

de um fato social. Eles mostraram como esses processos modificam os dados. A variação da taxa de suicídio, por exemplo, é influenciada pelas modalidades de declaração da morte e principalmente por sua “qualificação” no suicídio ou na morte natural, segundo a força de reprovação da qual é objeto nos diferentes contextos sociais. Assim, a diferença de taxas de suicídio revela não somente um fato positivo, real, mas também uma diferença de declaração. Nos espaços sociais em que a religião reformada é dominante, o suicídio é um ato mais gravemente ressentido, haveria uma tendência para a subdeclaração (BEAUDELLOT; ESTABLET, 1984). Trata-se, pois, de tomar por objeto os próprios conhecimentos nutricionais para compreender a influência das representações sociais sobre sua construção, ressitando-os histórica e culturalmente. Essa perspectiva participa do desenvolvimento de uma epistemologia da nutrição da qual Jean-Paul Aron foi o pioneiro (ARON, 1969). Ela se inscreve na “sociologia do conhecimento”, que, após Bachelard, sempre permaneceu muito ativa no pensamento francês.

A segunda contribuição da socioantropologia da alimentação é sua participação na compreensão do próprio ato alimentar. Num texto curiosamente desconhecido no próprio universo anglo-saxão, Margaret Mead escreve: “Antes de procurar saber como mudar os hábitos alimentares”, questão que os nutricionistas sempre colocam aos representantes das ciências humanas, convém em primeiro lugar “compreender o que quer dizer comer” (MEAD; GUTH, 1945). Essa questão mobilizou amplamente os sociólogos franceses contemporâneos (CORBEAU, 1995; FISCHLER, 1979, 1990; GRIGNON; GRIGNON, 1980; HERPIN, 1988; LAHLOU, 1998; PAUL-LÉVY, 1997; POULAIN, 1985, 1997c). Ela constitui uma preliminar a toda ação de comunicação e de prevenção.

Finalmente, a última contribuição possível da sociologia do conhecimento coloca a produção do saber científico como o resultado de uma série de interações entre os meios da pesquisa e diferentes grupos de pressões políticas, econômicas, consumistas... O conhecimento científico é construído num sistema de ação constituído por pesquisadores em concorrência, que desenvolvem estratégias de carreira e mobilizam recursos junto a organismos arrecadadores de fundos públicos e privados. Estes são administrados e controlados por atores políticos, econômicos e científicos submetidos eles mesmos à influência de diferentes grupos de pressão (*lobbies*) constituídos para a promoção ou para a defesa de cadeias de produção ou dos consumidores, tudo isso sob o olhar da mídia (CALLON; LATOUR, 1991; BERTHELOT, 1997). É este sistema de ação complexo que Jean-Pierre Corbeau chama de “cadeia do comer” (CORBEAU, 1998). Essa perspectiva coloca, então, o conhecimento científico como uma construção social. Ela mostra sua pertinência no estudo das flutuações do discurso

nutricional, situando-as nos contextos sociais de sua produção e de sua difusão. Ela se inscreve na atitude construtivista americana – de Berger e Luckmann (1986), na sociologia geral e de Best (1989) a Sobal e Maurer (1995), na sociologia da nutrição – para a qual os problemas sociais são o resultado de interações e de representações. Entretanto, nossa posição não poderia reduzir-se a um estrito construtivismo, pois pensamos, com Jean-Michel Berthelot (1990, p. 107), que “os fatos que usam o conhecimento do social são ao mesmo tempo construídos e parcialmente neutros do ponto de vista de seu valor explicativo”. É por isso que nós propomos, para examinar as dimensões sociais da obesidade, adotar essa dupla perspectiva de uma sociologia “da” obesidade e de uma sociologia “sobre” a obesidade, estendida a uma sociologia do conhecimento da obesidade. A primeira interessar-se-á pelas relações entre obesidade e posições socioeconômicas, tanto no nível dos adultos como no das crianças e adolescentes, pela influência das transformações das práticas alimentares sobre o desenvolvimento da obesidade, pelas diferentes formas de estigmatização da qual os obesos são vítimas nas sociedades modernas. A sociologia “sobre” a obesidade estudará a evolução das transformações, das representações associadas ao corpo gordo. Ela procurará desconstruir as hipóteses e pressupostos implícitos que servem de base para o discurso médico contemporâneo e as tentativas de intervenção na política de saúde pública.

