
Entre a cultura da magreza e as sociedades da abundância: O corpo obeso*

Sílvia Silva**

Parte I – Da condição sociocultural da corporalidade

«Fora do corpo, o homem dissolve-se numa discursividade rebarbativa e inconsequente. Desidentifica-se. A sua carne passa a ter a espessura de uma folha de papel».

Cunha e Silva, 1999, p. 196

Introdução

A literatura de cariz antropológico e sociológico, pela mão de Le Breton (1992) e de Shilling (1994), alude aos constrangimentos socioculturais que enformam o construtivismo dos corpos e ao advento do corpo, nas hodiernas sociedades de consumo pautadas pela centralidade da incorporação, como *locus* de constrangimentos sociais e de escolhas individuais.

Num momento em que a mundividência é ela própria redefinida como um «trabalho de arte» (Featherstone, 1994), articulando os estilos de vida com a cultura do consumo, mediante uma estilização corporizada de práticas institucionalizadas (desporto, moda, cosmética, etc.), vislumbra-se o corpo como «*objecto de salvação*». Um estatuto que releva a fúria consumista sacralizadora do corpo-fetice e do corpo-mercadoria vendável e rendibilizado pela publicidade, pela moda e pela cultura de massas norteadoras do culto higiénico, dietético e terapêutico, do mito da juventude, e das roupagens estereotipadas da virilidade/feminilidade. Aliás, a estratégia moderna do corpo vincula-se às finalidades da produção, da integração psicológica do indivíduo e à estratégia política de controlo social, a par de um discurso médico que, sob a apologia da saúde, enfatiza a forma mediante uma representação instrumentalizada do capital corporal (Baudrillard, 1991, p. 143-149).

A estilização do corpo e a dualidade estrutura/acção

Bastaria um revisionismo sucinto dos lugares da História para aferir a mudança das grelhas de representação e de decifração do corpo. A mudança do olhar inscreve-se num tempo e num espaço, logo num feixe civilizacional. Mas o corpo é omnipresente nesse trajecto, o corpo está sempre presente, um corpo que pensa e que é pensado, um corpo que produz e que é produzido, um corpo orgânico e vector dos liames sociais, psicológicos, culturais e religiosos. «*Está dentro da nossa vida quotidiana, nas suas relações de produção e de troca, é um meio de comunicação, por meio do uso de um certo número de sinais ligados à linguagem, aos gestos, às roupas, às instituições, às percepções que temos da realidade*» (Braunstein; Pépin, 2001, p. 10).

Aliás, denota-se a pluralidade de *olhares*, na medida em que o corpo resvala para uma pluralidade de dimensões: o *olhar individual* que transparece no reflexo; o *olhar relacional* que recobre a relação com os outros e os afectos; o *olhar ideal-tipo* que aspira à perfeição e à

* A comunicação baseia-se no relatório final elaborado no âmbito do Seminário de Investigação – Políticas e Práticas Culturais, orientado pelo Prof. Doutor João Miguel Teixeira Lopes, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, no decurso do ano lectivo de 2002/03. Salientamos que esta comunicação tem um pendor essencialmente reflexivo, uma vez que a apresentação e a análise dos dados resultantes do trabalho empírico irão ser publicados em outra sede. Aliás, entendemos que, para efeitos de apresentação oral, o texto aqui reproduzido figura, tão-somente, como ponto de partida, podendo ser aflorados outros contributos e eixos do estudo realizado.

** Socióloga (e-mail: silvia-silva@clix.pt).

intemporalidade; o *olhar ideológico* que indicia o corpo com género, com idade, com identidade.

O século XX enfatizou o controlo ideológico do corpo através de um conceito de perfeição, cujas regras já não se compadecem mais com as formas voluptuosas de outrora, que apela ao *ethos*, ao culto da forma física pela prática do desporto, num discurso que une a moda e a estética sobrepostas, por vezes, ao bem-estar e às directrizes da medicina. Este corpo ideológico releva na medida em que gera os mapas de decifração interligados, por sua vez, com os feixes estruturantes e estruturadores de um tempo e um espaço, ou seja, de uma dada cultura: «*Produtos sociais, as propriedades corporais são apreendidas através das categorias de percepção e dos sistemas de classificação sociais*» (Bourdieu, 1977, p. 51). O que evidencia a premência da ruptura com a neutralidade e a naturalização das proposições sobre a realidade, neste caso, a realidade corporal. Pois, as taxinomias aplicadas ao corpo (gordo/magro, forte/fraco, alto/baixo) assumem-se como mapas de decifração que fundam uma determinada ordem social.

