



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM - CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA - PPGSP

RENATO MARCELO RESGALA JÚNIOR

ENTRE PESOS E MEDIDAS:
as representações de corpo e gênero em pacientes da cirurgia bariátrica

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ
MARÇO DE 2023

RENATO MARCELO RESGALA JÚNIOR

ENTRE PESOS E MEDIDAS:

as representações de corpo e gênero em pacientes da cirurgia bariátrica

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Sociologia Política

Linha de Pesquisa: Estado, Instituições, Políticas, Mercado e Desigualdades

Orientadora: Dr^a Marinete dos Santos Silva

CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

MARÇO DE 2023

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pelo autor.

R433 Resgala Júnior, Renato Marcelo.

ENTRE PESOS E MEDIDAS : as representações de corpo e gênero em pacientes da cirurgia bariátrica / Renato Marcelo Resgala Júnior. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2023.

267 f. : il.

Inclui bibliografia.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2023.

Orientadora: Marinete dos Santos Silva.

1. corpo. 2. gênero. 3. obesidade. 4. cirurgia bariátrica. 5. identidade. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

RENATO MARCELO RESGALA JÚNIOR

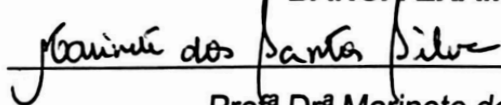
ENTRE PESOS E MEDIDAS:
as representações de corpo e gênero em pacientes da cirurgia bariátrica

Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Sociologia Política, orientada pela Professora Dra Marinete dos Santos Silva

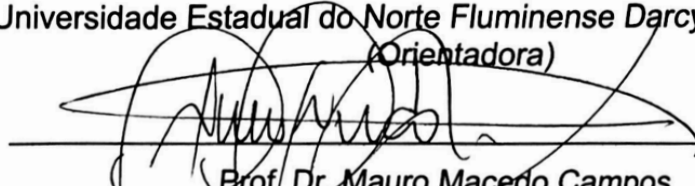
Linha de Pesquisa: Estado, Instituições, Políticas, Mercado e Desigualdades

Aprovado em 28 de março de 2023

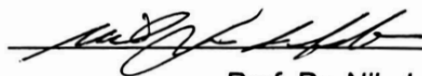
BANCA EXAMINADORA



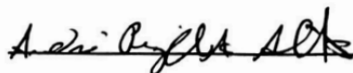
Prof.^a Dr.^a Marinete dos Santos Silva
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF
(Orientadora)



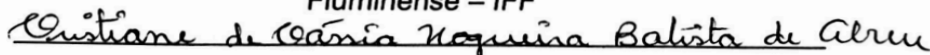
Prof. Dr. Mauro Macedo Campos
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF



Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF



Prof. Dr. André Pizetta Altoé
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia
Fluminense – IFF



Prof.^a Dr.^a Cristiane de Cássia Nogueira Batista de Abreu
Faculdade de Medicina de Campos - FMC

CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ MARÇO DE 2023

Dedicatória

Dedico essa pesquisa à minha esposa, professora Dr^a Ludmilla Carvalho Rangel Resgala, que me aguentou e ajudou a superar, durante esses anos, a dificuldade de lidar com a vida e seus percalços. Aos meus filhos, Maria Clara C. Resgala e Renan Rangel Telles, por serem a luz que eu sempre precisei em momentos de agonia. Às minhas mãe e avó, minhas *ilhas*, portos-seguros, Dona Ilia Maria Braga e Dona Ilia Maria da Conceição (*in memoriam*), que tanto, pacientemente, me ensinaram a ser menino na retidão. Ao meu pai (*in memoriam*). Aos meus colegas de doutoramento, em especial, ao Dr. Tiago Abud, pelos diálogos influenciadores. Aos professores estimados que fizeram parte dessa jornada, como Dr. Mauro Macedo, Dr. Nilo Azevedo, Dr. Vitor Peixoto, Dr. Geraldo Márcio Timóteo, Dr. Fabricio Maciel e, em especial, à professora Dr^a Marinete dos Santos Silva, que me acolheu e me direcionou, nos cinco anos desse processo de aprendizagem, quando a escritura se perdia por outros espaços.

Agradecimentos

Agradeço ao PPGSP-UENF pela vivência educacional. À CAPES e CNPq pelo apoio. À coordenadora do Programa que me acolheu nesses cinco anos de aprendizado, professora Dr^a Wânia Mesquita, pelo seu empenho e dedicação às ciências sociais e humanas. Em especial, agradeço à professora Dr^a Marinete dos Santos Silva, pela paciência contínua e acompanhamento incansável. Agradeço à clínica CETODI, em especial à psicóloga Glória Ferraz, por ter abraçado esse, que era, até então, um projeto de pesquisa, há 05 anos, e me direcionado aos pacientes e à equipe médica multidisciplinar, oportunizando-me ouvir as vozes de mulheres e homens que tanto experimentaram o dilema da vida 'pesada'. Aos membros da banca, Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo, Dr. Mauro M. Campos, Dr. André Pizetta Altoé e Dr^a Cristiane de Cássia Nogueira Batista de Abreu, pelas correções e complementações que acresceram, demasiado, à ideia dessa pesquisa. Aos meus amigos e familiares que me apoiaram, pois, sem as amizades de verdade, assim como as músicas que nos acompanham, a vida não valeria a pena.

“Não há dúvidas de que o corpo, hoje, não é mais o mesmo que o do início do século XX. Suas aparências são modificadas, suas qualidades são tornadas sutis, seus recursos mais massivos, suas defesas mais seguras. Ocorre que sua total pertença ao universo psicológico prolonga uma dinâmica nascida há muito tempo, surgida com a modernidade das Luzes (...). Ocorre, mais ainda, que o início do século XX faz emergir de um longo percurso uma ideia decisiva e durável segundo a qual a sensação de personalidade, ou o sentimento de si, encontra fundamentalmente sua origem na representação do corpo”
(Georges Vigarello, 2016, p. 299)

Gostaria de chamar atenção para a economia moral que organiza a gordofobia. Não se trata apenas de um jogo de mais ou menos capital, belo e repulsivo, precisamos pensar que a gordofobia produz ganhos existenciais, seja para as pessoas magras, seja para a indústria do emagrecimento. Dentre esses ganhos, destacamos uma espécie de “segurança ontológica” produzida pela fantasia de que só os gordos morrem. O imaginário organizado pela gordofobia permite sentir que a magreza resolve os problemas da finitude. Durante a pandemia, muitas vezes ouvi, após a notícia de que alguém estava na UTI ou tinha morrido, a pergunta: era gordo? Era gorda? Assim, acreditar que evitando a gordura se evita a morte é um mecanismo tão poderoso quanto a percepção de que ser magro ou emagrecer demonstra força de caráter. Pessoas gordas são retratadas como vítimas da falta de amor-próprio ou de tenacidade. A facilidade com que pessoas gordas emagrecem para, em seguida, engordarem novamente, dificilmente gera a desconfiança de que, talvez, a distribuição do peso corporal não seja uma questão de decisão. Aqui, mais uma vez, temos que a gordofobia esconde, além do medo da finitude, outra angústia que caracteriza a estrutura da subjetividade burguesa: de que haja situações que estejam fora do controle. O privilégio magro é, assim como o privilégio branco, uma espécie de interdito à reflexão sobre a produção de si e da vida.
(Simone Magalhães Brito, 2022, p. p.170)

“Cada quilo tem uma história”
(GF, psicóloga, 54 anos)

Resumo

Com a obesidade mulheres e homens se sentem diferentes na sua relação com o corpo e, por extensão, com a sua sexualidade. Vários são os fatores sociais e culturais que levam a essa condição como as crescentes transformações da sociedade, no campo da cultura, da política e, principalmente, da economia, tornando-se reflexos de um tempo de consumismo exacerbado, de problemas relacionados à saúde mental e ao comportamento. A presente tese de doutoramento compara as representações do corpo e gênero de mulheres e homens obesos e/ou com sobrepeso que realizaram a cirurgia bariátrica, de forma a discutir sobre a epidemia da obesidade no Brasil e suas relações com a identidade de homens e mulheres e suas histórias. Para isso, trouxemos a história da obesidade como ponto de partida para se entender o que é o corpo e as suas correlações com o gênero. Dessa forma, quais seriam as projeções de um ideal estético sobre o corpo feminino e masculino e as suas atuais representações culturais na sociedade, ou o que há por detrás dos discursos que determinam um ideal de perfeição sobre o corpo de mulheres e homens, além da questão da própria busca pela mudança/transição que mulheres e homens obesos almejam com o emagrecimento por meio da cirurgia bariátrica, foram interrogações tratadas no desenvolvimento da pesquisa. De um lado, a obesidade no Brasil cresce de forma constante, tornando-se um grave problema para a saúde pública nacional; de outro, mulheres e homens com sobrepeso ou obesidade vivenciam dilemas em suas experiências cotidianas. A alternativa da cirurgia de redução de peso vem se tornando uma peça-chave na mudança de vida de pacientes obesos. As entrevistas, que se deram por meio de videoconferência, com pacientes de uma clínica de Itaperuna-RJ, foram ao encontro do que as estatísticas federais retrataram na última pesquisa de 2019, encontradas no DATASUS e Vigitel (2019).

Palavras-chave: corpo; gênero; obesidade; cirurgia bariátrica; identidade

Abstract

With obesity, women and men feel different in their relationship with their bodies and, by extension, with their sexuality. There are several social and cultural factors that lead to this condition, such as the increasing transformations of society, in the field of culture, politics and, mainly, the economy, becoming reflections of a time of exacerbated consumerism, of problems related to mental health. and to behavior. The present doctoral thesis compares the representations of the body and gender of obese and/or overweight women and men who underwent bariatric surgery, in order to discuss the obesity epidemic in Brazil and its relations with the identity of men and women and your stories. For this, we brought the history of obesity as a starting point to understand what the body is and its correlations with gender. In this way, what would be the projections of an aesthetic ideal on the female and male body and their current cultural representations in society, or what is behind the discourses that determine an ideal of perfection on the bodies of women and men, in addition to the The question of the search for change/transition that obese women and men aspire to with weight loss through bariatric surgery, were questions addressed in the development of the research. On the one hand, obesity in Brazil is growing steadily, becoming a serious problem for national public health; on the other hand, overweight or obese women and men experience dilemmas in their everyday experiences. The alternative of weight reduction surgery has become a key part in changing the lives of obese patients. To corroborate, we interviewed 27 bariatric surgery patients. The interviews, which were carried out via videoconference, with patients from a clinic in Itaperuna-RJ, were in line with what the federal statistics portrayed in the last survey of 2019, found in DATASUS and Vigitel (2019).

Keywords: body; gender; obesity; bariatric surgery; identity

Lista de Gráficos

Gráfico 01 - Número de cirurgias bariátricas em clínicas particulares.....	110
Gráfico 02 - Total de cirurgias bariátricas realizadas 2011-18.	111
Gráfico 03 – Número de cirurgias básicas no SUS de 2008 a 2018	112
Gráfico 04 – Variação de operações bariátricas/habitantes por região.	113
Gráfico 05: Excesso de peso e obesidade por idade e sexo (masculino)	117
Gráfico 06: Excesso de peso e obesidade por idade e sexo (feminino)	118
Gráfico 07: Excesso de peso e obesidade por grupos de idade	118
Gráfico 08: Excesso de Peso - Percentual 2013 -2019	119
Gráfico 09: Obesidade - percentual 2013-2019	120

Lista de Siglas

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde.

CB: Cirurgia bariátrica.

CFM: Conselho Federal de Medicina.

CETODI: Centro de Tratamento da Obesidade e Diabetes

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de Massa Corporal.

MS: Ministério da Saúde.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

ONU: Organização das Nações Unidas.

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde.

PLANSAN: Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

POF: Pesquisa de Orçamento Familiar

SBCB: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica.

SBCBM: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

SMPC: silagem de milho com partícula curta (unidade para medir a quantidade de carboidrato)

VET: Valor Energético Total

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

WHO: World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

Sumário

Introdução.....	11
1 Corpo multifacetado	20
1.1 Revisitando a história do corpo	20
1.2 Obesidade no Brasil: passagens históricas.....	39
2 Corpo obeso e gênero.....	52
2.1 Gênero e obesidade: mitos da beleza	52
2.2 Estética da estigmatização	79
3 Obesidade e Cirurgia Bariátrica	103
3.1 Dados sobre a obesidade e a cirurgia	103
3.2 O procedimento cirúrgico	125
4 Corpos de mulheres e homens obesos	142
4.1 Os pacientes	143
4.1.1 – Quem são os nossos entrevistados?.....	147
4.2 Corpo, gênero, estigmas e vida social: o peso da voz.....	164
4.2.1 Mulheres obesas.....	165
4.2.2 Corpos obesos masculinos.....	211
Considerações finais.....	228
Referências Bibliográficas	235
Anexos.....	256
Apêndices.....	260

Introdução

A presente tese tem como objetivo central comparar as representações sobre o corpo e o gênero, a partir de uma discussão sócio-histórica da obesidade, por meio dos relatos de mulheres e homens obesos, que realizaram a cirurgia bariátrica, experienciaram o que foi a obesidade nas suas relações afetivas, sociais e profissionais, e, hoje, vivenciam uma transição de seu peso corporal.

A ideia dessa tese surgiu quando, de meu interesse pelas relações históricas entre corpo e gênero, comecei a cursar, como aluno especial, a disciplina “História, corpo e gênero” da professora doutora Marinete dos Santos Silva, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP), da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), no ano de 2018.

Os nossos encontros versavam tanto sobre os símbolos discursivos de dominação do corpo e da segregação daqueles e daquelas (falávamos sobre a dialética de certa luta por espaços e reconhecimentos, sobre feminismo, sobre a invenção do ideal de mulher, da subjugação do diferente, da população trans e LGBTQIA+) que não se encaixam nos padrões estéticos, quanto os debates sobre as conexões presentes no diálogo entre os conceitos de corpo e gênero.

Tais momentos forjaram as ideias centrais que se entrelaçaram nessa tese: a história do corpo, o corpo *outsider* - fora dos padrões, a doença da obesidade, as experiências sociais de pessoas com sobrepeso ou obesas que realizaram a cirurgia de redução de peso e, daí, as suas histórias, os relatos de vida e as relações com a sua identidade de gênero.

Porém é preciso lapidar e azeitar um pouco mais sobre o porquê. Sempre fui gordo. A única constatação que sempre terei de mim é a de que sempre me

verei como gordo, ainda que hoje, ao tempo dessa escritura, eu pese o ideal (72 quilos).

Quem é gordo (e emagrece - nem que seja por um período curto de tempo) vive ou com as memórias traumáticas, se a obesidade lhe foi um impedimento, ou com leveza de viver, se o processo cirúrgico, as dietas ou a prática de exercício lhe proporcionaram o prazer de se adequar aos espaços sociais - passageira sensação de libertação¹.

Em 2014, fiz a minha cirurgia bariátrica, a cirurgia de redução de peso. De 124 quilos, em seis meses, cheguei a 68 quilos, com 1,71 metro de altura: era o ápice de um processo pré-cirúrgico complexo e demorado, seguido de um pós-cirúrgico dolorido e desafiador.

De certa forma, relatar sobre as experiências de um processo cirúrgico necessário, porém invasivo e complexo, também me foi um caminho pelo qual percebi que poderia clarear determinados problemas dessa pesquisa: como é a vida de pessoas que foram obesas e que fizeram a cirurgia bariátrica? Quais experiências sociais elas vivenciaram?

Viver como gordo, desde a infância até boa parte da vida adulta, é diferente, pois os acontecimentos são múltiplos, as piadas intensas, o deboche constante (por vezes, velado e sorrateiro). O que percebemos ao investigarmos as histórias de corpo e gênero é o discurso de uma narrativa ainda mais antiga: por vezes, o corpo gordo é percebido como representativo do que é ligado ao escárnio, à fraqueza e à ausência de obstinação e vontade, em frases que velam o que a pessoa não é (presentes em falas como 'Olhe, tem um rosto que é lindo, mas...'); por outras, como símbolo de riqueza, ostentação e poder econômico (bem simbolizado na arte), e cada vez mais como reflexo de um corpo doente pela má alimentação e outras doenças como depressão, compulsões, inacessibilidade a alimentos saudáveis, etc.

¹ Pelo meu histórico, posso dizer que o peso é simbólico. De minha vida, direi que há dois resultados na equação da vida de um obeso: ou era 'força de vontade' para libertar-se sempre dos traumas e das dificuldades que advêm com o peso a ser carregado, ou era reconhecer que padrões são instituídos por pessoas - com poder para tanto - que idealizam socialmente a vida, criam modelos a ser seguidos, parametrizam as relações afetivas e, por fim, rechaçam os que não se adequam. Daí, resta apenas aceitar a diferença de ser obeso e aguentar a história que viria.

De fato, sob uma ótica das condições socioculturais de vida, podemos afirmar que desde a infância, passando pela própria história, além do estresse cotidiano das cidades, a forma de consumo alimentar e a projeção, contínua e irrefreável, de uma imagem ideal do corpo se revelaram questões importantes na problemática da obesidade (SILVA, 1997).

Hoje, os termos *lipofobia* (FISCHLER, 1991) ou, popularmente, *gordofobia*, que designam o preconceito e o estigma social baseados no julgamento pela imagem corporal de pessoas obesas, vêm ganhando espaço nas redes sociais e mídia, assim como nos estudos sobre corpo e obesidade (sejam nos estudos de psicologia, saúde ou ciências sociais), ora colaborando de forma educativa e econômica para a conscientização e inserção de pessoas obesas (como os programas e matérias jornalísticas crescentes que tratam do assunto e a - próspera? - indústria da cultura *plus size*), ora ressignificando as experiências sociais dessas pessoas (falar e compartilhar pode ajudar a mudar hábitos). Porém, nos anos 90, não era assim: a obesidade era uma demarcação de diferença, nosso corpo dizia aos outros o que não éramos e o conflito era inevitável.

No desenvolvimento dessa tese, percebemos que a experiência da vida de um obeso não deveria ser, unilateralmente, entendida como uma representação de um comportamento negligente e incapaz. Fácil demais é culpar uma pessoa obesa por sua corporalidade, por sua aparência, por suas formas. Afinal, além de uma curva ascendente de obesidade, refletindo uma epidemia na saúde pública e ligada também à cultura (no caso, às práticas culturais concernentes à alimentação, ao comportamento e à própria economia), o que percebemos foi também como influenciou o aumento de peso a própria vivência nas cidades, pois, nelas, o tempo para as práticas saudáveis cedeu lugar à ingestão excessiva de alimentos com excessos de carboidratos e açúcares (não seriam as pessoas, obesas ou não, também reféns de um planejamento estratégico econômico, articulado e muito bem organizado, do setor da indústria alimentícia?).

De minha vida, também, faz parte a ideia desse texto, por isso necessário foi expandir os relatos, contar histórias de pessoas que foram obesas e que também passaram pelo processo cirúrgico bariátrico. De outra forma,

questionamo-nos sobre as formas, as práticas socioculturais com as quais pessoas obesas se relacionam com seu corpo, como se sentem com sua identidade de gênero, em suas relações e experiências afetivas e sociais.

O que motivou ligar o tema da obesidade com a cirurgia bariátrica é a possibilidade de ouvir pessoas que, tendo sido obesas, agora vêm vivenciando uma nova realidade quando perderam peso considerável. Para isso, determinamos que, em nossa pesquisa, seria imprescindível ouvir as experiências de vida e do próprio processo da cirurgia bariátrica.

Academicamente, a obesidade é tratada em cursos de saúde, como Nutrição, Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. Alguns trabalhos também se encontram em revistas acadêmicas de Psicologia. Era preciso também ouvir as vozes dessas pessoas sob uma outra ótica, afinal, as Ciências Sociais e Humanas constituem-se como campo intelectual para se discutir a diversidade, o que outro é e qual seu lugar de cultura.

Caracterizada como doença (CID 10-E66), a obesidade é visível através do acúmulo corporal excessivo de gordura no corpo. A obesidade deve ser compreendida por meio de fatores múltiplos, como as questões biológicas (genética e metabólica), ecológicas, históricas, psicológicas, etc. (WANDERLEY, 2007, et al.). Já o sobrepeso, verifica-se através da relação entre o peso e a estatura da pessoa, tendo como foco um padrão de peso ideal, resultado de aumento de gordura ou mesmo de massa magra.

De fato, as experiências pelas quais passam aqueles que estão à margem - não só da sociedade e do convívio social, mas também das discussões acadêmicas (as pessoas com obesidade, julgadas pela sua imagem corporal, pelo seu porte e peso) - proporcionaram-nos interpretações significativas, contribuindo para a compreensão do dilema da complexidade da vida de uma pessoa com obesidade.

A nossa tese se desenvolveu por meio de uma pesquisa qualitativa, com uma análise de referenciais teóricos, entrevistas e questionários direcionados a pacientes da cirurgia bariátrica e a uma equipe médica multidisciplinar.

Pela proximidade territorial, o Centro de Tratamento de Obesidade e Diabetes - CETODI – (também conhecida localmente por Controle do Peso, situada em Itaperuna-RJ, cidade que fica a 102 km de distância da UENF), que é um centro de atendimento clínico de referência estadual do procedimento cirúrgico da bariátrica, será o *locus* da pesquisa de campo, pois faremos as entrevistas semidiretivas com a equipe médica e multidisciplinar, especializada no acompanhamento pré e pós cirúrgico (psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista e médico-cirurgião), assim como entrevistas e preenchimento de questionário socioeconômico com pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica nessa clínica.

Estas entrevistas se deram *por videoconferência* (pelo período pandêmico da COVID-19, realizamos os encontros de forma remota com pacientes da cirurgia, ora via Google Meets, ora via Zoom – apenas duas pacientes não concederam a entrevista por videoconferência, mas enviaram o questionário respondido). Com elas, pudemos perceber relatos das experiências com a obesidade, assim como ouvimos sobre os modos de configuração desses sujeitos envolvidos no processo cirúrgico em suas relações no âmbito social (CHAUVIN & JOUNIN, 2017, p. 124).

De fato, a videoconferência é uma forma de entrevista que facilita o encontro entre pessoas que estão, localmente, distantes ou com alguma dificuldade de acesso, ainda que haja, como ocorreu, problemas de oscilação da qualidade da conexão da internet.

A observação direta e localizada era nossa estratégia metodológica inicial que, acreditávamos, nos daria uma compreensão panorâmica do nosso objeto de estudo, permitindo uma aproximação e maior interação com os envolvidos. Porém precisamos nos adaptar e o acompanhamento do processo *in loco* com os pacientes não foi possível, continuamente, pois tivemos que interromper com 15 dias.

Nesse tempo, visitamos a clínica no período de 1h, de duas terças e quintas-feiras, e tentávamos ouvir e conversar, informalmente, com pacientes que iriam fazer a cirurgia e com os que já haviam feito, mas estavam realizando consultas de rotina.

Nesse período, constatamos que (tal como eu vivi quando fiz a minha cirurgia) o processo é complexo, pois envolve não somente a constatação da obriedade de que se está obeso e é preciso emagrecer (o primeiro encontro do paciente na clínica é com a balança: o algoz de todo obeso, não há como fugir, e me lembro de pacientes que afirmavam estar indignadas consigo pelo peso a que chegaram), mas é reflexo de um trabalho meticoloso, que se desenvolve de forma terapêutica (com a alimentação, a respiração, o cuidado com o corpo e a saúde mental) e clínica (as práticas cirúrgicas e medicamentosas).

Consideramos intrigantes aqueles dias, porque estávamos em diálogo na sala de espera com pessoas obesas ou ex-obesas, adultos, crianças e idosos, que falavam de suas dificuldades físicas, das dores que sentiam. No mesmo lugar, somos chocados com as imagens de que a vitória só viria com um corpo novo (as fotos das pessoas que emagreceram após a cirurgia, acima da mesa do café, deixava isso bem claro: o antes e o depois, o corpo desarrumado e fora de lugar ao lado de um corpo novo, acessível, em forma).

Percebi também que a experiência da espera traz suas dificuldades, pois a clínica atende, em sua maioria, por plano de saúde. Com isso, a pessoa obesa, além dos problemas inerentes à sua própria saúde, por vezes, se depara com o obstáculo da burocracia que envolve a liberação da cirurgia pelos planos de saúde. Lembramos de uma senhora, cujo plano havia recusado a sua cirurgia na primeira vez, mesmo com o seu Índice de Massa Corporal (IMC) já indicando um alto grau de obesidade. Ela teve que abrir um processo, juridicamente, para o plano de saúde arcar com as despesas médicas (ainda comentou que, após a cirurgia e com o emagrecimento, teria que, provavelmente, abrir outro processo contra o plano para que arcasse com as cirurgias reparadoras).

Com o estado pandêmico, as entrevistas que estavam sendo preparadas, foram arranjadas remotamente, de modo a preservar a saúde e a integridade física dos envolvidos. Foram indicadas pela psicóloga da clínica 08 pessoas, sendo 05 que se identificaram com o sexo feminino e 03 com o sexo masculino. Após os encontros, os próprios entrevistados nos indicaram outras pessoas conhecidas, que tiveram seu procedimento feito pela clínica de nossa tese e por outras (o que foi o caso dos pacientes 05, 15, 21 e 22), o que nos permitiu entrevistar pessoas para além do nosso *locus* de investigação (conseguimos

atingir não somente pessoas que residem na região noroeste fluminense, mas também residentes da cidade do Rio de Janeiro, de Cuiabá, até de uma brasileira que reside em Israel). No total, entrevistamos 27 pessoas, 20 do sexo feminino e 7 do sexo masculino (dois destes se autodeclararam como homossexuais).

Com as entrevistas direcionadas à equipe médica, coletamos informações-chave que apontam para o valor da cirurgia bariátrica na vida dos pacientes com sobrepeso e obesos.

Acerca da cirurgia bariátrica, pesquisamos dados referentes à obesidade no Brasil e em outros países, em uma perspectiva comparativa. No referencial teórico, utilizaremos artigos que remetem à definição de obesidade e à cirurgia bariátrica em Bordalo (2018), Costa (2019), Cunha (2006), Lopes (2016), Negrão (2006), Pereira (2002), Sprengel (2015), Stenzel (2003), Tanaka & Peniche (2009) e Zeve et al (2012).

Utilizamos os dados estatísticos da clínica Controle do Peso (CETODI), desde sua abertura, em 2002, até o ano de 2019, que apresentarão o quantitativo de processos cirúrgicos por gênero, etnia, faixa etária e profissão/ocupação. Além desses dados, realizamos uma pesquisa nos bancos de dados do IBGE e Ministério da Saúde, de forma que, num processo comparativo, apresentassem-nos as informações referentes à obesidade no país, neste último decênio.

Esses dados nos serviram como medidas para a interpretação dos cenários, dos processos históricos e sociais que envolvem os atores: homens e mulheres obesos ou com sobrepeso (DIETRICH, et. al., 2017, p. 175-176). A base para a discussão também provém de uma pesquisa de levantamento de artigos e títulos (livros históricos, técnicos, dissertações e teses) que remetem aos estudos de corpo, gênero, cultura, identidade e dados relacionados à obesidade, apontados no quadro teórico desta pesquisa.

Válido afirmar, ainda, que essa pesquisa foi submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a resolução 510 de 2016 do Ministério da Saúde e foi validada sob o registro CAAE: 38301420.9.0000.5648.

Dessa forma, desdobra-se em 04 capítulos nossa tese: no primeiro, discutiremos a história do corpo e as relações com o conceito de gênero, as suas

relações com as projeções simbólicas no imaginário cultural brasileiro em comparação com passagens históricas sobre a imagem do obeso, sob o viés da crítica de pensadores como Vigarello (1995, 2012, 2016), Courtine (1995, 2013), Fischler (1995) e dos estudos da historiadora Denise B. de Sant'Anna (1995a, 1995b, 1998, 2000, 2014).

No segundo capítulo, conjugaremos as percepções históricas sobre o conceito de corpo com o que é a ideia sobre gênero, de forma a inter-relacionar as representações de mulheres e homens obesos no âmbito das relações sociais. As colaborações de Joan Scott (1990; 1992) sobre o conceito de gênero (e sua escalada no discurso das Ciências Humanas e Sociais) foram fundamentais para que pudéssemos traçar as diferenças entre o corpo obeso feminino e o masculino, além de correlacionar as práticas sociais e afetivas que cercam a vida de mulheres e homens obesos com pesquisas que apontam para um processo de deterioração e estigmatização das identidades (GOFFMAN, 1963) da pessoa obesa.

No terceiro capítulo, imprescindível foi investigar o que é a obesidade e a história da obesidade no Brasil, para que tivéssemos a possibilidade de interpretar e conjugar dados estatísticos da doença e do processo cirúrgico em âmbito nacional, assim como sermos direcionados às experiências, por meio dos relatos.

Com as entrevistas da equipe multidisciplinar e dados do campo de pesquisa, passamos para a apresentação que envolve todo o processo cirúrgico da bariátrica, com discussão de informações relativas ao procedimento. Assim, utilizaremos as entrevistas com a equipe multidisciplinar (médico cirurgião, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista) de modo a apresentar as especificidades da profissão, no que concerne ao tratamento, e com a finalidade de relatar as percepções que tais profissionais trazem com as suas experiências profissionais, sejam as frustrantes ou as de sucesso no tratamento.

No último capítulo de nossa tese, trataremos de apresentar os relatos de pacientes da cirurgia, como se sentem, hoje, com seus corpos, suas identidades, sua vida afetiva e social, de forma que pudéssemos entender como é a relação de um bariátrico com o peso.

A estrutura aberta (semidiretiva) de nossas entrevistas foi para, não somente reconhecer as características socioeconômicas dos pacientes, mas também para ouvi-los sobre os fatores que determinaram suas experiências afetivas e sociais, como: conforto físico com o peso, estima com o próprio corpo, vida social e as suas relações familiares.

1 Corpo multifacetado

1.1 Revisitando a história do corpo

*“O corpo – o que comemos, como nos vestimos,
os rituais diários através dos quais cuidamos dele –
é um agente da cultura”
(Susan R. Bordo)*

*“Os limites dos corpos são fluidos”
(Roy Porter)*

*“Realizar uma história do corpo é um trabalho
tão vasto e arriscado quanto aquele
de escrever uma história de vida”
(Denise Bernuzzi de Sant’Anna)*

Steven Connor (1994), teórico dos estudos da cultura, já apontava, nos anos 90 do século XX, que tudo o que vem inscrito sob o signo dos símbolos histórico-culturais sempre se traduz em valores que, inescapáveis às experimentações cotidianas da vida em sociedade, acabam por criar e ‘repaginar’ sistemas de reconhecimento, dentro dos quais padrões são inventados, realocados e introduzidos no imaginário social. Em outras palavras, tudo o que é cultural tem seu valor, pois a cultura nos é inescapável (CONNOR, 1994, p. 11)

Quando as pesquisas sócio-históricas voltam seus objetivos para a análise das percepções conceituais sobre o que é o corpo, o que está no cerne da discussão é a própria condição humana: as múltiplas e variadas formas de identidades culturais (HALL, 2011) que estão em constante mudança, as

relações que se constroem e se diferenciam nos espaços sociais, as marcas culturais que estão inseridas nos espaços íntimos e, por conseguinte, os jogos de poder que nela se articulam; estes, por sua vez, entendidos enquanto discursos que produzem e reproduzem também perspectivas e valores culturais que se refletem no cotidiano. Não há, na relação entre corpo e cultura, uma cisão: um se concretiza e se realiza no outro.

O ser humano experimenta a vida, as relações com o mundo e com os outros pelo seu corpo. É no corpo e pelo corpo que as identidades de homens e mulheres primeiramente afloram. Porém, nos entremeios da história, o corpo esteve em segundo plano, ora por ser impuro, frágil, ora por ser indigno, por vezes, simbolizando o desconhecido ou mesmo nefasto: precisava de controle, ensino, domesticação e vigilância; nos extremos, punição e tortura (FOUCAULT, 2015).

Há, certamente, sobre o discurso em torno do corpo multifacetadas inclinações histórico-culturais (e que hoje são, de fato, clivadas pelas marcas discursivas da moda, da mídia, da medicina, da religião, da política, da economia, do esporte, da saúde pública, etc.) que influenciaram o ideal estético corporal, isto é, do que seria o corpo perfeito (o corpo sadio, o corpo correto², falaríamos pensando em nossa contemporaneidade) e culturalmente coerente com o espaço social e a sua época: ideais estes que estiveram presentes no imaginário ocidental, adequando-se, readaptando-se e se modificando no decorrer dos séculos.

Dessa forma, dir-se-ia que a história do corpo na sociedade ocidental é, no mínimo, questionável. Discuti-la é intervir em um processo histórico-discursivo, cercado por determinada tradição mítica, que segrega e também é marcada por – quase que imaculadas – questões que regeram a vida de homens e mulheres, dando-lhes o comportamento de como ‘se deveria e precisaria ser e agir’, ‘o que

² Sobre a ideia do corpo estruturalmente correto, posicionado, endireitado, Georges Vigarello, em seu livro que é baseado em sua tese de doutorado, “Le corps redressé. Histoire d’un pouvoir pédagogique”, traz imagens e apontamentos históricos.

se deveria fazer', 'como um membro de uma classe social deve se vestir', 'qual valor dar ao corpo' entre outros questionamentos.³

Se para Stenzel (2003, p. 45), apoiando-se na visão de Sant'Anna (1995a; 1998; 2000) e Susan Bordo (2010), o corpo é um símbolo no qual jogam as múltiplas formas e visões da história cultural, já que "toda cultura tem seu modo de viver, de pensar e de falar sobre o corpo, cada qual com suas especificações e diferenças", já para Bourdieu (1989, p. 09), é sobre o corpo que a violência simbólica se solidificou e determinou o controle da conduta na vida pública e privada, acarretando no distanciamento das relações sociais e na domesticação do comportamento.

Da mesma forma, Georges Vigarello (2000, p. 229), ao responder sobre o que é o corpo nos estudos históricos, afirma que:

(...) o corpo não é algo unificado; de onde vem a dificuldade de responder à questão 'o que é o corpo?'. O corpo é um objeto múltiplo, que pode representar dimensões bastante diferentes da vida, tais como a sensibilidade, a expressão ou uma verdadeira mecânica ligada ao trabalho. Ele evoca numerosas imagens, sugere múltiplas possibilidades de conhecimento. Além disso, o corpo é sempre algo inabarcável. Todavia, desde que se saiba que ele não é um objeto homogêneo, é importante estudá-lo pois, em muitos casos, é por meio dele que nós revelamos como o mundo é construído.

Com isso, o corpo torna-se, conceitualmente, o espaço onde coabitam as identidades culturais (HALL, 2011), que se jogam nas sociedades: revestidas com suas perspectivas diferentes sobre o corpo em constante transformação e mudança. Sant'Anna (2000, p. 50) assevera que "(...) o corpo, tal como a vida, está em constante mudança. As aparências físicas demonstram de modo

³ Sobre os questionamentos e com relação aos aspectos relacionados à identidade masculina, Badinter (1993) e Nolasco (1990) fazem consideráveis apresentações sobre o ideal de masculinidade e sobre o conceito de Homem. Quanto à ideia sobre o corpo feminino, sobre o que é a 'Mulher' no discurso histórico-social do ocidente, considerável são as abordagens de Susan Bordo (2010; 2003) e também de Thomas Laqueur (2001), cuja pesquisa da história do conceito de corpo e sexo trará exemplos de como certos paradigmas e dogmas culturais institucionalizaram ideais no discurso científico e médico para a diferenciação da sexualidade (na retratação dos órgãos sexuais masculino e feminino) que, de fato, ainda refletem na abordagem conceitual sobre o corpo na história.

exemplar esta tendência: elas nunca estão prontas, embora jamais estejam no rascunho”.

Por muito tempo, subjugou-se o corpo à alma. Dito de outra forma, predeterminaram-no, sob inventados, controlados e moldados padrões culturais dicotômicos (muitas das vezes proporcionando o estigma), que adentraram nos espaços e momentos da vida humana (no comportamento cotidiano, na alimentação diária, no condicionamento da sexualidade, na relação com os bens de consumo, como a moda), pois era preciso corrigir, controlar e cercear o corpo; afinal, punindo-se o corpo (reflexo, pois, das pulsões, dos desejos, das manifestações reais dos homens e mulheres), controlava-se a alma e, por extensão, modelar-se-iam e se adestrariam o comportamento e as relações interpessoais (COURTINE, 2013).

Jean-Jacques Courtine (2013) afirma que os campos político e social, indubitavelmente, exercem determinado cerceamento, em que as relações de poder operam constantemente “sobre uma influência imediata; elas [as relações de poder] investem contra ele, o marcam, o adestram, o supliciam, o constroem a trabalhos, o obrigam a cerimônias, cobram dele signos” (COURTINE, 2013, p. 16). E isso, claro fica, quando se investigam o que se vela nos discursos da tradição (religiosa e filosófica) ocidental que volta sua crítica sobre a separação entre corpo e alma.

Corpo e alma separaram-se, primariamente, já na própria base do discurso filosófico ocidental. Leia-se o que dissera Aristóteles (2009, p. 20), em ‘A Política’, § 10: “Em primeiro lugar, todo ser vivo se compõe de alma e corpo, destinados pela natureza, **um a ordenar, outro a obedecer**. A natureza deve ser observada nos seres que se desenvolveram segundo as suas leis, muito mais do que nos degenerados” (grifos nossos).

A subserviência simbólica das projeções do corpo à alma está no berço do imaginário histórico-cultural, por meio de representações paradigmáticas e dicotômicas que permearam o discurso de poder ocidental. Pode-se perceber tal dicotomia e relações binárias de significação (na rede de significantes e significados históricos), nas oposições clássicas como: o que é natural e o que é cultural, o que é essencial e o que é existencial, o que é bom e o que é ruim, o

que é justo e injusto, etc. De outra maneira, no discurso da história, há a supremacia de um sobre o outro, a saber, a supremacia de uma perspectiva idealizada (religiosa e purista) da alma sobre o corpo, este, por seu turno, percebido como impuro, material, passageiro e passível.

No discurso filosófico, claro está que o corpo se posiciona em detrimento da alma, pois o universo do platonismo e a sua concepção de uma perfeição de um mundo ideal, puro e pleno situava-se para além dos espaços de vivência e experiência corporal: a vida boa se daria em outro lugar que não na vida terrena, real e viva; de outra forma, o corpo era só a 'casca', um invólucro dos seres e a verdadeira plenitude só se adquiriria quando estivesse fora desse mundo de aparências, das coisas mundanas. Assim, o que era valorado, no discurso platônico era a alma.

O pensamento ocidental, em suas raízes, já trazia espantosas estratégias de dominação e de controle social: ao diminuir a importância do corpo e ao enfatizar que a perfeição da vida estaria numa localidade supraterrana, o pensamento platônico inaugurava uma tradição de dominação conspícua da vida social.

De fato, o discurso da metafísica, que é o de uma gênese ontológica (originária) da ideia de perfeição, engendraram perspectivas que diminuiriam o valor do corpo e da necessidade do conhecimento do corpo físico, em prol de uma idealização gradativa da *ratio*: o corpo era a imperfeição, a emotividade a ser negada; a alma, a razão a ser venerada enquanto a pura síntese e plenitude do ser.

