

**Dossiê: Saberes e Sabores**

**Tortura da dieta versus prazer de comer: percepções dos usuários de um ambulatório de Nutrição do Rio de Janeiro sobre dieta prescrita**

**Glucia Figueiredo Justo**

Doutora em Saúde Coletiva – UFRJ  
glucia.just@hotmail.com

**Jaqueline Teresinha Ferreira**

Doutora em Antropologia Social – EHESS  
Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ  
jaquetf@gmail.com

**RESUMO**

A presente pesquisa de cunho qualitativo foi realizada entre usuários do ambulatório de Nutrição de uma Policlínica pública na cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 2015 e 2016. O objetivo deste texto foi conhecer as percepções dos usuários sobre as questões da alimentação e seus sentidos e significados em relação à dieta prescrita. Como metodologia foram realizadas observação participante na sala de espera, grupos focais, entrevista semidiretiva e recordatório alimentar de 24 horas. Como resultados observou-se um conflito acerca dos alimentos “saudáveis” preconizados pelos nutricionistas e os preferidos pelos usuários. Nesse sentido, a dieta, essencial para compensar os desarranjos metabólicos causados pelas suas patologias, era considerada uma tortura, uma vez que excluía alimentos habitualmente consumidos.

**Palavras-chave:** Alimentação saudável; Antropologia; Dieta; Alimentação; Ciências Sociais.

## **Diet torture versus eating pleasure: perceptions of nutrition clinic users in Rio de Janeiro on prescribed diet**

---

### **ABSTRACT**

This qualitative research was carried out among users of the Nutrition outpatient clinic of a public polyclinic in the city of Rio de Janeiro between the years of 2015 and 2016. The objective of this text was to know the perceptions among users about the issues of and their meanings and meanings in relation to the prescribed diet. As a methodology, participant observation was carried out in the waiting room, focus groups, semi-directional interview and 24-hour food recall. As a result, there was a conflict about the "healthy" foods recommended by nutritionists and those preferred by users. In this sense, diet, essential to compensate for the metabolic derangements caused by its pathologies, was considered a torture since it excluded foods usually consumed.

**Keywords:** Healthy Eating; Anthropology; Diet; Food; Social Sciences.

## **Tortura de la dieta versus el placer de comer: percepciones de los usuários de una clinica de nutrición em Río de Janeiro sobre la dieta prescrita**

---

### **RESUMEN**

Esta investigación cualitativa se llevó a cabo entre usuarios de una Clínica de Nutrición Ambulatoria de un policlínico público en Río de Janeiro entre 2015 y 2016. El propósito de este texto fue conocer las percepciones de los usuarios sobre los problemas alimentarios, sus sentidos y significados en relación con la dieta prescrita. Como metodología, se realizó observación participante en la sala de espera, grupos focales, entrevista semidireccionada y recuerdo de alimentos las 24 horas. Como resultado, se observó un conflicto sobre los alimentos "saludables" recomendados por los nutricionistas y preferidos por los usuarios. En este sentido, la dieta, esencial para compensar los trastornos metabólicos causados por sus patologías, fue considerada una tortura, ya que excluía los alimentos de consumo común.

**Palabras clave:** Alimentación Sana; Antropología; Dieta; Alimentación; Ciencias Sociales.

## Introdução

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem socioantropológica realizada entre usuários do ambulatório de Nutrição de uma Policlínica pública na cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2015 e 2016, cujo objetivo foi investigar de maneira aprofundada o fenômeno social da alimentação.

Examinar o alimento a partir de outras lentes, principalmente a das ciências sociais, se fez necessário para situar esse tema dentro de outro campo e posicionar interdisciplinarmente esse conhecimento. Alimentar-se é um ato cotidiano, cujo hábito aprendemos no local em que crescemos. Assim, o que sabemos sobre comida está inserido em um corpo substantivo de materiais culturais historicamente derivados. Tanto o alimento como o ato de comer assumem uma posição central no aprendizado social por sua natureza vital e essencial, embora rotineira. O comportamento relativo à comida revela repetidamente a cultura em que cada indivíduo está inserido (MINTZ, 2001). Comer está ligado não somente à biologia humana, mas também aos processos adaptativos empregados pelos seres humanos em função de suas condições particulares de existência, variáveis no espaço e no tempo (CONTRERAS; GARCIA, 2011).