Bourdieu, na senda de uma teoria da prática, equaciona uma filosofia da ciência relacional e uma filosofia da acção disposicional, uma vez que alude à relação entre as potencialidades inscritas no corpo dos agentes e as estruturas das situações onde eles agem, numa relação dialéctica entre as estruturas objectivas (campos sociais) e as estruturas incorporadas (*habitus*). A *hexis corporal* é, pois, uma das dimensões fundamentais da personalidade social, tanto mais que a relação com o corpo não se reduz a uma imagem do corpo, a uma representação subjectiva, mas reenvia para os esquemas de percepção e de apreciação engendrados no decurso da interacção grupal (Idem, ibidem, p. 54).

Não obstante o peso das estruturas, o nosso tempo vislumbra o processo de mudança do corpo. Há espaço, hoje, para os investimentos pessoais no e pelo corpo, para a estética de si próprio, o que aventa a cultura do corpo nas práticas quotidianas.

A análise de Giddens, no âmbito de uma sociologia dinâmica, releva a conversão dos dualismos agência-estrutura em dualidade, focando o corpo em contextos de interacção. Deste modo, munido de uma sensibilidade antropológica, historicista e crítica eivada por lastros geotemporais e geo-espaciais, denota-se o corpo como um projecto, como «*o “locus” do self ativo*» (1989, p. 29). Assim, ao proceder à formulação da teoria da estruturação, com os intuitos de transcender as aporias, combater o estancamento disciplinar e conferir especificidade às ciências sociais, destaca a matriz corpórea, ao nível das práticas sociais e dos modelos de interacção. Nos cenários e nos episódios da dramaturgia do quotidiano, esta matriz (re) configura a posição social, por sua vez, norteadora da definição identitária dos actores, como uma súpula do corpo e da sua faceta social, reenviando, no plano estrutural, para o accionar de diferentes estratégias de significação, dominação e legitimação.

Interligando a modernidade tardia com as questões identitárias, Giddens (1997) alude à experiência contemporânea de fragmentação e ao desfasamento com a significância que atravessa as transformações sintomáticas da era moderna, patentes na dissolução das narrativas de crença e de verdade, na institucionalização da dúvida radical e no projecto reflexivo do *self* que conecta o pessoal com a mudança social. Por esta ordem de ideias, o autor considera que o processo constitutivo da auto-identidade se prolonga no e pelo corpo, mediante uma «*política de vida*», uma política de auto-realização que imbrica o local-global e os sistemas de referencialidade interna, um «*planeamento de vida*» que remete para opções estratégicas, em termos do estilo de vida, em cenários ambivalentes propiciadores de riscos e de oportunidades (qual «*carro de Jagrená*»), uma estilização passível de tradução em termos de «*posturas corporais*» nos contextos de interacção quotidiana (Ibidem, p. 214).

O império da imagem

No âmbito dos factores culturais, revisitámos o que alguns autores conotam como a *tiranía mediática* exercida, designadamente, pelas revistas, pela publicidade, difundindo um ideal-tipo de beleza e um ideal-tipo de corpo que equipara o controlo da gordura e o mito da beleza (sinónimo de magreza). Deste modo, a par do corpo legítimo e legitimado pela ordem

social, um corpo que busca a distinção através de consumos distintos e distintivos, onde impera uma obsessão pela magreza, pelos «corpos Danone» e pelo *light*, coexiste um corpo *handicap*, deteriorado e estigmatizado, socialmente mutilado quando a sua forma extravasa os padrões que regem esses mesmos contextos socioculturais. De facto, o ser obeso constitui-se como um traço que *desacredita*, na medida em que é imediatamente visível, o que contrasta com os traços *desacreditáveis* (Goffman, 1982, p. 51). É neste sentido que Lipovetsky alude à reciclagem corpórea mediante a personalização e a humanização mescladas por uma missiva normativa, uma vez que «o interesse febril que temos pelo corpo não é de modo nenhum espontâneo e “livre”, obedece a imperativos sociais, como a “linha, a forma”» (1989, p. 59-60).

