos riscos e benefícios que dela decorrem;
3. Compreendi que não receberei nenhuma recompensa material nem monetária por participar do estudo;
4. Fui devidamente esclarecido do direito que tenho em me retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo.
5. Compreendi também que se tiver perguntas as poderei fazer contactando a qualquer momento o \_\_\_\_\_, investigador principal neste estudo, através do telefone número: \_\_\_\_\_.
6. Ou então se tiver alguma pergunta sobre os seus direitos em tanto que participante nesta pesquisa, ou se sentir que não foi tratado de forma adequada, pode contactar a Sra. \_\_\_\_\_ do Comité \_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_).

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020