5.1 A obesidade e os *status* socioeconômicos

Apesar das dificuldades apresentadas pela definição e, principalmente, pela medida da obesidade, todos os estudos conduzidos por epidemiologistas e/ou por sociólogos evidenciam uma relativa diferenciação da obesidade em relação às posições socioeconômicas. Uma vez o fenômeno objetivado, dois eixos distintos de pesquisa aparecem de acordo com a colocação das posições socioeconômicas como determinantes da obesidade ou como uma consequência desta. Para a primeira atitude de pesquisa, as posições sociais são consideradas como uma causa da obesidade, ela procura então descobrir a influência das posições sociais e dos modos de vida que lhe são associados no acesso ao alimento, nas representações e hábitos alimentares, na prática ou não de exercícios físicos e no tabagismo...

A segunda interpretação postula que a própria obesidade determina parcialmente as posições socioeconômicas. Ela descreve a maneira como os obesos são considerados, valorizados ou discriminados numa sociedade dada, e analisa, em seguida, a influência da obesidade sobre as trajetórias sociais. Mas, antes de aprofundar essas diferentes leituras, estudemos, em primeiro lugar a natureza dos vínculos entre obesidade e posições socioeconômicas.

5.1.1 A natureza dos vínculos

Até os anos 1960, a análise clássica apresentava, nos países desenvolvidos, uma relação negativa entre a obesidade e as posições socioeconômicas para as mulheres e positiva para os homens. Isso quer dizer que, na escala macrosociológica, as mulheres magras eram mais numerosas nas posições sociais elevadas e, inversamente, os homens gordos se encontravam mais frequentemente nas mesmas classes sociais. Eles correspondiam à figura do “homem de negócios ou do burguês pançudo” (POWDERMARKER, 1960). Desde então, os trabalhos tomando por problemática principal, ou incluindo a título secundário o estudo das relações entre posições socioeconômicas e obesidade, se multiplicaram. O que permitiu a um sociólogo e a um especialista da obesidade médica, Sobal e Stunkard (1990), realizarem uma meta-análise relativa a 144 estudos fornecendo informações sobre as relações entre obesidade e posições socioeconômicas publicadas em revistas científicas indexadas. O conjunto assim reunido, que compreende pesquisas relativas às populações ocidentais (da América do Norte, da Europa, da Nova Zelândia) e às populações de sociedades em desenvolvimento, permite aperfeiçoar a leitura tradicional das dimensões sociais da obesidade.

Nas sociedades desenvolvidas, a forte relação inversa entre obesidade e posições socioeconômicas é confirmada pelas mulheres. Com efeito, em 54 estudos reunindo dados relativos às mulheres, constata-se uma enorme constância do vínculo inverso (46 estudos contra um só apresentam um vínculo direto e sete uma ausência de vínculo). A obesidade feminina encontra-se, pois, mais amplamente difundida nas categorias sociais populares.

Para os homens, a situação é mais complexa. A análise dos diferentes estudos faz aparecer uma distribuição bimodal. Dos 65 estudos, vinte apresentam um vínculo direto, 34 um vínculo inverso e 11 uma ausência de vínculo. O que quer dizer que, após os anos 1960, uma nova forma de obesidade masculina se desenvolveu, a qual diz respeito às categorias inferiores da sociedade. Nas sociedades ocidentais, coexistem então, atualmente, dois tipos de obesidade entre os homens: uma obesidade distinta e uma obesidade popular.

Nas sociedades em desenvolvimento, qualquer que seja o sexo, o vínculo é sempre positivo; os obesos, sejam homens ou mulheres, estão todos no alto da escala social. Para as mulheres, dos 11 estudos, dez mostram um vínculo direto, nenhum um vínculo inverso e um só uma ausência de vínculo. Para os homens, dos 14 estudos disponíveis, 12 apresentam um vínculo direto, nenhum um vínculo inverso e dois uma ausência de vínculo.