Alguns questionam mesmo esse tipo de beleza fundado em práticas draconianas e o seu grau de influência, uma vez que podem potenciar, no que concerne a imagem corporal, o fosso entre duas categorias quanto à auto e hetero-percepção do corpo: o corpo de pertença e o corpo de referência. Nomeadamente, o papel das revistas de moda que veiculam um universo de imagens em que as mulheres excessivamente magras são sinónimo de sucesso, de admiração, acenando com práticas de ascese, em termos de dietas e exercícios excessivamente rigorosos, a fim de se chegar ao «peso ideal». Será este o preço a pagar numa geração «*barbie*» que consubstancia o primado dos corpos esbeltos, esguios, delineados e argumentativos de uma cultura de performance e de sucesso? E que tipo de sociedade pode conduzir as mulheres, em geral, e as jovens adolescentes, em particular, a hiper-valorizar a imagem, como o reduto fundamental das suas preocupações e como o fio condutor dos seus projectos de vida?

A evidência sugere o mundo-tempo dual em que vivemos. Sob este prisma de análise, a realidade norte-americana transborda de exemplos, e é palco de tensões entre os *muitos gordos* (conotados como «repugnantes e moles») e os *muito magros* (conotados como «tontos e fúteis»), numa sociedade em que imperam os distúrbios alimentares, o culto da magreza e que fecunda a estigmatização das anorécticas. Logo, que pretensa libertação do corpo é esta? Senão, vejamos: num contexto em que 40% da população apresenta excesso de peso e 20% é clinicamente obesa (WHO, 2000), como vivem os gordos numa sociedade obcecada pelo culto da imagem e como convivem com o seu corpo? Desde 1992, celebra-se a proclamação do dia da «não dieta», como forma de protesto contra o culto da magreza, um não assertivo às dietas e à discriminação de que se dizem vítimas. Existe mesmo uma associação cujo mote reivindicativo é a declaração da obesidade como um modo de ser, ou seja, a aceitação da obesidade como algo «normal», numa sociedade que deve encontrar respostas para todos os tamanhos.

Nos antípodas, e desde 2001, proliferam os sites pró-anorécticos, de jovens americanas que exaltam o orgulho da anorexia como uma opção de vida, e não como uma doença, o controlo absoluto sobre o seu corpo, difundindo conselhos para manter o jejum e enganar a fome, numa busca como que desenfreada do perfeccionismo. Sob os motes de a vida pela magreza e a fome pela perfeição, imperam regras como: «*ser magra é mais importante que ter boa saúde*»; «*não comer é um verdadeiro sinal de poder e de sucesso*»; «*cada vez que comeres, sentir-te-ás culpada*» (Alexandre, 2003).

Um corpo de possíveis...

À laia de fios condutores do presente trabalho, enunciámos os seguintes cenários hipotéticos, nomeadamente: (a) em contextos de modernidade tardia, a matriz da corporalidade inscreve-se num duplo registo, articulando os constrangimentos dos espaços sociais com o *locus* de reflexividade do registo biográfico; (b) na contemporaneidade, a matriz corpórea é passível de um investimento estilizado, mas em estreita conexão com os imperativos da normatividade social, isto é, os padrões estéticos vigentes.

O nosso olhar atentou, ainda, no primado dos corpos emergentes, ancorados na fusão entre ter-um-corpo/ser-um-corpo, e que despoletam a consciência de si mediante *o ser no corpo*. Face ao mecanicismo cartesiano, precursor do hiato espírito/matéria, impera hoje a unicidade corpo/espírito. Contudo, reiteramos a indagação se tal imperativo não redundará num neocartesianismo, isto é, numa sociedade somática e medicalizada, que procede à invenção de corpos patente, por exemplo, na produção de órgãos e, em concreto, nas intervenções protésicas

que se parecem coadunar com a produção do *outro do eu*. Aliás, os exemplos da (re)invenção tecnológica do corpo, patentes na concepção do corpo-máquina, avultam: o uso de membros artificiais; o fortalecimento de ossos debilitados; a estimulação/substituição de órgãos com problemas; os reimplantes de articulações; a substituição de nervos; a melhoria do aspecto físico.