No capítulo primeiro do livro “Antropologia e Nutrição: um diálogo possível”, Ana Maria Canesqui (2005) realiza um traçado histórico sobre os estudos e pesquisas realizadas no Brasil no campo da antropologia e da alimentação. Neste itinerário, observa-se o aumento do número de estudos nas áreas qualitativas desde a década de 1980, com pesquisas que investigavam as representações de saúde e doença, abrangendo a alimentação. Na década anterior, os antropólogos pesquisaram a alimentação interessando-se pelo modo de vida das classes populares, incluindo a cultura e a ideologia. A partir da segunda metade da década de 1990, a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) promoveu discussões no Grupo de Trabalho sobre Comida e Simbolismo, que inseriram temas atuais e clássicos sobre alimentação. Temas como regionalismos culinários, comida e simbolismo, religião e cozinhas, hábitos alimentares de grupos específicos, mudança no perfil de consumo promovido pelo marketing, explosão dos *fast food* e reorganização da comensalidade na sociedade urbano-industrial foram investigados com maior frequência entre os pesquisadores (CANESQUI, 2005). Em sua obra, Canesqui (2005) também destaca outros autores, temáticas e referenciais importantes no cenário de pesquisas da alimentação e nutrição em contextos sociais e antropológicos, dentre os quais evidencia-se Roberto DaMatta (1983), que desenvolveu

diversos estudos de comunidade que sintetizaram os objetos das primeiras pesquisas antropológicas no Brasil, principalmente entre negros, brancos e indígenas.

Otávio Velho (1977), por sua vez, parte da ideia de que há uma relação entre os alimentos, a natureza e a sociedade que, antes de configurar formas de pensamento, remete às formas concretas e historicizadas. De acordo com o autor, os sistemas classificatórios agregam um conjunto de princípios ordenadores que conduzem as concepções individuais de saúde e doença nos diferentes grupos sociais e a relação entre a alimentação e o sistema biológico humano. Com isso, descarta-se o caráter de um sistema classificatório único e determinante dos hábitos alimentares (VELHO, 1977; CANESQUI, 2005).

Compreender os aspectos simbólicos que revestem a “comida” é um papel muito bem desempenhado por pesquisas antropológicas, que também investigam o modo de preparar e comer os alimentos nas sociedades humanas. A busca, a seleção, o consumo e a proibição de certos alimentos existem em todos os grupos sociais e são norteados por regras diversas, carregadas de significações. Cabe, portanto, à sociologia e à antropologia apreender a especificidade cultural dessas questões e explicá-las em cada contexto particular, pois o alimento, além de seu caráter utilitário, constitui-se em uma linguagem, códigos sociais e sistemas simbólicos (DANIEL; CRAVO, 2005).

As questões de saúde do indivíduo também impactam as dimensões simbólicas assumidas pela comida. Obesidade, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias são quadros de saúde frequentes entre moradores de regiões urbanas, como observado no Vigitel - pesquisa realizada por telefone nas 26 capitais brasileiras e Brasília no ano de 2017. A frequência média de adultos obesos em todas as 27 cidades foi de 18,9 %, já na capital fluminense foi de 20,2%. A cidade também esteve acima da média nacional em outras doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes

Os quadros de saúde citados têm como uma das condutas terapêuticas a dietoterapia, ou seja, a utilização do alimento como intervenção terapêutica. Dessa forma, o que se come faz parte do tratamento, seja para perda ou controle do peso ou para controle e redução de nutrientes que agravam o quadro de saúde. O acompanhamento com o nutricionista e a prescrição de dieta, ou plano alimentar guiado por uma “alimentação saudável”, compõem os cuidados a serem seguidos. Contudo, as mudanças nos hábitos alimentares podem ter diversos significados, uma vez que essas novas condutas alimentares podem ou não corresponder aos significados culturais do que seja comida, alimento ou alimentação saudável.

Diante do exposto, a presente pesquisa buscou conhecer as percepções sobre o alimento através das lentes sócio antropológicas, em seus sentidos e significados, entre pessoas que faziam o acompanhamento com o nutricionista do ambulatório de Nutrição da Policlínica Carioca com diagnóstico de diabetes (tipo I ou II) e/ou excesso de peso e/ou dislipidemia<sup>1</sup>. Apresento a seguir os passos metodológicos, o cenário e universo da pesquisa e os achados em relação à percepção dos usuários diante das dietas prescritas no ambulatório de nutrição.