Tabela 9 – Obesidade e posições socioeconômicas entre os adultos

	Vínculos	Sociedades desenvolvidas	Sociedades em desenvolvimento
Homem	Direto	20	12
	Inverso	34	0
	Ausência	11	2
Mulher	Direto	1	10
	Inverso	46	0
	Ausência	7	1

Fonte: Sobal e Stunkard (1989)

Nas sociedades em desenvolvimento, a situação para as crianças e para os adolescentes é a mesma que para os adultos; a obesidade está presente unicamente no alto da escala social; 13 estudos de 15 relativos aos meninos e 14 estudos de 15 relativos às meninas evidenciam uma correlação direta, nenhum uma correlação inversa e dois apenas uma ausência de vínculo.

Ao contrário, nas sociedades desenvolvidas, a distribuição da obesidade das crianças e dos adolescentes é fracamente associada à posição social. Dos 34 estudos relativos aos meninos, contamos nove vínculos diretos (obesos no alto da escala social), 11 vínculos inversos (obesos embaixo da escala social) e 14 ausências de vínculo (nenhuma ligação estatisticamente significativa entre obesidade e posição socioeconômica). Para as meninas, a análise dos 32 estudos disponíveis coloca em evidência oito correlações diretas (obesidade no alto da escala social), 23 correlações inversas (obesidade embaixo da escala social) e 11 ausências de vínculos estatísticos entre obesidade e posições socioeconômicas. Para as crianças e adolescentes nas sociedades desenvolvidas, essa meta-análise coloca em evidência, então, uma distribuição quase aleatória da obesidade nas posições sociais. Trabalhos recentes confirmam a independência entre obesidade e posição social entre as crianças de 3 a 5 anos, mas mostram o aparecimento de um vínculo inverso significativo para as meninas a partir de 12 e 15 anos, ou seja, uma super-representação de adolescentes obesas embaixo da escala social (DE SPIEGELAERE et al., 1998a, 1998b).

Antes de explicar esses diferentes resultados, e sobretudo de procurar explicar a passagem, nas sociedades modernas, de uma distribuição quase aleatória das posições socioeconômicas entre as crianças para uma distribuição diferenciada entre os adultos, convém precisar alguns pontos metodológicos. Assinalemos, inicialmente, a não homogeneidade do modo de definição da obesidade no conjunto dos 144 estudos tomados em

consideração. Ora ela é definida em relação ao índice de massa corporal⁵⁰ (IMC), ora em relação ao peso ideal,⁵¹ ora pela técnica de medida de prega cutânea, às vezes por uma combinação desses parâmetros. Notemos, em seguida, a extrema variação do tamanho das amostras desses diferentes estudos. Essa meta-análise oferece a vantagem de incluir uma gama bastante ampla de estudos tanto no seu tamanho e na sua metodologia, mas também o inconveniente de colocar no mesmo plano estudos relativos a uma centena de indivíduos e outros sobre vários milhares. Se ele apresenta, então, um nível de prova elevado, o trabalho de Sobal e Stunkard não pode ser considerado como uma meta-análise aleatória.

Tabela 10 – Obesidade e posições socioeconômicas entre as crianças e adolescentes

	Vínculos	Sociedades desenvolvidas	Sociedades em desenvolvimento
Menino	Direto	9	13
	Inverso	11	0
	Ausência	14	2
Menina	Direto	8	14
	Inverso	13	0
	Ausência	11	2

5.1.2 Os status socioeconômicos como determinantes da obesidade

Nas sociedades em desenvolvimento, a ausência da obesidade nas classes populares pode ser explicada por uma fraca disponibilidade alimentar, quando não pela fome, associada a modos de vida que requerem um importante gasto energético. A forte correlação entre obesidade e condições socioeconômicas elevadas resultaria de uma maior capacidade desses grupos sociais de procurar alimentos, ligada a uma valorização

⁵⁰ O índice de massa corporal (IMC) ou índice de Quetelet, do nome do estatístico e sociólogo belga que foi o primeiro a propor seu uso, corresponde ao peso/altura² (P/A²). Neste índice, o peso é expresso em kg e a altura em metro quadrado. A classificação da OMS distingue as classes seguintes:

Categorias	Valor do IMC (kg/m ²)	Categorias	Valor do IMC (kg/m ²)
Magreza grau 3	< 16,0	Sobrepeso	>= 25,0
Magreza grau 2	16,0-16,9	Pré-obesidade	25,0-29,9
Magreza grau 1	17,0-18,4	Obesidade classe 1	30,0-34,9
Magreza	< 18,5	Obesidade classe 2	35,0-39,9
Limites normais	18,5-24,9	Obesidade classe 3	>= 40

⁵¹ Para uma história crítica do método do peso ideal, ver Fischler (1990).

positiva do corpo gordo, traduzido como um sinal de boa saúde, de abundância...