Indagámos, assim, se face ao compósito natureza/ciência, a estilização do corpo *ideal* do futuro se irá pautar, ou não, por uma lógica de reprodução conforme aos padrões legítimos de beleza e aos estereótipos dominantes.

Parte II – Da condição sociocultural da obesidade

Introdução

A obesidade é uma doença de etiologia complexa e multifactorial, o que radica na interacção entre factores genéticos, metabólicos, psicológicos e culturais. A primazia do nosso olhar não descarta os factores hereditários e as causas fisiológicas como factores predisponentes ao aparecimento da obesidade. Relevamos, porém, os vectores psicológicos e socioculturais como alicerces para a compreensão das causas da doença e do seu tratamento, no sentido de equacionar uma abordagem compreensiva e integrada, perante uma leitura redutora da obesidade como um mero distúrbio alimentar.

Esta análise atenta na ocidentalização dos costumes e dos estilos de vida, o que remete para a plastificação dos hábitos alimentares e a sedentarização dos figurinos de trabalho e de lazer, entre outros. Sob o epíteto das «doenças burguesas» de que enfermam as ditas sociedades da abundância, prefiguram-se as sociedades do excesso (dionisíacas) onde impera o panóptico da alimentação e a cultura do facilitismo, patentes na «*McDonaldização societal*» (Ritzer, 1993).

Com base nos contributos de Cohen (1989) e de Ferro (1999) que ressalvam, respectivamente, os efeitos do estágio civilizacional na saúde, atentando nas relações entre comportamento/saúde e civilização/padrões de comportamento, repomos uma das questões de pesquisa caras à sociologia médica: «*Porque é que a sociedade coloca mais ênfase na mudança de comportamentos individuais do que na mudança das circunstâncias sociais que influenciam os comportamentos individuais?*» (Lonnquist; Weiss, 1997, p. 5).

Os matizes socioculturais e os estádios de doença

A doença e a sua experiência extravasam da esfera médica, desempenhando um papel relevante nos espaços da vida social, em particular, no caso das doenças crónicas em que subsiste a ideia da doença como «*mediadora das relações sociais*» (Adam; Herzlich, 1994). As experiências de doença reificam um conceito que se define como um estado que afecta o corpo de um indivíduo, consistindo o papel da medicina na descrição desse estado, em termos objectivos, a fim de o tratar. Contudo, a doença e a medicina reenviam para a análise sociológica. A interacção entre o orgânico e o social sedimenta-se na análise dos modos através dos quais a doença está na nossa sociedade, até porque a doença é socialmente definida, constitui um estado provido de significações sociais, diferindo segundo as épocas e as condições sociais existentes¹.

¹ De facto, os flagelos colectivos de outrora, nomeadamente, as epidemias que eivavam as sociedades detinham os traços de fenómeno colectivo e, do ponto de vista das representações, figuravam como o eixo do mal e como o símbolo da punição divina (por exemplo, a lepra). Isto contrasta com a condição individual das doenças e dos doentes de hoje, um estatuto reforçado pelas doenças crónicas e degenerativas, não transmissíveis, que grassam nas sociedades industriais, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, e que, perante os avanços da medicina moderna, esboçam a doença como uma forma de vida.

Quanto às determinantes sociais dos estados de doença, reavivamos a análise de McKeown (1990), centrada na interpretação da saúde e da doença, que rebate a ideia dominante do pensamento médico, desde o século XVII – a concepção do corpo-máquina cuja protecção contra a enfermidade depende estritamente de intervenções no seu interior. A esta concepção contrapõe-se uma óptica sistémica entre o homem e o ambiente. Ou seja, a interacção entre a saúde humana e o ambiente imbrica a evolução, a modificação e a prevalência das doenças com a alteração das condições de vida, inscritas no ambiente físico e social, de que o próprio homem é o indutor. Os sistemas de classificação estabelecem as aporias entre, por um lado, as *doenças da pobreza* – cuja origem reside em deficiências e circunstâncias fortuitas (principalmente doenças infecciosas), provocadas por insuficiências quanto à disponibilidade de alimentação suficiente e de qualidade, de água potável, de medidas sanitárias, de meios de imunização e exposição a riscos; por outro, as *doenças da abundância*² – cuja génese reside em inaptações e circunstâncias fortuitas, doenças não transmissíveis como o corolário do processo de industrialização e da abundância, com repercussões nas condições de vida e nos comportamentos dos indivíduos.