## **Metodologia: a triangulação de dados**

A fim de conhecer a visão de mundo dos pesquisados acerca do objeto de estudo foram propostas estratégias metodológicas para a minha inserção no campo de pesquisa. Primeiramente, realizei um período de adaptação no campo de estudo, o que foi chamado de “Fase exploratória”. Esta etapa teve como objetivo naturalizar a minha presença nas atividades de rotina do serviço, bem como criar uma relação de confiança e de empatia com funcionários e usuários da Policlínica Carioca. Nessa fase da pesquisa utilizei a técnica da observação participante, buscando a contextualização dos acontecimentos singulares e sua representação em uma realidade mais ampla (GEERTZ, 1997). Iniciada em pesquisas sociais realizadas por Malinowski (1986), a observação participante busca a descrição detalhada, de modo que o pesquisador participe de situações sociais cotidianas dos observados, registrando os “imponderáveis da vida cotidiana”. Como também acrescenta Foote-Whyte (1980), a observação participante implica em saber ouvir, escutar, ver e fazer uso de todos os sentidos, contudo, não é uma prática simples, mas repleta de dilemas teóricos e práticos que cabem ao pesquisador gerenciar. Assim, sempre atenta aos “imponderáveis da vida real, como preconizou Malinowski, procurei entender as interações naquele ambiente, realizando anotações sobre regularidades (eventos rotineiros) e variações (excepcionais) da vida cotidiana.

Além da observação participante, foram utilizadas outras técnicas de pesquisa que, combinadas, visaram suprir as lacunas e tornar mais completa a coleta de informações em campo. Optei pelo grupo focal e pela entrevista semidiretiva com o uso de questionário semiestruturado e o recordatório alimentar de 24 horas (WILLET; BUZZARD, 1998, FISBERG, et al 2009). Aproximadamente 300 pessoas participaram dos 21 grupos focais; todos pacientes do ambulatório de Nutrição diagnosticados com as patologias anteriormente descritas. Deste universo, 19 mulheres foram entrevistadas.

A triangulação de métodos permitiu que a pesquisadora lançasse mão de três técnicas ou mais com vistas a ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa, surgindo como estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista e visões de mundo dos informantes da pesquisa (MARCONDES; BRISOLA, 2014; GOMES, et al, 2010; GARNELO, 2006; MINAYO, 2010). Na presente pesquisa essa triangulação de métodos foi fundamental, pois corroborou para a construção dos dados e dos resultados, uma vez que resgatou características das narrativas e das diversidades contextuais. Além disso, auxiliou no aprofundamento das informações coletadas e reduziu os possíveis hiatos. A triangulação foi importante para a elaboração de um quadro mais sintético e mais nítido de temáticas ou eixos orientadores da interpretação.

Os dados foram analisados através de análise temática extraindo dos enunciados as principais ideias das representações coletivas acerca da alimentação. Ou seja, busquei no material empírico ir além das falas e ultrapassar o nível descritivo na tentativa de compreender os sentidos e os significados e identificar no que consistia a representação coletiva.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) sob CAAE 43180715.2.0000.5286. O projeto também foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Estudos da AP 3.2 e da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. O nome Policlínica Carioca bem como os nomes das pessoas são todos fictícios a fim de preservar a identidade e a confidencialidade dos mesmos.

## **O cenário e universo da pesquisa**

O município do Rio de Janeiro é a segunda metrópole do país com uma área de 1224,56 km<sup>2</sup>, dividida em quatro regiões geográficas conhecidas como Centro, Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste. A Policlínica Carioca é caracterizada como uma unidade de atenção secundária, ela foi inaugurada em 1982 e pertence à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A Policlínica é responsável por atender a população da Área Programática 3.2, que engloba 24 bairros da Zona Norte. Desde 1981, a Policlínica Carioca oferece o serviço de atendimento de Nutrição, especialidade que atende

aproximadamente 320 pessoas por mês, ou seja, 3,8 mil usuários por ano, dos quais as principais patologias são excesso de peso e obesidade, diabetes tipo I e II, hipertensão arterial e dislipidemias. Para realizar o campo no local foi feito um exercício de estranhamento e familiaridade já preconizados por Velho (2003) e DaMatta (1983).

Atualmente, o serviço de Nutrição dispõe de oito funcionários, dois ambulatorios e uma sala de espera. As consultas são marcadas por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e necessitam de um encaminhamento de um médico do Sistema Único de Saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro.