Nesse passo, a alma mais uma vez consolidava-se na sua supremacia ante o corpo, ante as condições da experiência da vida humana: a própria discussão filosófica sobre o Bem, o Belo e a Verdade reconduziam às virtudes plenas que seriam reflexos da alma e da sua essência. Já o corpo – 'gatilho' que levava à desagregação moral e comportamental da humanidade –, era sujo, execrável e punível. As tradições culturais religiosas judaico-cristãs, isso, propagaram bem.

Para Thomas Laqueur (2001), predeterminaram o conceito do que é o corpo sob os pilares de padrões culturais exclusivistas, inventados, controlados e moldados, que adentraram nos espaços e momentos da vida humana, desde

o comportamento cotidiano, a alimentação diária, as relações nos espaços íntimos e públicos, até nas condições das relações sexuais⁴.

Vale ressaltar que “as diferenças visíveis entre os órgãos sexuais masculino e feminino são uma construção social que encontra seu princípio nos princípios de divisão da razão androcêntrica⁵” (BOURDIEU, 2012, p. 24).

Roy Porter (1992, p. 303) aponta para uma supervalorização da mente, da alma humana, de um lado; por outro, um aprisionamento e controle do corpo físico:

(...) um dualismo fundamental invadiu a mentalité ocidental; ser humano significava ser uma mente encarnada (...) tal dualismo tem sido uma força profundamente modeladora do uso linguístico, dos esquemas classificatórios, da ética e dos sistemas de valor. À mente e ao corpo têm sido designados atributos e conotações distintos. **A mente é canonicamente superior à matéria (...) esta subordinação hierárquica do corpo à mente sistematicamente degrada o corpo** (grifos nossos)

Degradando o corpo, simbolicamente, as projeções históricas e filosóficas do ocidente criaram espaços de dominação simbólica que, para Bourdieu (1989, p. 11),

É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os sistemas simbólicos

⁴ Vale ressaltar que “as diferenças visíveis entre os órgãos sexuais masculino e feminino são uma construção social que encontra seu princípio nos princípios de divisão da razão androcêntrica” (BOURDIEU, 2012, p. 24). Pergunta-se então: se o corpo masculino obeso já traz as marcas da segregação, o que dizer do corpo feminino, historicamente, discriminado e considerado inferior no âmbito das relações sociais? O corpo feminino, historicamente como trataremos à frente, foi projetado na ausência, espelhado no corpo masculino e, por ele, se orientando. Thomas Laqueur (2010, p. 106-114) apresenta imagens que refletem a reprodutibilidade da supremacia masculina, ao trazer quadros e figuras que expõem as ‘correspondências’ entre os órgãos genitais masculinos e femininos. A imagem 52, nos Anexos do livro ‘Inventando os Sexos’ de Laqueur, mostra o útero, a vagina e os ovários que eram ainda chamados de testículos femininos (*ibidem*, p. 198).

⁵ Pergunta-se: se o corpo masculino obeso já traz as marcas da segregação, não somente na caminhada histórica, mas na contemporaneidade, o que dizer do corpo feminino, historicamente, discriminado e considerado inferior no âmbito das relações sociais? O corpo feminino foi projetado na ausência, na falta, naquilo que ele não era, sendo espelhado no corpo masculino e, por ele, se orientando.

cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim (...) para a ‘domesticação dos dominados’

Portanto, a história do corpo deve ser percebida nas suas relações com as experiências e momentos de vida que, expressos no interior de sistemas culturais particulares (PORTER, p. 295), demarcam as características culturais, sociais e morais: “a história dos corpos deve incorporar a história das suas percepções”.

Abordado sob diversas perspectivas, o conceito de corpo, porém, tendeu a ser visto pela sua exterioridade. Aristóteles determinava a dimensão do corpo, por meio de medidas, espaços, extensão, etc.⁶, restringindo a funcionalidade corporal aos desígnios da alma racional; à esteira do discurso cristão⁷, o corpo era a prisão da alma, o que, por seu turno, traduzia aspectos de valoração desta em relação àquele, pensamento que veio a se transformar no decorrer da história, com o avanço da medicina (principalmente com as dissecações de cadáveres no Renascimento, com Vesálio, Miguel Ângelo e Leonardo da Vinci⁸), o reconhecimento de técnicas para a postura, a educação alimentar e a moda.

Já na contemporaneidade, inegável é a discursividade que conduz a percepção do corpo como objeto de consumo e de autorrealização da imagem exteriorizada, propagada pela indústria cultural⁹ de bens de consumo, como a indústria da moda e a de produtos alimentícios.

⁶ Verificam-se as colocações distintivas de corpo e alma também nos estudos da “Da Alma” e as observações matemáticas sobre os corpos celestes em “Do Céu” (ARISTÓTELES 2011; 2012).

⁷ O estudo de Uta Ranke-Heinemann traz uma abordagem histórica sobre o controle exercido pela religião: Cf.: RANKE-HEINEMANN, 1996

⁸ Para Denise B. de Sant’Anna (1995, p. 247), “o corpo humano depois de morto, aberto e desmembrado pelas mãos daqueles que o dissecam em nome da ciência, tende a se transformar num ‘livro rico de explicações que, segundo Vesálio, não mente jamais”.

⁹ Reportamo-nos aqui ao conceito de Indústria Cultural pertinente a Adorno e Horkheimer (2006) pelo qual constroem a ideia da dominação sistemática numa sociedade de consumo. De fato, como colocaremos mais à frente, o mercado e a produção de bens culturais para o corpo encontrou, tanto em pessoas obesas quanto em pessoas que tendem para uma cultura fisiculturista (a cultura do músculo), um nicho econômico rentável e bem-sucedido.

Assim, soçobra a dialética sobre o corpo, sabendo que a balança sempre pende para um lado: uma 'necessária' vontade de quantificar e rotular sempre o que ou quem seria o melhor: com isso, o corpo vem a ser reduzido, aprisionado e silenciado.

Para Porter (1992, p. 302):

Até há pouco tempo, a história do corpo tem sido, em geral, negligenciada, não sendo difícil se perceber o porquê. Por um lado, os componentes clássicos, e por outro, os judaico-cristãos, de nossa herança cultural, avançaram ambos para uma visão fundamentalmente dualista do homem, entendida como uma aliança muitas vezes ansiosa da mente e do corpo, da psiquê e do soma; e ambas as tradições, em seus caminhos diferentes e por razões diferentes, elevaram a mente ou a alma e denegaram o corpo

Estigmatizado na história do pensamento cultural ocidental, o próprio corpo é, por sua vez, não só a imagem observada na realidade do ser, mas uma construção social, que se transforma, articulando-se, conceitualmente, em contextos diferentes (PORTER, op.cit., p.291).

Porém, ao se traçar uma linha histórica em que se possa vislumbrar as múltiplas percepções, Roy Porter (op. cit., p. 298-299) deixa claro que as dificuldades de materiais e objetos históricos diminuem as possibilidades de interpretação da representatividade do corpo nos espaços sociais: como saber as posições comuns das relações sexuais (o coito) nos séculos XVI ou XVII? Será que as gravuras e pinturas dos séculos passados trazem a realidade vivida? Os registros médicos, as análises sobre o funcionamento corporal e as dissecações desde o século XVI trazem um retrato fiel do que é o corpo¹⁰?

A discussão sobre o corpo não deve ser somente pautada na estratificação do corpo físico (a vitalidade, a sexualidade, a postura, a gestualidade), nem na descrição crítico-representativa (como se comportar, falar, vestir-se), mas deve se apresentar num diálogo “da ação recíproca entre os dois” (PORTER, op. cit.,

¹⁰ Para Porter (op. cit., p.299), “Seria um empreendimento arriscado esperar que nossos registros de diagnóstico médico nos proporcionassem uma história confiável, objetiva e epidemiológica”

p. 301). A cada época, uma nova luz é jogada sobre o simbólico que cobre a ideia do corpo.

Nas palavras de José Bartolo (2007, p. 15)

A história do corpo é a história da sua permanente produção, a cada novo regime de saber capaz de produzir uma leitura do corpo corresponde um determinado regime de poder cujo impacto extravasa sempre e em muito a pequenez do corpo de alguém que, como um trovão surpreendendo a noite escura, passou pela vida.

Jean-Jacques Courtine (2013, p.13-14), por sua vez, retrata que o corpo é um construto simbólico que deve ser 'decodificado', no entrelaçamento de perspectivas culturais e científicas, posto que, historicamente, foi objeto das ciências médicas, desde o Renascimento cultural, e somente no século XX é que adquiriu representatividade para além do discurso clínico:

Visto que o século XX restaurou e aprofundou a questão da carne, isto é, a questão do corpo animado (...) quando Freud soube mostrar (...) que dependia do inconsciente falar através do corpo (...) na ideia que Edmund Husserl se fazia do corpo como berço original de toda significação, que levou Merleau-Ponty¹¹ a ali ver a encarnação da consciência, a 'âncora do mundo'. (...) quando Marcel Mauss se impressiona, durante a Primeira Guerra Mundial, com a estranha maneira que tinham a seus olhos os soldados britânicos de marchar ou de cavar trincheiras (...). Portanto, é desta forma que o corpo foi religado ao inconsciente, colado ao sujeito e inscrito nas formas sociais da cultura.

Agente da cultura, tudo o que se apresenta na história do corpo se traduz em signos representativos, passando pelo binarismo filosófico entre alma e corpo, pelo invólucro religioso cristão, pela percepção do corpo como máquina, pelos modelos estéticos que se propagaram nas artes, pela correção (sempre

¹¹ Para Merleau-Ponty (1991, p. 256), em seu livro "Signos", ao tratar do "Homem e suas adversidades", assim expõe: "Nosso século apagou a linha divisória entre o 'corpo' e o 'espírito' e vê a vida humana como espiritual e corporal de parte a parte, sempre apoiada no corpo, sempre associada, até nos seus modos mais carnis, às relações das pessoas. Para muitos pensadores, no final do século XIX, o corpo era um pedaço de matéria, um feixe de mecanismos. O século XX restaurou e aprofundou a noção de carne, ou seja, de corpo animado"

do que é diferente e destoa do aprazível aos olhos) e modelagem corporal e pela percepção contemporânea do corpo informatizado.

Para Denise Bernuzzi de Sant'Anna (1998, p. 172), o conceito de corpo inevitavelmente é transitório, já que se situa em espaços multidisciplinares, na convergência de saberes de diversas áreas, sendo, “lugar das manifestações biológicas e das expressões psicológicas, receptáculo e processador de símbolos sociais, espaço sobre o qual se inscrevem natureza e cultura”, numa rede de complexidades que é “inesgotável”.

Em sua crítica sobre a escassez das pesquisas históricas voltadas para as práticas corporais, Sant'Anna (1998, p. 173) ressalta que não há como se entender o que é o corpo desvincilhando-o de seus espaços sociais. Para se ter parâmetros conceituais sobre o corpo na sociedade hoje é preciso vê-lo no jogo com a cultura, com a tecnologia, com a ciência e com a política: “todo estudo sobre o corpo – melhor seria dizer corpos – é necessariamente plural, na medida em que evoca uma série de processos – fisiológicos, culturais, econômicos – nos quais se cruzam domínios da cultura”. Nas palavras de Porter (1992, p. 295):

Evidentemente devemos enxergar o corpo como ele tem sido vivenciado e expresso no interior de sistemas culturais particulares, tanto privados quanto públicos, por eles mesmos alterados através dos tempos. Se os corpos estão presentes para nós, apenas por meio da percepção que temos deles, então a história dos corpos deve incorporar a história de suas percepções.

Corpos determinados pelos desígnios divinos; corpos dominados pela razão transitória das épocas; corpos vigiados e corpos domesticados pelas estruturas de poder sociais; corpos plurais e corpos em transformação; corpos saudáveis e padronizados: dir-se-ia, então, corpos multifacetados que se apresentam nos discursivos histórico-sociais da contemporaneidade.

Se no discurso religioso judaico-cristão e no pensamento filosófico da antiguidade o corpo se subtrai ante a mente, no discurso contemporâneo o corpo se torna máquina, objeto de investigação do discurso médico, e espetáculo-mercadoria, em face às projeções de consumo.

Em outras palavras, o corpo é de fato mais um receptor de identificações, projeções e representações do que propriamente um gerador de significados sociais (SHILLING, 1993, p. 62).

Imprescindíveis são os fatores relacionados à cultura do corpo, que já se alinhava desde a metade do século XX e se consolida por meio do exercício diário de certo culto da imagem de si, direcionado pelas múltiplas redes de informação do século XXI.

Sobre isso, Susan Bordo (2010, p. 22) chama a atenção:

“(...) o corpo não é apenas um texto da cultura. É um lugar prático direto do controle social. De forma banal, através das maneiras à mesa e dos hábitos de higiene, de rotinas, de normas e práticas aparentemente triviais, convertidas em atividades automáticas e habituais, a cultura se faz corpo”

Já Lúcia Marques Stenzel (2003, p. 45), em sua tese que versa sobre a condição discriminalizada de mulheres e homens obesos, observa:

“Estamos repletos de conflitos e dicotomias que separam mente/corpo, desejo/controle, natureza/cultura, obesidade/magreza. Estas dicotomias, como gordo/magro, perpassam as diferentes relações (relações de trabalho, de gênero, de raça, de classes econômicas, culturais, entre outras), e podem servir como forma de inclusão/exclusão dos indivíduos nos diferentes terrenos.”

Em face às práticas culturais de propagação de certo ideal de corpo, encontramos contradições que tencionam a criar imagens de uma perfeição sobre o que seja o corpo belo e saudável, por extensão, acabam determinando o estigma dos diferentes, de mulheres e homens com obesidade ou com sobrepeso, que vivenciaram e ainda vivenciam, diariamente, a exclusão¹².

¹² Ademais, acreditamos que há determinada força política da indústria alimentícia de que se faz presente no dia a dia, que alimenta a mentalidade do consumo de produtos hipercalóricos, contradizendo os preceitos de saúde do corpo e de alimentação saudável.

É a partir dos anos de 1960 que os estudos sobre o corpo se encaminham para além das esferas biomédicas e filosóficas. Como novo campo de investigação e objeto de pesquisas das ciências humanas, o estudo das práticas corporais nas ciências sociais e históricas se torna um leque de possibilidades para a representatividade da vida social: a sociologia do corpo, a antropologia do corpo e a história das práticas e representações corporais se tornam caminhos metodológicos para o entendimento das relações sociais, dos espaços do trabalho e lazer, das projeções no espaço privado familiar ou no espaço público (SANT'ANNA, *op. cit.*, p. 174).

O corpo é campo vasto e desconhecido, “resistente ao discurso, silencioso diante da infinita vontade de saber sobre o seu funcionamento” (SANT'ANNA, 2000, p. 50). Haja vista, muitos são os estudos e análises que remetem às relações do corpo com a imagem, do corpo com os campos da pesquisa em saúde, do corpo nas relações de trabalho e no espaço das vivências e experiências afetivas.¹³

Em algum momento da história da revolução industrial, já na segunda metade do século XIX, as percepções sobre o corpo perfeito e ideal, paulatinamente, se desvencilharão das suas correlações com a condição (amarras, pois) religiosa e até da ideia de que o corpo é o que é por ‘natureza’. O corpo, como signo, poderá ser reestruturado, modificado, rearranjado para a melhor eficiência.

No universo das máquinas, os discursos médico, clínico, sanitário e também os pautados na perspectiva econômica remodelam o ideal sobre o corpo:

No lugar do corpo aberto e atravessado por humores, ou ainda do modelo mecanicista, prevalece, agora, o modelo do corpo assimilado ao motor à combustão enquanto que o humano é comparado à locomotiva. (...) O corpo não deverá mais ficar à espera de um sopro divino para fazer mecanicamente seu trabalho. A força não lhe é dada, é produzida. **Mais do que nunca o homem se distancia de qualquer semelhança com**

¹³ Cf.: BOCAGE-BARTHÉLÉMY, 2018; BROWN, P. J., et al., 2012; JACKSON, M., 2010; LAMBEK, M., 2010; LIMA, C. R. N. A., 2018; POCIELLO, C., 1995; SALAS, X. R., 2019; SENKEVICS, A. S. et al, 2012.

a natureza e da dependência com o divino. A vontade, dizem médicos e empresário, deve vir de dentro de cada um, sendo construída no cotidiano, através da ginástica, da boa alimentação, e, sobretudo, da disciplina do trabalho. (SANT'ANNA, 1998, p. 177-178) (grifos nossos)

Numa nova era de produtividade e mecanização, as pessoas estavam novamente em xeque: o corpo era agora corpo-máquina, processador do trabalho, objeto a ser cultuado e aprimorado para a melhor eficácia da produção de bens (SANT'ANNA, op. cit., p. 178)¹⁴. Veem-se, como exemplo, no começo do século XX, anúncios publicitários de remédios, águas medicinais, elixires e suplementos vitamínicos que se direcionavam para o melhoramento do corpo, para uma eficiência do organismo, para o aprimoramento das condições físicas para o trabalho e também para as relações íntimas¹⁵.

Silvana V. Goellner (2003, p. 36) assinala o modo como a ciência, no século XIX, legitimou um processo pedagógico do corpo: educando-o, torná-lo ia apto, produtivo, útil, “máquina produtora de energia, sendo as leis da termodinâmica aquelas que estão a subsidiar a criação da representação do corpo energético.”

Domesticado e asseado, alvo de práticas de disciplina e métodos de correção, o corpo, de fato, é marcado como um produto em construção, de matizes sociais, culturais e históricas. Por sua vez, Georges Vigarello (1995), em “Panóplias Corretoras: balizas para uma história”, apresenta alguns aparelhos e

¹⁴ Aqui, as contribuições e estudos de Lavoisier sobre a respiração (eliminação de oxigênio pela exalação de gás carbônico) foram simbólicas para a comparação do corpo com a termodinâmica. Cf.: SANT'ANNA, 1995, p. 240: “Os trabalhos de Lavoisier contribuíram para provocar a emergência de um modelo corporal baseado na termodinâmica, segundo o qual o corpo é, antes de tudo produtor de energia”. Uma afirmativa que significativamente predeterminou a relação do corpo com o rendimento no exercício do trabalho.

¹⁵ Os anúncios publicitários do final do século XIX e começos do século XX denotam a relação entre o bem-estar físico, a saúde e a alimentação com o ideal do corpo-máquina: era o tempo dos elixires, dos unguentos e preparados que fortaleciam o espírito e o corpo, que tonificavam a vivacidade - de certa forma, a virilidade; Biotônicos, farinhas lácteas até mesmo fortificantes à base de sangue de boi: Cf.: <http://www.funed.mg.gov.br/2019/06/destaque/exposicao-da-biblioteca-da-funed-mostra-a-publicidade-de-medicamentos-do-inicio-do-seculo-xx/>; <https://www.propagandashistoricas.com.br/2017/11/elixir-de-inhame-1921.html>; <http://www.funed.mg.gov.br/2019/06/destaque/exposicao-da-biblioteca-da-funed-mostra-a-publicidade-de-medicamentos-do-inicio-do-seculo-xx/>; <http://ahistoriappucgoias.blogspot.com/2018/04/correcao-da-atividade-2-propaganda-de.html> <https://www.propagandashistoricas.com.br/2019/10/elixir-nutrogenol.html>;

instrumentos que foram utilizados para a correção de ‘defeitos’ corporais ou mesmo para a estética postural, do século XVII.

Se de um lado tais instrumentos e aparelhos visavam ao aperfeiçoamento do condicionamento e postura corporal, por outro, Vigarello (1995, p. 21-22)¹⁶ é incisivo ao afirmar que o que havia era a preocupação em ‘formatar’ os corpos diferentes, corpos desconformes aos padrões, em corpos preparados para o trabalho, isto é, corpos-máquina:

As várias aparelhagens através das quais as anatomias defeituosas vêm a ser corrigidas oferecem sempre qualquer coisa de perturbador ao olhar. Como se o corpo pudesse encontrar um duplo apoiando-se sobre ele a fim de melhor sustentá-lo. Como se uma mão invisível pudesse salvar uma aparência, sem ela vacilante. (...) Interrogar a história de um tal aparelho é, todavia, num primeiro momento, indicar o imaginário que o tornou possível. (...) **O novo pensamento mecanicista emprega sua fecundidade sobre um corpo transformado ele próprio em máquina.** (grifos nossos)

O que se percebe, já no século XX, é um afastamento do uso de aparelhos que buscavam a modelagem do corpo perfeito. No lugar de espartilhos, corpetes,

que moldavam o corpo do exterior, sem exigir dele nenhuma força, com a ginástica e os esportes, o corpo será chamado a se fortalecer sozinho, utilizando para tanto suas próprias forças. (...) ele será coagido a render mais (...) qualquer desperdício de energia se torna uma grande ameaça. (SANT’ANNA, 1998, p. 178)

Corroborando a história desta domesticação do corpo, Goellner (2003, p. 37) aponta que

“(...) Em nome da saúde e do bem-estar do indivíduo, o corpo passou a ser alvo de diferentes métodos disciplinares,

¹⁶ Confirmam-se as imagens do Tutor, que era o aparelho para correção corporal que endireitava e corrigia o que se via como deformidade física, além dos corpetes e espartilhos que moldavam os corpos femininos em Vigarello (1995, p. 33).

entendidos como um conjunto de saberes e poderes que investiram no corpo e nele se instauraram: as aparelhagens para corrigir anatomias defeituosas, os banhos de mar, as medições e classificações dos segmentos corporais, a modelagem do corpo pela atividade física, a classificação das paixões, a definição do que seriam desvios sexuais, por exemplo, compunham um conjunto de saberes e práticas voltados para a educação da gestualidade, a correção do corpo, sua limpeza e higienização”.

Indubitavelmente, se o corpo é percebido como um construto cultural, uma produtividade sócio-histórica, assim também são os produtos e ações que a ele se destinam.

No tempo do capitalismo avançado, se o corpo não rende, significa desperdício de energia, por conseguinte, desperdício de trabalho, de lucro e de renda. O corpo deve ser excitado para o exercício, para o rendimento contínuo, de modo a buscar seu melhor aproveitamento para as relações sociais, em especial, as relações trabalhistas (seria, portanto, um exagero considerar que muitas pessoas, cujos corpos, estética e fisionomicamente, diferentes, para não dizer fora dos padrões vigentes, sintam-se anuladas do jogo dessas relações, por se perceberem como estigmatizados e excluídos dos espaços públicos e, por vezes, do privado?).

Se o corpo “funciona como um processador da história, por meio do qual são veiculados e modificados os legados culturais e biológicos” (SANT’ANNA, 2000, p. 50), quais seriam as projeções sobre o que é o corpo hoje? Que ideais de corpo são ensejados e valorizados¹⁷? Como lidar com o corpo e suas condições? De que formas as pessoas experimentam a vida social com seus corpos?

(...) o gosto pelas modificações do corpo esteve presente em diferentes civilizações. Da ornamentação e das tatuagens utilizadas no Neolítico, à cosmética e às cirurgias estéticas de nossos dias, as metamorfoses corporais provocadas pelo ser humano serviram aos mais diferentes fins: para embelezar e fortalecer o corpo, para marcar um estatuto social e modos de

¹⁷ Courtine (1995) já falava em uma ‘pastoral do suor’, em que o ideal de uma perfeição estética e funcional sobre os corpos emprenderiam uma mudança nas relações sociais (tanto no interior das casas, com a alimentação, quanto nas fábricas, no rendimento das pessoas no trabalho).

pertencimento ou de exclusão em relação ao mundo natural, sobrenatural e social, como maneira de se autossuperar. Há, de fato, uma miríade de finalidades relacionadas às modificações corporais e elas sempre indicam os limites e os sonhos de cada indivíduo e de cada sociedade. Além disso, as intervenções realizadas sobre o corpo estão intimamente relacionadas às suas sucessivas redescobertas: **estamos constantemente redescobrimo o corpo**. Ao longo do século XX, por exemplo, **o corpo foi redescoberto pelo higienismo redentor e pelos combates contra a suposta degenerescência das raças, a seguir pela proliferação das colônias de lazer, pela expansão do cinema, do escotismo e da emergência das férias pagas, depois pelas seduções da publicidade e da televisão e, mais recentemente, pelos movimentos de liberação sexual, pelos novos ritmos musicais, as diferentes tendências da moda, a massificação da pornografia e, enfim, o advento da biotecnologia**. (SANT'ANNA, 2000, p. 50) (grifos nossos)

O interesse pelo corpo responde às demandas que o mercado contemporâneo de produção de bens culturais e produtos de consumo diários prontifica-se a manipular e incitar às pessoas; o corpo-máquina (submetido aos interesses da produtividade do trabalho incessante) dará lugar ao corpo-consumista, espelho de um sistema de coerções, vigilâncias e dominações contínuas, muito bem articuladas na esfera da propaganda e da mídia que se iniciaram no começo do século XX e das múltiplas redes sociais de distribuição de bens de consumo do século XXI (que tiveram sua fase embrionária nas imagens da estetização do bem-estar com o corpo de inúmeros remédios no início do século XX¹⁸). É o que afirma Sant'Anna (2000, p. 53):

¹⁸ A propaganda demarcou seu espaço no imaginário sobre o corpo. Os inúmeros produtos que são destinados ao melhoramento das habilidades corporais que tendem a miraculosamente aprimorar as capacidades físicas surgem e prometem ajudar a recuperar a própria condição (seja a virilidade ou mesmo a feminilidade). Cf.:

SANTOS, T. L. P. MEDEIROS, S. L. A saúde engarrafada nas Águas de Melgaço: cultura e consumo na Manaus do século XIX-XX, *Temporalidades – Revista de História*, ISSN 1984-6150, Edição 27, V. 10, N. 1 (mai/ago. 2018)

<https://www.propagandashistoricas.com.br/2019/10/elixir-nutrogenol.html>

https://www.google.com/url?sa=i&source=imgres&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwin9uzznZrqAhVPDrkGHUkIApEQjRx6BAgBEAQ&url=http%3A%2F%2Fwww2.ufac.br%2Fsite%2Funidades-administrativas%2Fforcaos-complementares%2Fedufac%2Fvistas-eletronicas%2Fvista-seringal-de-ideias%2Fedicoes%2Fedicao-02-2009%2Fartigos%2Fimagem-da-saude-a-medicalizacao-da-mulher-em-propagandas-de-farmacos-do-inicio-do-seculo-xx%2Fat_download%2Ffile&psig=AOvVaw0aEo2YwDLd7QAQilJ3qC0p&ust=1593080613124662

“A partir dos anos 80 (...) mais do que liberação moral e sexual, seria necessário liberar o corpo de seu patrimônio genético, incluindo as rupturas de gênero e de espécie; diferente de escolher um modo de vida alternativo, tratava-se de alterar os estados físicos e de consciência dentro da sociedade, nas empresas, no esporte, com o apoio da ciência e da técnica, individualmente, **e em nome de um modo de ser mais veloz, performático e ousado. As fronteiras entre natureza e cultura, entre corpo humano e não humano foram, mais uma vez, rompidas. Para alguns não se tratava apenas de obter um corpo liberado sexualmente, mas, principalmente, de fabricar um corpo bem adaptado aos progressos e sonhos tecnocientíficos contemporâneos**¹⁹” (grifos nossos)

Do aprisionamento religioso, passando pelas dissecações médicas, pelo endireitamento das formas e pela constituição do corpo-máquina, o corpo adquire, na segunda metade do século XX, sua liberdade vigiada para ser corpo único, corpo individual: é o apogeu da educação física, dos exercícios e ginástica que determinaram a autonomia de sua estética. Chamadas a se diferenciarem nas grandes cidades em meio às multidões, as pessoas se projetam com seus corpos, estilizando-os. É o culto à aparência física que promete encenar aquilo que a pessoa é pela sua imagem exteriorizada²⁰.

O século XXI traz para o cenário das relações sociais a imagem do corpo que deve aparecer, em performance, traduzindo-se em uma variedade de informações (reflexo do consumo), para o cenário dos estudos culturais e sociológicos. O corpo, hoje, precisa estar marcado pela sua pluralidade de ‘dados’ que o constitui (as marcas de roupas com as quais ele se apresenta nos ambientes sociais, o apego aos ‘gadgets’ – *smartphones, notebooks, tablets*, relógios *smarts* – e a presença nos espaços públicos, sempre acessíveis aos

<https://www.propagandashistoricas.com.br/2018/07/propaganda-antiga-elixir-doria.html>

¹⁹ É válido notar que com o avanço das técnicas de investigação sobre o genoma humano, o corpo é percebido, cada vez mais, como um pacote de informações, de dados a serem investigados e analisados em prol de uma busca pela perfeição, que adentra os campos da saúde médica e da estética visual: o corpo se torna um hipertexto, do qual sobressaem coleções de percepções (repletas de valores científicos e culturais) estruturantes de sua constituição (SANT’ANNA, 2000, p. 54; COUTO, 2013)

²⁰ As transformações técnicas do século XIX, como a fotografia, a massificação do uso dos espelhos e a democratização do autorretrato e das imagens das cidades que cresciam e se desenvolviam ajudaram nessa subjetivação dos corpos (Cf.: SANT’ANNA, 1995, p. 242).

que dispuserem de recursos financeiros para custear, como as academias de ginásticas, clubes de natação etc.) e pela exigência da perfeição de um esteta arquetipo digno das estátuas e pinturas da antiguidade clássica greco-romana e renascentista (exigência de fato, contraditória, pois, ladeada às inúmeras propagandas de vitaminas, produtos de beleza, moda para pessoas em forma, o que se tem é uma população cada vez mais obesa)²¹.

O corpo termodinâmico, preparado para servir cada vez mais e render no trabalho de modo satisfatório, concorrerá com o corpo informatizado: informações essas que vêm com os dados da microbiologia, da genética, da bioquímica darão ao corpo o status de “ser que se dobra sobre si mesmo, um dispositivo composto por redes de mensagens cujas possibilidades de interpretação parecem mais variadas e fragmentadas do que no passado” (SANT’ANNA, 1995, p. 250).

A identidade das pessoas ultrapassa o espaço das formas físicas na era da informatização. Com a nanotecnologia e a nanobiologia, há significativas transformações nas relações com o corpo, pois, se antes um café numa padaria era algo simples, hoje as pessoas buscam as experiências satisfatórias nos espaços públicos com o condicionamento corporal: é o caso de bebidas que promovem o emagrecimento, alimentos que excitam as papilas gustativas, etc. A era da informatização condicionou as relações das pessoas com seus corpos e suas identidades

(...) quanto mais avançamos na pesquisa da identidade do ser, mais amplo e complexo torna-se o espaço onde supostamente se encontrariam as suas verdades. Como se, doravante, para investigar a subjetividade própria ou alheia tivéssemos que perguntar não apenas quais os segredos do coração, do pensamento ou do inconsciente, mas também o que está guardado nesta outra memória do ser, ou seja, quais informações revelam o seu genoma. (SANT’ANNA, 1995, p. 253)

²¹ O corpo pós-moderno para ser aceito, para fazer parte dos encontros da vida contemporânea, deve funcionar como um “processador comunicacional ambulante” (SANT’ANNA, op. cit., p. 56)

Fluxos contínuos de transformações do ser, das relações com o corpo e com a subjetividade, as novas identidades do século XXI são fluidas, fragmentadas, múltiplas e em constante adequação ao novo que surge, prometendo mais um bem-estar na experiência (seja na alimentação, na indústria da moda, na relação com a tecnologia, com a bioestética, etc.). Da mesma forma, as percepções sobre o corpo também estão em constante mudança. Com a moda, os produtos de beleza, o fisiculturismo, a alimentação, as inovações esteticistas médicas e as tecnologias, o corpo torna-se mais do que um retrato do ser: o corpo é poder, símbolo de condições sociais e históricas que reflete *status*, felicidade e pertencimento, de um lado; por outro, segregação, negligência e distanciamento das práticas sociais, pela sua diferença que não seja pertinente às 'demandas' estéticas dos contextos culturais.

Por fim, denota-se que o século XXI é o tempo do culto à imagem: o corpo que era punido, vigiado, mantido preso no privado do lar e contido, agora é objeto de adoração pela indústria do consumo de massas. Nada é por acaso, a indústria agrega a todos.

Milhares de propagandas trazem mulheres e homens estereotipados, com músculos e curvas à mostra, ensejando ideais estereótipos de consumo e padrões: vidas humanas que 'só obterão o sucesso' quando predeterminadas pela sua *corporalidade*, lida e entendida hoje, pelos meios de comunicação e pelo discurso da medicina e estética, como possuir um físico escultural e uma beleza estética *fitness*.

Courtine (1995) discute, em seu estudo sobre os *body-builders* (os fisiculturistas), como o desejo pelo corpo perfeito, simbólico de uma estatuária clássica, também é parte das transformações históricas e, hoje, reflete uma cultura da aparência, mas não uma cultura isolada, que pouco se propaga ou mesmo venha a ser hostilizada pelo mercado, mas uma cultura da pura luta da aparência e do comportamento que é rentável e que faz, paradoxalmente numa sociedade onde a obesidade e a desnutrição são ascendentes, a cultura visual do músculo ser objeto de adoração e de enriquecimento.

Para Courtine (1995, p. 86),

as práticas e as representações do corpo na sociedade de consumo de massa são, assim, atravessadas por estratégias multiformes da regulação dos fluxos, das matérias, das energias a incorporar, a canalizar, a eliminar. Cada indivíduo torna-se, então, o gestor de seu próprio corpo.

Se “o músculo marca”, deixando seu registro no imaginário social, como estética do ganho, da força, da capacidade e da resistência, o peso corporal, o excesso de gordura, a corporalidade do obeso afastam; se “o músculo é um modo de vida” (COURTINE, *op. cit.*, p. 83-85), o peso da gordura descabida, que é fardo e estigma do obeso, seria uma projeção para a morte?

1.2 Obesidade no Brasil: passagens históricas

“O mundo (atual) não é feito para os gordos”

(Joana Vilhena Novaes, 2011)

Sobre o corpo delineamos nossas identidades e, com ele, perfazemos as nossas vivências. Experimentamos nossas relações socioculturais com a pele e com todas as nossas marcas sensoriais: cheiramos, ouvimos, degustamos, tocamos e percebemos o mundo em suas multiplicidades com a história de nosso corpo. Com o corpo, transparecemo-nos, inclusive por meio da arte corporal, desde tatuagens e piercings a performances e linguagem corporal: é com ele que nos apresentamos à vida. Porém, se aquilo que transmitimos com nossa imagem destoa do que é vigente, do que é a voga de um tempo, vemos

nossas identidades (aquilo que trazemos como intrinsecamente nosso, em nosso próprio corpo) em xeque.

Os padrões da estética-corporal foram, historicamente, modificando-se, assim como os hábitos alimentares, os comportamentos nos ambientes sociais, a linguagem corporal, segundo pautaram Vigarello (2003) e Courtine (1995), sendo que, hoje, as representações sobre o corpo, projetadas pela cultura *fitness* e pela aparência estética de uma pessoa magra, determinam a sua inclusão e inserção nos mais variados contextos sociais, como no âmbito do trabalho, da escola e até da família.

Nos aeroportos, nos parques, nas estações de trem e ônibus, pessoas que não se enquadram nos moldes – tracejados pelos cartazes, outdoors, variadas propagandas contemporâneas, embalagens e invólucros, presentes, pois, nos atuais espaços públicos – sentem-se fora de seu lugar: do obeso mórbido – que, para se sentar em uma fileira em um cinema, ouve as agressões e piadas sobre o seu tamanho – às magérrimas meninas – que são impulsionadas, em sua maioria adolescentes, a seguir sempre magérrimas para serem aceitas em seus grupos sociais.

De fato, a sociedade está em face a um momento de contínua manipulação sobre o imaginário do corpo, uma construção cultural, que se coaduna com os hábitos e costumes da cultura ocidental: prática do consumo alimentar rápido, uma cultura *fast-food*²² que vem transformando os corpos, reinventando as identidades, produzindo uma nova categoria *zumbi*, parafraseando Zygmunt Bauman (2016), em que pessoas se tornam dependentes de mercadorias e bens de consumo, para o prazer do corpo e satisfação (insaciável, porém) dos egos e vontades.

Fomos moldados para sermos consumidores ativos, zumbis categorizados por um sistema em que prevalece a perpetuação da aquisição

²² Um estudo com 6.212 adolescentes nos EUA (BOWMAN, 2004), demonstrou como a ingestão contínua de alimentos ultraprocessados (*fast-food*), alimentos considerados como *junkie-food* (comida lixo, numa tradução bem literal, como os salgados e doces hipercalóricos) aumenta os níveis de açúcares no sangue, já que há uma alta taxa de ingestão de carboidratos e gorduras, de um lado; por outro, menos ingestão de fibras e vitaminas.

contínua de bens e serviços. Zygmunt Bauman (2008, p.26-27) bem engendrou seu posicionamento:

Como compradores, fomos adequadamente preparados pelos gerentes de marketing e redatores publicitários a desempenhar o papel de sujeito – um faz de conta que se experimenta como verdade viva; um papel desempenhado como “vida real”, mas que com o passar do tempo afasta essa vida real, despindo-a, nesse percurso, de todas as chances de retorno. E à medida que mais e mais necessidades da vida, antes obtidas com dificuldades, sem o luxo do serviço de intermediação proporcionado pelas redes de compras, tornam-se ‘comodizados’ (a privatização do fornecimento de água, por exemplo. levando invariavelmente à água engarrafada nas prateleiras de lojas), as fundações do ‘fetichismo da subjetividade’ são ampliadas e consolidadas. Para completar, a versão popular e revista do *cogito* de Descartes, ‘Compro, logo sou...’, deveria ser acrescentado por um ‘sujeito’. E à medida que o tempo gasto em compras se torna mais longo (fisicamente ou em pensamento, em carne e osso ou eletronicamente), multiplicam-se as oportunidades para se fazer esse acréscimo

As cidades do século XXI criam seus espaços de exclusão por meio de símbolos culturais: semideuses são constantemente personificados em roupas de marcas, verdadeiros ícones da perfeição estética que (re)criam os padrões de beleza e alimentos que são *in* (e quem não os conhece estará *out*, fortalecendo, peremptoriamente, os cenários de vivências de onde sobressaem as marcas do estigma social).

Georges Vigarello (2012, p. 245) traz-nos uma imagem icônica da história francesa que encena esse cenário de exclusão: as bicicletas vendidas no começo do século XX eram feitas tão somente para pessoas até 70 kg, denotando cada vez mais que “o universo técnico” transformava “a avaliação do peso corporal em uma coisa cada vez mais corriqueira”.

Nesse interregno, perguntamo-nos: como o gordo se sente numa sociedade que segrega aqueles que não se encaixam em padrões e estereótipos? O que a história da obesidade neste nosso país pode nos contar? Que instrumentos (técnicos, científicos, culturais) a indústria alimentícia, sob a sombra da indústria cultural da propaganda de massa, lança mão a seu favor,

ou melhor, a favor do lucro e do aumento considerável de peso populacional? Não seriam antagônicas e incoerentes as imagens midiáticas que proliferam no cotidiano das cidades, em relação aos corpos das pessoas? Do outro lado dos problemas relativos à obesidade, como a anorexia e a bulimia estão transformando mulheres, em especial jovens, em face ao estado de temor de ser percebida como gorda, fora dos padrões?