Para as sociedades desenvolvidas, o crescimento da obesidade pode ser explicado pelos modos de vida suscetíveis de determinar alguns fatores importantes de aquisição de peso, como as práticas alimentares ou a atividade física. É assim que, nas sociedades modernas, os gastos energéticos dos indivíduos baixaram consideravelmente. As causas disso são o aquecimento e a climatização dos locais de habitação, o desenvolvimento dos meios de transporte individual ou coletivo, a mecanização de um grande número de tarefas profissionais nos setores primário e secundário da economia e o desenvolvimento das ocupações de escritório. Paralelamente a essa diminuição do gasto energético, os consumos alimentares teriam também diminuído, mas não tanto quanto a própria necessidade. Sobretudo, a diminuição teria se produzido de maneira socialmente diversificada. Lambert (1987), com base em cálculos macroeconômicos, avalia essa diferença de mais de 200 calorias por dia entre as classes médias e superiores e as classes populares, em benefício dessas últimas. Essa análise poderia fornecer uma primeira explicação do desenvolvimento da obesidade nas camadas baixas da sociedade. Entretanto, o tratamento de dados estatísticos em grandes séries e a reconstrução de um regime alimentar suscetível de ser transformado em carga energética colocam toda uma série de problemas de confiabilidade (FISCHLER, 1990; POULAIN, 1999b) que mantêm esse tipo de explicação na simples condição de hipótese.

A diferenciação social dos gostos, que se traduz pelas valorizações “do energético”, “do potente”, “do forte”, nas classes populares (CHOMBART DE LAUWE, 1956; BOURDIEU, 1979; GRIGNON; GRIGNON, 1980), poderia igualmente ser evocada para explicar essa transformação. Corbeau, numa perspectiva fenomenológica, propõe uma interpretação dessa situação em termos de “revanche social”. Para as classes populares, que, no âmbito da história, teriam sofrido mais a fome, o contexto contemporâneo de abundância seria vivido no plano do imaginário como a ocasião de uma revanche (CORBEAU, 1995). A informação nutricional, cujo interesse e apropriação são muito diferentes segundo os sexos, as mulheres sendo nitidamente mais sensíveis a ela do que os homens, e segundo as posições sociais, poderia igualmente ser levada em conta na explicação. Entretanto, como aprofundaremos mais adiante, a disposição de um estoque de informações nutricionais não se traduz sempre por transformações nos comportamentos.

Nas sociedades desenvolvidas, a posição social influencia igualmente a atividade física. Se a atividade ligada ao trabalho diminuiu consideravelmente, aquela inscrita nas lógicas dos lazeres se desenvolveu

de maneira socialmente muito diferenciada. Submetidos ao modelo de estética corporal da magreza, os homens e mais ainda as mulheres nas camadas sociais médias e superiores praticam esportes e exercícios para manter a forma (ginástica, caminhadas...) de maneira mais intensa que nas outras camadas sociais. A influência da posição social, a partir dos 12 anos para as meninas, pode em parte ser explicada pela valorização e pela prática socialmente bastante diversificada da atividade física (DE SPIEGELAERE et al., 1998b).