O interior da Policlínica Carioca assemelha-se a um labirinto, toda a unidade é um pavimento antigo, feito de blocos cinzas e um pequeno jardim de grama ao redor. Chamou muito a minha atenção o grande símbolo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que remete à saúde pública da década de 1970 e está fixado na grade da garagem, demonstrando o quão antiga é a unidade. O Ambulatório de Nutrição está localizado em um dos últimos corredores da unidade. No final do corredor fica a recepção da Nutrição, que dá fundos para o corredor de acesso dos funcionários.

A sala de espera fica ao final do corredor com cadeiras dispostas em quatro fileiras posicionadas de frente para as portas dos ambulatorios. Há uma divisória que separa a funcionária da recepção dos usuários. Há um mural com informações sobre nutrição, assim como diversos cartazes com o mesmo conteúdo de informações. O atendimento segue uma rotina na qual há uma “consulta de primeira vez” e depois consultas subsequentes chamadas de “retorno”, que são agendadas conforme o nutricionista julgar necessário. Durante o atendimento nutricional é aferido o peso e a altura, além disso, o usuário recebe um plano alimentar e orientações nutricionais relacionadas à dietoterapia.

O universo da pesquisa foi composto majoritariamente por mulheres aposentadas ou donas de casa, usuárias de longa data da Policlínica Carioca. De acordo com os registros do diário de campo, aproximadamente 15 usuários circulavam diariamente pela sala de espera do ambulatório de nutrição. O maior número de usuários concentrava-se no período da manhã. Em toda a amostra a idade variou entre 32 e 82 anos; todos eram moradores da região suburbana do Rio de Janeiro e possuíam renda familiar aproximada de 2 salários mínimos. Grande parte dos interlocutores tinha ensino fundamental ou médio. Evidentemente as pessoas portavam condições de saúde distintas, mas compartilhavam significados sobre consumo alimentar em virtude de condições de vida (migração rural-urbana, redes familiares no local de moradia, habitar a mesma região do

Rio de Janeiro, por exemplo) e condições socioeconômicas muito semelhantes. Assim, nos concentraremos em torno desses significados compartilhados.

## **A dieta como “tortura”**

Entre os usuários da Policlínica Carioca havia uma forte referência ao “fazer dieta”, prática essa relacionada a regras e condições alimentares que conduziam as escolhas do que consumir. Muitos desses usuários tinham algum objetivo de mudança alimentar e entravam na “dieta”, que representava restrições normativas visando melhorias das condições de saúde.

Em todas as idades há uma alimentação entendida como apropriada para aquela faixa etária em função das representações sobre o significado do alimento conforme idade, sexo e papéis sociais (DANIEL; CRAVO, 2005). Por já estarem socializados dentro de certos padrões alimentares, os adultos vivem uma situação conflituosa entre comer aquilo que é apreciado em nossa cultura (feijoada, costela, linguíça, quindins, tortas, cerveja) e aquilo que é entendido como saudável (DANIEL; CRAVO, 2005). Entre os interlocutores, a “dieta” se aproximou da “alimentação saudável”, em que se selecionava alimentos por sua funcionalidade, horários e quantidades. Já não é mais sem culpa que se senta à mesa para desfrutar as refeições. Para os usuários, o “fazer dieta” apresentou aspectos tanto relacionados com representações positivas, em que há um enaltecimento da persistência e da “força de vontade”, quanto do sofrimento e da tortura por terem que abandonar o prazer, o hábito e “entrar na dieta”.

“Estar na dieta” remete à sensação de eterna abstinência alimentar, é sinônimo de alimentação minimalista, com restrições principalmente de doces e gorduras. O apetite deve ser controlado, é preciso aprender a domá-lo, enganá-lo. O controle alimentar é entendido dentro da ótica da privação, do “regime”, das proibições e das restrições (PÉRES, et al, 2007). Esse aspecto foi observado na presente pesquisa e a interlocutora Ana Paula, mãe de dois filhos, ilustra essa situação. No trecho abaixo ela se identifica como “gorda” e relata seu modo de se alimentar diante dessa situação.