Explanando as origens das doenças da abundância, o que sucede perante as tendências gerais da saúde nos países desenvolvidos é a substituição das doenças infecciosas pelas doenças não transmissíveis, isto é, pelas doenças crónicas como a hipertensão, as doenças cardiovasculares, o cancro, a obesidade, a diabetes. A industrialização ampliou o nosso domínio sobre o meio ambiente, conduzindo ao aumento dos recursos alimentares e, mais tarde, à diminuição dos perigos da insalubridade das condições de vida, o que culminou no declínio das doenças infecciosas. Contudo, e decorrente desse processo, ocorreram determinadas mudanças que atingiram factores como a alimentação, o exercício físico e os esquemas de reprodução, como também outros aspectos do comportamento dos indivíduos. Destaca-se, sobretudo, a alteração da composição do regime alimentar com base nos excessos e desequilíbrios que derivam da abundância. A transformação mais significativa foi o aumento do consumo de gorduras, em particular, os lacticínios e o excesso de açúcar aliados ao consumo de tabaco e de álcool. Salienta-se que esta alteração de comportamentos e os perigos associados resultam, em grande medida, das orientações dominantes na vida social. Quanto às exigências de esforço físico, estas diminuíram muito perante os efeitos massificados dos veículos motorizados na saúde e da televisão na cultura.

Os contornos da obesidade e a sua condição global

Em 1997 decorreu, em Genebra, um encontro entre vários especialistas e consultores da Organização Mundial de Saúde (OMS), com o fim de rever a informação epidemiológica sobre a obesidade e (re)desenhar recomendações para o desenvolvimento das políticas de saúde pública, abarcando os programas para melhorar a prevenção e o tratamento da obesidade (WHO, 2000).

Ao longo da história humana, o aumento de peso e a acumulação de gordura foram perspectivados como sinais de saúde e de prosperidade. Contudo, hoje o aumento de peso e a obesidade figuram como ameaças à saúde, prevalentes nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, afectando crianças e adultos. Perante este cenário relevam os custos da obesidade, em termos dos recursos humanos e financeiros afectos ao tratamento da doença, mas também em termos de saúde física e mental; os problemas psicossociais associados à obesidade, nomeadamente, o estigma, o preconceito, a insatisfação com a imagem corporal. Problemas que não são a consequência inevitável da obesidade mas que derivam, em parte, das aceções culturais que enformam a imagem do corpo (ideal).

O relatório da OMS evidencia a mudança das estruturas sociais e a influência dos factores culturais. Sucintamente, o período de transição económica alicerçado na

² Optámos pela denominação de doenças da abundância, em contraste com as doenças da pobreza, ainda que reconhecendo algumas das suas vicissitudes, uma vez que as populações empobrecidas estão cada vez mais expostas aos perigos que resultam da riqueza (o consumo de tabaco e álcool, os produtos químicos).