Denise Bernuzzi de Sant'Anna (2016) joga-nos em um acontecimento, no mínimo, ambíguo da vida da Corte: numa quermesse no Cassino Fluminense, em 1886, a família imperial promovera uma festa que duraria dias, com toda a fartura de alimentos, com o intuito de arrecadar fundos para os mais desamparados e famintos da sociedade carioca. Regada de ceias gordurosas, vinhos e todas as formas de quitutes, os nobres e a realeza se fartaram no banquete, num desfile de seus corpos opulentos e vantajosos: “Os Orleans, Bourbons e Braganças ainda podiam sentir orgulho por serem pesados” (SANT'ANNA, 2016, p. 12). Era uma cultura alimentar do peso que se refletia como poder: no século XIX e no começo do século XX, a correlação entre peso e classe social era nítida.

A autora observa, buscando em fontes de jornais e revistas da época²³, que de um lado, o corpo gordo, algumas vezes, era representado pela imagem do animal para abate (vendidos em açougue, o gordo era o boi, o porco, o leitão), por outras como elementos geométricos de circunferência ampla (eram os homens-balões, as *mademoiselles* “Zeppelin”); por outro lado, até meados do século XX, a imagem do homem gordo ainda resistia como símbolo da riqueza e ostentação. Entre as imagens circenses, cômicas e inusitadas do corpo de homens gordos e mulheres obesas, Sant'Anna (*ibid.*, p. 24-25) apontará o fardo social que se representava nesse período histórico: o tamanho corporal como uma ranhura nas identidades de pessoas, que culminaria no crescimento da epidemia da obesidade no final do século XX e começo do século XXI.

Dos campeonatos de comida às mudanças do uso das palavras como ‘guloseima’, ‘gulodice’ e o aparecimento da palavra ‘gastronomia’ no vocabulário

²³ Como “O Paiz”, “Fon-Fon”, “Careta”, etc., material relevante para o entendimento das representações que o corpo de magros e obesos adquiriram com o decorrer do século XX, valendo-se das propagandas, charges, poemas, paródias e notícias.

das cidades, o peso corporal, durante anos, demarcou as identidades sociais e de classe no país. De um lado, o gordo corpulento que possuía as economias para se abastecer, enchendo as prateleiras de seu “corpo-armazém” (ibid., p. 39); de outro, a figura do magricela, muito bem representado pelo Jeca Tatu de Monteiro Lobato, era o insalubre e sem prosperidade, alvo das propagandas inescrupulosas de elixires e xaropes messiânicos: como o remédio Sargol que “era possível encher o corpo e ganhar entre cinco e sete quilos de ‘carne sólida e permanente’ (ibid., p. 35). Válido ainda notar o trabalho investigativo de Sant’Anna sobre as ofensas direcionadas às pessoas magras deste período, além da crítica ao modo como se subjugavam as mulheres à função de reprodutora da família (ibid., p. 50), que eram válidas pelas suas ‘ancas’ bem torneadas.

Sant’Anna retrata, ainda, a imagem da “criança robusta”, divisora de águas da relação entre o gordo e o magro no imaginário cultural que havia se consolidado inclusive no cinema (o famoso filme “O gordo e o magro”, em inglês, “The Lucky Dog”, de 1921). A autora analisa também as imagens de bebês que deixaram “à margem da história e à sombra do sucesso os bebês e crianças julgados magricelas, assim como as mães que ignoravam as leis básicas da boa nutrição” (ibid. p. 59-60). Para ela, os magros eram enxotados da representação de uma nação cuja imagem corporal da opulência e poder econômico se dava pela ‘robustez’.

Porém, com o avanço da industrialização no país, a imagem do gordo será realocada. Vigarello (2012, p.10), assim, sintetiza sobre a passagem da imagem do corpo gordo como símbolo de riqueza e poder para o de problemático:

“(…) Prestígio e modelo mudaram: as antigas tabelas de alimentos empilhados desaparecem, o acúmulo alimentar já não é sinal de força, mas sim de descuido ou grosseria. A história do gordo está ligada a essas reviravoltas. O desenvolvimento das sociedades ocidentais promove o afinamento do corpo, a vigilância cerrada da silhueta, a rejeição do peso de maneira mais alarmada. O que transforma o registro da gordura, denegrindo-a, aumentando o seu descrédito e privilegiando insensivelmente a leveza. A amplitude do volume afasta-se cada vez mais do refinamento, enquanto a beleza se aproxima mais e mais do que é magro, esguio”.

Sant'Anna aponta como a imagem do homem obeso é dada como descartável, inapta ao momento histórico em que o corpo (corpo-termodinâmico, corpo-máquina²⁴) se tornaria sinônimo de energia a ser bem empregada no progresso e na produtividade dentro das fábricas.

Após 1930, o corpo agora tinha à sua frente a figura do “sportman”, o saudável, o esculturalmente preparado para os desafios da sociedade. O corpo-armazém começa a ser questionado face aos perigos dos excessos do peso: o corpo obeso se tornaria um fardo estético e social. Surgem nos jornais os regimes e cardápios para emagrecer e a balança se tornaria o fantasma de muitos que destoavam da imagem sugerida pelas propagandas da época (ibid., p. 77).

De fato, as muitas práticas sociais e técnicas

“geram distinções com nuances nunca vistas. Os corpos desnudam-se mais no final do século XIX, o que aumenta a vigilância sobre o obeso: do lazer à intimidade, da moda ao comportamento. A gordura é denunciada de modo mais precoce, designando de cara o desagradável ou o feio. A pressão sobre o gordo ganha intensidade” (VIGARELLO, 2012, p. 245)

Sant'Anna traça ainda considerações sobre a ‘barriga’ dos brasileiros. Até à metade do século XX, ter uma barriga avantajada condicionava valores sociais, políticos e afetivos: a barriga se relacionava com o *status quo* na política; como o bem-sucedido; como o símbolo de um casamento feliz, em que o lar era bem abastecido; e como chamariz da economia local, representada pelos restaurantes que indicavam que ali se comia até “ter que abrir o cinto” (ibid. pp. 87-89).

Se de um lado, a representação proveniente da imagem sobre peso corporal masculino foi mais resistente no século XX, a construção discursiva corporal feminina tendeu a se transformar: é a passagem de uma imagem da

²⁴ O estudo de Denise Bernuzzi sobre essa passagem histórica da representação do corpo está inserido em “Corpo e História” (In: SANT'ANNA, 1995).

‘matrona’ do começo do século XX à delgada senhora do lar, aquela que não perde ‘a graça e a formosura’ do corpo esbelto, mesmo sendo relegada ao espaço privado e à reprodução da família. Tem-se, portanto, uma nova relação entre o corpo e a estética: é a explosão, neste contexto, das cirurgias plásticas nas barrigas de mulheres que tiveram filhos, a lipoaspiração e a crescente exploração da imagem feminina para a criação de um padrão de beleza que só se consolidaria por meio das inúmeras dietas ofertadas semanal ou diariamente em ‘magazines’.

Sob a influência do *american way of life* na sociedade brasileira, com a promoção de alimentos industrializados e uma variedade cada vez mais inovadora de aparelhos técnicos voltados para o ambiente doméstico, mudou-se, dia após dia, a estética da casa, principalmente, da arquitetura das cozinhas, a nova dona do lar também deveria se transformar, conservando a beleza estética e elegância de uma mulher magra, como as propagandas em revistas dos anos 50 e 60 traziam (ibid. pp 101-103).

O Brasil assistiu à ascensão das lanchonetes, nos anos de 1970 e 1980, e com ela a adaptação da alimentação de sua população, em especial, nos grandes centros urbanos. Um novo nicho mercadológico viria à tona, o da alimentação das crianças: a lancheira ou merendeira se transformava, das pequenas bolsas de couro às de plástico e adesivadas com personagens do imaginário infantil, garrafas térmicas e divisórias internas. Um público-alvo de um mercado em expansão, as crianças tiveram sua alimentação redirecionada e condicionada.

Ao lado dessa indústria de propaganda, o corpo feminino também era repensado: a moda excluíra as que não tinham o peso ideal, as farmácias passam a vender inúmeros produtos para o extermínio das celulites e remédios para emagrecimento, a comida *diet* e *light* entrarão no jogo da luta contra o corpo obeso temido, e as revistas masculinas, como a Playboy, celebravam, semanalmente, a estética da beleza corporal feminina a ser seguida. É a ambivalência da passagem histórica do corpo magro, antes execrado, agora modelo idealizado de perfeição: “A magra de ruim’ aproximou-se da imagem dos bons hábitos alimentares. Também no universo erótico, a mulher emagreceu” (ibid. p. 120). Dessa forma, suas questões serão direcionadas à saúde do corpo:

da obesidade, que é um fator crescente, verificado por dados e estatísticas na população brasileira, desde o final do século XX e começo do XXI, à presença dos corpos anoréxicos e do aumento da bulimia entre jovens.

Um número sem fim de dietas e remédios, a psicose da ‘lipofobia’ (FISCHLER, 1991, p. 301), a preocupação com o meio ambiente e a alimentação, o mercado de inibidores de apetite, os adoçantes, as mudanças conceituais (sobrepeso, obesidade mórbida, obesidade em graus), a cirurgia bariátrica e os programas televisivos atuais (como ‘The Biggest Loser’ e ‘Quilos mortais’²⁵) formam um cenário na contemporaneidade do temor ao peso, que estigmatizam não somente àqueles que sofrem com a obesidade, mas criam um espetáculo do terror em jovens (em sua maioria, mulheres), que se veem levados a mudanças drásticas em sua alimentação, tornando-se anoréxicas ou sob o distúrbio da bulimia²⁶.

Emblemático, dualista, ambíguo: o corpo contemporâneo está no limiar de uma disputa simbólica. Se de um lado, o cortejo por uma sociedade mais ativa na saúde – com as campanhas pela necessidade de se exercitar continuamente, caminhadas, corridas pelas cidades, os passeios ciclísticos (uma nova indústria da propaganda, como percebemos pelas cidades), as academias e *personal trainers* – surge como uma saída para a luta contra o mal-estar com o corpo, por outro lado, a explosão de lanchonetes, praças de alimentação²⁷ repletas de *fast-foods*²⁸, o encarecimento da alimentação saudável (BORGES et al, 2015, *online*) e o tempo escasso para a massa populacional se cuidar, além de uma precarização do trabalho constante, elevam o peso do corpo e, cada vez mais, a obesidade atinge proporções ‘pandêmicas’, principalmente, entre as famílias mais carentes, cujo acesso – cultural e, principalmente, econômico – à alimentação *fitness*²⁹ e a uma vida social desejável é tão somente uma miragem.

²⁵ Transmitidos no Brasil pelo canal Discovery Home & Health.

²⁶ Os casos apresentados por SANT’ANNA (ibid.p. 147-148) retratam as mortes de duas modelos, Isabelle Caro, francesa, 28 anos, e Ana Carolina Reston, brasileira, 21 anos, ambas vítimas da anorexia.

²⁷ Nos espaços de alimentação como praças, em shopping centers, perdemos nossa capacidade de se relacionar cultural, geográfica e sazonalmente com a comida.

²⁸ Sobre a indústria do *fast-food*, o filme “A dieta do palhaço” (2004) apresenta uma experiência que retrata a precarização nutricional dos alimentos ricos em gordura, sódio e carboidratos.

²⁹ O que seria essa alimentação *fitness*, ou alimentação *fit* ou alimentação saudável? Para educadores físicos e nutricionistas, é “uma alimentação inspirada na gastronomia convencional, com a substituição de ingredientes comuns, por alimentos funcionais, capazes de promover

Fica-nos a questão: a medicalização seria uma alternativa ou mudar radicalmente os hábitos conseguiria dar respostas ao corpo de pessoas obesas?

Longe de ser homogêneo, uniforme, singular e predeterminado, o corpo é plural; as circunstâncias que o transformam, também. Alimentar é, hoje, um espetáculo midiático, com o aumento de programas televisivos de culinária, varandas gourmets e Food Trucks que oferecem mais do que o alimento: privilegiam a 'experiência' da alimentação'. Emergem nas redes sociais uma nova formação, o 'coaching alimentar', que, mais do que o nutricionista, é símbolo do fetiche, assim como da incapacidade de bem-estar do sujeito com o próprio corpo.

Sob outro prisma, Bauman (2008, p.101-102) assim coloca sobre a nossa contemporaneidade e a velocidade de nossas relações sociais no que se refere à alimentação:

Com a sabedoria que vem da experiência, podemos especular que o que mantinha os membros da família em torno da mesa de jantar, e que fez desta um instrumento de integração e reafirmação da família como grupo permanentemente vinculado, era em grande parte o elemento produtivo do consumo. Na mesa de jantar, e apenas nela, era possível encontrar comida pronta para comer: a reunião na mesa de jantar comum era o último estágio (distributivo) de um longo processo produtivo iniciado na cozinha ou até fora dela, no campo ou na oficina da família. O que unia os comensais, transformando-os num grupo, era a cooperação, concretizada ou esperada, no processo precedente do trabalho produtivo, e compartilhar o consumo do que foi produzido derivava disso. Podemos supor que a 'consequência indesejada' das fast-food, 'para viagem' ou 'comida congelada'(...) seja tornar as reuniões em torno da mesa de jantar da família redundantes, pondo um fim ao consumo compartilhado, ou endossar simbolicamente a perda, por um ato de comensalidade (o consumo em conjunto), das onerosas características de estabelecimento e reafirmação dos vínculos que teve no passado, mas que se tornaram irrelevantes ou mesmo indesejáveis na sociedade líquido-moderna de consumidores. A fast-food está aí para proteger a solidão dos consumidores solitários. (...) O consumo é uma atividade um tanto solitária (talvez até o arquétipo da solidão), mesmo

melhoria à saúde dos consumidores, sem deixar de lado todo o cuidado com o sabor e sua apresentação". (ELIM, on-line, s/d). Porém, quando observamos os tipos de guias e dietas, percebemos como a discrepância econômica se faz presente nos pratos elencados: comer bem, alimentar-se de forma saudável, de fato, não é para uma massa populacional cuja renda familiar se esboroa diariamente.

quando, por acaso, é realizada na companhia de alguém. Da atividade de consumo não emergem vínculos duradouros.

A passagem histórica sobre o corpo dos brasileiros, do século XIX ao XXI, é o sinal das transformações comportamentais e da cultura alimentar de um povo.

Sant'Anna observa ainda que, mais do que ser espelho do que é ter saúde, de tempos em tempos, ou beleza, como molde para ser idolatrado e seguido, o corpo é o terreno para lutas simbólicas, batalhas que encenam as representações em torno do que é o poder, o sucesso e a felicidade na sociedade. Por outro viés, vemos que o corpo obeso é representativo de um cenário de estigmatização: diferente, fora do padrão, alienado, espaçoso, desproporcional, estranho, o(a) obeso(a) vivencia as marcas diárias da diferenciação por exclusão.

A obesidade é uma marca corporal que se torna símbolo de exclusão no cenário das relações sociais na contemporaneidade, tanto na família, na escola, nas relações trabalhistas e nas condições afetivo-sexuais.

O corpo obeso é percebido como corpo em negação, corpo estranho, sujeito à exclusão social. Corpo transgressor, pois, ao violar as regras em torno da alimentação, torna-se signo do descontrole dos desejos (ansiedade constante): “o obeso (seu corpo o trai) passa por alguém que come mais do que os outros, mais do que o normal, numa palavra: mais do que sua parte” (FISCHLER, 1995, p. 74).

Para Goffman (1963), há um contínuo processo de segregação das pessoas que se diferem dos modelos e padrões balizados em contextos histórico-culturais. A identidade social, marca indelével, é um construto simbólico pelo qual os comuns se agregam e se atraem: criam-se as ‘comunidades’ afins, com as quais os que se identificam (os iguais) celebram a sua identificação.

A sociedade, de tempos em tempos, aprimorou-se em rotular os indivíduos, atribuindo o que é ‘natural’ e ‘normal’ a cada grupo ou categorias

(GOFFMAN, 1963, p. 09). O estigma³⁰ do obeso é o estigma da deformidade: corpo disforme, que agrega um atributo que simboliza, atualmente, um problema, mas que já significou poder: a gordura corporal. O gordo é a própria gordura, num reducionismo de sua identidade. A pessoa corpulenta é o reflexo de suas fraquezas, sob o olhar de fora.

Enquanto processo dicotômico (EU x OUTROS, MINHA IDENTIDADE X OS DIFERENTES), o estigma é multiforme e encena momentos de deterioração das identidades dos indivíduos. O gordo, desde o começo do século XX, é percebido como um desvio, um descaminho, e sua aparência uma monstruosidade a ser caçada, destruída, negligenciada, excluída (VIGARELLO, 2012, p. 298).

Naomi Wolf (2019) empreende uma análise tanto acerca do ideal de beleza feminina, quanto sobre o aprisionamento estético que a sociedade impõe às mulheres. Entre tantos casos que demonstram como o corpo feminino deveria ser padronizado, Woolf (2019, p. 57) apresenta a história de Catherine McDermott que, em 1975, teve de processar “a Xerox Corporation porque a empresa retirou uma proposta de emprego usando seu peso [elevado] como justificativa”.

Tal relato trazido por Woolf não se distancia do que acontece atualmente. Em agosto de 2021, a ativista estadunidense *plus size* Fallon Mellilo, de 27 anos, relatou que havia sido impedida de participar de uma festa em Miami. O motivo? Seu peso, sua imagem corporal, seu tamanho. O aviso do site do evento trazia a seguinte colocação³¹:

Desculpe, nada de garotas grandes para esta festa! O porteiro é rígido com aparências e se você já teve problemas para entrar em clubes exclusivos, então este não é para você! Por favor, não

³⁰ Estigma é uma palavra de origem grega, que significa marca, sinal, picada; também se referia ao resultado da busca por sinais corporais com os quais se denotava uma marca diferenciada, algo de extraordinário, no corpo do sujeito; marca essa que era negativa, mal, ruim à sociedade, à moral

³¹ A matéria na íntegra se encontra disponível em: <https://revistamarieclaire.globo.com/Noticias/noticia/2021/08/jovem-e-impedida-de-frequentar-festa-por-seu-peso-nos-eua-nada-de-garotas-grandes.html>
Cf.: MARIE CLAIRE, 2021.

perca seu tempo nem o nosso pensando que podemos levá-lo para dentro se você souber que não atende às qualificações.

Fica-nos, aqui, uma certeza: o peso e a projeção da imagem corporal são determinantes nos espaços de interação e de relações sociais.

Desses fatos, ficam as questões: a mulher obesa não teria direito ao pertencimento aos espaços públicos? Por que o corpo obeso de homens e mulheres atrai olhares que não são os de aceitação e de entendimento?

Dissonante, o corpo obeso é objeto de ridicularização e de desprezo. É o caso da dançarina e bailarina Thais Carla que ganhou, em outubro de 2021, um processo judicial contra um humorista - cujo nome não foi divulgado - por gordofobia.

Não é o primeiro caso em que a humilhação e o preconceito são alvos da justiça, no que se refere às pessoas obesas, pois, em setembro de 2020, uma empresa de Belo Horizonte foi obrigada a indenizar um funcionário que também sofria por 'gordofobia' por parte de seu supervisor. Segundo a reportagem, o supervisor falava que o funcionário iria 'quebrar as escadas', que a roupa que usava, no caso, a camisa, era 'baby look', por ser curta e apertada, que o "uniforme não lhe cabia mais", tudo isso, de acordo com a reportagem, sempre falado à frente dos colegas do funcionário³².

O que restaria às pessoas obesas? Adequarem-se a uma realidade social na qual o culto ao corpo acaba por determinar o bem-estar nas relações cotidianas (com o corpo 'certo', as portas se abririam?!).

O corpo embala o que o gênero tenta traduzir: o sentimento de si, o reconhecimento da identidade. Os corpos de mulheres e homens obesos e ex-obesos falam, querem espaço no âmbito acadêmico e, ao exigirem sua presença nas discussões universitárias, trazem questões culturais que devem ser consideradas, como as de relações de gênero, formações familiares, faixas

³² Essas reportagens são acessíveis nos links abaixo:

<https://globoplay.globo.com/v/8900317/>

<https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/10/06/bailarina-thais-carla-comemora-condenacao-de-humorista-em-processo-por-gordofobia-lutem-pelos-direitos-de-voces.ghtml>

etárias (os corpos das crianças, de adolescentes e de idosos), além de questões relativas ao consumo, estética, prazer e à própria sexualidade.

2 Corpo obeso e gênero

*“Da mesma forma que a humanidade é mais perfeita que o resto dos animais, dentro da humanidade o homem é mais perfeito que a mulher, e a razão dessa perfeição é seu excesso de calor, pois o calor é o instrumento básico da Natureza”
(Galeno)*

2.1 Gênero e obesidade: mitos da beleza

Neste capítulo, abordaremos os conceitos de corpo e gênero, de forma a dialogar com as perspectivas que pessoas obesas trazem no bojo de suas experiências sociais, em face aos mitos da beleza e da masculinidade, impulsionados pelo sistema e pela cultura.

Se construímos e remodelamos, diariamente, nossas percepções sobre o mundo e as projeções sobre nossas identidades é porque valoramos aquilo que se traduz em nosso corpo por meio de representações que, a nós, são-nos essenciais, posto que nossos corpos e com o que nos identificamos em relação ao gênero são discursos, i.e., construtos socioculturais simbólicos que ganham ressignificação nas relações cotidianas.

Disso, poderíamos afirmar, então, que nos apresentamos com as nossas diferenças, que carregamos com a nossa presença corporal, às mais plurais situações e contextos sociais.

Courtine (2013, p. 13) afirma que o corpo aparece nas discussões e análises sociológicas, ao revisitar o pensamento ocidental, após o século XIX. Se até esse período o corpo era relegado no âmbito dos estudos das ciências

humanas, sendo objeto de investigação médica e controlado pelos princípios morais e religiosos, com o século XX e, por extensão, também o século XXI, os campos de pesquisas e de estudos sobre a relação entre corpo e gênero se ampliam, consideravelmente, tornando-se uma discussão-chave na academia, não somente na área de saúde, mas, também, nas pesquisas históricas, culturais e sociológicas³³. Uma nova política sobre o corpo - porque o 'corpo' é também político - e sobre as identidades era necessária para se repensar as próprias dinâmicas sociais e as transformações históricas após a Segunda Guerra Mundial.

Dessa operação acadêmica, é preciso ressaltar que o trato da temática de gênero possibilitou-nos compreender e reconhecer que há vozes outras com as quais convivemos nos espaços sociais. A discussão sobre essa relação entre corpo e gênero é imprescindível para a compreensão do discurso (da tradição às performances contemporâneas) simbólico que reside na própria história das sociedades.

O conceito de gênero, assim como a noção de corpo, era representativo de uma cultura de dominação e violência simbólicas. Na equação *masculino X feminino, homem X mulher*, os discursos denotam sempre a supremacia e a prevalência do primeiro sobre o segundo (BOURDIEU, 2012). Inegável é a exclusão das mulheres na própria narrativa histórica, assim como é inegável que as ondas do movimento feminista colaboraram para a desconstrução de certos paradigmas sexistas socioculturais - já, há muito, caducos, mesmo que sempre inculcados e imiscuídos nas situações mais cotidianas de nosso dia a dia, como

³³ Um dos avanços, no século XX, com a aquisição dos direitos das mulheres, provenientes das lutas feministas, foi o da produtividade acadêmica e da abertura da pesquisa histórica: o surgimento de disciplinas voltadas para a história das mulheres e a alta circulação de teses e pesquisas sobre as excluídas da história aumentaram gradativamente, após 1970 (SCOTT, 1992, p. 64-65).

A partir da década de 70 do século XX, com as lutas e manifestações por direitos iguais, por reconhecimento e participação social, as mulheres têm conquistado seus espaços em diversas áreas sociais, inclusive na educação e no mercado de trabalho. Um exemplo é de que, no Brasil, havia, em 2019, 358 grupos de estudos de gênero registrados no CNPq, inseridos em programas na área de Humanas e Ciências Sociais Aplicadas (FERREIRA, 2019, *on-line*).

Ainda nesse escopo, a emancipação econômica de muitas mulheres, no Brasil, vem com a implementação de políticas públicas com foco na participação (inclusão) e na valorização da mulher, a partir da década de 1980 (LIMA, 2018)

numa conversa no trabalho, no transporte público, nas relações afetivas e conjugais.

De fato, o grito nos anos 70 de “nosso corpo nos pertence” proporcionou mudanças significativas: da possibilidade de discutir sobre temas legais, como a questão do aborto, a sexualidade, a liberdade sexual e o reconhecimento da diversidade. Porém será que tal tarefa foi bem-sucedida?

Para Novaes (2011, p. 479),

Até que ponto muitas delas [as mulheres] não se encontram aprisionadas em seus próprios corpos, na justeza de suas próprias medidas, na busca permanente por um ideal, que, como tal, não pode ser atingido? (...)

Foucault aponta como o corpo se tornou objeto de uma das mais fortes regulações sociais. Nunca foi tão penetrado, auscultado, examinado, não só pelas tecnologias médicas, mas também pelas mutações do olhar delas decorrentes.

O processo de desconstrução de discursos heteronormativos (autorreguladores e controladores) não é simples e nem rápido. É o que Bourdieu (2012) reitera, ao tomar como exemplo as relações sociais que representam a divisão sexual dos *cabilas*, pelas quais identificou a existência de esquemas e categorias estruturais - entranhadas no imaginário cultural, na linguagem, nas relações afetivas, na divisão social³⁴, que simbolizam atos de violência, por meio de práticas e ações silenciosas de conquistas e controle, por meio da linguagem explícita ou do pensamento (imaginário sociocultural), que apontam para uma "violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento" (*Ibidem*, p. 7).

³⁴ O que também vemos, de uma forma comparativa com o que Bourdieu propõe, é que há "estruturas estruturantes", organizadas e coerentemente articuladas sobre a divisão sexual também nos discursos políticos e nos incessantes processos e produtos do mercado do fetiche da aparência, de estética do embelezamento ou mesmo do culto à cirurgia plástica que são explicitamente festejados pela publicidade atual.

Historicamente, o corpo masculino e, por extensão, o gênero heterossexual (cisgênero³⁵) constituíram-se como paradigmáticos. A diferença corporal demarcou uma hierarquização das pessoas: o homem, forte, corpulento, senhor do lar, instalado no imaginário como signo de dominação; a mulher, por sua vez, o sexo frágil, menor, submisso, 'do lar' (mais uma propriedade do senhor), signo do ser dominado - uma invenção de tradição simbólica, redutora de tudo o que é feminino, e essa tradição tende a perpetuar (discursiva, histórica e socialmente) a divisão dos sexos como natural e intocável, sacralizando a oposição (homens são diferentes de mulheres) e valorando os pesos (homens melhores do que mulheres).

Bourdieu (op. cit.), por sua vez, esclarece que esse trabalho de dominação simbólica não se encontra somente em um ou dois campos sociais, mas que se engendra nas mais comuns situações ou acontecimentos cotidianos. O processo de inculcação de uma ordem do masculino sobre o feminino está no discurso mítico, no comportamento social (que é pensado, construído e direcionado para as mulheres), na reiterada atuação de homens nas relações de trabalho e na vida afetiva, assim como na ordem do discurso, seja no público ou no privado. É "uma ordem social" que funciona como uma "imensa máquina simbólica que tende a ratificar a dominação masculina" (*Ibidem*, p. 18).

Se o corpo é percebido e construído como uma realidade sexuada e como um elemento simbólico, por onde encontram-se as percepções e valorizações que determinam e explicitam, claramente, os papéis sociais da divisão sexual, poderemos afirmar que o discurso de dominação se instaura também na visão do e pelo feminino: são inúmeros os acontecimentos, encontros, comportamentos, até mesmo brincadeiras infantis, cujas estruturas e categorias normativas fazem com que as próprias mulheres se subjuguem e também perpetuem o discurso masculino como regra, padrão imutável e inquestionável.

O feminino, seu *habitus*, é prisioneiro de certa experiência: a condição de ser corpo a ser percebido pelo outro, "incessantemente exposto à objetivação operada pelo olhar e pelo discurso dos outros." (*Ibidem*, p. 79)

³⁵ Cisgênero é a denominação dada à pessoa que se identifica com o sexo (masculino e feminino) com o qual nasceu.

Esse conceito de *habitus* de Bourdieu remete-nos à transformação operada no próprio ser social, no sujeito, e tudo o que a ele se refere, de forma que é a própria externalização da representação dos produtos da cultura e da sociedade que são incorporados e classificados (uma ideia, um pensamento, uma conduta, uma fala, uma atitude, um jogo, uma brincadeira infantil, etc.) e que, na teia das relações sociais, tendem a ser consagrados como naturais, verdadeiros, inegociáveis. A dominação e a violência simbólicas estão engendradas nos discursos sociais e refletem-se no *habitus*.

Para Setton (2002),

“a contemporaneidade se caracteriza por ser uma era em que a produção de referências culturais, bem como a circularidade da informação, ocupa um papel de destaque na formação ética, identitária e cognitiva do homem. **Compreendo, portanto, o processo de socialização e, como decorrência, o processo de construção dos *habitus* do indivíduo na modernidade, construído segundo uma configuração particular.** Ou seja, considero as **instâncias tradicionais da educação, - a família e a escola - e a mídia - esta última agente específico da socialização no mundo contemporâneo -, instâncias socializadoras que coexistem numa relação tensa de interdependência.** São instâncias que configuram uma forma permanente e dinâmica de relação. Não são estruturas reificadas ou metafísicas que existem acima e por cima dos indivíduos (...) **São, antes de tudo instituições constituídas por sujeitos em intensa e contínua interdependência entre si e, portanto, não podem ser vistas como estruturas que pressionam umas as outras, mas instâncias constituídas por indivíduos que se pressionam reciprocamente na dinâmica simbólica da socialização**” (grifos nossos)

Mesmo que o termo gênero, anteriormente, indicasse a separação e a oposição pela negação ('a mulher é o homem ao avesso', 'é a que não é o homem', entre tantas falas sexistas, além, obviamente, dos temas ligados às mais corriqueiras situações, como 'isso é coisa de mulher...'), determinando lugares sociais e condutas coordenadas pela discursividade falocrática³⁶, para Joan Scott (1990, p. 75),

³⁶ No discurso/ordenamento falocrático (SAFFIOTI, 1999), quando observada pela desigualdade, pela lógica de uma complementaridade (a mulher precisa do homem; o homem deve ter uma mulher) e da pela diferença por subordinação ('homens melhores, maiores, superiores e mais fortes do que mulheres'), a identidade de gênero é percebida como um erro, um absurdo às

“O termo "gênero", além de um substituto para o termo mulheres, é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro. **Essa utilização enfatiza o fato de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado nesse e por esse mundo masculino.** Esse uso rejeita a validade interpretativa da ideia de esferas separadas e sustenta que estudar as mulheres de maneira isolada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, tenha muito pouco ou nada a ver com o outro sexo. Além disso, o termo "gênero" também é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. Seu uso rejeita explicitamente explicações biológicas, como aquelas que encontram um denominador comum, para diversas formas de subordinação feminina, nos fatos de que as mulheres têm a capacidade para dar à luz e de que os homens têm uma força muscular superior. **Em vez disso, o termo "gênero" torna-se uma forma de indicar "construções culturais" - a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. "Gênero" é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado**” (SCOTT, 1990, p. 75) (grifos nossos)

Corpo e gênero, enquanto conceitos, trazem consigo uma carga histórica que ora representam a dominação, ora a luta pelo reconhecimento: jogos discursivos dentro da dialética pelo poder, numa cultura de dominação em que o ideal masculino subjuga e determina o que é (também simbólico) concernente ao feminino. Mais ainda: o corpo masculino e o gênero são representativos de uma normatividade simbólica, que predetermina e organiza um *ethos* sociocultural, em oposição ao corpo e à identidade de gênero femininos, meras 'cópias' enfraquecidas e tortas do masculino, do ideal³⁷. No discurso histórico, a diferença corporal também estabeleceu uma separação cultural entre papéis sociais que seriam dados a homens e mulheres³⁸.

ordens religiosas, comportamentais e culturais. De fato, o corpo - em especial, o corpo feminino - é político e sobre ele recaem os ditames da intolerância.

³⁷ Vale aqui referenciar toda o esquema comparativo de símbolos que remetem às oposições entre o universo simbólico do 'masculino' e do 'feminino', de Pierre Bourdieu (2012, p.19), em sua descrição da divisão sexual da sociedade *cabila*.

³⁸ É o que Laqueur (2001, p. 241) afirma serem os 'microconfrontos de poder' que se deram desde o século XVIII nas relações sociais dentro das esferas públicas e privadas, as quais retratavam as determinações de lugar e função de homens e mulheres.

Porém as representações sobre o gênero não se constroem apenas por mecanismos de repressão e controle, como apontamos anteriormente: as formas como agimos, falamos, como nos posicionamos no mundo³⁹, como nos vestimos e experimentamos as relações sociais cotidianas também definem tais representatividades. De outra forma, “(...) os gêneros se produzem, portanto, nas e pelas relações de poder” (LOURO, 1997, p. 41), das mais simples ações cotidianas às que envolvem complexas relações socioculturais.

Os corpos estão enredados em relações de poder. Se é na cultura que sua indiscutível materialidade ganha sentido, então tal materialidade será sempre marcada pela linguagem, ferida por códigos, signos, representações, atribuições. Os corpos passarão a ser diferenciados, classificados, hierarquizados. Talvez se diga que alguns têm mais força, ou energia, ou beleza, ou harmonia. Nessa distribuição de qualidades e talentos podem estar implicadas previsões e destinos. **De qualquer forma, eles, os corpos, não jogam o jogo da existência com ‘cartas’ idênticas.** (LOURO, 2012, p. 12-13) (grifos nossos)

Afirmamos que o conceito de gênero remete a um conjunto de práticas sociais que criam assimetrias, oposições, diferenciações entre o que é percebido como feminino e como masculino, ou se outro, além de determinar e estabelecer parâmetros e regras, valores e conjunturas às mesmas percepções e às avaliações que as pessoas terão de si mesmas e dos que a cercam.

O relativo avanço do conhecimento acadêmico, nos séculos XX e XXI, e o aprimoramento progressivo da tecnologia médica auxiliaram nas transformações no imaginário social, que reconduziram as perspectivas sobre o corpo, principalmente sobre os direitos sobre o próprio corpo e o reconhecimento da diversidade de gênero.

No entanto, o corpo feminino, historicamente, é o corpo de um ser percebido (BOURDIEU, 2012), sob um olhar do outro que o vê como aquilo que não é, como aquilo que representa o que falta em relação ao outro masculino: o corpo feminino foi entendido, por muito tempo, como sem poder (sem força

³⁹ O corpo como agente da cultura, como metáfora da cultura também retrata os jogos práticos de controle. O corpo perfeito e o gênero ‘ideal’ e ‘normal’, também são ideias que refletem as experiências da dominação simbólica.

política, cultural, social⁴⁰), corpo fraco, corpo excluído e subjugado, sobre o qual, ininterruptamente, recaem inúmeras cobranças.

Uma dissimetria fundamental opera-se socialmente e o capital simbólico (com todas as suas variações, como o *status* matrimonial) sempre se encontrou em poder dos homens, do que é masculino. Daí, o que ou quem seria esse 'outro'- destinatário de todo o *habitus* feminino - senão o organizado, coeso e categórico sistema de produção de discursos heteronormativos que masculinizam os direcionamentos, ações, escolhas, diálogos, comportamentos, relações trabalhistas, afetivas, sexuais, etc.?

Se o feminino é o mais leve peso da balança dessa relação simbólica, determinado por valores culturais, é porque a concepção de gênero também se sujeitou aos alicerces do discurso de dominação. Isso é visível, por exemplo, quando se pretendia estudar ou pesquisar uma história do sexo feminino (SCOTT, 1992, p. 84): a narrativa da história ocidental é a narrativa da dominação masculina, pois há o silenciamento das mulheres e o seu apagamento no interior da própria história (em segmentos sociais, como na igreja, família, escola, exército, política), além de um trabalho exaustivo que instaura-se no imaginário da sociedade, que molda o direcionamento comportamental da mulher (como a mulher deve andar, se vestir, falar, se comportar, etc.).

O corpo - e tudo o que remete ao universo simbólico - feminino já nasce sob o signo da ausência: a ausência de não ser o corpo masculino⁴¹. Ainda sobre o uso acadêmico do conceito de gênero, vale a colocação de Joan Scott (1990, p. 86) que enfatiza a reiterada carga de um jogo simbólico de poder por detrás da palavra:

Minha definição de gênero tem duas partes e diversos subconjuntos, que estão inter-relacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas

⁴⁰ Ainda que tenhamos uma singela participação de mulheres brancas, negras ou pardas nos parlamentos do ocidente.

⁴¹ O avesso do masculino, as mulheres sempre foram destacadas pela configuração de seus corpos, mesmo que com o "pênis do lado de dentro". (LAQUEUR, op. cit., p. 152)

diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações do poder, mas a mudança não é unidirecional.

Assim, percebemos um campo de produção de discursos sobre corpo e gênero, sendo, pois, um campo de disputas culturais, no qual a busca por certos 'troféus' é o direcionamento. Há sempre aqueles que se encontram dentro e fora: fronteiras que separam quem está no jogo das produções culturais, da economia dos bens simbólicos e dos espaços sociais e quem está fora dele. Reconhecer que somos diferentes, que corpos de mulheres e homens se diferenciam e refletem as suas identidades de gênero, é possibilitar uma ruptura dos discursos sexistas⁴².

Por isso, os estudos sobre corpo e gênero permitem as discussões sobre os modelos tradicionais de divisão social e sexual, pois colocam em análise os paradigmas do sexo (masculino x feminino⁴³) e todos os atributos que criam dicotomias nas relações entre homens e mulheres, em uma crítica desde os discursos acadêmicos deterministas e médicos até os conservadores pensamentos sexistas que excluem as diferenças e os grupos minoritários. Pôr em questão as relações que mulheres e homens têm com seus corpos e com suas identidades é colocar à prova a falácia de que nos múltiplos discursos culturais há uma igualdade.

(...) inscrever as mulheres na história implica necessariamente a redefinição e o alargamento das noções tradicionais daquilo que é historicamente importante, para incluir tanto a experiência pessoal e subjetiva quanto as atividades públicas e políticas. Não é demais dizer que ainda que as tentativas iniciais tenham sido hesitantes, uma tal metodologia implica não somente uma nova história de mulheres mas também uma nova história (SCOTT, 1990, p. 73)

⁴² Remetemo-nos à produção de discursos de poder (religiosos, políticos, familiares) que apontam para a exclusão de mulheres cis, trans e de pessoas LGBTQIA+.