“Quando você é gordo e entra no processo de dieta é muito difícil você trabalhar teu cérebro pra ele comer da forma que ele come. Se eu falar pra você que é fácil, não é. Porque eu passo num lugar que tem salgadinho e refrigerante e dá vontade. Mas eu evito ao máximo pra não chegar a ficar tentada a comer. Ah, antes da dieta eu comia muito. Comia dois, três pães, comia bem! Hoje eu

já sei que é diminuir, comer pouco, comer nos horários, saciar bem aquela vontade, mas antes eu não sabia o que era isso. Chegava, abusava, comia mesmo, refrigerante, comia salgadinho, fazia aquelas loucuras que um gordo faz”. (Ana Paula)

Segundo essa perspectiva, mudar a forma de comer não é um processo fácil. As “tentações” duelam com aquilo que os interlocutores entendem como sendo um padrão alimentar melhor para a saúde. Iniciar a dieta requer que a pessoa se afaste dos alimentos habitualmente consumidos e se molde a uma nova regra alimentar, na qual prevalece outra lógica. Comer em grande quantidade e alimentos identificados como não saudáveis não faz parte da “dieta”. A expressão “comia bem” é uma referência à quantidade e não à qualidade. Há nessa lógica uma (re)valorização perante a nova postura que se deve adotar diante do que a própria interlocutora definiu como alimento. O “comer bem” do passado é muito diferente das regras alimentares da dieta.

“Eu comia muita fritura, eu sempre gostei muito de bife, batata frita e a minha família sempre foi acostumada a comer comida pesada. É feijoada, é mocotó, é rabada, sempre fui acostumada a comer isso tudo, então para mim foi muito difícil desacostumar. Eu fui acostumada assim, a comida pesada. Antigamente minha mãe dizia que para ficar forte tem que comer mocotó, tem que comer feijoada”. (Suzana)

A nova “dieta” de Suzana é uma ruptura com o que habitualmente era consumido. Sua vida inteira foi construída diante desse ciclo que foi quebrado, obrigando a interlocutora a se adaptar tendo como base outras lógicas que conferem novos sentidos à alimentação. Segundo Suzana, que era diabética e vivia com o marido e um neto, sua casa estava sempre cheia de filhos, noras e outros netos e a comida “pesada” era o motivo para que todos a visitassem aos domingos. Entre os parentes, ela era reconhecida por ter “mão boa na cozinha”, além disso, esse tipo de alimentação era valorizado na família desde os tempos de sua mãe. Porém, sua nova “dieta” foi construída por outra racionalidade, na qual os alimentos “pesados” não faziam parte. Suzana sempre foi “acostumada a comer comida pesada”, contudo, diante da nova lógica a que foi submetida viu essa comida ser considerada proibida ou negativamente valorizada. A partir do argumento biomédico, tal alimentação deve ser substituída por outra que tem o signo de uma vida mais “leve”, assim como a alimentação deve ter. Antes as pessoas comiam aqueles alimentos por prazer, praticidade e identidade cultural,

mas agora deviam olhá-los sob outra ótica e julgá-los a partir de outro valor, o nutricional. Há um discurso de controle, vigilância, disciplina e responsabilidade assim como observado no estudo de Broom e Whittaker (2004), também realizado com diabéticos.

Cândida também relatou a mudança vivenciada diante da nova “dieta” e os significados da alimentação:

“Então, às vezes eu acho bonito quando eu faço aquelas saladas e eu coloco uma cenoura crua, beterraba, prepara, bota um queijo branco e um fio de azeite, aí eu como. Mas não é uma coisa que eu acho que é uma maravilha e eu tenho muita dificuldade, porque eu tenho o lado emocional, né? Desde que eu comecei o tratamento, antes já, a gente tem passado muitos problemas na família” (Cândida).

A nova dieta leve “não é uma maravilha”, mas por vezes pode ser saborosa como a própria dona Cândida relatou, entretanto parece não atender o seu lado emocional. Nesse universo plural vários fatores interferem na escolha do que se come. O discurso da dona Cândida é repleto de sentidos e significados para essa nova “dieta”.

Entende-se a alimentação como hábito socialmente construído, em que o indivíduo no processo de socialização internaliza aquilo que a família, a escola, os amigos, a igreja, os meios de comunicação etc. lhe inculcem. O alimento se insere nesse contexto no qual o que é comida, quais ingredientes são valorizados, as práticas de seu preparo, os hábitos à mesa e outros aspectos são passados por meio do processo da socialização (WOORTMANN, 2013). Contudo, uma mudança de lógicas pode acontecer, como relatado por Suzana e Cândida, e o novo significado da alimentação passa a atender a necessidade da manutenção da saúde e da longevidade, desconstruindo as antigas escolhas alimentares internalizadas. É nesse sentido que a “dieta” conduz a novas escolhas. Além da mudança pelo objetivo da saúde, outros motivos podem alterar os hábitos alimentares como, por exemplo, a aceitação das inovações tecnológicas, como a cozinha informatizada, ou ingredientes novos que ao caírem no gosto da sociedade e do indivíduo são por eles aceitos e disseminados (WOORTMANN, 2013).