5.1.3 A estigmatização dos obesos

Os trabalhos que colocam as posições socioeconômicas como determinadas pela obesidade se interessam pelas trajetórias sociais dos indivíduos considerando se eles são ou não obesos. Eles concentram sua atenção sobre a maneira como os obesos são considerados numa sociedade dada e sobre as diferentes formas de valorização ou de discriminação das quais eles são objeto. Nas sociedades desenvolvidas – com exceção dos lutadores de sumô japoneses –, os obesos são vítimas da estigmatização. O fenômeno da estigmatização foi descrito por Goffman como um processo de desvalorização e de exclusão que diz respeito a um indivíduo considerado como “anormal”, “excepcional”... É no curso de interações sociais que o rótulo de “excepcional” é atribuído a um indivíduo por outros indivíduos, considerados, estes, “normais”. Essa etiqueta justifica então uma série de discriminações sociais, até mesmo a exclusão. A estigmatização torna-se um verdadeiro círculo vicioso, quando o obeso aceita e considera como normais os tratamentos discriminatórios que ele sofre e os preconceitos dos quais é vítima. Começa então uma depreciação pessoal que termina numa alteração da imagem de si (GOFFMAN, 1963). Foi trabalhando sobre as dimensões sociais da doença mental e das organizações psiquiátricas que Goffman formulou a noção de estigmatização. Se ele mesmo não estudou a estigmatização dos obesos – aliás, ele nem mesmo a levou em conta, enquanto que ele fez, no entanto, na *Stigmata*, um inventário bastante completo das formas de estigmatização –, esta foi evidenciada e descrita, desde o fim dos anos 1960, por Cahnman, outro sociólogo americano. Escreve ele: “Por estigmatização consideramos a rejeição e o desprezo que são associados ao que é visto [a obesidade] como uma deformação física e uma aberração comportamental” (CAHNMAN, 1968).

O obeso sofre nas sociedades desenvolvidas contemporâneas, numerosas discriminações e humilhações. Desde a simples compra de um lugar num avião ou num cinema até o peso do olhar estético que recai sobre ele, o obeso é desvalorizado, marginalizado, repellido da sociedade. Sobre esse tema, dois tipos de trabalhos sociológicos foram realizados: os que

visam descrever e inventariar as formas de estigmatização da obesidade e os que procuram reduzir a importância das discriminações das quais os obesos são vítimas, ensinando-os a reconhecê-las e a se proteger delas.

A importância e a precocidade do desenvolvimento da obesidade nos EUA explicam, sem dúvida, por que os trabalhos de descrição da estigmatização da obesidade foram conduzidos por autores americanos (CAHNMAN, 1968; ALLON, 1981; SOBAL, 1984b, 1991a). Eles mostram como um certo número de atitudes negativas em relação aos obesos podem se transformar em verdadeiras discriminações e afetar suas trajetórias sociais. Vínculos estatisticamente significativos foram evidenciados em diferentes níveis. Os obesos têm uma taxa de acesso ao ensino superior mais baixa que os não obesos (CANNING; MAYER, 1966). Eles encontram mais dificuldade um emprego (BENSON et al., 1980; MATUSEWICH, 1983). Seu nível de rendimentos é significativamente mais baixo (MCCLEAN; MOON, 1980). Sua promoção profissional é reduzida (HINKLE et al., 1968). Enfim, sua vida doméstica e o acesso e a utilização de equipamentos coletivos são tornados consideravelmente complexos (KARRIS, 1977; MYERS; ROSEN, 1999). A obesidade, nas sociedades ocidentais, pode ser considerada como um verdadeiro *handicap* social.

As crianças desempenham um papel de primeiro plano no fenômeno da estigmatização. Elas são a primeira fonte da estigmatização declarada pelos adultos obesos (MYERS; ROSEN, 1999). Gramer e Steinwert mostraram que, desde os 3 anos, as crianças manifestam claramente comportamentos de estigmatização (zombaria, esquiva, rejeição...) em relação a sujeitos com sobrepeso, sejam adultos ou outras crianças (GRAMER; STEINWERT, 1998). Mas essas atitudes negativas não são unicamente um fato da sociedade civil, elas parecem igualmente estar presentes no próprio centro do aparelho médico. Vários estudos sublinham a existência de atitudes negativas em relação aos obesos, da parte do pessoal médico ou paramédico, no interior das instituições de saúde (MADDOX et al., 1968; NAJMAN; MUNRO, 1982; PRICE et al., 1987; MEYERS; ROSEN, 1999), ou ainda entre os estudantes de medicina (BLUMBERG; MELLIS, 1985). Esses trabalhos mostram a permeabilidade dos atores do sistema de saúde aos valores dominantes (neste caso o ideal da magreza) e a influência determinante destes sobre a maneira como eles concebem seus papéis profissionais.

Como Goffman já havia demonstrado para a doença mental, os membros do sistema médico asseguram uma função de “grandes estigmatizadores”. A ideologia médica participa da justificação da “rotulação” como desviante e contribui para a depreciação das pessoas obesas. A importância dessas discriminações é tal que os legisladores as levaram em conta, sob a pressão de associações de defesa, ou antes de