⁴³ Vale aqui referenciar toda o esquema comparativo de símbolos que remetem às oposições binárias de Bourdieu (2012, p.19), em sua análise sobre a divisão sexual da sociedade *cabila*.

De fato, é impossível compreender, categoricamente, a relação entre o corpo e gênero independente das considerações culturais, das múltiplas experiências de vida, das expressões discursivas que se apresentam nos espaços sociais (das falas sexistas, que traduzem bem tal assertiva, até às produções de discurso de resistência e oposição ao sexismo e homofobia).

Pode-se afirmar, portanto, que as concepções de corpo e gênero se inserem no interior de sistemas culturais particulares, dentro dos quais os símbolos discursivos (das ações e modos de vida de mulheres e homens) se articulam e espelham múltiplas significações: dominação, controle, repúdio, questionamento, inclusão, exclusão, etc.

O inculcamento da violência simbólica deteriora o que é feminino, e o que resta, silenciam-no; daí, as marcas dessa violência

tenderem a se inscrever nos corpos sob a forma de disposições permanentes. Assim, segundo a lei universal de ajustamento das esperanças às oportunidades, das aspirações às possibilidades, a experiência prolongada e invisivelmente mutilada de um mundo sexuado de cima para baixo tende a desaparecer, desencorajando-a, a própria inclinação a realizar atos que não são esperados das mulheres, mesmo sem estes lhes serem recusados (BOURDIEU, op. cit., p. 77)

Internalizando-se o comportamento que é o próprio discurso de poder à égide do discurso simbólico masculino, configura-se uma rotina demarcada pelo adestramento do seu ser, *amor fati*, isto é, o abraço forte ao que é dominante, uma crença absoluta num discurso que se faz de verdade intransponível e uma ‘inclinação corporal a realizar uma identidade constituída em essência social, transformada em destino’ (BOURDIEU, op. cit. p. 63).

Quando o corpo é o corpo feminino obeso, o discurso de estigma potencializa-se. Que mecanismos atuam na reprodução desse discurso? Obviamente o discurso médico é o principal articulador sobre o impacto da obesidade no corpo (autoimagem) e na saúde de mulheres. Porém, com tanto ou maior impacto, a moda, as relações de trabalho, as relações afetivas, as amizades, as brincadeiras infantis, até a própria infância são também meios -

campos sociais - por onde operam as matizes da dominação e da violência simbólica.

Esse trabalho não cessa de continuar e de adaptar, pois é um “trabalho de construção simbólica” que “não se reduz a uma operação estritamente performática de nominação” - diríamos, por nossa vez, dominação -, mas que é um processo longo e que “se completa e se realiza em uma transformação duradoura e profunda dos corpos (e dos cérebros)”, ou seja, um trabalho incessante de valoração de tudo que seja pertinente à estruturalidade do discurso masculino, que é, senão, a estrutura estruturante desejada, o *habitus* tornado e mantido como perfeito (BOURDIEU, *op. cit.*, p. 33).

O estereótipo estigmatiza, promove a exclusão do outro, instala o medo na esfera da convivência social (está-se sempre esperando a palavra cruel do outro: “se você fosse assim,...”, “por que você não muda?”) e instaura a insegurança corporal, a necessidade de aprovação do outro (inatingível) e a dependência simbólica (BOURDIEU, *op. cit.*, p. 82).

O que foi cunhado de *Fat-Stigma* (estigma da gordura ou estigma de gordo, seria traduções possíveis) aproxima-se do que denominamos, anteriormente, de *gordofobia* ou *lipofobia* (FISCHLER, 1991). O que nos importa é que a produção de discursos que culpabilizam e punem pessoas obesas por serem obesas, diferentes dos padrões, determina a deterioração da identidade desses sujeitos.

Para Tovar (2018, p. 12),

a gordofobia é uma ideologia intolerante que inferioriza pessoas gordas e as torna objeto de ódio e escárnio. Os alvos e bodes expiatórios da gordofobia são as pessoas gordas, mas ela acaba magoando todo mundo. Todos acabam em um dentre estes dois grupos: ou vivem a mordaz realidade do preconceito gordofóbico ou com o medo de se tornarem alvo dele. Então, a gordofobia usa o tratamento de pessoas gordas como uma forma de controlar o tamanho do corpo de todas as outras pessoas. A gordofobia cria um ambiente de hostilidade em relação às pessoas de corpo avantajado, promove um relacionamento patológico com a comida e o movimento (que, por meio da cultura da dieta, transforma-se em dieta e exercício), e deposita a carga do viés gordofóbico em indivíduos “incompatíveis” – isto

é, pessoas gordas. Por causa da forma como as pessoas gordas são retratadas em nossa cultura, as pessoas aprendem a temer a gordura. Elas temem a discriminação e o ódio.

Partindo da orientação de Scott (1990, p.73), como inscrever a mulher obesa na história social? Como se sentem, no interior dessas produções discursivas, mulheres e homens obesos? De que formas o mercado de produção de bens materiais e culturais se valeu para atingir mulheres e homens obesos? Como mulheres se sentem com seus corpos? Como homens lidam com a obesidade? Há diferenças no que concerne à relação que pessoas obesas mantêm com seus corpos e suas identidades, sua vida afetiva, sua sexualidade? Como as pessoas obesas percebem os julgamentos sociais com relação à sua imagem? Mais ainda: como obesos e obesas vivenciam a transição de seus corpos ao passarem por um emagrecimento (seja cirúrgico e clínico, seja por meio de dietas e mudanças de hábitos alimentares)?

Megan Orciari (2013, on-line) demonstra que pesquisadores do Yale Rudd Center for Food Policy & Obesity (Centro Rudd de Yale para Políticas Alimentares e Obesidade), como Rebecca M. Puhl *et al.* (2010) verificaram que a corporalidade, a identidade e a imagem do obeso podem revelar o discurso de estigma, utilizado desde as situações cotidianas aos problemas sociais mais complexos.

Observemos como o peso corporal e o gênero são, por vezes, 'decisivos' nas escolhas, como no caso de julgamentos de uma corte nos EUA na qual verificou-se certa tendência a julgar a pessoa obesa:

Male participants rated the obese female defendant guiltier than the lean female defendant, whereas female respondents judged the two female defendants equally regardless of weight. Among all participants, there were no differences in assessment of guilt between the obese male and lean male defendants.

Only the obese female defendant was penalized for her weight, a finding that is consistent with research published in the past 20 years that shows obese females face more weight-related stigma than obese males.

[Os participantes do sexo masculino classificaram a acusada obesa como mais culpada do que a acusada magra, enquanto

as entrevistadas julgaram as duas acusadas igualmente, independentemente do peso. Entre todos os participantes, não houve diferenças na avaliação da culpa entre os réus obesos e magros.

Apenas a mulher obesa réu foi penalizada por seu peso, um achado que é consistente com a pesquisa publicada nos últimos 20 anos, que mostra que mulheres obesas enfrentam mais estigma relacionado ao peso do que homens obesos.]

Havíamos suscitado no projeto dessa tese a ideia de que mulheres sofrem mais com relação à obesidade do que homens, visto que são mais cobradas socialmente quanto à sua estética corporal, quanto ao seu comportamento, à roupa que vestem, à profissão que escolhem, às relações sociais que estabelecem, etc. Percebemos que essa cobrança não é aleatória, mas também é de uma grande narrativa de controle e manutenção do poder simbólico.

A construção sociocultural da identidade de mulheres, no discurso dominante, liga-se à esfera da vida privada. Por outro lado, a do homem reside no espaço público, das relações de trabalho, da produção.

Vimos com Bourdieu (1989; 1996; 2012) como a dominação e a violência simbólica gerada de tal discursividade estão engendradas na cultura e também se refletem nas relações que mulheres obesas têm com seus próprios corpos. O corpo de uma obesa é também o produto de uma conjuntura organizada de dominação. Da mesma forma, simbolizada pelas inúmeras dietas, exercícios, penitências e punições diárias a que se submetem muitas mulheres, sejam pela aceitação no meio, sejam pelas privações econômicas e de acesso à alimentação saudável, a luta contra a obesidade se torna uma outra face desse discurso de poder masculino.

À sociodiceia masculina, são imputados valores absolutos: que os outros se adequem à narrativa mítica, às tradições que regem os comportamentos, à discursividade perversa, ou simplesmente aceitem o jogo e o controle. A própria historicidade do corpo já diz isso:

a história do corpo feminino é também a história de uma dominação na qual os simples critérios da estética já são

reveladores: a exigência tradicional por uma beleza sempre “pudica”, virginal e vigiada, impôs-se por muito tempo, antes que se afirmassem libertações decisivas repercutidas nas formas e nos perfis, movimentos mais aceitos, sorrisos mais expansivos, corpos mais desnudos. A história do corpo, em outras palavras, não poderia escapar à história dos modelos de gênero e das identidades (CORBIN, et al, 2018, p. 13).

A construção simbólica de todo o processo de dominação masculina não se dá somente pela teoria e prática performática (das falas cotidianas às ações políticas), mas é um trabalho contínuo, rearranjando-se e se readaptando no interior do próprio imaginário⁴⁴: trabalho cíclico de *autorreafirmação* do arbitrário, do *Nómos* (ordem, começo, bem, pai, *vir - homem*, em latim). O simbólico dominante ri e segue seu curso.

A cobrança cultural imposta à mulher - proveniente de séculos de proliferação de mitos da beleza (WOLF, 2019) - não é uma prática de dominação contemporânea. O estigma e o controle se fazem presentes também nas esferas religiosas, nas relações afetivas, no discurso, na propaganda, na moda.

Para Wolf (*op.cit.*, p. 143), “Os Ritos da Beleza redefinem o pecado original, não mais por se nascer mortal, mas por se nascer mulher”, diríamos até, por nascer diferente do que é reflexo de tudo o que tende a ser parte do simbólico dominante. Isso nos indica como o discurso religioso (e os dos demais campos sociais, como o da educação, da família, das relações trabalhistas) determinou lugares de fala para as pessoas.

É o que percebemos como o conceito de *bildung*, i.e., a ação de formação, o longo e pensado processo educacional, as práticas sociais cotidianas (relações com pais, com a escola, com a igreja, com a comunidade, com o trabalho, com as ideologias, as políticas sociais, etc.) que possibilitaram a construção social do corpo, sob o prisma de uma visão androcêntrica - que tende a permanecer, ainda, no imaginário coletivo (WOLF, *op.cit.*).

⁴⁴ O sexismo se faz presente em todos os lugares. O simples fato de alguém ensejar a possibilidade de um Dia do Orgulho Hetero, ou Dia da Consciência Branca, já externaliza os valores discursivos simbólicos que entremeiam o imaginário cultural do qual emanam os valores sexistas e falocráticos.

A cada época, uma nova materialização do domínio se instaura:

O pecado original nos deixou a culpa de natureza sexual. Quando a revolução sexual se uniu ao consumismo para a nova geração de mulheres sexualmente disponíveis, **tornou-se necessária uma imediata realocação física da culpa feminina** (WOLF, op. cit., p. 145) (grifos nossos)

Essa culpabilidade (enquanto condição de vigilância contínua e implacável sobre si), hoje, está no corpo da mulher: sua roupa, seu cabelo, sua cor, sua pele, sua idade, sua identidade de gênero, suas posições políticas e trabalhistas, tudo, tanto em seu corpo quanto o que se traduz em suas ações (que é aquilo que transparece aos olhos da sociedade), é passível de ser avaliado, julgado, valorado, comparado e, o mais das vezes, condenado.

Ao saírem do aprisionamento do privado, mulheres depararam-se, nos campos sociais, com uma estrutura já organizada para novamente inseri-las no sistema: é o caso da alimentação, pois, dela, a mulher será mais uma vez acondicionada, será violentada simbolicamente, terá que policiar a si mesma, seu corpo, suas medidas⁴⁵.

Em outras palavras, "(...) não basta ser magro, é necessário modular a silhueta e as proporções entre quadril, cintura e busto assim como fortalecer o tônus muscular." (SANTOS, 2008, p. 31)

Vale destacar que, nas relações sociais contemporâneas, o corpo despido de quaisquer adiposidades, de quaisquer sinais de excessos corporais e que se afaste das taxas altas de gordura e colesterol é o ideal (FISCHLER, *op.cit.*).

Só a musculatura é nobre. A gordura não aparece mais como "(...) uma reserva de segurança, signo de uma gestão econômica e racionalizada, e sim uma invasão parasitária, uma acumulação anormal e aproveitadora, uma retenção nefasta". (SANTOS, *Ibidem*)

⁴⁵ A fala de Susie Orbach, autora de "Fat is a Feminist Issue" (gordura é uma questão feminista), clarifica esse novo sistema de organização do cotidiano de tudo o que pertence ao simbólico feminino: uma nova sociedade de consumo exige uma nova prisão para as novas mulheres e é pela boca que começa (PIEMONTE, 2010). Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1508201001.htm>

Fischler (1991) fala que a 'lipofobia' (gordofobia ou *Fat-Stigma*) faz parte de toda a estrutura que cerca o discurso sobre os corpos, neste mundo 'obesóforo' (ibidem, p. 299). É uma nova forma social de estigma (GOFFMAN, 1963), criada a partir de uma dissonância entre o que é o dado real (o corpo, com sobrepeso, anoréxico, obeso) e o ideal (corpo modelado, escultural, belo, musculoso, *sexy*).

Entre o real, o aceitável e o rejeitável, mulheres obesas vivem o estigma social, potencializado pela sua condição de ser mulher. É preciso que a mulher seja 'pequena', 'passível', 'zelosa', 'do lar' e que sua feminilidade seja condicionada a um 'cerco invisível' (BOURDIEU, 2012, p. 39), gerando um confinamento simbólico que é

praticamente assegurado por suas roupas (o que é algo mais evidente ainda em épocas mais antigas) e tem por efeito não só dissimular o corpo, chamá-lo continuamente à ordem (tendo a sua uma função semelhante à sotaina dos padres) sem precisar de nada para prescrever ou proibir explicitamente ('minha mãe nunca me disse para não ficar de pernas abertas').

Em curva ascendente de crescimento, mulheres com sobrepeso, obesas e até mesmo anoréxicas (BORDO, 2003) vêm buscando inúmeras dietas (ainda que muitas tenham reganho de peso, o número de formas torturantes de alimentação, como as dietas, é significativo e faz parte da vida de muitas adolescentes e adultas), consumindo remédios - até mesmo, sem prescrição -, punindo-se com relação à sua vida social⁴⁶: uma jornada falaciosa que nos mostra ideais de perfeição corporal.

É preciso apontar que esse ideal de perfeição corporal sempre está direcionando ao que é ter um corpo 'adequado' às próprias identidades corporais - identidades essas que são entendidas e valoradas como as 'corretas', as 'melhores', presentes nas experiências cotidianas e coligadas, sempre, ao sistema econômico, no qual 'compra-se, logo, torna-se parte'. O corpo e a

⁴⁶ A pessoa obesa retrai-se, por vezes, quando em jantares com amigos, colegas de trabalho, já que a vergonha é sua limitadora e "Por causa da forma como as pessoas gordas são retratadas em nossa cultura, as pessoas aprendem a temer a gordura." (TOVAR, 2018, p. 32)

identidade são alvo e campo econômico rentável, adaptável e voltado à lucratividade.

Para Wolf (2019, p. 273), a percepção sobre o peso e, por extensão, o próprio corpo, foi um dos maiores acontecimentos do século XX, pois o controle exercido sobre mulheres adquiriria uma nova forma:

A grande mudança na percepção do peso deve ser compreendida como um dos maiores acontecimentos históricos do século, uma solução direta para os perigos representados pelo movimento das mulheres e por sua liberdade econômica. **O hábito da dieta é o mais possante sedativo na história feminina. Uma população tranquilamente alucinada é mais dócil.** (grifos nosso)

A gordura da mulher é o seu algoz. A dieta torna-se um delimitador da própria existência de muitas mulheres, uma obsessão heteronormativa que nos remete ao ideal mítico de uma beleza magra: uma normatividade que proporcionaria prazer e felicidade às mulheres, se, por detrás, não fosse “uma fixação cultural na magreza feminina” que “não é uma obsessão com a beleza feminina, mas uma obsessão com a obediência feminina” (WOLF, 2019, p. 272). Repetimos, então, sob a guarda de Wolf: controlando-se o corpo, controla-se o cotidiano das experiências vividas pelas pessoas.

A concepção de beleza sempre esteve no epicentro da relação entre o corpo, a identidade e os espaços sociais. Conflita relação: de um lado, o corpo da mulher obesa percebido como ‘sem valor’, sem sensualidade, logo um corpo rejeitável; de outro, uma jornada história da representação que nos apresenta o corpo feminino sensualizado, um ideal no qual “as representações do feminino se deleitavam com a exuberante fertilidade da mulher. Várias distribuições de gordura eram realçadas de acordo com a moda” (WOLF, 2019, p. 267-8)

O que acontece com obesas que vivem a rotina do excesso e o não pertencimento de si nas esferas sociais?

Num estudo sobre a sexualidade de mulheres obesas, Mariano et al. (2014, p. 416) apresentam como o peso corporal e a má relação que mulheres

obesas têm com seu porte físico acabam por afetar as experiências afetivas e sociais: encontram-se entre a sexualidade frustrada e a insegurança do próprio corpo. Para os pesquisadores,

O corpo, apesar de silencioso, expressa a todo o momento, pela linguagem não verbal, sentimentos, emoções e mensagens acerca de seus agrados e desagradados, medo, insegurança e expectativas com relação ao outro. É por meio desta postura que o corpo explicita sua aceitação ou negação no processo de inter-relacionamento, baseando-se nas crenças e valores apreendidos durante a formação psicossocial e cultural do indivíduo. A supervalorização da estética corporal, imposta pela sociedade, a discriminação e o preconceito social vivenciados pela mulher obesa, favorecem o desenvolvimento da depressão, distúrbios de comportamento e percepção da autoimagem alterada interferindo na vivência sexual dessas mulheres. **A imagem corporal alterada ocasiona o oposto ao culto ao corpo, da valorização estética, da sensualidade, da flexibilidade e agilidade. Assim, estão mais propensas ao sofrimento extremo decorrente da baixa autoestima, discriminação, hostilidade social, problemas funcionais e físicos, familiares e/ou conjugais, sentimentos de vergonha e autopunição, revolta, insatisfação com a vida e isolamento social. Conseqüentemente, não restam outros modos de protestar que não adoecendo e fechando-se para si e para o mundo, gerando alterações em diversas esferas do viver, inclusive no que tange à sexualidade feminina, fato este que também foi observado neste estudo.**

Para as mulheres, a sexualidade é vivenciada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes e valores e envolve, além do corpo, a história, costume, cultura e experiências das relações afetivas. Desta forma, ter um corpo magro, bonito, sensual e que esteja mais próximo daquilo que a mídia impõe, torna-se o desejo maior das mulheres obesas. Em tempos remotos, o sexo era visto somente como algo ligado à reprodução. Para as mulheres, o prazer era reprimido e considerado pecaminoso ou condenável. Hoje, a sexualidade faz parte do cotidiano das pessoas e, num relacionamento entre duas pessoas, a busca pelo prazer é mútua. As relações são baseadas em afeto, carinho, desejo, prazer e aceitação do outro. Nas mulheres, a sexualidade está intimamente ligada aos aspectos subjetivos relacionados às condições psíquicas, culturais e sociais e à percepção corporal que tem de si mesma (grifos nossos)

Janet Polivy e C. Peter Herman (2006. p. 34) apontaram para o fracasso de uma vida de aprisionamento por dietas seguidas de outras dietas (posto que

sempre uma dieta tem um fim, e o peso indesejado, malquisto e temido tem sempre o seu retorno):

Pinel's research holds out hope for those of us suffering from the ills associated with the ecology of plenty. We could live longer, healthier lives if we ate less. **The irony here is that the ecology of plenty that leads to lives shortened by obesity is the same ecology that activates the mechanisms of self-indulgence in the service of overall reproductive fitness. Dieters have trouble restraining their intake when food is plentiful, and their problems don't end there: dieters also exhibit a series of adverse responses to attempted weight loss, including excess attention to preoccupation with food, weight, and body shape (...) increased emotional responsiveness; cognitive distractibility; heightened arousal/arousability; increased neuroticism and lower self-esteem (...), not to mention a failure to lose weight over time**

[A pesquisa de Pinel oferece esperança para aqueles de nós que sofrem dos males associados à ecologia da abundância. Poderíamos ter uma vida mais longa e saudável se comêssemos menos. **A ironia aqui é que a ecologia da abundância que leva à vida reduzida pela obesidade é a mesma ecologia que ativa os mecanismos de autoindulgência a serviço da aptidão reprodutiva geral. Pessoas que fazem dieta têm problemas para conter a ingestão de alimentos quando a comida é abundante e seus problemas não param por aí: quem faz dieta também exibe uma série de respostas adversas à tentativa de perda de peso, incluindo atenção excessiva à preocupação com a comida, o peso e a forma corporal (...), aumento da emotividade, distração cognitiva; aumento da excitação / estimulação; aumento de neuroses e baixa autoestima (...), sem mencionar a falha em perder peso ao longo do tempo](grifos nossos)**

À ecologia da abundância - que é parte de todo um sistema educacional que perpetua o corpo ideal e mantém os valores (mercadológicos) da própria alimentação rica em açúcares, gorduras e carboidratos - apontada por Polivy e Herman, alinha-se o seu contrário: mecanismos como as cirurgias de redução de peso (gastroplastias) podem vir a ser soluções para a transição de vida do obeso (e, quiçá, a possibilidade de não só eliminar os excessos do corpo, a gordura, mas também vivenciar a perda dos estigmas que vêm com o peso) para uma experiência diferenciada, a da leveza, do emagrecimento, da perda do que era insustentável.

Pressupusemos no começo da pesquisa que mais mulheres tenderiam a buscar alternativas cirúrgicas, de forma a buscar alternativas para o melhoramento de suas relações com o próprio corpo (por extensão, suas identidades) do que homens.

Sabendo que a obesidade está tão presente na população masculina quanto na feminina⁴⁷, o fato de existir um maior número de mulheres que buscam a gastroplastia é indício de que há uma considerável preocupação com relação à imagem que elas têm de si, assim como um cuidado com outras questões sobre o próprio corpo, como a saúde. Isso nos possibilitou questionar quais eram as causas que levariam tanto mulheres quanto homens a buscar a alternativa cirúrgica.

Nas nossas entrevistas, perguntamos às pacientes que se identificaram com o sexo feminino (todas elas se identificaram como heterossexuais), sobre o que as motivou a realizar o procedimento cirúrgico, se teria sido planejado por questões relacionadas à saúde, à pressão social e/ou à estética.

Quatorze mulheres responderam que as questões de saúde (como pressão alta, estado pré-diabético, problemas cardiorrespiratórios, cansaço, etc.) tinham relevância na escolha pela procedimento cirúrgico; dessas quatorze, seis ainda adicionaram a questão estética como preponderante para a sua decisão pela cirurgia; no total, treze mulheres sinalizaram que a imagem que tinham de si, com relação à própria corporalidade e estética, levaram-nas à escolha pelo processo cirúrgico, sendo que sete dessas mulheres também adicionaram às suas respostas o fator pressão social como determinante (como veremos à frente, fator presente em discursos dos próprios familiares, companheiros, colegas de trabalho, etc.); quatro mulheres revelaram que todos os três fatores (pressão social, estética e saúde) foram significantes para a sua escolha.

O que podemos extrair dessas respostas - que interligam as percepções de si e da autoimagem, da pressão social (pelo discurso, pelo simbólico, pelas relações) e da própria saúde - é que muitas mulheres obesas vêm sofrendo com falas que as oprimem e as segregam, desde a sua infância até a fase adulta.

⁴⁷ Conferir Figuras 06 e 07

Quando pensamos em uma estratificação social, o quadro tende a piorar: se mulheres obesas brancas heterossexuais, de classe média ou alta, já vivem o estigma no seu cotidiano, potencializam-se os discursos preconceituosos quando há mulheres negras obesas heterossexuais, negras obesas *trans*, mulheres imigrantes obesas, etc.

Observemos o que nos diz Virgie Tovar (2018, p. 50):

Mesmo entre as mulheres gordas, existem variações no tratamento baseadas em comportamento e status social. Uma mulher gorda cisgênero provavelmente recebe um tratamento diferente do dispensado a uma mulher gorda que é *trans*. E pelo fato de, tanto mulheres gordas cis, quanto mulheres gordas *trans* serem extremamente marginalizadas, relacionamentos com mulheres gordas cis ou *trans* são muitas vezes mantidos em sigilo. Mulheres gordas *trans* experimentam a violência que existe no nexos de sexismo, gordofobia e transfobia. A raça é outro fator atenuante. Quanto mais leve, mais culturalmente valorizada você é. Então, a pele branca ou clara pode suavizar o viés negativo do sobrepeso, enquanto as mulheres de pele escura podem sentir maior hostilidade devido à combinação de racismo e gordofobia.

Parece-nos que o corpo obeso determina lugares, e o dele não é em muitos ambientes de nossa sociedade. Por vezes, a mulher com sobrepeso ou algum grau de obesidade sente-se como uma pessoa tóxica, com uma corporalidade tóxica, símbolo do fracasso, da inaptidão, da preguiça, da insuficiência.

Rebeca M. Puhl e Chelsea A. Heuer (2010, on-line) apontam que a obesidade, em especial, a obesidade feminina, é simbólica e está enraizada no imaginário social como elemento significativo de responsabilidade e culpa, sendo que obesas são ora percebidas como perpetradoras de um mal-estar (sentido pelo outro, como aversão à imagem do obeso; sentido pela pessoa obesa, que é rechaçada por uma visão estigmatizada sobre seu corpo, seu exterior) e uma doença, ora vítimas de um sistema articulado e bem organizado, que está sempre preparado para, numa dupla mão, fomentar a obesidade e tratá-la com presteza:

Society regularly regards obese persons not as innocent victims, but as architects of their own ill health, personally responsible for their weight problems because of laziness and overeating. These common assumptions provide the foundation for weight stigma, a prejudice that is often dismissed as acceptable and necessary. Not only is weight stigma viewed as a beneficial incentive for weight loss, but it is also assumed that the condition of obesity is under personal control, implying that the social influence of weight stigma will be sufficient to produce change.

Although these assumptions about obesity and weight stigma are prevalent in our national mindset, considerable scientific evidence has emerged to challenge them. (PUHL, et al. 2010 online)

[A sociedade regularmente considera as pessoas obesas não como vítimas inocentes, mas como arquitetos de sua própria saúde, pessoalmente responsáveis por seus problemas de peso por causa da preguiça e da alimentação excessiva. Essas suposições comuns fornecem a base para o estigma de peso, um preconceito que muitas vezes é rejeitado como aceitável e necessário. O estigma de peso não é apenas visto como um incentivo benéfico para a perda de peso, mas também se presume que a condição de obesidade está sob controle pessoal, implicando que a influência social do estigma de peso será suficiente para produzir mudança.

Embora essas suposições sobre obesidade e estigma de peso sejam prevalentes em nossa mentalidade nacional, surgiram evidências científicas consideráveis para contestá-las.]

A gordofobia⁴⁸ não é uma atitude recente: Christian S. Crandall (1994) publicou um artigo no qual quantifica as perspectivas que pessoas obesas e não

⁴⁸ Explicar o tema da gordofobia, para alguns, ajuda a combater essa atitude preconceituosa. Vale lembrar que a gordofobia não é crime, mas há casos em que o tamanho corporal não poderá ser determinante, como numa contratação trabalhista em empresas. É o que afirmou o advogado trabalhista Guilherme Mônaco: "É vedado pela lei que as pessoas sejam discriminadas na contratação e é função do empregador fornecer todos os materiais necessários para que o funcionário exerça sua função, inclusive uniformes do tamanho adequado para que a pessoa não passe por desconforto ou situação vexatória", (...) 'Embora a gordofobia não esteja tipificada na lei, ela cai nos danos morais, que é quando a ação causa algum abalo psicológico', explica, ressaltando, no entanto, que existem poucas medidas efetivas contra esse tipo de preconceito, sendo assim mais difícil de prová-lo." (RODRIGUES, 2018). Já para Dr. Adriano Segal, psiquiatra do Centro Especializado em Obesidade e Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, "Gordofobia é um neologismo para o comportamento de pessoas que julgam alguém inferior, desprezível ou repugnante por ser gordo. Funciona como qualquer outro preconceito baseado em uma característica única (...) Apesar de o nome ser novo, é algo que sempre existiu, a gula é até um pecado capital. Há estudos com universitários em que afirmam preferir se casar com traficantes ou bandidos do que com obesos". (RODRIGUES, 2018).

Disponível em: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/imprensa/noticias/precisamos-falar-de-gordofobia/>

Cf.:

obesas trazem consigo, em relação às representações que têm da própria obesidade.

Simbolicamente, o determinante para a interpretação trazida no artigo de Crandall é a determinação de que a associação das atitudes antiobesas (*Antifat attitudes*) estão próximas às falas e atitudes que se assemelham ao preconceito racial: no caso, a primeira impressão é sempre a da imagem corporal percebida e valorada (veem-se os obesos e, então, o corpo denota uma leitura e um distanciamento do que se espera; por conseguinte, julgam-se pessoas obesas pela sua imagem corporal). No entanto, tem-se que considerar que o preconceito contra o obeso não é direcionado à sua história racial, mas ao seu corpo, ao seu porte físico, à sua aparência corporal.

Para Crandall (*op.cit.*, p 883), as atitudes antiobesas se caracterizam por ser um preconceito - violentamente simbólico - estruturado sobre pessoas obesas e que refletem valores e crenças de uma sociedade que cultua tanto a imagem (quando é economicamente viável e quando é socialmente aceitável), quanto a intolerância que perpetua o medo da gordura e a ojeriza ao peso.

Para muitas mulheres obesas, o próprio corpo é o objeto de sua frustração e repúdio. O preconceito direcionado a pessoas obesas tem também seu lado ideológico:

If antifat attitudes serve a value-expressive function, reinforcing a worldview consistent with this ideology [desprezar o outro pela sua diferença, de modo a buscar uma homogeneidade social e cultural], then they should be correlated with a variety of attitudes that serve this same function. (...) Antifat attitudes may also reflect a general orientation of intolerance and dislike of social deviance from an ideal norm of any sort.

[Se as atitudes antiobesas têm uma função expressiva de valor, reforçando uma visão de mundo consistente com essa ideologia (desprezar o outro pela sua diferença, de modo a buscar uma homogeneidade social e cultural), então elas devem ser correlacionadas com uma variedade de atitudes que servem a mesma função. (...) **As atitudes antiobesas também podem refletir uma orientação geral de intolerância e aversão ao**

<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n1/e190227/pt/>

<https://emails.estadao.com.br/noticias/comportamento,o-que-e-gordofobia-saiba-quais-sao-os-efeitos-para-quem-sofre-discriminacao,70003391269>

<https://www.scielo.br/j/ref/a/dQxPxDsRjFNSFmJwpHQv4XG/?lang=pt>

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2238-152X2021000100004&script=sci_abstract&tlng=es

desvio social de uma norma ideal de qualquer tipo] (Crandall, *op. cit.*, p. 886) (grifos meus)

O que podemos extrair dessas atitudes antiobesas e das formas discursivas que denotam julgamentos sobre o corpo obeso? Elas determinam um lugar de fala: o daquele em que o obeso é representado como indigno de credulidade, taxado de sem força de vontade, como aquele que é repulsivo, símbolo da preguiça e da falta de controle (SANT'ANNA, 2016; FISCHLER, 1991; ULIAN *et al.*, 2020).

O estereótipo e o estigma têm seu caminho: primeiro o olhar sobre o corpo do sujeito, depois o julgamento - preconcebido, fundamentando-se numa subjetividade de quem julga - de quaisquer ações que esse sujeito e seu corpo realizarem. Inegável é a constante presença da desconfiança sobre o profissionalismo, as habilidades e a capacidade de pessoas obesas em suas relações de trabalho e também em suas relações afetivas.

Sob o peso do estigma, o gordo e a gorda são fadados, sob o olhar do outro, a já falharem antes mesmo de executarem quaisquer tarefas.

Ambwani (*et al.*, 2008, p. 81) discorre sobre o medo da gordura e da obesidade entre mulheres e homens, e sua escala Goldfarb⁴⁹ quantifica esse medo e traz os valores socioculturais que também representam a relação com o corpo e com a identidade de mulheres e homens:

In addition to exploring the cross-cultural applicability of fear of fatness to AN (anorexia nervosa, researchers have examined the construct with regard to gender. Researchers exploring body ideals in Western cultural contexts have consistently found gender differences in body shape concerns and ideals; whereas women tend to strive for thinness, men usually strive for bulk. In an exploratory study using male focus groups, Grogan and Richards (...) observed that being muscular and lean was associated with being healthy, whereas being overweight was linked with lacking control and willpower. These findings are consistent with those of Kearney-Cooke and Steichen-Asch (...), who observed that males usually associate strong, well-

⁴⁹ Escala criada por Lori Goldfarb para determinar, usando a psicometria, o medo de tornar-se obeso, presente principalmente em mulheres com Anorexia Nervosa (AN). Cf.: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4903_21

developed, broad shouldered and muscular bodies as the ideal for their sex.

Given the gender differences in idealized body shape, one might expect corresponding differences in fear of fatness between men and women. In the limited body of research addressing gender differences, results generally suggest that females endorse higher levels of fear of fatness than males

[Além de explorar a aplicabilidade transcultural do medo de engordar para AN (anorexia nervosa), os pesquisadores examinaram o construto com relação ao gênero. Os pesquisadores que exploram os ideais do corpo em contextos culturais ocidentais têm encontrado consistentemente diferenças de gênero nas preocupações e ideais da forma do corpo; enquanto as mulheres tendem a se esforçar para ter magreza, os homens geralmente se esforçam para ter volume (...). **Em um estudo exploratório usando grupos focais masculinos, Grogan e Richards (...) observaram que ser musculoso e magro estava associado a ser saudável, enquanto o excesso de peso estava associado à falta de controle e força de vontade. Esses achados são consistentes com os de Kearney-Cooke e Steichen-Asch (...), que observaram que os homens geralmente associam corpos musculosos e fortes, bem desenvolvidos, de ombros largos como ideais para seu sexo.**

Dadas as diferenças de gênero na forma corporal idealizada, pode-se esperar diferenças correspondentes no medo da gordura entre homens e mulheres. No corpo limitado de pesquisas que abordam diferenças de gênero, os resultados geralmente sugerem que as mulheres endossam níveis mais elevados de medo de engordar do que os homens] (grifos nossos)

Será que o medo do peso para mulheres e homens tem a mesma densidade e valor? Em nossa pesquisa, pensávamos que os homens obesos tenderiam a buscar a cirurgia como alternativa para a melhoria de sua saúde, de forma que as questões estéticas estariam em segundo plano, mas não totalmente descartadas.

Percebemos, todavia, que a esfera do trabalho é preponderante na escolha do processo cirúrgico entre os homens. Para Nolasco (1990, p. 50), o trabalho e todo o seu contexto têm relações 'cartográficas' para a vida do homem e quando ele se vê ameaçado em seu sustento, o que é questionado é seu modo de agir, de pensar.

Em outros estudos (CAHNMAN, 2016; BAJOS, 2010; MARIANO, 2014), percebemos que as experiências cotidianas do homem obeso (relações familiares, profissionais e afetivas) dificultam o emagrecimento e estão atreladas à intensidade do trabalho (horas acumuladas e exaustão), à má alimentação e a problemas, por vezes, relacionados à sexualidade e à saúde mental.

Na elaboração do projeto, havíamos suscitado a possibilidade de que pessoas de gêneros diferentes tinham relações também diferentes com seu corpo, sua identidade, em sua vida profissional, afetiva e pessoal.

De fato, os pacientes da cirurgia bariátrica trouxeram histórias de vida que nos confrontaram: de um lado, as narrativas tratam, por vezes, da infância, com as quais emergem os estigmas dos discursos preconceituosos, mas velados (sempre se é aquele ou aquela que é bonitinho ou bonitinha, mas...); de outro lado, a identificação com o corpo e gênero também veio a se constituir como um dilema: mulheres obesas sentem-se mais prejudicadas em suas vidas, trazem relatos de maiores danos à própria saúde mental do que os homens.

Quando nos propusemos a estudar o corpo de pessoas obesas e suas relações com gênero, pensávamos nas dificuldades que mulheres e homens tinham para sobreviver com seu peso e sua saúde. O corpo obeso, como apontamos no primeiro capítulo, teve já a sua identificação com o que era considerado como saudável, sinônimo de fartura e riqueza, até meados do século XIX (VIGARELLO, 2012).

Porém, com o avanço do discurso médico, o corpo gordo passa a ser representativo da impotência e do descontrole individual dos apetites, da fraqueza nas escolhas, da imagem de uma doença: representações essas confirmadas pelo aparecimento de inúmeras dietas e regimes, remédios para a aversão à gordura e ao medo de engordar.

Se a nossa relação com nosso corpo e nossas identidades se dá com o outro, com a comunidade que nos cerca, com as afeições sociais que desenvolvemos com aqueles que nos são próximos (LE BRETON, 2007), podemos afirmar que há influências da própria cultura e dos acontecimentos sociais. O corpo é um objeto de construção sociocultural, e o gênero é uma identificação do indivíduo com sua formação e orientação sexual.

Mais do que esperávamos, a discussão sobre gênero trouxe uma crítica a todo um sistema de padrões e ideais que moldam a conjuntura do discurso de nosso tecido social. Por isso, como Scott (1990. p. 92), podemos afirmar que

O gênero é uma das referências recorrentes pelas quais o poder político tem sido concebido, legitimado e criticado. Ele não apenas faz referência ao significado da oposição homem/mulher; ele também o estabelece. Para proteger o poder político, a referência deve parecer certa e fixa, fora de toda construção humana, parte da ordem natural ou divina. **Desta maneira, a oposição binária e o processo social das relações de gênero tornam-se parte do próprio significado de poder; pôr em questão ou alterar qualquer de seus aspectos ameaça o sistema inteiro.** (grifos nossos)

Engana-se, pois, aquele que pensa que o século XXI amortizou o preconceito aos que não se alinham aos parâmetros sociais estabelecidos. Homens e mulheres obesas sentem-se cada vez mais vigiados, de um lado pela exasperada cobrança de serem magros; de outro, por simbólicas denúncias por, simplesmente, serem obesos: o peso corporal simboliza um extravio dos comportamentos e condutas exigidas, por um ponto de vista; por outro, representa um ônus econômico, *in extremis*, um risco para a saúde coletiva: “domina inteiramente agora a constatação de uma inédita invasão adiposa, de sua extensão demográfica e de sua rejeição generalizada” (VIGARELLO, 2012, p. 325).

Em nosso tempo, se o corpo não rende, significa desperdício de energia, por conseguinte, desperdício de trabalho, de lucro e de renda. O obeso e a obesa simbolizam ainda mais aos olhos de uma sociedade demarcada pelos estereótipos: agora, são representantes do total descontrole, do desleixo, da incapacidade de se autocontrolarem.

A obesidade vira a assinatura do corpo e da alma: uma vez gordo na sua infância e adolescência, sempre será visto como o gordo em suas relações afins. Multifatorial, a obesidade delinea a identidade das pessoas.