Os enunciados sociais sobre o alimento partem de diversos autores, mas no caso do discurso da mudança alimentar pautado na “dieta” parece mergulhado no argumento biomédico, que se orienta pela busca da saúde e da longevidade por meio dos hábitos “saudáveis”. Na sociedade da abundância, diversas doenças foram apontadas como

advindas da alimentação, sendo que o desequilíbrio qualitativo e quantitativo do consumo alimentar apontava para problemas da saúde. Nesse cenário, o “regime”, o cuidado com a “silhueta” e o exercício para manter a “forma” foram discursos proliferados como necessários para promover o autocuidado e a manutenção ou recuperação da saúde (CONTRERA; GARCIA, 2011). Esse discurso foi fortemente reproduzido entre os usuários da Policlínica Carioca, que buscavam por um novo paladar, um novo hábito, uma nova “dieta”.

Outro sentimento que a “dieta” remeteu foi a tristeza, presente entre os usuários que a iniciavam. Havia sofrimento em abandonar antigos hábitos e reinventar os novos. A dificuldade de seguir a alimentação prescrita acontece porque está relacionada aos hábitos adquiridos, ao horário definido, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas e até mesmo à questão psicológica envolvida (PÉRES, et al, 2007). As restrições e as moderações não são bem-vindas, as trocas entre determinados alimentos e outros não parecem ser justas e a sensação de perda é presente.

“Comecei (a dieta) em dezembro, era vontade de chorar”. (Renata).

A perda da liberdade, da autonomia de escolha alimentar é um motivo que leva a tristeza, além disso, a rigidez da “dieta”, que nem sempre é seguida, gera a sensação de fracasso. Alguns interlocutores relatavam que não seguiam a “dieta” rigorosamente e essa escolha proposital de certa forma os faziam retomar a liberdade a partir de episódios denominados “escapulidas”. Uma senhora relatou que não contava sobre essas escapadas do “regime” para a nutricionista, o tom era de risos e a ideia era de retomada da sua liberdade de consumo. Outros diziam que os filhos e maridos faziam vigilância para que a “dieta” fosse seguida com rigorosidade. Todavia, os interlocutores burlavam os cuidados e consumiam o que queriam. As “escapadas” conferiam a sensação de resgate dos desejos e impulsos. Nessas situações os interlocutores não se alimentavam somente do “proibido”, mas também de suas memórias, gostos e identidades e, por que não, de rebeldia ante a rigidez da “dieta”. Assim como encontrado por Barsaglini e Canesqui (2010), o gerenciamento das “dietas” não se pauta exclusivamente por critérios racionais, baseados nos saberes médico e nutricional, há uma experiência pessoal e social que influencia o consumo. O significado de controle alimentar é peculiar aos adoecidos, de forma que controlam a ingestão de determinados tipos de alimentos e em determinadas ocasiões, mas não se privam totalmente deles. Broom e Whittaker (2004) denominam como “auto” e heterovigilância” essas pequenas transgressões.

Retomando a representação de “tortura” é importante salientar que ela se refere tanto à qualidade quanto à quantidade dos alimentos, como visto no diálogo com Renata.

Pesquisadora: Pra você, o que significa alimentação hoje?

Renata: Hoje, uma tortura!

Pesquisadora: Por quê?

Renata: Por conta da dieta. Antes era um prazer.

Pesquisadora: Você fala que essa tortura é por causa do prazer ou do sabor?

Renata: Do prazer e da quantidade. Sofro muito pela quantidade. Gosto muito de arroz com feijão. Era muito ativa. Ela tirou carboidrato bastante [...] claro que tem outras coisas no prato, salada, chuchu, ovo, alface, essas coisas.