industrialização e na economia de troca no mercado global; o sistema alimentar emergente, baseado numa aproximação industrial à agricultura e à produção alimentar, que potenciou a disponibilidade de alimentos; a diminuição do dispêndio energético decorrente da modernização e de outras mudanças sociais, em conexão com um estilo de vida mais sedentário patente nos meios de transporte (motorizados), no local de trabalho (mecanização, robótica, sistemas computadorizados), no espaço público (elevadores, portas automáticas), no lar (a panóplia de electrodomésticos); a inserção laboral da mulher que, no âmbito das famílias de dupla carreira, indicia uma menor disponibilidade para a preparação dos alimentos, e a predisposição para as escolhas da comida rápida, do comer fora de casa, dos alimentos pré-cozinhados. Outra das questões, que não é de todo impermeável ao processo de globalização, prende-se com a indústria de *fast food* e o planeta como um local de hábitos alimentares padronizados. Vislumbra-se, assim, a aculturação dos hábitos alimentares que, perante um império de tendências homogeneizantes, resvala para o alastramento de um império de gordura. Aliás, a experiência de compra e degustação da comida plástica tornou-se num hábito social, rotineiro e mecânico, que quase adquire um ar de inevitabilidade (Schlosser, 2002). Pelo que, a par de um ambiente obesogénico que promove o sedentarismo e o consumo de alimentos gordos e altamente calóricos, figura uma sociedade que proclama a magreza enquanto ideal-tipo de beleza e a obesofobia.

Deste entendimento global e sistémico evidenciam-se duas linhas-mestras de acção, no âmbito da prevenção e do tratamento da obesidade.

A micro-intervenção diz respeito à relação médico-doente e aos tratamentos disponíveis, contemplando os planos alimentares, a actividade física, a modificação comportamental (o que comer, quando comer, como comer), a medicação e a cirurgia (no caso da super-obesidade). Este centramento no doente passa pelo estabelecimento de objectivos realistas e adequados e pela importância do envolvimento da família e dos pares num processo integrado que prioriza a educação para a saúde, com enfoque na reeducação alimentar e na mudança de comportamentos.

No âmbito da saúde pública, e perante um problema global, urge o envolvimento do poder político, dos profissionais de saúde e da comunidade. Os eixos das estratégias de saúde pública visam: (a) fomentar o conhecimento da população sobre a obesidade e reduzir a exposição da comunidade a um ambiente promotor da doença; (b) aumentar os níveis de actividade física e melhorar a qualidade do consumo alimentar da comunidade, o que significa que as abordagens serão diferenciadas segundo a população e os factores económicos; (c) fundar a prevenção e o tratamento da obesidade num compromisso de todos os sectores da sociedade; (d) estruturar as estratégias que visam melhorar a prevenção e o tratamento da obesidade, num ambiente que promova hábitos alimentares saudáveis e um maior nível de actividade física (com implicações ao nível do desenho urbano, das políticas de transporte, das regulamentações, dos currículos escolares, entre outros).

Referências bibliográficas

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine (1994) – *Sociologie de la maladie et de la santé*. Paris: Éditions Nathan.
- ALEXANDRE, Elisabeth (2003) – Anorexia, a nova vedeta da Internet. *Notícias Magazine*. N.º 598 (9 Nov. 2003), p. 74-77.
- BAUDRILLARD, Jean (1991) – *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70.
- BOURDIEU, Pierre (1977) – Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. N.º 14 (1977), p. 51-54.
- BRAUNSTEIN, Florence; PÉPIN, Jean-François (2001) – *O lugar do corpo na cultura ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget.
- COHEN, Mark (1989) – *Health and the rise of civilization*. New Haven: Yale University Press.

- CUNHA E SILVA, Paulo (1999) – *O lugar do corpo: elementos para uma cartografia fractal*. Lisboa: Instituto Piaget.
- FEATHERSTONE, Mike (1994) – *Consumer culture and postmodernism*. London: Sage Publications.
- FERRO, Marc (1999) – *As sociedades doentes do progresso*, Lisboa, Instituto Piaget.
- GIDDENS, Anthony (1997) – *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta.
- (1989) – *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- GOFFMAN, Erving (1982) – *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- LE BRETON, David (1992) – *La sociologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- LIPOVETSKY, Gilles (1989) – *A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa: Relógio D'Água.
- LONNQUIST, Lynne; WEISS, Gregory (1997) – *The sociology of health, healing and illness*. New Jersey: Prentice-Hall.
- MCKEOWN, Thomas (1990) – *As origens da doença humana*. Lisboa: Editorial Caminho.
- RITZER, George (1993) – *The McDonaldization of society*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- SCHLOSSER, Eric (2002) – *O império do fast food*. Lisboa: Quetzal Editores.
- SHILLING, Chris (1994) – *The body and social theory*. London: Sage Publications.
- WHO (2000) – *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.