O corpo é, também, um agente da cultura em diálogo com a tradição ocidental, corpo que é, também, reflexo do *habitus* e do discurso. De acordo com

Bordo (2010, p. 20), o mundo social constrói o corpo como realidade sexuada (entre o masculino e o feminino, entre o eu e o outro) e como depositário de princípios e de divisão sexualizantes. Essa percepção incorporada aplica-se ao próprio corpo, determinando os papéis sociais nas relações que se estabelecem, porém essa construção torna-se, antes de tudo, simbólica e impositiva dentro de um imaginário estereotipado.

2.2 Estética da estigmatização

*“Quase tudo no corpo humano,
de seu funcionamento a seus componentes,
parece ter se tornado transformável, mutável ou criável
por meio das proezas das novas técnicas”
(Joana Vilhena Novaes)*

Na abertura do último capítulo de *História da feiura*, intitulado *O feio hoje*, de Umberto Eco, encontramos uma pintura de Fernando Botero, *Mujer*, de 1979. As formas curvilíneas moldam a tela: uma mulher gorda, estrábica, com pelos excessivos nas axilas, a pose sensualizando e o braço esquerdo elevado. O quadro seduz e afasta, e encontramos-nos ante perspectivas contraditórias. Botero recupera e brinca, pelo lúdico que é próprio da arte, com a imagem corporal de pessoas obesas⁵⁰.

Entre os ideais estéticos contemporâneos e as formas da obesidade com as quais nos deparamos no encontro de nossas experiências sociais, o conflito cotidiano, que advém com o peso corporal e com a imagem da gordura, não se apresenta como o belo que nos chega por meio da arte. A imagem da pessoa obesa representa, dúbia e conflituosamente, o absurdo da insaciabilidade e o real

⁵⁰ Confira a imagem em: <https://artemusic461773653.wordpress.com>

inevitável, o descompasso e a ânsia, o exagero e a fraqueza, a saúde comprometida e a riqueza da abundância.

Se na obra icônica de Rabelais⁵¹, *Gargantua e Pantagrue* (pai e filho, enormes, glutões em sua essência) simbolizam a força e a riqueza pela corpulência (mesmo disformes, desproporcionais, são apresentados como grandiosos, nobres), as formas corporais que retratam a obesidade hoje acendem alertas: no privado, pelo convívio diário com o peso excessivo do corpo, por força dos dilemas psicológicos e da própria saúde corporal em jogo; no público, pelo estigma de ser o diferente, o doente, o que não tem a capacidade de se controlar, o sem limites, o incompatível à função.

Os determinantes sórdidos proliferam na história: o obeso é o feio, o espaçoso, o enorme; a obesa, o canhão, o bucho, a desproporcional (SANT'ANNA, 2014, p. 99).

Anormal, doente, disforme, o corpo de mulheres e homens obesos é estigmatizado. As percepções são várias: suas formas destoam de uma certa natureza (mediocre *physis* idealizada e já articulada no imaginário), perturbam o equilíbrio, refletem o anormal patológico e, como resultado, são a própria marca da doença (GANGUILLHEM, 2020, p. 13). O gordo é, numa pintura de sua própria condição, aquele que é/come demais:

O obeso (...) é confrontado com a impossibilidade de 'habitar' a própria imagem. É levado à autodepreciação, quando não à perda de si próprio. É 'deslocado'. Ao passo que emagrecer seria, ao contrário, adaptar-se, suportar a provação social, 'realizar-se. (...) Ser gordo equivale a ser 'desconsiderado'. (VIGARELLO, 2012, p. 335)

Em conflito, pessoas com o sobrepeso ou obesas encontram-se deslocadas, e os nomes proliferam.

⁵¹ Confira Imagem 02, Anexos: *Gargantua comendo*, ilustração de Gustavo Doré (1873): <https://www.wikiart.org/pt/gustave-dore/gargantua-1873>

A obesa: bolinha, bolota, gordinha, gorda, gordona, tão-bonita-de-rostomas, redondinha, cheinha, fofinha, etc.

O obeso: baleia, balão, bola, balofo, bolão de exposição, bem-embolado, gorducho, gordinho, balão de gases, rechonchudo, redondo, gordão, saco de banha, porcão, tetudo, teta, tetinha, etc. Muitas são as alcunhas maledicentes que mulheres e homens obesos enfrentam em suas vidas.

De ofensas escatológicas às referências curvilíneas, a experiência de viver como diferente dos padrões estéticos determina a vida de pessoas obesas: por vezes, o afastamento e a solidão são o que lhes restam. Obesos internalizam, por anos, o discurso que reafirma o local, quando não cabem no lugar: o obeso é o 'espaçoso', 'grande', 'enorme', 'desajeitado', 'exagerado'.

Fischler (1991, p. 301) diz que "La etimología de la palabra 'obesos' no es menos peyorativa que la de 'grasa': el participio pasado (obesus), de obedere, significa. 'consumir, devorar', pero tiene también el sentido de 'socavar, desgastan'"⁵².

Coletar informações sobre as experiências de vida de mulheres e homens obesos possibilitou-nos compreender a complexidade das relações de gênero, assim como oportunizou o debate do que é explorado pelo discurso médico e pelas práticas do mercado. Daí, questões centrais, como: por que as pessoas obesas são associadas à monstruosidade, à anormalidade? Por que mulheres têm mais medo de engordar do que homens? Será que a culpa de ser obeso(a) é do indivíduo, como se fosse obrigatório manter um padrão estético para que possa ser aceito(a)?

Uma vez que um obeso venha a sofrer com os dilemas estéticos que advêm com a sua percepção sobre si, instauram-se a frustração, as limitações, o medo do perecimento por um problema de saúde e a ansiedade (CAHNMAN, 2016).

Além de sofrer com todos os estigmas que uma sociedade falocêntrica, machista e excludente já consolidada no sistema, mulheres obesas percebem-

⁵² "A etimologia da palavra 'obeso' não é menos pejorativa do que 'gordura': o participio passado (obesus), de obedere, significa. 'Consumir, devorar', mas também tem o sentido de 'enfraquecer, desgastar'."

se como anormais: novos nomes (não mais pessoa gorda, mas pessoa com obesidade) para amenizar os problemas decorrentes de ações preconceituosas não ajudam, porque o estigma da obesidade, o estigma do peso prejudica as mulheres obesas em sua saúde física, mental, que as afastam das relações afetivas, do trabalho e sociais.

O anormal destoa, o anormal repele, o anormal segrega a si. Para Foucault (2015) o poder não é linear, não é unidirecional ou mesmo posse de um único grupo, mas o poder como interativa conexão das discursividades múltiplas que se entrecrocaram, dialogam, entram em consenso, discordam, medem forças e representam as relações sociais em contextos específicos, por meio de práticas que se correlacionam nesses mesmos contextos.

O poder e a dominação simbólica sobre o corpo obeso de mulheres também se efetivam no privado, sob variadas formas. Nós ouvimos e sabemos: “meu marido não quer que eu emagreça”, “ele me chamou de gorda, monstro, tudo quanto é nome”, “ele me faz sentir feia”: Zsalyann Whitworth pesava 314. Texana vivia com seu marido e filha. O marido não queria que ela vivesse: escondido no discurso de poder, ele não queria que ela fizesse a cirurgia de redução de estômago, ou mesmo que emagrecesse qualquer quilo, pois ele tinha atração sexual por mulheres grandes, se possível, como Zsalyann, enormes. Com um IMC de 108,7, Zsalyann só tinha uma chance: a cirurgia. Ela, contra o marido, fez a cirurgia, e no mesmo dia em que saiu do hospital, a natureza das relações de poder se fez às claras: ‘Não vou comprar uma salada para você. Se você quiser comer grama, pode ir para o jardim e pastar’, disse-lhe o marido quando parou para comprar comida. Em seguida, a cena assim se mostra: ele, fartando-se de batata frita e hambúrguer, ao lado de Zsalyann, calada⁵³.

Os problemas se dobram quando estudamos quem é essa mulher obesa na nossa sociedade: a representação corporal e estética da mulher está atrelada a estereótipos de beleza, propagados pela indústria cultural (que articula-se por meio de propagandas, programas televisivos, fotografias, redes virtuais, revistas, jornais, etc.): o do corpo magro (não adoecido) ou musculoso (afeito aos padrões das academias de ginástica) e o da sensualidade (num fetiche de

⁵³ Em ‘Quilos Mortais’, o episódio 01 da 2ª temporada traz a história de Zsalyann

consumo, generalizam-se as práticas sociais, dominam-se as formas de amar e de buscar prazer).

Ao se perceberem como obesas e ao verem que não se enquadram nos moldes e padrões estereotipados da sociedade, muitas mulheres com sobrepeso ou obesidade encontram-se num dilema: ou a aceitação de si, com o reconhecimento de que ser diferente não é crime, não traz culpa, não é um problema; ou a negação de si e a autodepreciação, que proporciona o aumento de distúrbios e problemas psicológicos (CAHNMAN, 2016).

O século XXI é o tempo do culto à imagem: o corpo que era punido, vigiado, mantido preso no privado do lar e contido e determinado pelas ordens do discurso, agora, sutilmente 'livre', é objeto de adoração pela indústria de bens de consumo. Milhares de propagandas representam mulheres e homens projetados para inspirar, com músculos, peles e curvas socialmente entendidas como perfeitas, ensejando o desejo do outro: se de um lado, a beleza estética vigente agrada e nos aproxima (há inculcado em nós o discurso da saúde e também psicológico de querer estar bem consigo), por outro, há de se dizer que vidas humanas só obterão o sucesso, alegria, bem-estar, prazer, felicidade, entre tantas conquistas, somente quando predeterminadas pela sua corporalidade perfeita, i.e., pelo porte físico escultural e pela beleza estética que se projeta como ideal (padrões sempre sendo padrões!).

Com uma perspicácia e inteligência, o sistema generaliza os valores e gostos da produção cultural (num 'teatro' dos experts da propaganda, retórica da modernidade capitalista), além de instituir projetos de replicação contínua do 'mesmo' em todas as esferas da política e das relações sociais: homogeneízam-se, com isso, os gostos, as identidades, os valores. É o surgimento do que Theodor Adorno e Max Horkheimer denominaram de homem/ser genérico⁵⁴, já engendrado e absorvido no e pelo sistema de reprodução cultural e ideológica. Sem capacidades de entender-se como indivíduo livre, ele entende que "quem resiste, só pode sobreviver integrando-se" (ADORNO; HORKHEIMER, 2006, p. 108).

⁵⁴ Cf. ADORNO, HORKHEIMER. A Indústria Cultural: O Esclarecimento como mistificação das massas, 2006, 99-138.

São forças múltiplas que agem para a representação da obesidade como um quadro, cuja pintura retrate certo esfacelamento dos costumes, ideal e socialmente articulados. Nesse espetáculo, o fetiche (o querer, o desejar, o devorar) de consumir é articulado com as necessidades: as transformações do século XXI moldaram novos homens e mulheres genéricos, que, cada vez mais, reconhecem-se por meio de suas identidades (provenientes de acesso econômico e de poder aquisitivo); pessoas que se identificam nas relações sociais e afetivas, nos bens de consumo, no vestuário, na aparência, enfim, que seguem rotinas e refletem, por princípio, em seus discursos e encontros cotidianos, as posições ideológicas da produção de bens culturais de consumo: não somente nos identificamos pela materialidade do que temos, mas pelas projeções de nossa identidade que fazemos perfilar no espaço de nossas interações sociais.

No discurso velado da propaganda, vende-se o corpo perfeito, a roupa perfeita, a alimentação conveniente. Os signos culturais e suas significações adquirem novas conotações nas relações socioculturais. E se é beleza o tópico do problema, e se a direção ao público-alvo se trace com vistas à identificação do que é belo e de qual é o valor da beleza, então, há preços para todos(as), produtos para todos(as). A capa de *Marie Claire*, revista popular contemporânea, em novembro de 2017, reitera em sua primeira página que a 'liberdade' é a liberdade de consumir para também poder ser: "Depilação total ou selvagem? Cabelos brancos ou tingidos? Seios com silicone ou sem? *A ESCOLHA É SUA*"⁵⁵.

Este é o momento em que a individualidade, o íntimo, o particular se tornam, então, a meta e o direcionamento obrigatórios de todo o circuito do sistema produção cultural de bens de consumo (VIGARELLO, 2006, p. 183): a

⁵⁵ Cf.:

https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Faloalobahia.com%2Fentrevistas%2Fapa-marie-claire-de-novembro-pablo-vittar-fala-sobre-sua-trajetoria-surpreendente&psig=AOvVaw3ij3nZpqab-JxU1u1ZCMO4&ust=1628067286451000&source=images&cd=vfe&ved=0CAsQjRxqFwoTCPC79OSII_ICFQAAAAAdAAAAABAD

beleza (como resultado da aquisição de bens de consumo) é subjetiva e está ao alcance de todos, a um preço, porém.

Às pessoas obesas, em especial, mulheres obesas, a indústria direciona seus olhos. Ju Romano, influenciadora digital *plus size*, representa esse amplo campo mercadológico em expansão: na edição de março de 2015, *Elle Brasil*, revista digital de moda, surpreendeu ao trazer a blogueira apenas coberta por um lençol, ao lado da chamada “LOVE-SE: ASSUMA SEU ROSTO, SEU CORPO E SUA IDADE COM ORGULHO”.⁵⁶ Daí, os corpos de pessoas obesas alimentarem a visão estigmatizada, por conseguinte, emblemam representações de construções simbólicas sociais sujeitas à violência e à discriminação, visto que não se encaixam nos padrões.

O preconceito contra a pessoa com obesidade, diferentemente do preconceito de raça ou de gênero, não é entendido como um agravante ou mesmo um crime (ainda que a imagem corporal seja o alvo; o escárnio e o terror psicológico, o método). Pessoas obesas seguem o ritmo de suas vidas, com todas as dificuldades que as cercam nos ambientes públicos, mas o estigma não deixa de ferir: pessoas obesas sofrem em aviões, ônibus, salas de cinemas e salas de aula, ambientes onde seu corpo não cabe ou não condiz (MARIECLAIRE, 2021).

Se para Bourdieu (1996), o ideal de um corpo perfeito deve ser assimilado e aceito no espaço social, a pessoa obesa experimenta uma vida no interregno, em algum lugar entre o preconceito, a compaixão e a ojeriza: as portas não estão fechadas a ela, só que os assentos para aguardar não lhe cabem ou não estão vagos.

O corpo feminino obeso ganha espaço na sociedade: de certa forma, a um preço, o da inclusão, se assim se adequar ao sistema de mercado e se consumir o que produzem para o corpo em si e para a alma, pois“ a publicidade não se

⁵⁶ Conferir:

https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.aquelamari.com%2F2015%2F08%2F02%2F5-capas-de-revista-que-vao-fazer-voce-se-sentir-representada%2F&psig=AOvVaw03H-Xn-j8ee-limJtAQILQ&ust=1628154924713000&source=images&cd=vfe&ved=0CAsQjRxqFwoTCKi51vKDI_ICFQAAAAAdAAAAABAI

cansa de dar fórmulas no sentido de como a mulher deve ser e como deve se comportar” (STENZEL, 2003, p. 74).

Há uma busca de um ideal de feminidade que tende a ser homogeneizante: um *continuum* que exige que as mulheres sigam as mudanças do mercado e as tendências estéticas (o que está na moda), muitas das vezes, extravagantes e extremas (BORDO, 2003). Certamente, um grande campo mercadológico explorado pela indústria da propaganda é o da beleza. Em jornais e revistas, encontram-se diariamente matérias que promovem padronizações sobre o corpo, numa idealização do que se deve ser, de como se vestir e qual corpo seria o exemplo de ‘corpo belo’ (BORDO, 2003).

O corpo da mulher obesa, por muito tempo, simbolizou riqueza e beleza; porém, no discurso velado da sociedade e sob o *habitus* de uma cultura que se quer sempre homogênea, sob a couraça de um discurso de poder que determina e separa o anormal do normal (como é o próprio discurso da razão médica), tende a ser tudo o que se pode ser repellido, rejeitado, negado, ‘sem valor’ (do entendimento de uma mulher consigo ou de uma mulher a outra mulher), sem sensualidade e, portanto, um corpo descartável, reflexo do desleixo, da preguiça, da inaptidão e força de vontade.

E o corpo do homem? O que pensam os homens sobre sua condição corporal? Que percepções pessoas do sexo masculino (cisgênero, homoafetivo, etc.) têm com seus próprios corpos quando estão com sobrepeso ou em algum grau de obesidade?

O corpo do homem obeso traz consigo duas leituras: corpo sem saúde, mas corpo que, se se apresentar ao mundo sob uma ótica de pleno poder aquisitivo financeiro, é aceito socialmente, já que a obesidade esteve atrelada ao poder aquisitivo financeiro em períodos históricos como na Idade Média e no Renascimento⁵⁷; ou corpo sem estética, destoando do que se reproduz em redes sociais, na arte cinematográfica e mídias diversas.

⁵⁷ Os três volumes de História do Corpo, organizados por Georges Vigarello, Alain Courbain e Jean-Jacques Courtine, apresentam um trabalho singular sobre as leituras históricas que abordaram o corpo nas esferas sociais.

O corpo masculino obeso é também percebido como corpo sem saúde, mas corpo que, se se apresentar ao mundo com a representação de pleno poder aquisitivo financeiro, é mais aceito socialmente (MACEDO, 2015).

Com relação a homens obesos, alguns estudos indicam que pessoas que se identificam com o sexo masculino tendem a somente ter atenção ao próprio peso e à imagem corporal, após um ganho considerável de peso, por exemplo de 15 a 20 quilos, enquanto as mulheres, com o aumento de em média 3 quilos, já começam a se preocupar com o ganho de peso, sua imagem corporal, assim como com a vestimenta que lhe caberá e tudo o que se correlaciona à sua autoimagem (AMBWANI, 2007; SILVA, 2012).

Isso nos diz que homens cisgêneros tenderiam a aceitar mais o próprio corpo: ora pelo simbolismo de uma discursividade heteronormativa que nos remete aos ideais de força e resistência, explicitamente propagadas como virtudes (que tendem a ser inquestionáveis) masculinas, ora pela negligência da própria saúde, ou até pela condição de se aceitar mais pelas próprias relações sociais e afetivas que mantêm, quando não há julgamento sobre seu peso e seu corpo.

Porém a realidade das experiências sociais de muitos homens obesos nos diz que: a) é preciso que haja mais intervenção e conscientização da saúde pública para a promoção da saúde do homem, afinal, homens morrem mais cedo que mulheres, vítimas de inúmeras doenças; b) homens obesos também apresentam em seu quadro clínico significativos problemas de saúde (comorbidades) e problemas psíquicos relacionados ao peso.

Os dados da morbimortalidade de homens no Brasil mostram que, em 2015, retirando-se os casos de gravidez, parto e puerpério, os homens são responsáveis por 51% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS).

O IBGE, em 2016, afirmou que homens vivem em média 7,1 anos a menos que mulheres e são responsáveis por mais internações no país nos casos de traumatismo craniano (82%), doenças do aparelho digestivo (6%), doenças do

aparelho circulatório (69%), doenças infecciosas e parasitárias (65%) e doenças do aparelho respiratório (54%)⁵⁸.

O fumo, a má alimentação, a violência, a saúde mental abalada, o sedentarismo, o medo da descoberta de doenças físicas, o excesso de consumo de álcool e narcóticos são alguns dos fatores que levam à mortalidade de mais homens, assim como à sua internação.

Com relação a homens obesos, percebemos, tanto através de dados quanto por meio de nossas entrevistas (que serão apresentadas no capítulo IV), que a resistência é comprovada pelo discurso, quando o problema a ser considerado é o da obesidade: muitos homens procuram seu tratamento quando a saúde corporal e a mental já se configuram como casos que devem ser levados a sério.

Se o mito da beleza, confirmado pela tratativa de Wolf (2019), subjuga mulheres e adolescentes, torturam-nas (ora pelo excesso, ora pela escassez do peso), o mito da masculinidade (NOLASCO, 1990) também modela e predetermina a vida de homens.

Daí, a dificuldade que tivemos de conseguir entrevistar mais homens em nossa tese, porque “para um homem, falar de seus medos, inseguranças”, sua obesidade, suas experiências de vida, seus dramas e mágoas, falar de si (VIGARELLO, 2014) para outro homem “é entregar de bandeja a própria cabeça para o inimigo” (NOLASCO, 1990. p. 26). Dos 19 homens que entramos em contato, obtivemos o retorno de apenas 8.

A experiência simbólica da construção da masculinidade⁵⁹ também tem seus domínios, hierarquias, categorias e estruturas que configuram seu *habitus*. Para Nolasco (op. cit., p. 30), o simbolismo de um mito da masculinidade é representativo de personalidades históricas e mesmo mitológicas: “a representação masculina é uma efígie de um deus ou de um herói que segue pelos caminhos desenhados por este deus”.

⁵⁸Cf.: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvsm/folder/dados_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf

⁵⁹ Competitividade, virilidade, força, autoconfiança, sagacidade, dominância, virtudes essas que habitam o imaginário masculino. Porém só se configuram como virtudes no universo do discurso masculino.

O papel que uma sociedade sexista determinará ao homem, por meio do discurso da masculinidade, é o de uma imagem representativa de uma pessoa machista e viril, que compromete e obriga meninos a se comprometerem com atitudes preconceituosas para que se confirmem no mundo como homens. Para um jovem obeso (seja cisgênero ou não binário) é ainda mais dilacerante: não só deve reafirmar a sua identidade nos mais variados contextos como também aceitar o fardo de que o seu corpo obeso é, incansavelmente, interpretado como ridículo, repudiável, um corpo pronto para o escárnio coletivo⁶⁰. O gordo deve, para ser aceito, o amigo que ri e, simultaneamente, o próprio motivo do riso.

No trabalho, em casa, com amigos, em quaisquer lugares, a produtividade do homem obeso é colocada em xeque: são pessoas que também são julgadas pela sua imagem corporal, pela sua presença, num julgamento velado, por vezes, mas que determina o futuro das condições da saúde mental.

É o que Badinter (1993, p. 25) afirma sobre a ideia do masculino: "vivenciamos uma crise da identidade masculina, porque, afinal, a pragmática do discurso não condiz com as transformações operadas no campo da cultura e na própria sociedade". As propagandas mistificam a imagem do corpo e as projeções sobre as nossas relações afetivas inculcam-nos símbolos que serão guia para o que devemos ser e o que não devemos ser.

Os homens também sofrem a violência simbólica que a própria vida social engendra, pois são obrigados a se mostrarem como sempre aptos e essenciais às necessidades da mulher (o discurso de dominação não é novo, quando dita que um homem tem que ter mulher para ser *homem* e aparecer como um membro masculino e hétero aos olhos da sociedade), fortes, viris, sexualmente perfeitos: o mito do homem *duro*, bruto, sério, rústico perpetua-se.

No entanto,

⁶⁰ Quando era adolescente, meu apelido era 'teta', minha obesidade me conferiu tal alcunha. Hoje, penso que tal colocação é ainda mais significativa: o discurso sexista e preconceituoso sobre o homem obeso cria imagens que o retiram de sua posição de origem, da sua imagem que tem de si; por vezes, são imagens que estão alinhadas à ideia do feminino (ter seios, por exemplo, ter nádegas avantajadas, pouco volume no órgão sexual). No drama da obesidade, o sexismo, desde a infância, também é inescapável.

Jourard postula que os homens têm, fundamentalmente, as mesmas necessidades psicológicas das mulheres (amar e ser amado, comunicar emoções e sentimentos, ser ativo e passivo). Ora, o ideal masculino proíbe aos homens satisfazer essas necessidades 'humanas'. Outros especialistas insistiram nos perigos que espreitam o homem duro: os meninos são constrangidos a assumir riscos (...), fumam, bebem e utilizam motocicletas e automóveis como símbolos de virilidade. Para alguns, esta só é confirmada na violência, pessoal ou coletiva. Além disso, a competição e o estresse que acompanham a vida profissional, a obsessão pelo desempenho, aumentam a fragilidade do macho. Os esforços exigidos dos homens para se adequar ao ideal masculino provocam angústia, dificuldades afetivas, medo do fracasso e comportamentos compensatórios potencialmente perigosos e destruidores (BADINTER, 1993, p. 145-146)

Relativamente, o homem que é obeso é também o homem desestruturado, que “vive a desordem interna, que pode variar de uma confusão superficial à desorganização mental” (BADINTER, 1993, p. 154).

Fernando Montero da Costa (SETE..., 2011, *on-line*), consultor de recursos humanos, com relação a processos seletivos e contratações em empresas, ao tratar com empresas, afirma que

(...) costuma receber essas orientações verbalmente. “Gordo tem problema de autoestima, gordo é estressado. Eu não gosto e não quero trabalhar com gordo aqui na minha empresa”, afirma.

Ele é contratado por empresas para selecionar candidatos a empregos. Assim, os que são rejeitados por estarem acima do peso não ficam sabendo o verdadeiro motivo da recusa.

“Em termos gerais, a aparência representa de 25% a 30% do critério de triagem inicial. Ela pode representar, por ser gordo, um processo de filtragem que representa a eliminação de 80% a 90% dos candidatos que se candidataram com o mesmo perfil desejado”

O estigma é inescapável; daí, a pessoa obesa tender a ser pária na sociedade. É o que Fischler (1991, p. 298) aponta como a rejeição à obesidade, à imagem do corpo obeso.

El rechazo de la obesidad puede traducirse por un repudio de los obesos. No es muy difícil encontrar casos de discriminación a su respecto: así, en 1984, un electricista de Rennes fue despedido porque, según su patrón, su peso (123 kilogramos) lo volvía «inepto para el trabajo», y el caso no es, según parece, excepcional. En Estados Unidos, algunos estudios han mostrado desde los años sesenta que los obesos eran víctima de una discriminación de hecho: tenían menos oportunidades de ser admitidos en una universidad; a igual mérito, se prefería un candidato delgado a uno gordo cuando aspiraban a un empleo; una vez contratados corrían el riesgo de ser peor calificados que los delgados

[A rejeição da obesidade pode se traduzir em rejeição do obeso. Não é muito difícil encontrar casos de discriminação em relação a ele: assim, em 1984, um eletricista de Rennes foi despedido porque, segundo o seu empregador, o seu peso (123 quilos) o tornava 'impróprio para o trabalho', 'e o caso é não, ao que parece, excepcional. Nos Estados Unidos, estudos mostram, desde a década de 1960, que pessoas obesas são vítimas de discriminação de fato: têm menos chances de serem admitidas em uma universidade; para igualar o mérito, um candidato magro era preferido a um gordo quando aspirava a um emprego; uma vez contratados, corriam o risco de ser menos qualificados do que os magros.] (tradução nossa)

Pensando com Bourdieu (1996; 2012), a maneira de estar no mundo, de participar do espaço social e cultural, interagindo nas convivências cotidianas, deve-se a um processo de pertencimento social. Sendo uma luta pelo pertencimento, mulheres e homens obesos sofrem, por vezes, com a discriminação (ora velada, ora direta) e até com a sua correlata sensação de exclusão, quando inseridos em ambientes públicos: os olhares sobre pessoas obesas, em especial, pessoas com graus elevados de obesidade (II e III), são de espanto e repulsa; há ainda casos de constrangimento quando pessoas obesas encontram-se em transportes e em ambientes públicos (CALSAVARA, 2018).

É um cenário de exclusão, em que as identidades de homens e mulheres tornam-se não somente modelos para a certa estética da reprodução mercadológica, mas também a própria mercadorias ser desejada, cultuada: o corpo deve ser cultuado; o gênero, reproduzir o ideal.

Já a discussão sobre o corpo masculino e a identidade masculina⁶¹, sob a palavra de Elizabeth Badinter (1993), norteia nossas percepções para se entender o próprio conceito de Homem, as imagens e as representações culturais que o ocidente historicamente produziu sobre o ideal da masculinidade. Assim como o corpo feminino representa todo um discurso histórico, com tendências e manipulações, o ideal sobre o corpo masculino - e tudo o que concerne ao ideal de masculinidade - é também um construto social e cultural, marcado por influências e padronizações, controle e regulações, discursos e símbolos. "O que é um homem?", qual seria "a essência do macho humano?" "(...) ser homem implica um trabalho, um esforço que não parece ser exigido das mulheres" (BADINTER, 1993, p. 3).

Grande encruzilhada, posto que a visão de mundo que os homens vão construindo em sua trajetória surge pautada em certa confiança, presente no imaginário cultural desde sua infância, em "sua superioridade como gênero" (NOLASCO, *op. cit.*, p. 74)

Idealizando-se o mito da masculinidade, pela importância da sexualidade e os traços sexuais, pela simbologia da força física e virilidade, pela discursividade que se traduz em dominação, pelo desenho representatividade da paternidade, criaram-se os modelos de 'homens' que se alongaram na história. Fato, também, é que essa narrativa da masculinidade se ancora em seu outro, o discurso sobre a mulher, o que é uma mulher. Para Nolasco (*op. cit.*, p. 148), "a transformação do comportamento dos homens se inicia (...) de uma clareza a respeito do 'lugar' que uma mulher tem para eles".

O trabalho e a sexualidade determinam quem é o homem em sua realidade social, constroem os limites para uma representatividade também aprisionada.

o trabalho e o desempenho sexual funcionam como as principais referências para a construção do modelo de comportamento dos homens. Desde cedo os meninos crescem assimilando a ideia de que, com o trabalho, serão reconhecidos como homens,

⁶¹ Robert W. Connell (1995) e Sócrates Nolasco (1990) abordam especificamente a ideia de masculinidade, junto a Courtine (1995) em sua análise sobre a transformação de corpos masculinos em corpos fisiculturistas e modelos padronizados.

porque por meio do trabalho vão adquirir liberdade e autonomia. O trabalho define a primeira marca de masculinidade, na medida em que, no plano social, viabiliza a saída da própria família. (CARMO, 2010, *on-line*)

Pintada, por anos, como um quadro de perfeição pela própria narrativa histórica que tendeu a buscar valores até mesmo ontogênicos (como ditam filósofos clássicos, princípios que tendem a ser 'originários', 'verdadeiros', 'inquestionáveis') de toda a ordem (daí, a heteronormatividade como pilar de um discurso simbólico cultural que dominou), a representação do corpo e da identidade masculina está em xeque.

Quando pensamos na construção da identidade cultural do homem percebemos a sua complexidade, pois carrega consigo uma positividade da inclusão e uma negatividade que é a própria exclusão (BADINTER, 1933, p. 33). Sempre binária e impositiva, na verdade, essa construção da masculinidade torna-se um projeto/processo árduo para muitos homens, porque, no duplo desafio, devem, simultaneamente, aprender o que não devem ser, para depois construir o que devem ser: "Por três vezes, para afirmar uma identidade masculina, deve convencer-se e convencer os outros de que não é uma mulher, não é um bebê e não é um homossexual" (BADINTER, 1993, p. 34).

O trabalho de construção do que venha a ser um homem não se constitui como uma escolha, mas uma constante modulação do *habitus* que, mesmo circulante e capaz de absorver as mudanças socioculturais para integrá-las ao seu escopo ideológico (repensando estruturas por vezes para a própria manutenção da ordem/poder), produz seus padrões e formas: o corpo pensado no modelo de um deus mitológico, a relação de proporcionalidade entre a masculinidade e o poder financeiro, a dominação e o territorialismo, enfim, como se, para ser homem, fossem necessárias as forças superiores (sejam físicas ou políticas) a seu dispor.

Foi preciso que também se moldasse e adornasse o sujeito, e o que é o 'Homem', produto de uma discursividade histórica engendrada na família, no trabalho, na cultura, para que sempre, no interior das relações discursivas e históricas, mantivesse-se como Homem, como uma ideia de um discurso já

pronto, como mais um reprodutor de uma cultura sexista, que adocece e encarcera mentalmente muitos jovens.

Numa sociedade de cultura hedonista do consumo e sob o paradoxo da obesidade e desnutrição globais, o corpo masculino também é idealizado e projetado à esteira de uma indústria: a do músculo (COURTINE, 1995). E nesse lugar, homens obesos se deparam, continuamente, também com seus estigmas e medos.

Se o 'músculo' marca um lugar simbólico no imaginário sobre o corpo masculino, sendo fetiche e hipérbole corporal, o peso da gordura afasta e repele: elemento anedótico (os insultos são inúmeros).

No espaço das relações sociais, o corpo obeso do homem é "agente subversivo" (MATTOS, 2009) em cenários como os do ramo *fitness*. É o retrato oposto de todo o projeto de uma cultura da força, do peso muscular, enfim, de uma cultura da aparência (COURTINE, *op. cit*), que está desenhada no corpo de um homem obeso: germe, impuro, fraco, fora do lugar, os homens obesos só podem e devem 'crescer', 'superar', 'vencer' (verbos que fazem parte do dialeto desse ambiente de musculação e conduta *fitness*) o peso (não o peso que é símbolo apolíneo, mas marca da feiura e da preguiça, o peso da gordura) para serem aceitos como parte de uma comunidade - para não dizer, toda a nossa sociedade.

Para Mattos (2009, *on-line*), o próprio ambiente da cultura *fitness* também tem seus mecanismos de inserção, suas categorias e direcionamentos:

Busca-se nas academias de musculação um individualismo competitivo por formas corporais perfeitas que garantem um *status* nesse *campo*. O *habitus* dos agentes se baseia no comportamento ascético e na meritocracia. Ou seja, é preciso renunciar a tudo aquilo que pode comprometer o rendimento físico e a aparência corporal, pois aqueles que o fizerem serão privilegiados com seus "belos" corpos. As práticas corporais de saúde no *campo* do *fitness* são tão mais valorizadas socialmente na medida em que legitimam uma certa visão do corpo, própria dos agentes dominantes do *campo*, e é menos apreciada conforme se afasta dessa visão.

As projeções das identidades femininas e masculinas cultuadas tendem a ser hoje produtos à venda, mercadorias e bens, promovidas pelo fetiche de consumo promovido pela indústria de mercadoria e bens para o corpo.

Do outro lado, o estereótipo se infla e a representação do que é o simbólico da identidade feminina alinha-se ao de ser uma pessoa bela, linda - para não esquecer também domesticada e dócil; já a identidade masculina encontra seu alicerce no terreno simbólico do músculo perceptível, da virilidade exacerbada - o discurso do macho, varão e dominador.

Vemos a permanência da narrativa do masculino que tende a ser onipotente, uma narrativa que é desenvolvida socialmente: a inserção do masculino se faz distante das experiências, sentimentos e percepções e engendra na socialização de meninos ainda jovens, “fantasias de onipotência e senhorilidade, que posteriormente deixarão de ser apenas traços da subjetividade masculina para se transformarem em cenas do cotidiano” (NOLASCO, op. cit., p. 75).

Num ambiente de cultura *fitness*, o masculino deve se adequar, e quem não se colocar no padrão estará fora dos moldes do que é o belo, o bom e o desejável nesse espaço: o discurso cria também os seus estigmas, pelos padrões a serem forjados que retiram do jogo das relações sociais tudo o que é aceitação, pertencimento ou inserção (GOFFMAN, 1963).

Por outro viés, o mercado reconhece as mudanças e se adequa: a obesidade também é lucrativa (da alimentação à publicidade, das práticas médicas e à produção farmacológica).

Os discursos sobre o ideal estético-corporal são reflexos de todo o sistema de bens de consumo estético (WOLF, 2018) e de centenas - para não dizer milhares - de novas técnicas 'mágicas' de alimentação (BORDO, 2003; FISCHLER, 1995).

Parece-nos que à mulher e ao homem obesos não lhes restam senão experimentar o sentimento de ser espúrio, pária nos espaços sociais⁶².

⁶² Um outro problema é ainda maior: como alimentar-se bem se o poder econômico é limitado? Há uma grande camada populacional que não possui acesso econômico e formação educacional

Quais saídas para poder mudar a vida de pessoas obesas? Como seria essa vida sem o peso da gordura como fardo social?

A obesidade, percebida como fator de estigma social, reflete e refrata a discriminação, o preconceito e a exclusão social, identificados pelas representações que os sujeitos têm dos seus corpos.

Se a mulher e o homem obesos são confrontados, social e simbolicamente, com a impossibilidade de habitarem a si mesmos, conviverem com a sua própria imagem (VIGARELLO, *op. cit.*, p. 335), então, ouvi-los é, pois, romper com as projeções que a realidade da doença da obesidade e o seu estigma nos trouxeram.

Dessa forma, dar voz - para uma significativa parcela (crescente cada vez mais) de nossa sociedade, de modo a entender as experiências de vida, o seu comportamento e padrões sociais, como alimentação, vida afetiva, estética, etc. - às pessoas que viveram como obesas pode nos dar as respostas e saídas ante os estigmas que deterioram as identidades e as relações sociais dessas mulheres e homens.

O corpo é, antes de tudo, o espaço simbólico de onde e com o qual nos apresentamos ao mundo. Se antes o corpo que era punido, vigiado (e o corpo feminino mantido preso no privado do lar de forma a ser contido⁶³), agora é objeto de adoração pela indústria do consumo de massas.

Corporalidades vendem. Milhões de propagandas denotam mulheres e homens estereotipados, com músculos e curvas à mostra, ensejando o fetiche do consumo. Em resposta ao *Fat Stigma*, a cultura *plus size*, em seu estado duplo, resiste aos discursos preconceituosos. Esse movimento de autoaceitação do corpo vem crescendo, proveniente da 4ª onda do feminismo, que trouxe o rompimento de certos paradigmas discursivos e questionou o pensamento que

que lhes deem a chance de se consultarem com especialistas e terem uma boa alimentação. O resultado: essa parte considerável da população vivencia o estigma social (GOFFMAN, 1963), as rechaças e exclusão (STENZEL, 2003). Ou a fome ou a má alimentação.

⁶³ Se no decorrer da história ocidental, o imaginário filosófico e intelectual esteve impregnado pelos discursos religiosos (no caso, discursos platônico-cristãos) que cerceavam e controlavam o corpo (punindo-o e o vigiando, controlavam-se as comunidades locais), atualmente vemos novas perspectivas discursivas sobre o corpo, como as novas políticas de direitos de igualdade de gênero, as práticas mercadológicas (da publicidade ao produto) direcionadas para a valorização do corpo.

os representavam. Com a intensa propagação por meio de redes sociais virtuais, o ativismo gordo coloca-se contra a patologização e o preconceito do corpo obeso.

Ainda que o uso imensurável da internet para a depreciação, assédio, injúrias e ofensas várias esteja presente nas novas tecnologias de informação, a inserção do corpo obeso, à esteira do pensamento *plus size* e não sob a ótica do estigma, toma ares de ativismo digital (SILVA, et al., 2021) e de mobilização coletiva advinda com a quarta onda (cuja principal força é a de questionar os estatutos comportamentais preestabelecidos socialmente). Assim, a voz dada é às pessoas obesas (que se sentem bem por serem obesas, que querem fazer parte do cotidiano das relações sociais de suas comunidades).