Saliento que na “dieta” não existiam apenas restrições, as substituições eram oferecidas como, por exemplo, reduzir o arroz e o feijão e inserir mais legumes e vegetais, mas essa troca não parecia justa para o interlocutor. O arroz e o feijão eram classificados como alimentos “fortes”, “o que sustenta” no prato, diferentemente do legume, que os acompanha, mas não sustenta. O discurso biomédico, por sua vez, não culpabiliza o “arroz e feijão”, mas sim o carboidrato, contudo, ao reduzir esse nutriente a retórica médica ignora que essa dupla representa a base do prato do brasileiro. O interlocutor não compreendia como “troca” aquilo que não tinha o mesmo valor. Trocar brigadeiro por iogurte, leite integral por desnatado, pão francês por tapioca ou doce por fruta não tinha lógica, uma vez que eles não possuíam os mesmos valores. A “dieta” não era compreendida como algo justo, apenas como necessária para a manutenção da saúde.

Em algumas situações o alimento foi exemplificado como uma droga e a interlocutora se colocava na posição de viciada. A felicidade gerada pela alimentação era apontada como um vício negativo, destruidor e motivo de repressão e desaprovação:

“Eu usava a alimentação, o médico me explicou, eu comia pra ficar feliz. O médico tira todas as minhas guloseimas, tira minhas coisas... É como se tivesse tirado a bebida alcoólica de um viciado” (Renata).

Nos relatos dos usuários, o apetite foi apontado como uma sensação fisiológica inimiga, que deveria ser controlada ou burlada por meio da ingestão de outro alimento que saciasse a vontade de mastigar sem prejudicar a dieta. Havia a necessidade de controlar os impulsos fisiológicos, como no exemplo dado por Marcela, que desejava

mastigar, mas não podia consumir qualquer alimento, somente aqueles permitidos em sua “dieta”. Burlar o desejo fisiológico com os legumes era uma forma de domar seus impulsos alimentares.

Pesquisadora: Por que você acha importante os legumes?

Marcela: No meu caso é porque além do benefício, pra saciar minha vontade de mastigar. Eu preciso mastigar, então diminuo arroz e feijão e aumento os legumes.

O autocontrole era valorizado, assim como a domesticação da impulsividade do ato fisiológico de mastigar, que se subentendia como o ato de comer. A falta de controle do sujeito sobre a sua vontade aliada às falhas no dever de cuidar da própria saúde poderiam levar a autopunição. Esse comportamento foi observado quando “saíam da dieta” e depois buscavam outros meios para corrigir seus “erros”. A subversão eventual das regras alimentares relativizaria a exigência de seguir as recomendações nutricionais como leis rígidas. Neste caso, a inversão da ordem alimentar (ditada pelas instituições científicas nutricionais) esbarravam nos costumes e tradições populares e, ao mesmo tempo, na vontade e na escolha eventual da pessoa pela transgressão, mas servia também como válvula de escape, posto que essas ações afrouxariam o caráter rígido da “verdade” científica nutricional (SABINO; CARVALHO, 2013). Entretanto, esse comportamento não era apontado entre os usuários da Policlínica Carioca como sendo adequado. Saber se controlar diante das “tentações” era moralmente valorizado.

Contudo, naquele contexto, a alimentação era experimentada sob um aspecto positivo, quando apontada como uma forma de acessar a saúde. Havia orgulho e determinação quando relatavam que a “dieta” era uma das maneiras de se sentirem cuidando de si, de sua saúde. Com isso, relatavam a sensação de bem-estar, de qualidade de vida e felicidade, principalmente quando alcançavam o emagrecimento.

## Conclusão

A “dieta” foi percebida como uma conduta das escolhas alimentares que reflete esse novo significado não só do alimento, mas de todo um estilo de vida “saudável”, que estimula novas escolhas mesmo que não atendam a outros fatores como identidade, prazer, memória e paladar. Ficou evidente a preocupação em distanciar-se daquilo que era habitualmente consumido em prol de um bem maior para a saúde por meio da

“tortura em fazer dieta”; a “força de vontade” em seguir a abstinência foi enaltecida através da domesticação dos desejos alimentares e reeducação dos antigos hábitos. O argumento biomédico justifica tais escolhas, mesmo que na prática as trocas não tivessem o mesmo valor simbólico, o que não é levado em conta no discurso científico.

A “dieta” não foi compreendida como algo justo, pois era necessário fazer mudanças e trocas por alimentos não possuem o mesmo valor. O objetivo final ou o “prêmio” de tantas abstinências durante a “dieta” era o controle da doença e a manutenção da saúde.