Por isso,

Com o mundo digital, essas ações interseccionais são difundidas, alcançando um maior número de pessoas, transmitindo conhecimento sobre as suas intervenções no combate ao racismo, homofobia, lesbofobia e LGBTfobia. Com a democratização das informações transmitidas pela internet, possibilitou-se o recebimento denúncias de casos de preconceitos de diversas formas, trazendo novas lutas para as feministas (SILVA et al, 2021, p.114)

Porém, ainda como resultado, muitas vidas humanas, que almejam o sucesso e o crescimento, são predeterminadas pela sua corporalidade, pelo físico escultural e pela beleza estética.

Para Stenzel (2003, p. 57):

Ao abordar o tema da obesidade/magreza, a mídia é extremamente ambivalente: ao mesmo tempo em que reforça o ideal de magreza parece estimular a obesidade através do apelo ao consumo oral. As propagandas costumam trazer duplas mensagens: incitam-nos a provarmos novos e deliciosos alimentos, em contrapartida mostram modelos e atrizes, homens e mulheres exibindo corpos esculturais por detrás de alimentos saborosos

Um dualismo marcante: de um lado, a Indústria Cultural (mercadológica e propagandística) cria e recria padrões estético-comportamentais por meio de um marketing agressivo e massificador; de outro, a sociedade do consumo de *fast-food* empreende suas campanhas de deterioração do corpo que resultam no aumento gradativo da obesidade, verdadeiro desafio da saúde pública nacional e internacional⁶⁴.

Esse dualismo é percebido na escolha da publicidade da indústria da propaganda alimentar no país (HENRIQUES *et al*, 2014)⁶⁵: “cinco categorias de produtos (*fast-food*; guloseimas e sorvetes; refrigerantes e sucos artificiais; salgadinhos de pacote, e biscoitos e bolo) são responsáveis por 72% das propagandas de alimentos” (OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO-UNB, 2008, on-line).

O que vemos em nossa sociedade do consumo é a insatisfação com o próprio corpo e, em jogo, está a identidade, relacionada diretamente às exigências sociais e culturais de aparência, saúde e estética, preconizadas pelos discursos, remodeladas pelas concepções sobre valores e condutas quanto aos hábitos de vida em sociedade. Para Almeida (2013, p.21):

O corpo é mais social/cultural do que individual/subjetivo. Expressa metaforicamente os princípios estruturais da vida coletiva. Em outras palavras, as percepções, a gestualidade, a etiqueta e a expressão dos sentimentos são idealizadas e construídas nas estruturas sociais e culturais

⁶⁵ Há uma constante manipulação tendenciosa da alimentação (pelos meios de divulgação em massa), mantida pelos incentivos de órgãos governamentais, com os subsídios federais à produção da indústria de alimentos ricos em carboidratos e gorduras. Por conseguinte, o que se resulta é o aumento de peso da população, como já apontado em uma pesquisa de 2004, no cenário estadunidense, exposto na pesquisa sobre a sociologia da obesidade de Jean-Pierre Poulain (2013, p. 78), também em uma pesquisa realizada no Brasil sobre a crescente obesidade de uma parcela populacional considerável (BOND, 2019).

A pirâmide da dieta saudável apresenta os alimentos ricos em nutrientes na sua base (cereais integrais, óleos vegetais), seguidos de frutas, verduras e legumes, e em cuja ponta se encontram os alimentos gordurosos e ricos em açúcares e com baixos nutrientes. Em oposição a essa pirâmide, Poulain, pautando-se na pesquisa de Tim Lang sobre a mídia e propaganda alimentar nos EUA, demonstra que há o inverso: quase toda a publicidade (90%) estadunidense alimentar é voltada para alimentos ricos em açúcares, gorduras e alimentos industrializados.

Assim sendo, as representações e os imaginários do corpo perpassam pela relação que mulheres e homens têm com o mundo social no qual convivem, com as suas percepções socioculturais que se constroem nas relações cotidianas, em suas próprias experiências e vivências diárias: aprende-se com o corpo, identifica-se com o corpo, criam-se padrões estéticos por meio da expressão corporal e se moldam novas formas culturais (principalmente no que concerne à indústria da moda) pelo corpo.

Criou-se um limitador, uma barreira que impede, por vezes, a participação do obeso no circuito cultural (hoje sendo, de certa forma, contornado pela moda *plus size*). Um beco sem saída: “O gordo é aquele que vive de dieta, que não tem direito a poder escolher uma roupa, sabe como é. A roupa é que o escolhe” (Paciente 24)⁶⁶.

Nesse processo, a percepção de mulheres e homens obesos e em situação de obesidade sofre com os impactos ou com a influência que os discursos hegemônicos exercem em seus olhares em relação à dicotomia exclusão e inclusão dos corpos obesos e magros (ALMEIDA, 2013): a experiência da vida cotidiana de pessoas que objetivam o emagrecimento ou para adquirir peso é uma luta corporal simbólica.

Mutatis mutandis, mulher tem que ser bela, linda; o homem tem que ser o viril e forte, um macho. Criando-se e moldando-se as identidades, padronizam-se os comportamentos, muitos dos quais sexistas e que adentram o imaginário social. Quem não se adequar, estará fora dos padrões e moldes da cultura contemporânea: torna-se pária, corpo-estigma, desalinhado, corpo a ser forjado pela estética dos ideais do mercado (GOFFMAN, 1963).

Quanto ao corpo do homem, a busca pela perfeição estética também se faz presente. Courtine (1995) traça consideráveis apontamentos sobre a busca pelo corpo másculo, forte, ‘marombado’, atraente aos olhos dos afetos: uma contradição intrigante entre uma sociedade que é levada ao consumo de

⁶⁶ Entrevistamos um total de 27 pacientes da cirurgia. Para preservarmos a identidade dos pacientes, serão apresentados como ‘Paciente 1’, ‘Paciente 2’, etc., e colocaremos a data da entrevista. Assim, toda vez que nos referirmos às falas dos pacientes, colocaremos, por exemplo: “De acordo com Paciente 1 (Entrevista em 15/10/2020)”.

alimentos com altos índices de açúcares e gorduras, mas que deve estar pronta para malhar incessantemente.

Almeida (2013, p. 84) ainda acrescenta sobre a obesidade:

Não se pode prender-se exclusivamente a explicações puramente biológicas quando se trata da obesidade. Com o interesse e constantes pesquisas no campo da saúde por parte da sociologia e antropologia, fica patente que a doença também pode e deve ser considerada pela perspectiva social. Cada sociedade reconhece suas doenças específicas. Além disso, constituem sempre um estado com muitas implicações sociais, ou seja, estar doente ou em boa forma física são coisas distintas no mundo sociocultural. Identifica-se, portanto, no regime de representações culturais uma clara interseção entre o – normal (saúde) e o – anormal (doente)

Vanina Silva (2021, p. 57), ao pesquisar o que levou homens a buscar o procedimento cirúrgico, aponta que

As dificuldades no dia a dia levaram os homens a buscar a cirurgia bariátrica como fonte de emagrecimento e qualidade de vida, questões de saúde; as comorbidades – hipertensão, apneia do sono, disfunção erétil – foram os aspectos mais relatados pelos pesquisados. Por conseguinte, são pontos, que interferem no seu cotidiano e suas relações sociais.

A indústria de consumo contemporânea não se deixa enganar, há demasiados especialistas estudando o comportamento das pessoas, transformando as ideias em produtos, e esses, em bens de consumo de massa, reproduzindo, assim manifestações de identidades culturais que, por vezes, antagonicamente, afastam e atraem (no jogo da sociabilidade, a pessoa obesa se destaca).

O ciclo do mercado é a contumaz busca por novos consumidores: a obesidade é tratada nos discursos médicos, presentes no diagnóstico e no tratamento, além de ser percebida como potencial mercado, de forma direta,

refletida em produtos de uma cultura *plus size*, e de forma indireta, como resultado de um desastre alimentar rico em açúcares e carboidratos.

A medicina e seus tratamentos seriam uma solução eficiente para tudo? Ou aceitar as condições da obesidade - as condições que convencem o indivíduo que seja realmente aquilo que ele é, i.e., um obeso - é fardo que cabe à pessoa, e, por extensão, a aceitação seria inevitável? Obviamente que tratamentos nutricionais e, principalmente, psicológicos são necessários para o processo de mudança de atitude, para a diminuição do peso ou da compreensão de um sentimento de si (VIGARELLO, 2016) e sua consequente aceitação e busca por melhores condições de vida.

A violência e dominação simbólicas, conceitos caros a Bourdieu (1989), também aparecem atuando sobre o corpo de mulheres e homens obesos. O que seria a representatividade de um corpo obeso, hoje, senão um resultado de construções simbólicas sociais, sujeitas à violência e à discriminação, já que, de fato, não se enquadram nos padrões sociais? O fato de se solidificar uma cultura *plus size* já retrata tal ponto.

Mesmo em face à estigmatização, a obesidade de mulheres e homens possui tratamento, podendo ser cirúrgico ou não, cujo objetivo auxilia na melhoria da qualidade de vida com a diminuição do peso, mantendo o parâmetro e promovendo a redução dos fatores de riscos, melhorando de forma significativa o desempenho em atividades da rotina diária do indivíduo, além da sua relação com o próprio corpo e seu gênero (ZEVE *et al*, 2012).

É necessário que a terapêutica do paciente obeso envolva planos de reeducação alimentar juntamente com atividade física e uso de agentes antiobesidade, contudo, nos pacientes que apresentam obesidade mórbida, esse tipo de abordagem clínica geralmente é ineficaz, fazendo com que o tratamento cirúrgico seja a única opção (TANAKA *et al*, 2009).

Na elaboração do projeto, havíamos suscitado a possibilidade de que pessoas obesas de gêneros diferentes tivessem relações também diferentes com seu corpo, sua identidade e em suas experiências cotidianas.

De fato, tanto os pacientes da cirurgia bariátrica entrevistados por nós quanto nossas buscas por outros dados que retratassem o que pensávamos trouxeram histórias de vida que nos confrontaram: de um lado, retratam-se cenas, por vezes, desde a infância, com as quais emergem discursos preconceituosos, porém velados; de outro lado, a identificação com o corpo e gênero também veio a se constituir como um dilema.

No próximo capítulo, traremos as nossas considerações sobre a obesidade e sobre a cirurgia bariátrica.

3 Obesidade e Cirurgia Bariátrica

3.1 Dados sobre a obesidade e a cirurgia

A obesidade no Brasil cresce de forma constante, tornando-se um grave problema para a saúde pública nacional. Essa doença pode ser definida como um comprometimento orgânico complexo, de diversas etiologias, cujo tratamento é vário, com a sua progressão a longo prazo.

Na maioria das vezes, a obesidade está associada a comorbidades, nem sempre reversíveis após a intervenção terapêutica. Alguns estudos demonstram que a obesidade é um fator importante para o desencadeamento de diversas doenças, como as de síndrome metabólica, Diabetes Mellitus tipo II, doenças cardiovasculares, respiratórias, do trato digestório, doenças psiquiátricas, neoplasias, osteartrose, hipertensão arterial, arteriosclerose, ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, doenças pulmonares, artrites, cálculos de vesícula, hérnias, varizes e flebites, doenças cutâneas, traumatismos, etc. (BRASIL, 2015). De outra forma, a obesidade não é um comprometimento homogêneo, singular, mas uma rede complexa de “um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas” (RODRIGUES, *et al.*, 2016, p. 19).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), além de dados provenientes de pesquisas por órgãos governamentais e de dados estatísticos (BRASIL, 2017a, 2017b; GLOBO, 2017 e 2019; FREDERICO, 2017), a prevalência de obesidade está aumentando gradativamente, atingindo dimensões pandêmicas.

Há estudos que apontam também para os fatores e causas genéticos e ambientais da obesidade, que indicam o aumento de peso (MARQUES-LOPES,

et al, 2004; FRANCISCHI et al, 2000; SOUZA et al, 2005). Há consideráveis relações entre a má alimentação e a baixa ou quase nula prática de manter os hábitos saudáveis com o aumento da obesidade: “O aumento da incidência e prevalência deve-se principalmente ao estilo de vida, consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, sedentarismo, redução de consumo de fibras.” (SOUZA et al, 2005, *on-line*).

Para Marques-Lopes et al (2004), a predisposição ou suscetibilidade genética, aliada aos fatores ambientais e alimentares, é relevante na determinação do peso corporal: numa família de pais obesos, a probabilidade é de 50 a 80% de chances de se terem filhos obesos – de fato, a obesidade infantil é crescente, com todas as suas comorbidades.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome metabólica (ABESO), de forma a evidenciar a realidade dos dados da obesidade no país, apresenta um mapa dessa doença por estados e capitais. Verificamos nesse mapeamento um aumento de 67,8% nos últimos anos. Apesar de os dados serem de 2018, ainda assim tem-se uma projeção do desastre na saúde pública que se avizinha:

A maior taxa de crescimento foi entre adultos de 25 a 34 anos (84,2%) e de 35 a 44 anos (81,1%). Hoje, no país, 20,7% das mulheres têm obesidade e 18,7% dos homens. Já em relação à obesidade infantil, o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde apontam que 12,9% das crianças brasileiras entre 5 e 9 anos de idade têm obesidade, assim como 7% dos adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos. (ABESO, 2018)

No ano de 2020, um estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a; 2020b; PEBMED, 2020) alertou para o crescimento de doenças desencadeadas pela obesidade, com o registro do aumento significativo de quase 20% da população estar obesa e de metade da população estar acima do peso, seguindo as orientações do Índice de Massa Corporal (IMC). Para se ter uma visão em escala global, mais de 1 bilhão de pessoas adultas são consideradas com sobrepeso, sendo que, dessas, mais de 300 milhões estão obesas.

O IMC é o padrão de medição para ter-se uma primeira quantificação do peso. Com o índice de massa corporal, determinam-se as medidas e escalas relacionadas que representam uma leitura corporal que indica ou não o grau de obesidade⁶⁷.

IMC é a sigla para Índice de Massa Corpórea, parâmetro adotado pela Organização Mundial de Saúde para calcular o peso ideal de cada pessoa. O índice é calculado da seguinte maneira: divide-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. Diz-se que o indivíduo tem peso normal quando o resultado do IMC está entre 18,5 e 24,9. (PROGRAMA SAÚDE FÁCIL, 2020)

Vale considerar que atletas e fisiculturistas podem ter alto IMC, mas essa leitura dos próprios valores apresentados da médica não indicaria a obesidade, pela própria corporalidade (é visível o corpo musculoso e esteticamente definido em atletas e fisiculturistas) e pela medição corporal de massa magra (dessa forma, fica a questão: não seria também o IMC uma ferramenta delimitada e sujeita a ser percebida em contextos de uso específicos?).

O perigo, portanto, se faz presente: estima-se que até 2025, cerca de 2,3 bilhões de pessoas adultas, ao redor do mundo, se encontrarão acima do peso e, dessas, 700 milhões de pessoas com algum grau de obesidade.

O que vem acarretando nos últimos decênios esse aumento de peso populacional? Como se sentem as pessoas obesas numa sociedade em que ser diferente é tornar-se um pária? Como a sociedade lidará com os resultados de uma iminente catástrofe na saúde pública com o aumento da obesidade? A cirurgia bariátrica é, efetivamente, uma eficaz alternativa para a melhoria de vida dessas pessoas obesas?

Percebemos, aqui, uma crise cultural: uma sociedade estruturada para o alto consumo e ingestão calórica, de um lado; por outro, o crescimento conjunto do peso populacional (não sob o viés do tratamento e do exercício) e dos problemas que são decorrentes da ausência da prevenção à obesidade (diabetes, doenças cardiorrespiratórias, problemas de articulação, etc.).

⁶⁷ Confira a Imagem 01, nos Anexos

Com a inércia das ações de gestores públicos da saúde e da falta de incentivo e educação, as prevenções primária e secundária se acabam sendo ineficientes: a dificuldade de acesso, a falta de orientação, a má educação alimentar imposta pelo meio (e por fatores socioeconômicos), tudo colabora para a obesidade se tornar cada vez mais endêmica. A alternativa mais viável e eficiente (ainda que, sem o devido acompanhamento pré e pós cirúrgico, seja a curto prazo): a intervenção cirúrgica.

Inserida num sistema de promoção de alimentação industrializada rica em carboidratos, açúcares e com baixa qualidade de vitaminas, a maioria dos obesos passa considerável parte de sua vida envolvida em dietas, atividades físicas e tratamentos exaustivos com nutricionistas e médicos; por vezes, fazendo uso de remédios, ora recomendados clinicamente, ora até mesmo por automedicação.

Mulheres e homens obesos ou com sobrepeso se sentem segregados nesse cenário, inseridos em um combate constante com o próprio corpo, dentro de uma sociedade que discrimina os que não se encaixam em padrões preestabelecidos. Há uma luta diária, marcada pela estigmatização (GOFFMAN, 1963) e por agruras que implicam em rotineiras mudanças de hábitos alimentares e estilos de vida (CUNHA, 2006).

Circunstancialmente, as condições que propiciam esses maus hábitos alimentares e o baixo índice de práticas de educação física se solidificam num tempo de consumismo acelerado. Assim, crianças, jovens, adultos e idosos vêm, gradativamente, sofrendo tanto com as dificuldades em sua saúde corporal, quanto em sua convivência social; dificuldades identificadas pelo aumento do peso.

Com a obesidade, mulheres e homens se sentem diferentes na sua relação com o corpo e, por extensão, com a sua sexualidade. Vários são os fatores socioculturais que levam a essa condição como as crescentes transformações da sociedade, no campo da cultura, da política e, principalmente, da economia, tornando-se reflexos de um tempo de consumismo exacerbado. Há um distanciamento dos hábitos considerados saudáveis, que envolvem a melhoria da qualidade na alimentação e de práticas de atividades físicas. Estar

bem fisicamente e bem mentalmente são ideais almejados por essas mulheres e homens obesos ou com sobrepeso, mas que esbarram nas condições socioeconômicas, por vezes.

Um rastro dessa situação que gera a discriminação de pessoas é a curva ascendente do aumento da epidemia de obesidade nos últimos decênios, constituindo-se como uma doença crônica com a qual o ocidente se debate⁶⁸, gradativamente elevando o número de mortes. Uma questão disso decorre: quais mudanças nos hábitos alimentares da sociedade contemporânea explicariam o aumento excessivo na incidência do sobrepeso e da obesidade? Provavelmente a industrialização da alimentação, o tempo escasso para as práticas de exercício e as mudanças alimentares nos centros urbanos seriam respostas rápidas a essa questão.

A epidemia da obesidade traz sua teia de complexidade: as condições socioeconômicas de vida, os hábitos alimentares, sedentarismo (imposto pelo corpo pesado, já doente; forçado, por vezes, pelas situações e contextos de vida econômica – tem que se trabalhar mais a cada dia!), a desgastante rotina do trabalho, o não aproveitamento do tempo com o cuidado de si, as condições genéticas, que devem ser relevadas, e a sedução cultural do açúcar e da gordura – em casa, nos restaurantes e bares – são algumas arestas que moldam essa teia.

Estudos confirmam que esse aumento do peso populacional não é aleatório: há condições em que ambientes obesogênicos determinam a qualidade de alimentação dos sujeitos; há questões relacionadas à constituição genética dos indivíduos; há situações em que há uma saúde mental deteriorada.

Desde 2007, o Ministério da Saúde publica portarias e recomendações que organizam a “linha de cuidado e estabelecem critérios para o serviço de

⁶⁸ Desde o começo do século XXI, o aumento da obesidade é significativo em países como Brasil, EUA e Argentina, utilizados aqui como ilustração desse aumento significativo da obesidade e sobrepeso, como se pode verificar nas estatísticas governamentais dos Ministérios da Saúde nacionais:

<https://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20181015obesityrpt.html>;

<https://nacoesunidas.org/na-america-latina-36-milhoes-de-pessoas-se-tornam-obesas-a-cada-ano/>;

<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-04/mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso>.

assistência de alta complexidade para os pacientes com sobrepeso e obesidade, incluindo a garantia do tratamento cirúrgico” (DIAS, et al., 2016, p. 7).

Válido notar que, nesse contexto epidêmico da saúde pública nacional, homens e mulheres obesas vêm buscando alternativas para a melhoria da qualidade de vida. A cirurgia bariátrica é um dos recursos que, a cada ano, vem ajudando uma quantidade considerável de pessoas a se reencontrarem com a melhoria do estado de saúde e da autoestima, apresentando-se como uma alternativa ao controle do excesso de peso e, por extensão, à diminuição de problemas de saúde correlacionados ao aumento do peso ou à obesidade.

Alternativa no controle do aumento do peso, da recuperação da saúde e da conquista da imagem (por extensão, a autoestima), o procedimento cirúrgico da obesidade é conhecido como cirurgia bariátrica ou, popularmente, cirurgia de redução de estômago, que envolve técnicas destinadas ao tratamento da obesidade, de doenças relacionadas ao excesso de gordura corporal (COSTA *et al*, 2009) e aos problemas relacionados ao excesso de peso, que leva à obesidade nos graus I, II e III, esta última conhecida como obesidade mórbida.

Segundo a Biblioteca Virtual da Saúde, há três tipos básicos de tratamentos cirúrgicos: através de técnicas restritivas, técnicas disabsortivas e mistas.

As técnicas restritivas (BRASIL, 2015) são:

(...) técnicas que limitam o volume de alimento sólido que o paciente ingere nas refeições. De uma forma geral, com estas técnicas o paciente come menos sólidos e pastosos e conseqüentemente emagrece. O resultado, no entanto, depende da colaboração do paciente pois alimentos líquidos podem ser ingeridos quase no mesmo volume que eram antes da operação e se forem muito calóricos irão atrapalhar ou até impedir a perda de peso.

Entre as técnicas restritivas, uma muito utilizada é o balão intragástrico, que é colocado no estômago por meio de endoscopia digestiva; como modo terapêutico, exige do paciente tratamento na sua reeducação alimentar, já que, em certo momento, o balão será retirado.

Há ainda a técnica de redução do estômago denominada de *Sleeve*, também restritiva. Nela, há um seccionamento de parte do estômago, de forma vertical, transformando parte do estômago em um tubo⁶⁹.

Já as técnicas disabsortivas são menos invasivas e possibilitam o emagrecimento a longo prazo, pois o paciente ainda consegue ingerir quantidades maiores de alimentos; porém o acompanhamento, a terapia e a reeducação alimentar devem ser contínuas para que o sucesso dessas técnicas seja visível:

São, em geral muito bem sucedidas quanto ao emagrecimento, que pode chegar a 40% do peso original, no entanto tem necessidade de controle mais rígido quanto a distúrbios nutricionais, de elementos minerais e vitaminas.

Vem se tornando cada vez mais popular devido à qualidade de vida que traz ao paciente.

Estas operações são conhecidas como "desvios do intestino", pois desviam uma boa parte do caminho que os alimentos têm que passar, desta forma fazendo um circuito menor e propiciando uma absorção menor dos nutrientes. (BRASIL, 2015)

Por fim, as técnicas mistas associam tanto uma menor ingestão de alimentos quanto um desvio também do intestino. A mais utilizada, há 30 anos, (inclusive pelo SUS e em clínicas particulares, segundo dados do DATASUS⁷⁰) é a técnica do *ByPass Gástrico* (gastroplastia com desvio intestinal em 'Y de Roux'⁷¹). Há uma diminuição considerável do estômago, associada à disabsorção dos alimentos, já que houve um desvio do intestino delgado.

De fato, o processo cirúrgico traz, em seu bojo, uma preocupação social, política, econômica e cultural, já que é uma medida emergencial para muitos casos em que a vida está no centro de todo o procedimento. A procura pela

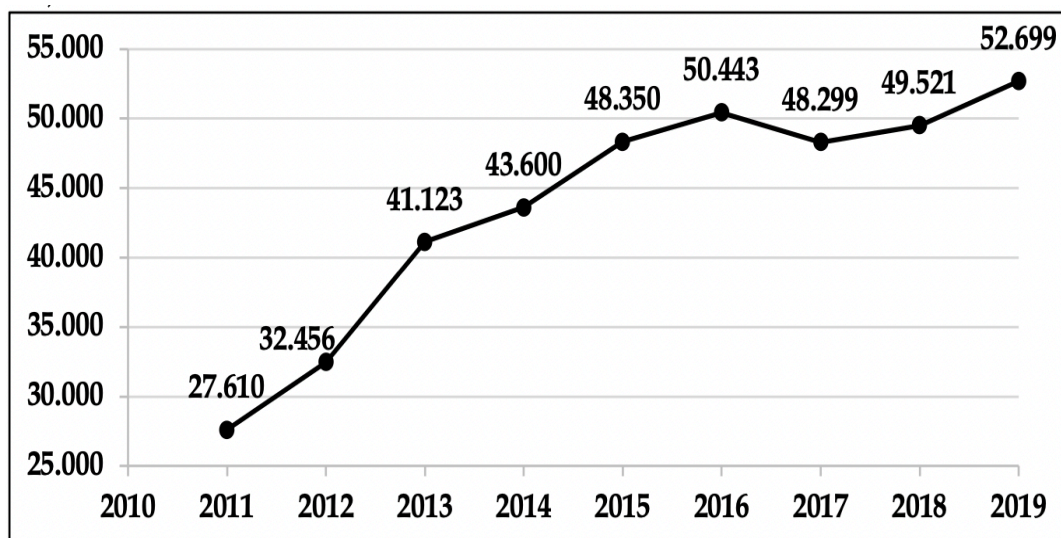
⁶⁹ Conferir imagem 03 nos anexos

⁷⁰ Indica-se, aqui, o estudo realizado por Kelles et. all. (2015) sobre o perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Numa análise quali-quantitativa, vemos o aumento gradativo na busca pelo processo operatório.

⁷¹ Conferir imagem 04 nos anexos

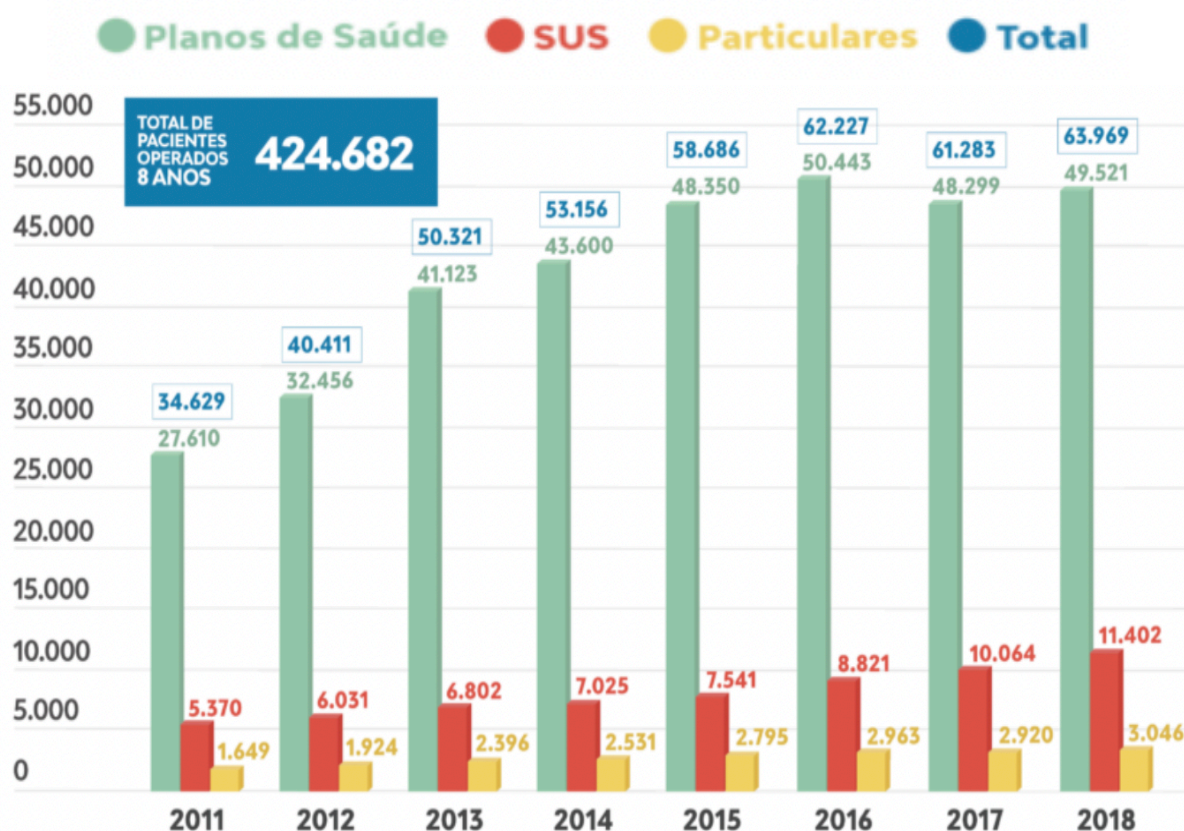
cirurgia é intensificada nos últimos anos. De 2011 a 2019, o número de cirurgias e procedimentos quase dobrou em clínicas particulares:

Gráfico 01 - Número de cirurgias bariátricas em clínicas particulares



Fonte: BENITO, 2021; SBCBM, 2021

Gráfico 02 - Total de cirurgias bariátricas realizadas 2011-18.



Fonte: SBCBM, 2021.

O crescimento do número de cirurgias bariátricas no país é inegável (figura 03): de 2011 a 2018, um aumento de 84,73%, sendo que, só em 2018, 49.521 pessoas fizeram o procedimento cirúrgico por meio de plano de saúde (em 2019, já eram 52.69; confira a figura 02), 11.402 pessoas fizeram via SUS e 3.046 pessoas por meio particular.

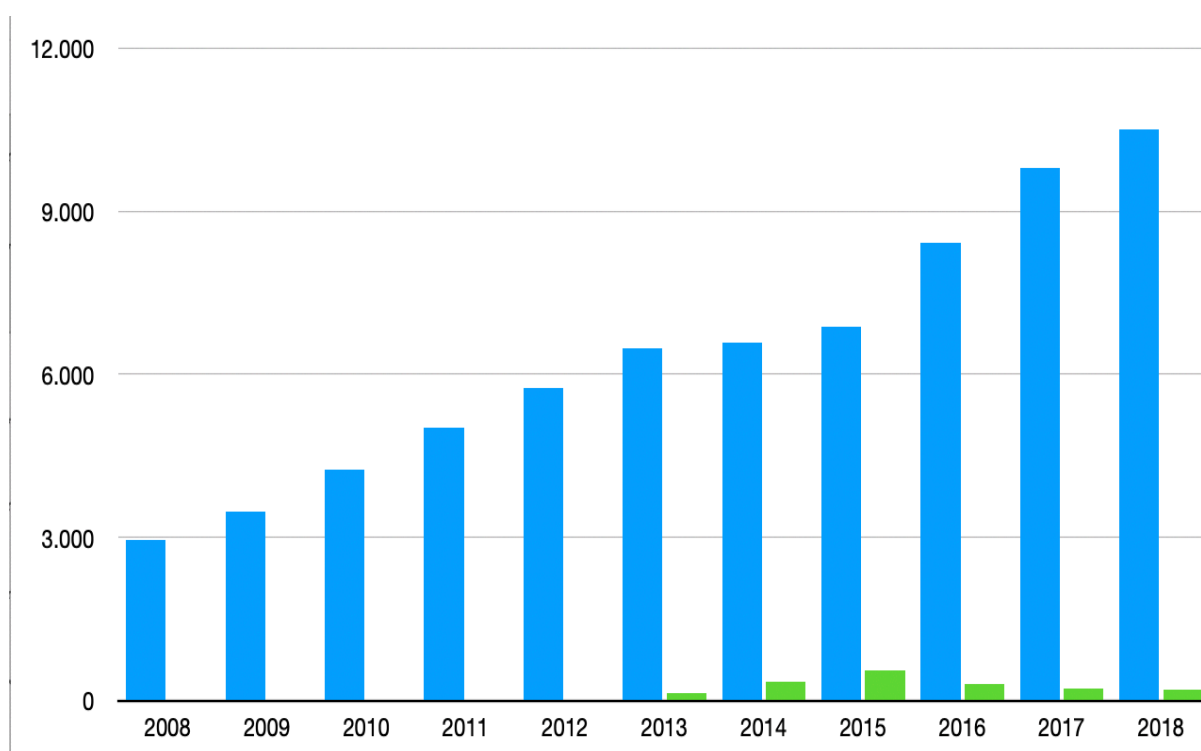
Há uma complexa regulamentação e resolução no âmbito dos órgãos federais que regulamentam a cirurgia, de modo a parametrizar as práticas médicas destinadas a pessoas que ultrapassaram o limite, atingindo os graus II e III de obesidade⁷².

⁷² Pela resolução de número 1.766/2005 do Conselho Federal de Medicina (CFM), no seu artigo primeiro, encontramos a normatização para o processo cirúrgico. Já na Resolução Normativa

O que podemos apontar é o elevado custo de todo o processo cirúrgico, passando pelos atendimentos, orientados e necessários para um efetivo sucesso, até o pós-operatório. Porém o que vemos com os dados da SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica) é um aumento relativo da procura pela cirurgia, no âmbito da iniciativa privada e também pelo setor público, evidenciando-se, dessa forma, o aumento gradativo do peso populacional no país.

Vejamos os dados (TONATTO-FILHO, *et alli*, 2019; DATASUS, 2020; BENITO *et. al.*, 2021) abaixo:

Gráfico 03 – Número de cirurgias básicas no SUS de 2008 a 2018 – Bypass Gástrico e Sleeve



167, de 2008, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), encontramos as diretrizes que cobrem os procedimentos que envolvem o momento pré-cirúrgico e os de colocação da banda gástrica. Em 2010, com a resolução 1.942/2010 há as correções que determinam as normas mais seguras para o tratamento cirúrgico, com as indicações, procedimentos e equipes.

■ Bypass Gástrico QUADRO ■ Sleeve

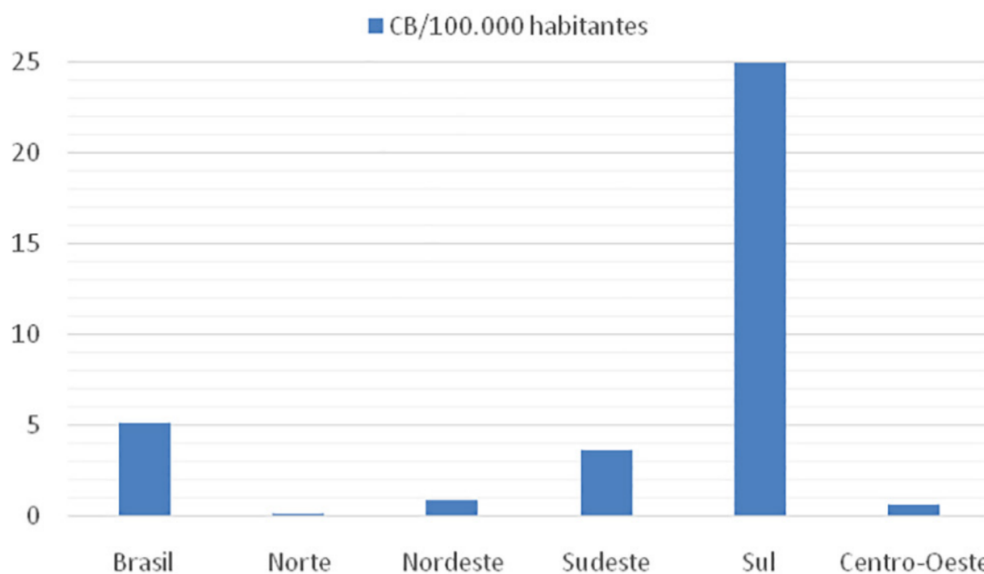
	Bypass Gástrico	Sleeve	
2008	2.960	0	
2009	3.480	0	
2010	4.250	0	
2011	5.020	0	
2012	5.740	0	
2013	6.470	148	
2014	6.590	340	
2015	6.880	549	
2016	8.420	315	
2017	9.800	217	
2018	10.500	208	

Fonte: TONATTO-FILHO *et al.*, 2019

Observemos, nas figuras 03 e 04, como em dez anos quase quadruplicou o número de cirurgias bariátricas pelo SUS. Ainda que bem inferior em relação ao número de cirurgias bariátricas feitas por meio de plano de saúde ou por pagamento particular (Figura 01), o gradativo aumento de cirurgias e procedimentos de gastroplastia, desde 2008, custeados pelo SUS, é reflexo de um crescimento do peso populacional das classes mais baixas.

Tendo em vista que uma parcela significativa da população brasileira se encontra em algum grau de obesidade, o desafio do sistema de saúde pública nacional é angariar fundos para que possa diminuir os impactos socioeconômicos que a doença da obesidade promove.

Gráfico 04 – Variação de operações bariátricas/habitantes por região



Fonte: TONATTO-FILHO, et al., 2019

Como vemos no quadro anterior, as regiões onde há maior concentração de renda (Sul e Sudeste) têm números significativos de cirurgias realizadas. A região sul, concentra-se no estado do Paraná o maior número de cirurgias (TONATTO-FILHO, et al., 2019). Em 2019,

Foram 7.456 cirurgias no Paraná; 376 em Santa Catarina; e 434 no Rio Grande do Sul. Na região sudeste, São Paulo realizou 1.636 procedimentos; Rio de Janeiro 47; Espírito Santo 656; e Minas Gerais 944. No Centro-Oeste foram realizadas 70 cirurgias no Mato Grosso do Sul; 300 em Goiás; nenhuma em Mato Grosso e 4 no Distrito Federal. Já no Nordeste foram 23 cirurgias na Bahia; 5 no Sergipe; 35 em Alagoas; 204 em Pernambuco; 61 na Paraíba; 89 no Rio Grande do Norte; 137 no Ceará; nenhuma no Piauí e 52 no Maranhão. Na região Norte foram 32 cirurgias no Tocantins e 10 no Acre. (SBCBM, 2020, *on-line*)

Há a prevalência da procura pelos procedimentos cirúrgicos nas regiões sul e sudeste. No estado do Rio de Janeiro, a cada 1000 habitantes, são realizadas 30 cirurgias bariátricas (TONATTO-FILHO, 2019, p. 3). Em São Paulo, cerca de 160 cirurgias a cada 2000 habitantes. No Paraná, mais de 660 cirurgias bariátricas a cada 6000 habitantes.

Antes de indicar a cirurgia bariátrica é necessário que seja realizada uma análise que abranja múltiplos aspectos da saúde e do condicionamento psicológico do paciente⁷³. É de extrema importância que a equipe multidisciplinar participe ativamente no processo pré e pós-operatório (não somente a equipe médica cirúrgica, mas também fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas). Profissionais esses que tenham conhecimento das alterações que a obesidade e o emagrecimento podem causar ao paciente, com intuito de motivá-lo e orientá-lo quanto ao procedimento que ele irá passar, visando a um tratamento adequado, uma vez que a cirurgia atua na consequência da obesidade e não na sua causa.

Para Costa *et al* (2009, p. 58),

A prevalência da obesidade tem aumentado em todo o mundo e vem se tornando o maior problema de saúde da sociedade moderna nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O tratamento clínico é a primeira opção para o tratamento da obesidade. Geralmente inclui o uso de medicamentos anorexígenos ou desabsortivos, além de tratamentos psicológico, fisioterápico, dietético e exercícios físicos, com resultados satisfatórios nos casos em que existe a adesão do paciente ao tratamento, predominantemente, nas formas leve e moderada da obesidade (sobrepeso e obesidade).

Dieta e exercícios físicos têm se mostrado ineficientes ao longo de muito tempo de tratamento. Mais de 90% das pessoas que se esforçam para perder peso recuperam este, mesmo em clínicas especializadas onde há uma perda substancial de peso. Após a suspensão do tratamento, o peso é recuperado.

A obesidade fortaleceu-se num cenário de consumismo. Transmitido, direto e indiretamente, nas nossas relações e experiências cotidianas, por meio de um sistema de publicidade bem organizado e politicamente articulado (haja vista a blindagem política que o setor alimentício possui), encontramos certo fetiche de

⁷³ Como recomenda a SBCBM (on-line), ao afirmar que "No pré-operatório, o paciente deve realizar uma série de exames, como endoscopia digestiva, ultrassom abdominal e exames laboratoriais, além de passar **em consulta com os profissionais obrigatórios: cirurgião, cardiologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista.**" (grifos meus)
Cf.: <https://www.sbcbm.org.br/pre-operatorio/>

consumo⁷⁴, que também se faz presente na nossa alimentação: o máximo de prazer pelo menor custo e com mais rápido acesso.

Segundo o diretor-geral da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), o brasileiro José Graziano Silva, a “obesidade é o terceiro ônus social mais caro no mundo, atrás apenas do fumo e da violência provocada pelas guerras e pelo terrorismo” (FRANCO, 2018, CFM). O custo da obesidade é também outro agravante: mais de US\$ 2 trilhões a cada ano, para a economia mundial, quase 3% do PIB global, o que, por si só, consolidaria um perigo iminente para a saúde no Brasil e no mundo.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) traz ainda também números alarmantes:

- a) O sobrepeso afeta 54% da população brasileira.
- b) Quase 20% dos homens e 24% das mulheres estão obesos.
- c) Entre as crianças menores de cinco anos, 7,3% registram sobrepeso no país.

O Brasil está somente atrás dos EUA em número de obesos mórbidos, assim como em segundo lugar no número de cirurgias da obesidade. (RODRIGUES, 2016, p. 24). Não que esse número de procedimentos cirúrgicos reflita as condições de vida das pessoas ou que demarque uma igualdade socioeconômica ou dos dados com relação ao número de pessoas obesas entre EUA e Brasil (pois há uma diferença populacional considerável), mas que esses dados sobre o quantitativo de cirurgias são relevantes e nos indicam quantos brasileiros encontram-se nessa condição de viver com sobrepeso ou com algum grau de obesidade.

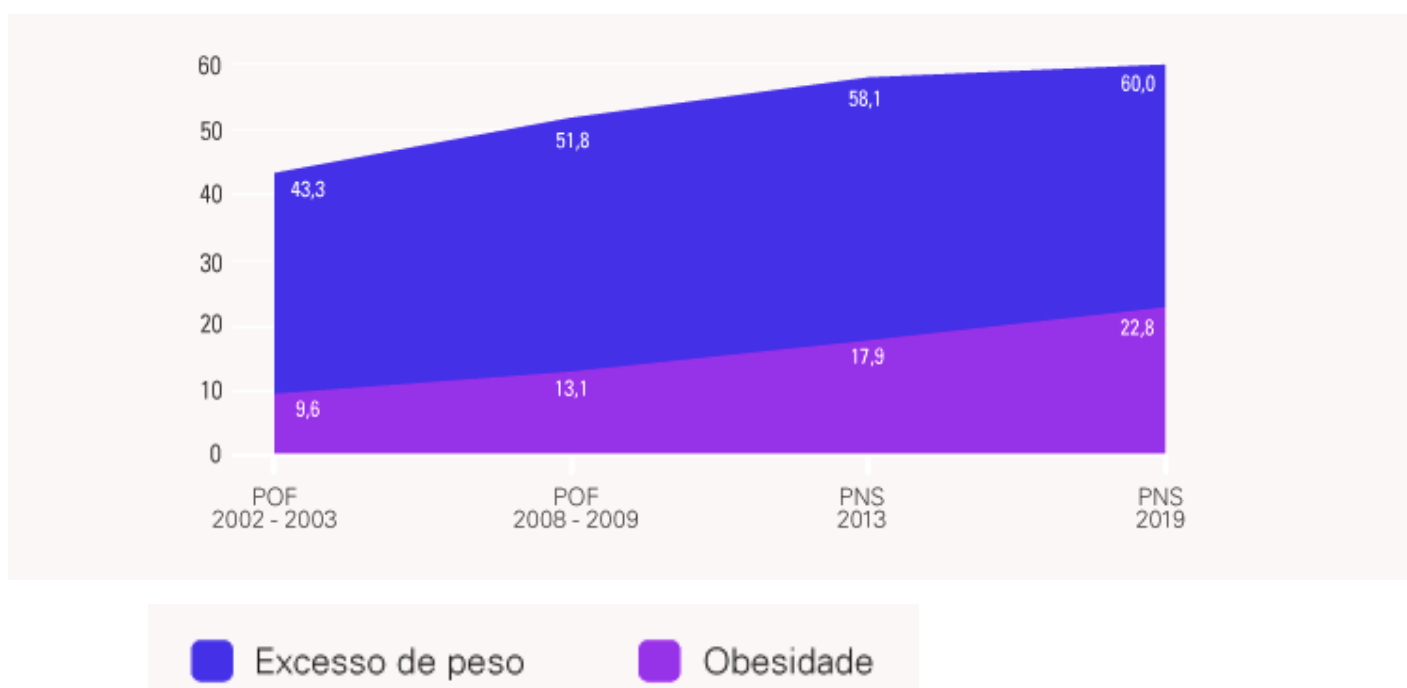
Nas imagens abaixo, veremos que, contrariando o que pensávamos no projeto dessa tese, há uma proximidade entre os índices de obesidade entre

⁷⁴ Fetiche de consumo, apresentado aqui, é entendido como uma dilatação do poder que o fetiche da mercadoria impetra para dentro do imaginário das pessoas, numa sociedade capitalista: Marx, se soubesse como a Indústria Cultural cresceria, ainda assim não imaginaria o projeto de poder e a estruturação de dominância que, pelo sistema econômico, tendem a se perpetuarem e a se tornarem como modelos, princípios de coexistência social.

pessoas de sexos diferentes, apesar de ser superior o número de pessoas do sexo feminino que estão obesas ou com sobrepeso em relação às pessoas que se identificaram com o sexo masculino.

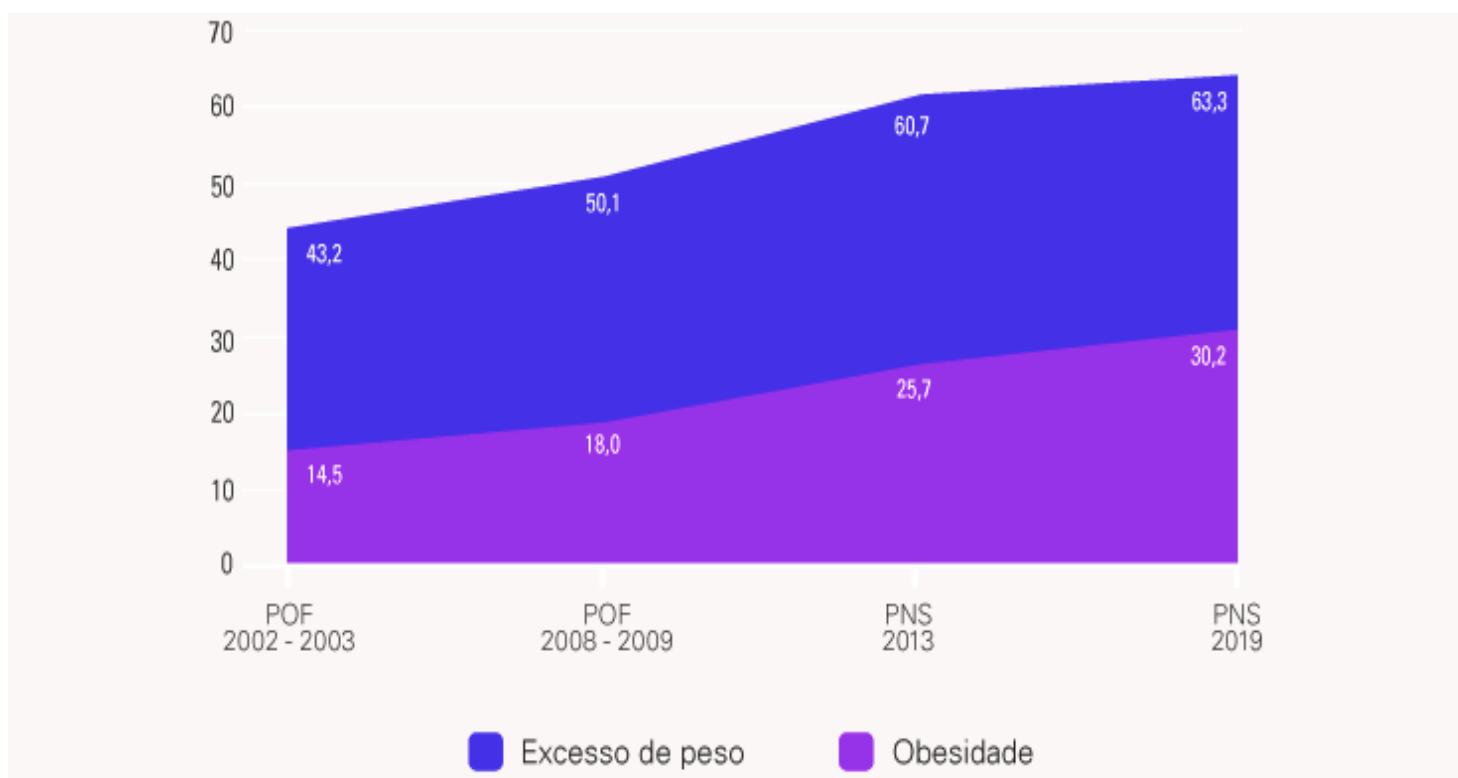
O alarmante, porém, é o número de pessoas obesas na faixa dos 20 anos: nos que se enquadram no sexo masculino, 22,8% dos jovens estão obesos e cerca de 18% com excesso de peso (sobrepeso); no sexo feminino, na faixa entre os 20 e 30 anos, cerca de 30% estão obesas e 25% com sobrepeso.

Gráfico 05: Excesso de peso e obesidade por idade e sexo (masculino)

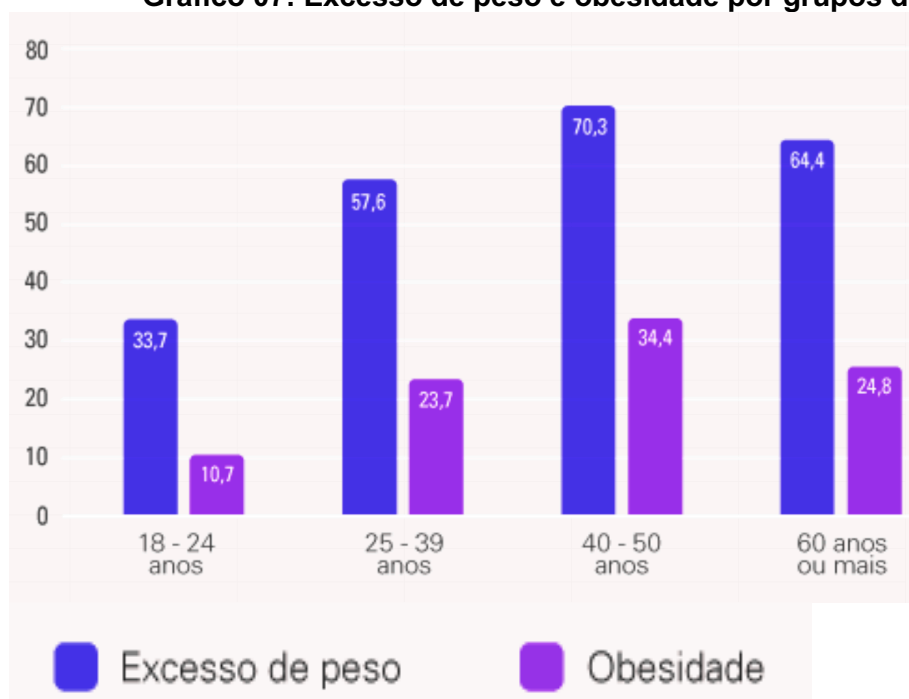


Fonte: BRASIL, 2020b

Ainda é mais alarmante o problema que apresenta a prevalência de excesso de peso e obesidade por grupos de idade. Segundo Brasil (2020b), mais da metade da população adulta (20 a 30 anos em 57%; 40 a 50 anos em 70%) está com sobrepeso e cerca de 25% dessa população com algum grau de obesidade: 23,7% de pessoas obesas entre 20 e 30 anos; 34,4%, em entre 40 e 50 anos; 24,8%, entre 60 e 70 anos.

Gráfico 06: Excesso de peso e obesidade por idade e sexo (feminino)

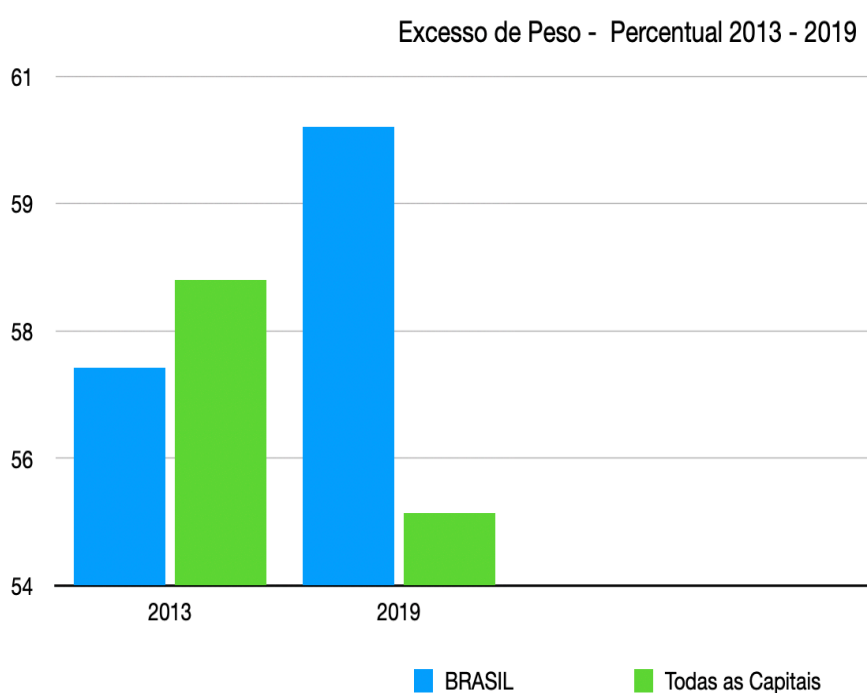
Fonte: BRASIL, 2020b

Gráfico 07: Excesso de peso e obesidade por grupos de idade

Fonte: BRASIL, 2020b

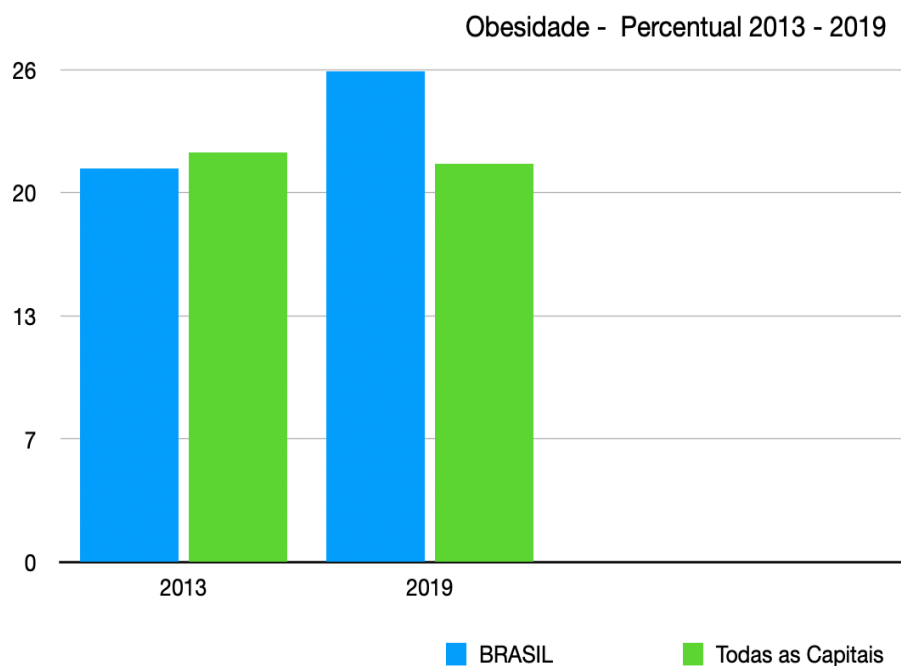
A questão agora é pensar quais os dados sociais que refletem os impactos da obesidade no país. Inevitáveis são as perguntas: qual a representação econômica e social da obesidade? Os dados relativos à procura pela cirurgia bariátrica não seriam um alerta para riscos futuro?

Gráfico 08: Excesso de Peso - Percentual 2013 -2019



Fonte - BRASIL 2020b.

Gráfico 09: Obesidade - percentual 2013-2019



Fonte: BRASIL, 2020b

O primeiro ponto é a desigualdade: não só pela variação entre região e estados, que denotam a prevalência de Sul e Sudeste (figura 05); não só pela discrepância do número de operações bariátricas, no que concerne à relação SUS x particular (figuras 01 e 02); não só pelo peso que carrega o obeso, sempre percebido como o patológico, o doente, o despreparado, desajeitado; não só pela diferença existente entre homens e mulheres (figuras 06 e 07); mas também pela injusta e sempre onipresente desigualdade de acesso à alimentação saudável e à educação com o corpo, unida à fragilidade estrutural do sistema de saúde pública nacional.

O retrato disso é visto nas figuras 08, 09 e 10: em 2013, 57% da população brasileira estava acima do peso e 20,8% com algum grau de obesidade; em 2019, 60,30% da população estava acima do peso e 25,9% com algum grau de obesidade; nas capitais, em 2013, média de 58,2% da população acima do peso e 21,60% com algum grau de obesidade; em 2019, 55% da população com excesso de peso e 21,1% com algum grau de obesidade.

Quando falamos em acesso, remetemo-nos à acessibilidade econômica, educacional e social, que garantem, quando efetivamente destinadas às

peessoas, uma melhor qualidade de vida. Quanto custa⁷⁵ uma boa alimentação, num mundo cercado por supermercados e hipermercados, lanchonetes e bares, abarrotados de produtos industrializados, ricos em açúcares e carboidratos⁷⁶? Como é o acesso à educação, em especial, à educação física e à psicológica (fator determinante para o que se considera como saudável)?

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o *Guia alimentar para a população brasileira* e, nele, percebemos a clara evidência da restrição ao consumo de alimentos ultraprocessados, que são, efetivamente, mais acessíveis econômica e socialmente.

O preço de uma alimentação saudável é alavancado pela procura e, como sempre, à mercê das condições econômicas e políticas; já para a massa populacional, o dilema: ou o consumo de comidas de baixo custo (por extensão, de baixa qualidade nutricional), ou a miséria da fome⁷⁷.

Facas de dois gumes, os dados sobre a obesidade e a alimentação no país retratam uma sociedade à beira do colapso médico e social. É o que aponta o *Guia* (BRASIL, 2008, p. 153):

- O consumo de carboidratos total e de complexos diminui nitidamente com a evolução da renda. Em relação aos carboidratos complexos, as classes de rendimentos acima de um SMPC sequer atingem o limite mínimo recomendado de 45% e, na classe acima de cinco SMPC, o mínimo recomendado para carboidratos totais também não é atingido (55%); - O consumo de açúcar supera as

⁷⁵ As crises econômicas sucessivas, as questões ambientais e o estado pandêmico após 2020 contribuíram excessivamente para o aumento do preço, do custo da alimentação. <https://www.fiojovem.fiocruz.br/o-custo-da-comida-saudavel;>
<https://www.scielo.br/j/csp/a/F38ZZzHSvBJT8QNgJStcDZx/?lang=pt>

⁷⁶ No documentário *Fat Fiction* (2020), a diretora Jennifer Isenhardt apresenta-nos os estudos de doutores e pesquisadores sobre os problemas da obesidade. Para tanto, o filme traz uma crítica aos discursos publicitários alimentícios (com suas inúmeras propagandas de clínicas médicas também de cirurgias plásticas e corretivas), que engendraram, na sociedade, perspectivas sobre de alimentação. Alguns estudos vêm questionando a base da pirâmide alimentar, na qual vemos a prevalência do consumo de carboidratos, inclusive. Ao trazer entrevistas de profissionais médicos, o documentário denota como a alta produção de alimentos ricos e açúcares e carboidratos, mais do que servirem como alimento, são parte de uma grande indústria alimentícia.

⁷⁷ No dia 18 de julho de 2021, o jornal Correio Braziliense apresentou uma reportagem sobre uma fila formada por pessoas a quem seriam 'doados' os ossos de um açougue. Cf.: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/07/4938311-pessoas-fazem-fila-para-doacao-de-ossos-em-acougue-de-cuiaba.html>

recomendações em todas as classes de rendimentos, tendendo a aumentar até a faixa de 1/2 a um SMPC, reduzindo discretamente nas classes subseqüentes. A situação mais preocupante refere-se às classes de rendimentos entre 1/2 e um SMPC, em que a contribuição energética chega próximo de 15%, ou seja, supera em 50% o recomendado;

- As proteínas, em quaisquer faixas, encontram-se dentro dos limites recomendados (10% a 15%), merecendo destaque apenas que a tendência de participação das proteínas animais e vegetais são diferenciadas: enquanto que as proteínas animais tendem a aumentar, há um decréscimo de participação das proteínas vegetais com a evolução dos rendimentos familiares;
- Em relação ao consumo de gorduras, há uma nítida evolução da participação com aumento da renda, evidenciando-se que nas duas classes de maiores rendimentos essa participação extrapola o limite máximo recomendado de 30%. As gorduras saturadas, que não devem ultrapassar 10% do VET, aumentam intensamente com os rendimentos, sendo estes valores alcançados virtualmente na classe de dois a cinco SMPC e superados na classe de maior rendimento (11,2%).
- As gorduras mono e poli-insaturadas apresentam as mesmas tendências de aumento com a classe de renda, embora menos intensamente, destacando-se que o consumo de poli-insaturados deve estar na faixa de 6% a 10%. Embora em todas as faixas de rendimento os valores estejam dentro da faixa recomendada, na faixa de menor renda eles estão próximos do limite inferior (6,7%).

A situação ainda é mais agravante, pois, em 2014, o novo Guia (BRASIL, 2014, p. 43) denota como o crescimento da indústria de alimentos ultraprocessados vem colaborando para uma crise alimentar e de saúde pública:

Alimentos ultraprocessados favorecem o consumo excessivo de calorias. Alimentos ultraprocessados “enganam” os dispositivos de que nosso organismo dispõe para regular o balanço de calorias. Em essência, esses dispositivos (situados no sistema digestivo e no cérebro) são responsáveis por fazer com que as calorias ingeridas por meio dos alimentos igualem as calorias gastas com o funcionamento do organismo e com a atividade física. Dito de modo bastante simplificado, esses dispositivos tendem a subestimar as calorias que provêm de alimentos ultraprocessados e, nesta medida, a sinalização de saciedade após a ingestão desses produtos não ocorre ou ocorre tardiamente. Como consequência, quando consumimos alimentos ultraprocessados, tendemos, sem perceber, a ingerir

mais calorias do que necessitamos; e calorias ingeridas e não gastas inevitavelmente acabam estocadas em nosso corpo na forma de gordura. O resultado é a obesidade.

Para o “Relatório Lancet sobre a obesidade” (LIPORACE, 2019, p. 42),

Por definição, esses produtos são altamente palatáveis, baratos, universais e contêm conservantes que oferecem uma vida útil longa. Esses recursos, combinados com estratégias agressivas de publicidade da indústria, contribuem para o consumo excessivo e tornam esses produtos altamente lucrativos para os setores da indústria de alimentos, bebidas e restaurantes que são os atores dominantes no sistema global de alimentos.

Ademais, a obesidade na atualidade apresenta um determinante que é a questão do ambiente obesogênico. Esse ambiente diz respeito à influência que oportunidades e condições ambientais direcionam nas possíveis escolhas por parte dos indivíduos de hábitos de vida que promovam o desenvolvimento da obesidade (SOUZA; OLIVEIRA, 2008, p. 157).

As práticas alimentares são relacionadas às condições socioeconômicas locais, portanto, dependentes de acesso e, de certa forma, ligadas às nossas identidades culturais. O certame, por sua vez, é a busca pela conjugação uma alimentação saudável e da valorização da saúde com as realidades de vida das pessoas, em seus contextos culturais. Válido, porém, notar que as condições socioeconômicas são influentes nessa busca.

A obtenção de alimentos pelas famílias brasileiras sofre influência dos preços, como foi constatado a partir do registro das aquisições de alimentos realizado pela POF 2008/2009. Ao comparar os gastos atuais com alimentação no Brasil em diferentes estratos econômicos, observou-se que os domicílios em piores situações de renda (R\$ 71,40/mês) necessitariam aumentar sua despesa real com alimentos em 58,1%, no intuito de atingir as recomendações nacionais de consumo, mesmo que optassem por obter alimentos para consumo que pertencessem aos mesmos grupos de alimentos obtidos atualmente. Tal incremento no gasto com a alimentação comprometeria a renda atual dessas famílias em 145,8%, ou seja, nesse patamar de rendimentos, esses domicílios estariam impossibilitados de comprar a quantidade de alimentos ideal para o consumo.

Identificou-se aquisição excessiva de óleos, gorduras e sementes oleaginosas; açúcares e doces; carnes e ovos em todas as situações estudadas, em paralelo a uma obtenção insuficiente de frutas e sucos de frutas; leite e derivados; cereais, tubérculos, raízes e derivados; legumes e verduras. (...) (BORGES, 2015, p. 142)

Por sua vez, a mudança dos hábitos, com a tentativa de encontrar o 'equilíbrio' - que inexistente na mesa da massa populacional brasileira -, torna-se uma primária condição para o melhoramento da qualidade de vida.

A cada esquina, uma lanchonete e suas 'ambrosias' do cotidiano refletem os cenários ambíguos no que concerne à relação entre saúde e sociedade: de um lado, o trabalho, o emprego, o fornecimento de alimentos na rotina da vida urbana; de outro, a produção e distribuição de alimentos ricos em carboidratos e açúcares, catalisadores de um caos, que vem se instaurando na saúde pública.

3.2 - O procedimento cirúrgico

O procedimento da cirurgia bariátrica vem auxiliando muitos pacientes a se encontrar em relação à sua identidade de gênero e na sua relação com o corpo, pois inegável é que ainda exista o confronto com os estereótipos do corpo perfeito, e as identidades estão em conflito numa sociedade em que ser padronizada(o) e, por extensão, bela(o) é essencial.

Quando idealizamos nossa pesquisa de campo, pensávamos como a convivência e a rotina do processo cirúrgico ajudaria a entender os problemas vividos pelos pacientes, que pudéssemos conhecer sobre os medos, e as vitórias, as compulsões e as sensações de prazer e alívio, que somente a própria experiência de vida do paciente inserido num processo cirúrgico poderia trazer.

Com a pandemia, porém, o desafio da aplicação do método se instaurou e optamos por entrevistar de forma remota a equipe médica e os pacientes indicados. Apesar da distância, as entrevistas aconteceram com fluidez e, por

vezes, com risadas e ressentimentos: as narrativas de vida apresentadas aproximaram-se de minha vivência também.

Nosso local de pesquisa é o Centro de Tratamento da Obesidade e Diabetes (CETODI), localizado na cidade de Itaperuna, interior do estado do Rio de Janeiro. Nem todos que vão à clínica procuram especificamente a gastroplastia ou a cirurgia bariátrica, pois há outros serviços oferecidos, como consulta médica com endocrinologistas, de suporte psicológico, consultas fisioterápicas e nutricionais.

A equipe é formada por dois médicos cirurgiões, duas endocrinologistas, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma nutricionista⁷⁸.

Quando chegamos a essa clínica, encontramos uma grande sala onde os pacientes aguardam para o atendimento (descreveremos, a seguir, o fluxo de atendimento até a autorização para a realização do processo cirúrgico). A clínica atende por convênio e de forma particular; porém, em alguns casos, são tratados pacientes autorizados a iniciarem o processo cirúrgico por ordem judicial.

Em 2019, montamos nosso projeto na Plataforma Brasil, de forma a autorizar a pesquisa com pessoas. Conseguimos a autorização para contatar os pacientes da clínica, com o Dr. AC⁷⁹, cirurgião do aparelho digestivo e proprietário da clínica. Ele forneceu-nos os dados (de 2002 até 2019) que mapeiam o estrato social dos processos cirúrgicos realizados pela clínica.

Nesses dados, verificamos que, assim como as estatísticas nacionais, as mulheres são as que mais procuram a cirurgia bariátrica (72,7%), num total de 3.406 mulheres atendidas até 2019, com 27,3% de homens, num total de 1.278 cirurgias.

A faixa etária de pacientes que fazem a cirurgia varia, com um número considerável de pessoas entre os 20 e 50 anos que procuram o procedimento:

⁷⁸ In: <http://www.cetodi.com.br/sobre/>

⁷⁹ Doravante, por questões éticas, utilizaremos siglas para os nomes dos profissionais que entrevistamos.

AC - médico cirurgião

GF - psicóloga entrevistada

MP - médico cirurgião entrevistado

AA - fisioterapeuta entrevistada

MC - nutricionista entrevistada

na faixa dos 20 anos, cerca de 6,4% das cirurgias, 299 intervenções; dos 30 anos, cerca de 30%, total de 1283 cirurgias; dos 40 anos, cerca de 20%, um total de 1412 cirurgias; dos 50 anos, 953 cirurgias, perfazendo, até 2019, um total de 12,1%.

Obtivemos ainda os dados do estado civil dos pacientes: cerca de 60% dos pacientes são casados; 31%, solteiros; 7%, separados ou divorciados; quase 2% de viúvos.

Com relação à raça e etnia, 73,6% dos pacientes se autodeclararam de cor negra; 12% de cor branca; menos de 2% de origem asiática ou indígena. O que é interessante, pois, com relação à etnia, massivamente se autodeclararam hispano-americanos/latino-americanos (63%, com 2949 pacientes), de origem não hispano-americana/latino-americana (23,5%, com 1102 pacientes) e não especificada (13,4%, 633 pacientes)⁸⁰.

Quem é o paciente da cirurgia bariátrica? Quais as indicações para se fazer o procedimento cirúrgico? De acordo com os anexos da Resolução n. 1766 de 2005, do CFM, o cálculo do IMC é determinante para a projeção do que se tratará com relação ao peso do paciente e ao tratamento de sua saúde corporal e mental. Um IMC acima de 40, que indica o grau III de obesidade, já autoriza a prática cirúrgica. Além desse caso, há ainda as situações como:

Pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites e outras. Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado. Obesidade estável há pelo menos cinco anos. [O paciente deve fazer] Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz. [Deve haver] Ausência de drogas ilícitas ou alcoolismo. [Deve haver] Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados. (BRASIL, 2005, on-line)

⁸⁰ Cf.: Apêndices - apêndice 3.

Quando o paciente está com algum grau de obesidade, a clínica deve oferecer serviço e acompanhamento multidisciplinares, que se destinam a melhor atender o paciente com obesidade, de forma a verificar quais as especificidades dos casos clínicos.

Por ser um processo complexo, o pré-cirúrgico da redução de estômago deve integrar diferentes especialidades, como as descritas abaixo:

1º passo - consulta com endocrinologista, e realização de exames médicos, como exames laboratoriais (colesterol, triglicerídeos etc.) e E.D.A. (endoscopia digestiva alta);

2º passo - consulta com a equipe multidisciplinar do CETODI: retorno à endocrinologista, e consulta com nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga (essas consultas são fundamentais para que haja um mapeamento das condições de saúde do paciente, sejam físicas ou mentais);

3º passo - o paciente deve atender às exigências do nutricionista, para que possa chegar a um peso que não prejudique o processo cirúrgico;

4º passo - realizar os exames cardiológico e pneumológico para verificar o risco-cirúrgico;

5º passo - consulta com o médico cirurgião: entrega de pareceres de nutricionista e psicóloga, atestando a necessidade do processo cirúrgico;

6º passo - o paciente deve entregar o Termo de Consentimento Informado, que autoriza o procedimento cirúrgico e agendar a própria cirurgia.

Como nossa tese foca nas perspectivas e experiências de vida de pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica, a entrevista com a equipe multidisciplinar do CETODI se situa, de certo modo, à margem em relação ao que pretendemos. As contribuições desses profissionais nos auxiliaram a verificar as etapas do procedimento cirúrgico e o papel de sua prática no sucesso e na recuperação pós-cirúrgica do paciente, por um lado. De outro, ajudaram-nos a entender a complexidade de todo o processo.

Para AC, médico cirurgião chefe da clínica, o tratamento da obesidade é um processo

complexo, que não se finaliza em uma ou duas consultas com a equipe, mas que tem uma continuidade, que precisa ser acompanhado e estudado também pelo profissional. Cada caso é um caso único, tanto para as condições físicas, quanto pelas condições mentais.

Por que o tratamento da obesidade por vias cirúrgicas não deve se finalizar após a própria cirurgia? Porque o sucesso do tratamento advém de um trabalho contínuo desses profissionais, de modo que possam garantir que tanto a saúde física quanto a saúde mental dos pacientes não se agravem. A cirurgia bariátrica é só uma etapa nesse processo.

Há ainda que se falar nas complicações que podem resultar desse processo. Para os pacientes que optam pelo balão gástrico, os maiores problemas se dão com intolerância ao balão, e ocorrem muitos episódios de vômitos, além de úlceras e erosões gástricas, ou até mesmo o esvaziamento espontâneo do balão. Já a técnica restritiva *Sleeve*, pode ocasionar perda de vitaminas essenciais, com riscos de reganho corporal significativo com o tempo.

A cirurgia *Bypass*, por sua vez, é, tecnicamente, mais complexa, pois o há acesso limitado ao estômago e ao duodeno para métodos radiológicos e endoscópicos; é uma técnica passível de complicações, com as suturas; maiores chances de deficiências proteicas e anemia do que as cirurgias restritivas; o *dumping*, que é um sintoma de mal-estar causado após alta ingestão de açúcar e gorduras, cujos sintomas são: tremor, sonolência, visão turva, etc. (BRASIL, 2005, *on-line*)

As consultas com nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga são vitais para o bem-estar do paciente, de forma a também prevenir desde a primeira consulta até os problemas posteriores à cirurgia, pois são com os pareceres de toda a equipe que se estabelece a necessidade da intervenção cirúrgica, se coordenam as estratégias de prevenção e projetam-se as práticas pós-cirúrgicas:

independente do tempo entre a primeira consulta e a cirurgia, a equipe multidisciplinar precisa trabalhar de forma a liberar a cirurgia somente se o paciente estiver apto para fazer, principalmente em questões subjetivas da própria vivência. (ALMEIDA, 2013, p. 37)

O acompanhamento do fisioterapeuta e do nutricionista, como práticas primárias e posteriores, auxiliam nesse processo. A cirurgia por si não determina o sucesso médico que é a perda projetada de peso.

Sob a ótica da nutricionista MF.,

a nutrição é a etapa mais importante de toda cirurgia, pois a mudança de hábito alimentar é responsável pelo sucesso da cirurgia. Sem orientação adequada, o paciente se perde e recorre a antigos erros alimentares, como o consumo excessivo de açúcar e carboidratos em geral. Além disso, a má alimentação, associada ao sedentarismo, podem também influenciar no peso.

Vale considerar que o custo dessa alimentação, como apontado anteriormente, é alto. Para MF, há uma dificuldade não somente da adesão ao esquema alimentar, mas também um problema de acesso (seja pelas questões econômicas, seja pelo estilo de vida que a pessoa tem que manter, como a rotina de trabalho): “veja bem, você tem uma dieta rigorosa a ser seguida nos primeiros meses, com dieta líquida, depois pastosa, e muitos não têm a possibilidade de seguir à risca a dieta.” (MF, nutricionista CETODI).

Não somente as dificuldades exteriores se fazem presente neste processo. O próprio cuidado de si, o autocontrole e a força de vontade são colocados em xeque: “O que mais chama atenção no indivíduo obeso é a frequência com a mentira e enganação. Juram que não comem o que não está prescrito. Dizem, ‘mas eu só comi um dia aquilo’, ‘foi só um pedaço’, enfim, com a cirurgia, nos primeiros meses, há necessidade de manter-se focado. Muitas vezes passam mal por não seguirem o que foi determinado”.

Questionada sobre quem tem mais adesão ao programa e às propostas alimentares, MF afirmou que as mulheres são mais vaidosas e acessíveis, se

veem mais prejudicadas quanto ao peso, mas também são mais cuidadosas quando orientadas. Porém,

De um modo geral, o tratamento nutricional no primeiro ano pós-cirurgia é o mesmo entre homens e mulheres. Claro que existem individualidades. Mas como resultado, o homem tende a sumir do acompanhamento e, muitas vezes, quando volta, eu percebo um reganho de peso corporal. Já as mulheres tendem a ter mais controle, cuidado, zelo mesmo.

Uma alternativa para o sucesso e o emagrecimento planejado, de fato, é a escolha dos alimentos mais saudáveis. No entanto,

geralmente tem um custo maior. Também a reposição vitamínica e mineral tem um custo. E não é um custo acessível à maioria. Por isso o sucesso é resultado de um processo sistêmico: depende do acompanhamento, da alimentação, da força de vontade, da dedicação. (MF, nutricionista CETODI).

Para MF, casos de reincidência ocorrem com aqueles pacientes que não fazem acompanhamento adequado com a equipe.

AA é fisioterapeuta respiratória e intensivista e afirma que seu

papel é o de atuar junto à equipe multidisciplinar com objetivos específicos, dentro de uma visão integrativa. No pré-operatório, visa estratificar riscos de possíveis complicações respiratórias e circulatórias, estabelecer medidas terapêuticas de controle e no pós-operatório, de imediato ou tardio, com diferentes objetivos, desde profilaxia de complicações respiratórias e circulatórias até reabilitação física do paciente obeso.

Suas maiores dificuldades profissionais, antes e após a cirurgia está no fato de o paciente dever seguir corretamente todas as orientações prescritas para o prosseguimento em âmbito domiciliar. Para AA, “é importante que as orientações e exercícios, pré e pós-operatórios, sejam bem executados.