Conclui-se que, entre os interlocutores, os alimentos considerados “saudáveis” eram permitidos e seu consumo era estimulado na fase da “dieta”, porém eles pareciam não fornecer prazer e satisfação como aqueles habitualmente consumidos. Houve uma interseção de interesses (saúde, prazer, identidade, hábito alimentar), no qual a pessoa empregava seus conhecimentos nativos, experiências vividas e repassadas culturalmente, contribuindo com outros sistemas e domínios sociais que reproduziam informações científicas como os médicos, o nutricionista e a mídia. A partir dessas sobreposições emergem novos valores e crenças, fazendo com que os sistemas simbólicos ganhem novas estruturas e representações.

Além disso, o cuidado com a saúde era priorizado e os interlocutores sentiam-se responsáveis moralmente pelo manejo desse cuidado alimentar. Saber controlar a gula e a impulsividade era um exercício edificante e socialmente apreciado. Contudo, não havia somente passividade. Nas transgressões havia um sentimento de retomada do controle e da autonomia permitindo-se rebelar contra a “tortura de fazer dieta”.

Pesquisas qualitativas de caráter socioantropológico sobre a alimentação são relevantes, pois investigam e reconhecem os hábitos alimentares e seus significados que consequentemente refletem a sociedade na qual estão inseridos. Consumir alimentos saudáveis e estar de dieta possuem significados que vão além das escolhas alimentares, dizem sobre o cuidado de si e sobre dominar desejos e impulsos fisiológicos. Estudos qualitativos a partir da abordagem socioantropológica facilitam enxergar o protagonismo do usuário e contribuem para a compreensão dos complexos fatores em torno das tomadas de decisões acerca da alimentação. Privilegia-se então a voz, não do “paciente” oprimido pelo poder institucional, mas do usuário observador, reflexivo, crítico e autônomo.

## Notas

1. Dislipidemia é classificada pela V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose como uma doença metabólica caracterizada pela elevação da concentração no sangue do colesterol total e frações (LDL, VLDL) de triglicérides ou redução do HDL.

## Referências

BARSAGLINI, R. A; CANESQUI, A. M. A Alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.4, p.919-932, 2010.

BRASIL. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BROOM, D, WHITTAKER A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science & Medicine*, v. 58, p. 2371–2382, 2004.

CANESQUI, A. M. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. (Coleção Antropologia e Saúde).

CONTRERAS, J; GARCIA, M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 496.

DAMATTA, R. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Petrópolis: Vozes, 1983.

DANIEL, J. M. P; CRAVO, V. Z. Valor social e cultural da alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. (Org.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 57-68.

FISBERG, R. M. et al. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009.

GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 185-221.

MACIEL, M. E. Uma cozinha à brasileira. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 25-39, jan./ jul. 2004.

MALINOWSKI, B. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação. In: DURHAM, E. R. (Org.) *Malinowski*. São Paulo: Ática, 1986. p. 24-48.

MARCONDES, N. A. V; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Revista Univap*, São José dos Campos, n. 35, v. 20, p. 201-208, jul. 2014.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 19-51.

MINTZ, S. W. Comida e antropologia: uma breve revisão. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 16, n. 47, out. 2001.

PÉRES, D. S. et al. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Am Enfermagem*, v. 15, n. 6, 2007.

SABINO, C; CARVALHO, M. C. V. S; Estrutural-funcionalismo antropológico e comensalidade: breves considerações sobre a mudança social. *Demetra*, supl.1, p. 215-239, 2013. POLLAN, M. *Em Defesa da Comida*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008.

VELHO, O. G. *Relatório do grupo de pesquisa do Museu Nacional*. Projeto Hábitos e Ideologias Alimentares em Camadas de Baixa Renda. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 1977.

VIANA, M. R. et al. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 447-456, 2017.

WHYTE, W. F. Treinando a observação participante. In: ZALUAR, A. (Org.). *Desvendando máscaras sociais*. São Paulo: Francisco Alves, 1980. p. 77-86.

WILLET, W. C; BUZZARD, I. M. Foods and nutrients. In: WILLET W. *Nutritional epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1998. p. 18-32.

WOORTMANN, K. *Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda: relatório final*. Brasília: [s.n.], 1978. (Série Antropologia, v. 20).

WOORTMANN, E. F. A comida como linguagem. *Habitus*, v. 11, n. 1, p. 5-17, 2013.

Recebido em 12 de outubro de 2018.

Aceito em 07 de março de 2019.