Um dos maiores desafios no pós-operatório, para AA, está na própria atuação diária do paciente:

Simplesmente, percebo que o obeso, no que concerne ao tratamento e acompanhamento, tende a mentir para si, burlar, compensar aqui e ali, por vezes, acaba por ignorar a necessidade da prática regular de exercícios físicos como medida terapêutica de controle da própria obesidade. E isso leva a um reganho com o tempo, pois acaba se acostumando.

Assim como MF, AA afirma que as condições materiais de vida interferem no sucesso ou insucesso da cirurgia, pois

Há necessidade de prática regular de exercícios físicos com acompanhamento profissional, alimentação equilibrada com acompanhamento nutricional, suplementação alimentar e outros, acompanhamento clínico, exames, reposição de vitaminas e sais minerais quando necessário. Tudo isso exige tempo e tem um custo.

Por isso, AA afirmou que obesos reincidentes, que apesar de uma minoria, são comuns:

Já estive com pacientes que 'reengordaram' no pós-operatório em diferentes níveis de reganho de peso. Até casos em que se tornaram mais obesos do que eram antes de operar. Geralmente, esses casos estão relacionados ao não acompanhamento pós-operatório e ou não seguimento das orientações da equipe multidisciplinar.

"Cada quilo tem uma história", disse-nos a psicóloga GF. Por isso o tratamento da obesidade não é somente o 'cortar e jogar fora' o que não nos cabe, mas é também eliminar o simbólico do peso. É um processo contínuo, e a terapia tende a ser uma alternativa a longo prazo. A vivência de uma pessoa obesa é demarcada, por vezes, como uma alternância entre o não ser (magro, ideal) e o que poderia ser. Recuperar a autoestima é essencial, por isso, o tratamento das condições de saúde mental do paciente se faz imprescindível.

Porém, GF, ao ser questionada sobre quais dificuldades profissionais ela encontra em seus pacientes, antes e após a cirurgia, afirmou que "a maior dificuldade é que realmente ainda não temos uma cultura no Brasil de que fazer terapia é normal. Convencer o paciente é o desafio."

O início de nossas entrevistas com pacientes da cirurgia se deu por intermédio da psicóloga GF: a indicação de 08 pacientes, sendo 05 que se identificavam com o gênero feminino e 03 com o gênero masculino.

Os mesmos indicaram outras pessoas que fizeram a cirurgia (não especificamente no CETODI, pois algumas pessoas passaram por processo cirúrgico em clínicas no Rio de Janeiro - capital -, em Campos dos Goytacazes, e Bom Jesus do Itabapoana).

Antes de tratarmos da fala e da história dos pacientes entrevistados, é válido apontar sobre o papel da terapia no processo de emagrecimento, seja cirúrgico ou não.

Quando projetamos essa tese, tínhamos como hipótese a ideia de que a gastroplastia (seja *Bypass* ou *Sleeve*) melhorava consideravelmente a vida de pessoas que eram obesas e viviam o dilema de ser fora dos padrões. De fato, dos nossos entrevistados, obtivemos mais de 85% de respostas positivas e de satisfação com o procedimento. Porém, 03 pacientes demonstraram que tiveram, após alguns anos, um reganho de peso. Interpelados sobre o andamento do processo, verificamos que todos não passaram pelo processo educacional da equipe multidisciplinar.

De certa forma, nossa hipótese encontrou um entrave: somente a cirurgia daria conta de recuperar a felicidade de pessoas que viveram presas aos quilos de seu corpo? Percebemos que o tratamento contra a obesidade é uma luta diária, que exige do paciente mais do que uma intervenção cirúrgica, pois as condições de saúde mental são determinantes na continuidade do processo.

Todos os pacientes já haviam realizado a cirurgia, alguns até já tinham feito há 10 anos. Pensávamos que, tendo como pressuposto o sucesso dos procedimentos cirúrgicos, encontraríamos pessoas que estivessem experimentando uma nova realidade de vida, mais saudável e - por que não?! - mais feliz. Porém nem todos trouxeram uma história atual de felicidade e satisfação. Ficam-nos as questões: a cirurgia opera e cura todos os problemas do obeso? Por que aceitamos o discurso do 'tem que ser magro, tem que ser esbelto, tem que ser *fitness*, tem que ser musculoso', sem, por vezes, percebermos que é possível o bem viver com o nosso próprio corpo? Não

haveria aqui também o dilema da aceitação de si? Afinal, não seria também uma violência simbólica a obrigatoriedade de ser o que não se é?

A vida de uma pessoa, que passou a infância e o crescimento como obesa, traz sempre histórias, nem sempre alegres: tragédias familiares, abusos, compulsões, angústias, necessidades de adequação, má alimentação, escassez econômica, exclusão social, busca pela aceitação (aos olhos dos outros e de si mesmo).

Quando perguntamos à psicóloga sobre quais situações lhe chamaram a atenção no decorrer de sua vida profissional no trato com pacientes obesos que fizeram a cirurgia bariátrica, categoricamente, afirmou que:

O que mais me deparo é com mulheres que passaram por abusos sexuais por parte de familiares e conhecidos. Muitos casos de abuso por parte de pai, tios, enfim, ainda é uma situação que acontece com pessoas que têm poder aquisitivo, pessoas de classe média, não são de classe baixa.

Casos de ganho de peso após morte de familiares, 'ah, engordei após a morte de meu pai' Há também os casos de ganho de peso, após morte de familiares.

Pessoas que trabalham embarcadas são um caso curioso, pois o controle rigoroso do peso sobre uma plataforma é fundamental. Nesse caso, é estranho porque os embarcados têm uma alimentação rica em carboidratos, calóricas, para compensar o fato de estar distante, embarcado, mas ao mesmo tempo a empresa exige um IMC baixo.

Além do paciente adicto, que muito é intenso, que troca compulsões por outra, acaba consumindo, trocando problemas.

Por isso, o papel do acompanhamento psicológico é essencial. O relato de GF nos aponta que:

A atuação do psicólogo é uma das ações mais importantes no processo de ganho e perda de peso. Porque hoje sabe-se que o psicológico é responsável de mais de 40% do sucesso da cirurgia bariátrica. O que leva a você a comer ou não comer, qualquer distúrbio alimentar, qualquer coisa que te leve a ter desvio de comportamento, que te leve a perder ou ganhar peso, está ligada ao seu psicológico. O psicólogo vai ajudar no

favorecimento do melhor procedimento que a pessoa está vivendo, seja obeso, anoréxico ou bariátrico. Não adianta fazer a cirurgia se você não entender o que te levou a ter esse peso exagerado. A pessoa vai operar novamente e ganhará peso, porque o psicológico não foi trabalhado. Os fatores que levam esse paciente a comer e consumir de forma desregrada, não foram trabalhados. Vai operar e vai continuar com desejo, de compensar essa vontade. Nosso cérebro tem a capacidade de nos proteger e nos favorecer aquilo que inconsciente nós queremos. Uma paciente me falou assim, quando me dei conta, engordei 10 quilos, quando dei conta engordei 20 quilos. Por que essa pessoa não se deu conta com 1 ou 2 quilos? Porque ela nega esse processo, porque precisa disso, precisa comer, se compensar, então ela nega e entra num ponto de negação, para depois se dar conta que engordou tantos quilos. Por isso o psicólogo é importante, para ajudar o paciente a entender o seu eu, para que possa ter condições para combater aquela coisa que incomoda, seja o ganho de peso, a bulimia, qualquer coisa que envolva o corpo, aquilo que causa desconforto.

O caso da paciente 16 é o retrato do impacto que a falta do acompanhamento clínico resulta no processo pré e pós-operatórios.

Ela tem 42 anos⁸¹, é advogada, casada, com renda familiar de 04 a 05 salários mínimos, com 02 filhos. Sua cirurgia foi a gastropatia em Y-de-Roux, a *Bypass*, custeada pelo plano de saúde. Porém, na entrevista, a paciente declarou que apenas consultou o médico, fez os exames clínicos necessários e realizou o procedimento cirúrgico, sem passar pela equipe multidisciplinar, sem buscar compreender quais as causas que a levaram a começar a engordar quando tinha seus 19 anos, como nos relatou. A paciente antes da cirurgia tinha 122 quilos, com 1,78m, IMC⁸² de acima de 30, determinando o grau I de obesidade. Com a cirurgia, manteve, por um tempo, a perda de peso, porém o reganho foi considerável: a paciente estava pesando 125 quilos quando a entrevistamos.

⁸¹ Todas as entrevistas com pacientes se deram no ano de 2021. Portanto será apontada a idade do(a) paciente no tempo da entrevista.

⁸² Apesar de discussões acadêmicas sobre a eficiência do IMC (REUTERS, 2006), utilizaremos o cálculo para que possamos identificar em qual grau de obesidade encontravam-se os pacientes entrevistados quando realizaram a cirurgia. Sobre os limites de se pautar somente no cálculo de IMC, sugerimos a leitura de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe1808200603.htm>;

<https://nutrindoideias.com/saude/imc/>

<https://www.scielo.br/j/rn/a/zDTgd5qK8hjPKMVmfSDPGgs/?lang=pt>

Não há ainda um número que reflita exatamente quão significativa é a educação com a equipe multidisciplinar para que o sucesso da cirurgia se assegure a longo prazo. Porém parece-nos ser consenso que o trato educacional da saúde física e mental é imprescindível para que o paciente mantenha-se focado no processo. Cirurgia bariátrica não é sinônima de emagrecimento fácil, pois envolve riscos, dedicação, cuidados (pois há a necessidade de continuamente fazer uso de suplementos que reponham vitaminas, ferro e cálcio).

É o que afirmou Schainberg (2020, *on-line*):

(...) os estudos que avaliam os pacientes dissonantes pós-cirurgia endossa-se que um dos fatores principais é a expectativa de perda de peso fracassada, indicando que a educação com a equipe multidisciplinar tem um papel fundamental na preparação do paciente pré-operatório para resultados pós-operatórios esperados em comparação com as expectativas do paciente dos resultados desejados.

Embora o modesto ganho de peso seja uma ocorrência natural após cirurgia bariátrica, o compromisso contínuo necessário para manejar a perda de peso é feito de forma atrasada pelos pacientes que se sentiram despreparados e decepcionados com seu resultado cirúrgico.

Educação pré-operatória que abertamente discuta os desafios e obstáculos comuns no pós-operatório e enfatizando que o objetivo não é simplesmente perder peso, mas aprender como manter a perda de peso, pode ajudar a promover um controle interno e moderar as expectativas e satisfação do paciente com a cirurgia. Apoio, educação e acompanhamento pré e pós-operatório deveriam ser considerados uma parte padrão do atendimento, e não apenas conforme a necessidade, porque eles parecem ser essenciais na promoção de resultados cirúrgicos bem-sucedidos além do fornecimento de suporte de saúde mental específico para pacientes bariátricos. (grifos nossos)

Fica claro que a cirurgia, *per se*, não trará o emagrecimento e a sua manutenção a longo prazo. É preciso que haja mais, para além da cultura da medicalização da existência, que predetermina o corpo como objeto de

manipulações⁸³ e torna – por meio do discurso de poder médico – a alternativa cirúrgica como única saída para questões corporais. Perceber o corpo obeso apenas como corpo doente em sua exterioridade é deixar de ver uma lacuna que existe e é sobrepujante: a saúde mental. Descontextualizar a narrativa do ser é retirar o entendimento de causas que podem elucidar as realidades para a melhoria ou para sanar os problemas de saúde, seja física ou mental.

A psicóloga GF trouxe-nos uma história interessante sobre a necessidade do trato psicológico:

É fato e sabemos que o acompanhamento é essencial. Uma das coisas que pergunto é quando foi o ganho de peso? Desde quando você tem esse aumento de peso? Esse indivíduo tem uma história, na formação de sua vida e de sua personalidade. Nós somos seres integrados, não somos parte: não tratamos só o corpo, só espiritual, só o corpo, mas tratar o sujeito de forma integrada. Quantas vezes o médico encaminha o paciente... a pessoa começa a fazer o tratamento comigo e daí uns 2, 3 meses deslança a perder peso. A gente retém o peso, sabe, cada quilo tem uma história. Quando você começa a perder peso é como se inconscientemente você quisesse recuperar aquele peso, pois aqueles quilos representam algo, não se perde quilos somente materiais, mas quilos emocionais. Um exemplo: uma paciente que foi molestada e, quando o parente que a molestava, corria para debaixo da cama e levava com ela o que iria comer debaixo da cama. Quando ela foi fazer a entrevista, ela estava bem, tranquila e depois de 2 anos voltou com pensamento suicida, depressiva e durante a terapia ela relatou essa história. Quando ela perdeu peso, ela se tornou mais atraente, mais desejada, mas essa relação com o desejo que ela despertava nos outros, fez com que ela voltasse à sua infância, naquelas emoções quando criança em que ela era desejada pela pessoa que a molestava. Ela pirou, se desestruturou completamente e aí ela não suportou viver com a lembrança. Mas continuou com a terapia e hoje ela está bem. Se ela não tivesse buscado ajuda, estaria 'surtada'. Você veja, perder peso, eliminar os quilos é mexer naquela caixa de Pandora, é buscar uma compensação. Se não tratar, a conta chega.

No ano de 2016, em entrevista para a Rádio França Internacional (RFI), o ex-presidente da SBCBM, Dr. Josemberg Campos, afirmou que a cirurgia

⁸³ Não nos iludimos na confecção de nossa tese, a cirurgia bariátrica é também, sob a ótica econômica, um processo rentável: entre 20 e 40 mil reais, dependendo das necessidades do paciente.

deveria ser acompanhada de uma contínua vigilância, pois a obesidade seria para ele 'uma doença crônica incurável' (MENDES, 2016, on-line). Aqui, inevitável questionar qual seria o preço dessa eterna vigilância, já que há de se considerar que é possível o reganho de peso – em especial, quando não há o devido acompanhamento e mesmo a própria dedicação do paciente no pós-cirúrgico, que consiste especificamente numa dieta nutricional, suplementação vitamínica, prática de bons hábitos alimentares e exercícios regulares.

O reganho de peso na cirurgia é um problema porque: a) quando o paciente realiza a cirurgia no método *Bypass*, terá de repor nutrientes como vitamina D12, cálcio e ferro continuamente, mesmo se engordar; b) pode levar a problemas maiores relacionados à sua saúde física e emocional; c) há um custo pré e pós-operatório, considerável e dispendioso, tanto para a realização de exames quanto para a aquisição de remédios e suplementos.

Passar pelo processo cirúrgico não é simples, mas invasivo, dolorido e com regras bem claras a serem obedecidas⁸⁴. É preciso também reeducar e buscar alternativas às condições e práticas de alimentação.

Pacientes que perdem o seguimento multidisciplinar tendem ao reganho de peso. Quando perguntada sobre a reincidência ou reganho de peso, a psicóloga GF nos relatou que

Há poucos [pacientes] que voltam, porque às vezes têm reganho e não voltam. Há outros que voltam e pedem socorro. Já tive um caso de paciente que perdeu 70 quilos e voltou com reganho de 50 quilos. Por que esperar para pedir ajuda? Às vezes é vergonha ou negação de aceitar que está precisando de ajuda. Hoje eu atendi dois pacientes, operados há 5 anos, um ganhou 15 quilos, na pandemia. Ele veio porque queria acompanhamento nutricional e psicológico. Da mesma forma há pessoas que perderam peso, por estarem preocupadas em ganhar peso na pandemia, e outras que ganharam peso, de fato, na pandemia por estarem isolados, com medo etc. Então perguntar é necessário: o que fez com que esse paciente ganhasse peso na pandemia? No isolamento, as questões sobre

⁸⁴ Um colega que recentemente havia feito a cirurgia e, cerca de 01 mês após, ainda vivendo todo o pós-cirúrgico, com os remédios e atividades, havia ingerido um alimento não recomendado, um salgadinho, quibe, em uma lanchonete *fast-food*. Seu quadro agravou, alguns pontos em seu estômago arrebentaram e/ou danificaram-se. Lembro-me que ele ficou inconsciente por alguns dias.

si voltaram, vieram à tona, como medo de perder emprego, medo de morrer, medo de não ter dinheiro, e daí o consumo de bebida alcoólica e de comida calórica aumentarem. Cada caso é um caso. Não há receita de bolo pronta.

Já sobre as condições materiais de vida na relação com o sucesso ou fracasso do processo cirúrgico, a psicóloga GF foi categórica ao afirmar que elas

Interferem, sim, porque a gente aqui [no CETODI] atende pessoas que fazem a cirurgia pela justiça. Um exemplo: um paciente conseguiu a cirurgia pela justiça porque não tem condições nenhuma de pagar, mas se ela não conseguir judicialmente cobertura para todas as despesas, não terá dinheiro para comprar remédios, alimentar de forma saudável, fazer exercícios, manipular os remédios que não são baratos. Eu sempre pergunto se pediram no processo a cobertura integral. Há casos de maridos que têm planos por empresa e cobrem a família, mas não têm renda suficiente para dar continuidade.

O pós-operatório de cirurgia bariátrica depende de reposição de vitaminas e suplementos que são caros para a maioria das pessoas. Além disso, há o aconselhamento à prática de atividade física aeróbica e musculação, além de acompanhamento médico, psicológico, nutricional e de um profissional da educação física, também, serviços esses que também são relativamente caros.

Por isso que o trabalho com os dados biográficos e com as condições de saúde (física e mental) trazidos pelos pacientes, no momento das consultas com a equipe multidisciplinar, torna-se o ponto de partida para o tratamento da doença da obesidade, desde os transtornos psíquicos aos problemas nutricionais.

Corroborando as estatísticas de que mais mulheres procuram o tratamento da obesidade, a psicóloga GF, a partir de suas consultas, relatou-nos que, com relação ao sucesso ou resistência ao tratamento, as mulheres tendem a obter mais sucesso no tratamento (lembremos que mais mulheres também são tratadas pela clínica).

Olhe, o maior percentual [de cirurgias realizadas] é de mulheres, maior do que de homens. Se eu pegar meu universo de pacientes eu diria que não vejo muita diferença [quanto a sucesso e resistência], o que vejo é que se operam mais mulheres. Se fosse comparar, talvez os homens tenham mais reganho. São muitas mulheres operadas, a mulher é mais vaidosa, cuida-se mais, o homem perde peso, mas relaxa. Mas isso acho que vai por causa da região. Talvez nos grandes centros haja uma resposta diferente. A mulher quando busca, na maioria das vezes, está insatisfeita com o corpo dela. O homem é na maioria das vezes por comorbidades, doença ou até por trabalho. A resistência ao tratamento acho que é mais por parte de homens. São os que mais somem do consultório. Operam e acham que não precisam mais e não voltam.

Dr. MP é médico cirurgião do aparelho digestivo e integra a equipe do CETODI há 06 anos. Mestre em cirurgia pela UFMG, Dr. MP tem 36 anos e atua operando pessoas obesas. Encontramo-lo em uma consulta médica e, prontamente, agendamos nossa entrevista.

Para MP, há dificuldades que circundam tanto o processo pré e pós-operatório:

No pré-operatório as principais dificuldades estão no campo psiquiátrico. A grande maioria dos pacientes apresenta transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e compulsão alimentar.

No pós-operatório, os quadros de deficiência de vitaminas e reganho de peso, devido ao abandono do tratamento, estão entre as principais dificuldades.

Não podemos negar que há dificuldades, entre elas a da compulsão alimentícia: um transtorno que, se não devidamente tratado, pode levar ao fracasso do procedimento. Para o médico entrevistado,

As situações mais graves foram casos de compulsão alimentar, que passaram despercebidos nas entrevistas pré-operatórias, e que exacerbaram no pós-operatório imediato (os casos diagnosticados, antes, são tratados diretamente com psiquiatra). Em alguns casos, houve complicações graves, com necessidade de cirurgias de urgência, devido à ingestão de

quantidades que o estômago não suportava, levando a perfurações gástricas e fístulas.

Em sua perspectiva, Dr. MP, ao ser perguntado sobre o sucesso e a resistência do tratamento, considerou que os pacientes que se identificam com o masculino tenderiam a ter mais resultados positivos pós-cirurgia, por motivos hormonais e metabólicos que são favoráveis ao sexo. Já em relação às mulheres, afirmou que são mais disciplinadas no seguimento ambulatorial (cuidado pré e pós-cirúrgico).

Pressupusemos, quando projetávamos essa tese, que os entrevistados seriam pessoas que estariam, após anos de cirurgia, sentindo-se bem com o seu corpo, sua saúde física e mental.

De fato, como veremos mais à frente, a maioria dos entrevistados, hoje, vivem bem com seu corpo, sentem-se satisfeitos pelo processo e recomendam a cirurgia. Porém a fala de alguns desses entrevistados nos despertou para um alerta, pois haviam engordado substancialmente: veremos que o processo cirúrgico é mais do que a própria operação, pois o acompanhamento médico, pré e pós-cirúrgico, psicológico, fisioterápico e nutricional são imprescindíveis.

Os dados sobre a obesidade nos mostram um cenário social e econômico alarmante e com sinais catastróficos. Dr. MP afirmou que a própria OMS, há anos, considera a obesidade uma epidemia. Para ele, a mudança da relação de trabalho, o consumo de alimentos ultraprocessados, a pouca prática de atividade física da população em geral e o estresse do mundo moderno são os principais fatores que desencadeiam o aumento de casos. No Brasil, esses índices têm aumentado principalmente nas capitais, como citam as pesquisas do IBGE/Vigitel (BRASIL, 2020b).

De acordo com o estudo publicado pela Lancet (LIPORACE, 2019), vivemos uma *sindemia global da obesidade* que é a

“presença de dois ou mais estados de doença que interagem de forma adversa entre si, afetando negativamente o curso mútuo de cada trajetória da doença, aumentando a vulnerabilidade e

tornando-se mais deletérios por iniquidades experimentadas” (LIPORACE, 2019, p. 5)

E, para que possamos combater tal sindemia, ações políticas plurais, sistêmicas e coletivas seriam necessárias:

para enfrentar a Sindemia Global, é primordial repensarmos radicalmente o modo como comemos, vivemos, consumimos e nos movemos. **Os sistemas alimentares, as cidades, os meios de transporte e as instalações recreativas devem ser concebidos de forma holística**, levando em conta o impacto na saúde e no bem-estar das pessoas e do planeta. E os países de baixa e média renda (LMICs) precisam ser protegidos de práticas exploratórias e predatórias de empresas de alimentos e bebidas, e apoiados para alcançar um crescimento econômico sustentável e saudável. (Ibidem) (grifos nossos)

No próximo capítulo, apresentaremos as entrevistas que realizamos em nossa tese, de forma a conjugar os aspectos teóricos sobre as representações de corpo e gênero, por meio das vozes de pessoas que foram obesas, em algum momento de sua vida, e que passaram pelo procedimento da cirurgia bariátrica.

4 Corpos de mulheres e homens obesos

*O corpo existe e pode ser pego.
É suficientemente opaco para que se possa vê-lo.
Se ficar olhando anos você pode ver crescer o cabelo.
O corpo existe porque foi feito.
Por isso tem um buraco no meio.
O corpo existe, dado que exala cheiro.
E em cada extremidade existe um dedo.
O corpo se cortado espirra um líquido vermelho.
O corpo tem alguém como recheio.
(Arnaldo Antunes)*

O corpo obeso é corpo estigmatizado, disforme, rejeitado.

Essa nossa assertiva encontra sua razão na história de mulheres e homens que viveram como obesos em sua infância (e tiveram a difícil convivência com os apelidos, com o ‘não’ nas brincadeiras, e com as piadas em família), na adolescência (e a sua frustração entre a aceitação e a rejeição) ou mesmo na vida adulta (e o fardo de viver, por vezes, sob a fraqueza do cansaço do peso e dos seus problemas): o corpo obeso é corpo que está sujeito ao olhar desconcertante – sobre como se deve ser e estar, aquilo que é reconhecido como o padrão: corpo obeso, corpo *démodé*, fora de seu lugar.

Neste capítulo, apresentaremos as informações e relatos colhidos dos pacientes da cirurgia de forma a conjuga-los com as considerações e perspectivas críticas sobre a obesidade. Em seguida, com as respostas das pessoas entrevistadas, alinhadas à sequência crítica tracejada na tese, discutiremos sobre as relações sobre o corpo e a sua identidade, como se representa e é relatada a vida social e afetiva de uma pessoa obesa, os estigmas e a experiência com a perda (e reganho) de peso. Ainda traremos nossas posições sobre a doença da obesidade.

4.1 Os pacientes

Na elaboração de nossa tese, havíamos levantado a hipótese de que mulheres obesas eram mais suscetíveis a passar pelo processo cirúrgico, motivadas pela cobrança social (a que mulheres de todos os tempos têm se sujeitado), assim como pensávamos que as suas experiências de vida retratariam os impactos e as múltiplas formas de violência simbólica que advêm com o próprio excesso de peso, com a corporalidade fora dos padrões estéticos vigentes; já com relação aos entrevistados do sexo masculino, acreditávamos que a busca pela cirurgia se constituiria como um recurso que, sem descartar todo o apelo estético, seria mais utilizado e buscado quando houvesse complicações e problemas de saúde.

Com as entrevistas, percebemos que a preocupação consigo, seja estética ou social – esta, de uma forma implícita –, imiscuía-se também no discurso, assim como a história de convivência como aquele ou aquela cujos corpos se apresentam como diferentes do que se espera ‘ver’: o corpo obeso se destaca, sempre; a questão, porém, são as sentenças e julgamentos que determinam o valor do corpo obeso.

Com os relatos, as histórias de vida vêm escritas no próprio corpo: de um lado, experiências e vivências na busca por alternativas para a cura da doença, quando economicamente acessíveis, como dietas, remédios, vitaminas, etc.; por outro, um histórico de problemas físicos e psicológicos, alimentados pela violência simbólica direcionada ao corpo obeso, que, por vezes, quase consumiram a personalidade, a identidade e a autoestima dessas pessoas (STENZEL, 2003). A pessoa obesa convive com o corpo que não lhe cabe e, de fato, às mulheres, o discurso de um corpo perfeito determina e molda comportamentos.

Entrevistamos 27 (vinte e sete), sendo 20 (vinte) que se declararam do sexo feminino, 07 (sete) se declararam como do sexo masculino, sendo que 02 destes se declararam como homoafetivos. Todos os entrevistados haviam

passado pelo processo cirúrgico bariátrico, em clínicas particulares, sendo que as cirurgias foram pagas por plano de saúde (20), por pagamento em espécie (5) ou por ordem/determinação judicial (02).

Tabela 01: dados sexo/gênero/faixa etária/renda/escolaridade dos pacientes

PACIENTE	SEXO/GÊNERO	FAIXA ETÁRIA	RENDA	ESCOLARIDADE	RAÇA / ETNIA
1	Feminino	34	03 salários	Superior completo	Negra
2	Masculino	42	03 salários	Ensino Médio	Branco
3	Feminino	41	05 salários	Superior completo	Branca
4	Feminino	43	05 salários	Superior completo	Branca
5	Masculino (homoafetivo)	39	10 salários	Superior completo	Branco
6	Feminino	28	02 salários	Superior incompleto	Branca
7	Feminino	42	05 salários	Superior completo	Negra
8	Feminino	43	02 salários	Superior completo	Negra
9	Feminino	28	02 salários	Superior incompleto	Branca
10	Feminino	40	03 salários	Superior completo	Branca
11	Feminino	46	10 salários	Superior incompleto	Branca

12	Masculino (homoafetivo)	32	05 salários	Superior completo	Branco
13	Masculino	44	05 salários	Superior completo	Branco
14	Feminino	28	03 salários	Superior completo	Branca
15	Feminino	42	05 salários	Superior completo	Branca
16	Feminino	42	05 salários	Superior completo	Branca
17	Feminino	29	03 salários	Superior completo	Branca
18	Masculino	43	05 salários	Superior completo	Negro
19	Masculino	46	10 salários	Superior completo	Branco
20	Masculino	35	04 salários	Superior completo	Branco
21	Feminino	39	03 salários	Superior completo	Branca
22	Feminino	34	10 salários	Superior completo	Branca
23	Feminino	50	07 salários	Superior completo	Branca
24	Feminino	46	05 salários	Superior incompleto	Branca
25	Feminino	41	05 salários	Superior completo	Branca

26	Feminino	50	10 salários	Superior completo	Branca
27	Feminino	32	05 salários	Superior completo	Branca

Fonte: autores

Como entrevistamos pacientes da cirurgia bariátrica de clínicas particulares, temos 09 pacientes com renda de até 03 salários; 11 com renda de até 05 salários; e 07 pacientes com renda acima de 05 salários.

Quanto à faixa etária, 04 pacientes com até 30 anos; 08, entre 30 e 40 anos; 15, acima de 40 anos. Iniciamos as entrevistas com pacientes que foram indicados pela psicóloga de uma clínica particular e aqueles que foram indicados pelos próprios pacientes, em sua maioria, possuíam condições socioeconômicas favoráveis.

A maioria dos entrevistados se autodeclarou como da cor branca; quatro se autodeclararam como pretos⁸⁵.

Perguntamos aos pacientes o que os levaram a buscar a cirurgia bariátrica e definimos os critérios como *Saúde*, *Estética* e *Pressão Social*. 19 pacientes afirmaram que questões de saúde pessoal foram determinantes para a escolha do processo cirúrgico. Desses, três pacientes relataram que a pressão social, atrelada à estética e saúde, motivaram a escolha pela cirurgia. Outros cinco pacientes relataram que o fator estético foi o principal para o processo cirúrgico. Mesmo que tenham relatado o critério de saúde, pela entrevista, percebemos como a pressão social exercida por membros familiares, ou mesmo nos ambientes sociais (locais de lazer, trabalho), torna-se um demarcador da presença de discursos de estigma.

⁸⁵ O objetivo da tese não é discutir a relação obesidade, classe, raça e etnia, porém acreditamos que um posterior trabalho com pacientes da cirurgia bariátrica, que tenha sido feita por meio do SUS, poderia nos dar um entendimento diferenciado das perspectivas socioeconômicas do paciente, no que concerne à obesidade, as condições de sustentação com o procedimento cirúrgico e com as práticas e cuidados pós-cirúrgicos.

Conheçamos, então, um pouco do histórico de nossos entrevistados.

4.1.1 – Quem são os nossos entrevistados?

Paciente 01⁸⁶

A Paciente 01 é do sexo feminino, tinha 34 anos, quando a entrevistamos. Ela foi indicada pela psicóloga GF. Ela se declara preta, é casada, enfermeira, mora com o marido e dois filhos. Seu IMC, em 2019, era de 34,7, o que configurou a obesidade em grau II. Ela tinha 100 quilos quando fez a operação, aos 26 anos. O método foi Sleeve. Apesar de estar acima do peso, ela sonha em fazer uma abdominoplastia, e retirar o excesso de pele e gordura de suas pernas. Disse-nos que sempre esteve acima do peso:

Eu sempre fui mais uma criança e também adolescente gordinha. Sempre fui compulsiva, aí começava o processo de emagrecer, mas eu parava no meio, parava. Comecei a perder um peso legal antes de casar, depois nunca mais consegui, foi quando optei pela bariátrica.

Paciente 02

O paciente 02 é do sexo masculino, declara-se como branco, é músico, tinha 42 anos, quando o entrevistamos. Foi apresentado pela psicóloga GF. É casado, mora com a esposa e seu filho. Seu IMC, em 2019, era de 27,2, o que configurou o sobrepeso, obesidade grau I. Ele tinha 116 quilos quando fez a operação, aos 39 anos. O método foi Sleeve e paga pelo plano de saúde. As questões de saúde física foram fundamentais para que realizasse a cirurgia

⁸⁶ Nas transcrições das falas dos entrevistados, mantivemos as repetições, desvios da norma, além de indicarmos as pausas e momentos de risos ou outras expressões, que estão entre chaves [].

bariátrica. Sobre sua infância, afirmou que sempre foi obeso. "Sempre fui gordinho, mas nos últimos 15 anos, houve um aumento excessivo de peso".

Paciente 03

A paciente 03 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca, bombeira, professora de Matemática, e tinha 41 anos, quando a entrevistamos. Foi indicada pela psicóloga GF. É divorciada, mora com sua filha. Seu IMC, em 2019, era de 28,7, o que configurou um sobrepeso, obesidade grau I. Ela tinha 115 quilos quando fez a operação, aos 37 anos. O método foi *Bypass*. Sua cirurgia foi pelo plano de saúde. Apesar de estar um pouco acima do peso, ela não pretende fazer nenhuma cirurgia plástica. Sobre sua história na infância, afirmou que sempre foi obesa, mais do que as demais crianças de seu tempo e de seu convívio diário na escola. Sua cirurgia foi feita pelo plano de saúde.

Seu relato é esclarecedor, pois denota como é conturbada a relação do obeso com a alimentação, seja um empecilho para a libertação psíquica do indivíduo ou mesmo uma válvula de escape para a deterioração da própria saúde:

Eu era gordinha, mas sempre muito ativa. No período da adolescência, comecei a ficar com corpo mais afeminado, mesmo, e aí emagreci um período, **mas sempre foi uma guerra entre mim e a balança**; nesse período da adolescência veio uma tristeza - tenho a impressão de que me acostumei a viver com uma certa depressão, achava que era normal viver do jeito que eu vivia - e a comida realmente era meu refúgio. Em todas as situações acabava nela. Oscilei bastante. Quando adulta, entrei pro corpo de bombeiros, entrei com peso ideal, sempre muito ativa, depois comecei a trabalhar mais no setor administrativo, casei, tive filho, aí perdi o controle, cheguei aos 115 kg. Aí, vieram vários problemas e a alimentação sempre a salvação para aquela felicidade temporária que a gente sente. Nesse período, depois que tive minha filha, tive uma depressão pós-parto. Quando comecei a fazer o tratamento vi que era diferente de tudo o que tinha vivido. Nesse período vi a necessidade de cuidar do meu físico também. Porque de repente poderia não acompanhar minha filha.

Ouvi [da cirurgia], mas nunca pensei, engraçado, quando era jovem eu pegava um número [de roupa], eu já estava

engordando, pegava um número enorme e falava, não é possível, isso vai entrar em mim. Eu ia pra cabine e não entrava. Minha cabeça não entendia que eu estava enorme. Engraçado é que quando eu fiz a redução, eu pegava o enorme, sabe, aquela roupa GG, achando que talvez entre, e ficava largo. Interessante a cabeça da gente, né?!

Depois da cirurgia, por um bom tempo, foi exatamente mantido como tinha de ser, mas depois, minha cabeça de novo começou a ter umas armadilhas aí, nesse período de pandemia, parei com atividade física, com tudo e já me vi de novo fugindo atrás da comida, querendo a comida como refúgio. Sempre foi essa luta de engorda e emagrece, engorda e emagrece. É lógico que a pressão social e minha mesma porque não ficava satisfeita como estava, ou meu rendimento não era o mesmo. A minha asma também me cobrava.

Paciente 04

A paciente 04 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca, nutricionista e bombeira também, foi indicada pela Paciente 03, tinha 43 anos, quando a entrevistamos. É solteira, mora sozinha, mas convive com o filho diariamente. Seu IMC, em 2019, era de 25,6, o que configurou um sobrepeso, leve, mas ainda um sobrepeso. Ela tinha 113 quilos quando fez a operação, aos 42 anos. O método foi *Bypass* e sua motivação para a cirurgia foi basicamente as questões de saúde e de estética que se sobrepuseram. A paciente 04, no dia da entrevista, estava de licença por se recuperar de uma cirurgia reparadora que era a abdominoplastia. Apesar de tomada pelos remédios, mostrou-se muito bem disposta, e a fisionomia de seu rosto mostrava-nos uma pessoa magra.

Paciente 05

O paciente 05 autodeclara-se como branco e homossexual. Professor e arquiteto, tinha 38 anos, quando o entrevistamos. Foi apresentado pela psicóloga GF. É casado, mora com o marido e seus dois filhos.

Seu IMC, em 2019, era de 26,9, o que configurou o sobrepeso. Ele tinha 129 quilos quando fez a operação, aos 31 anos. O método foi *Bypass* e pago

pelo plano de saúde. As questões de saúde física foram fundamentais para que realizasse a cirurgia bariátrica: tinha antes da cirurgia taxas altas, pressão que oscilava, pré-diabetes, assim como um problema de hérnia de disco que o impossibilitava, por vezes, de exercer o trabalho de arquiteto. De fato, a pressão social também teve relação direta com sua decisão pela cirurgia.

Sobre sua infância, afirmou que sempre foi obeso. Suas experiências socioafetivas foram relatadas e nos mostraram como o dilema com o peso e com a autoimagem se faz presente na vida de muitas pessoas que convivem com a obesidade.

Sempre tive acima do peso, desde criança, mas depois dos 9 anos, quando meu pai passou por problemas de saúde grave, eu engordei, meu irmão ainda nasceu e assumi a responsabilidade dele, então a ansiedade me fez engordar muito. Logo depois, tive alguns episódios que emagreci muito, com 12 anos, e aí minha mãe colocou a gente numa dieta rigorosa, porque meu pai era cardíaco. Depois quando mudamos de cidade, a ansiedade voltou e desregulou muito. Aos 19 anos eu comecei a faculdade, emagreci por causa da má alimentação, noites mal dormidas, eu emagreci, mas na verdade eu deflinhei, fiquei muito adoentado, estava magro, mas as taxas estavam altas, triglicérides, colesterol, ferro baixo. Em 2007, eu fiz uma cirurgia de ginecomastia, para retirada glândulas mamárias, uma exigência era emagrecer, eu tive que perder peso, perdi 10 quilos, fiquei quase 2 anos com o mesmo peso, ficava entre 105 e 115 kg, mas o meu auge foi 100 quilos. Depois que mudei para Itaperuna, comecei a engordar uma média de 2 quilos por semestre até chegar ao peso e todos os problemas que vieram. Na infância, a minha mãe sempre controlou e foi rigorosa, engordei muito quando mudei mesmo.

Paciente 06

A paciente 06 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 42 anos, quando a entrevistamos. É técnica de enfermagem. Foi apresentada pela psicóloga GF. É casada, mora com o marido e seu filho. Seu IMC, em 2019, era de 31,2, o que configurou uma obesidade em grau II. Ela tinha 103 quilos quando fez a operação, aos 34 anos. O método foi Sleeve e a cirurgia foi paga pelo plano de saúde. Para ela, as condições de sua saúde física, a pressão social e a sua percepção do próprio corpo colaboraram para a decisão da escolha de fazer a

cirurgia e também complementar com duas cirurgias plásticas (lipoaspiração e abdominoplastia).

Sobre sua infância, assim expôs:

Na infância fui magra, minha mãe me lotava de vitamina, famoso Biotômico Fontoura [risos]; eu lembro que ela me dava sulfato ferroso para engordar. Até os 13 anos muito magra. Depois que menstruei comecei a ganhar corpo. Até os 19 anos não me percebia como gorda, mas cheinha, um corpo normal. Dos 24 anos comecei a engordar. Quando casei estava pesando uns 92 quilos, estava bem gorda; fiz tratamento para engravidar, tinha ovários policísticos, tomando hormônios e daí eu engordei muito, também pela ansiedade de tentar engravidar. Tive pré-eclâmpsia, perdi meu filho com oito meses, engordei muito nessa época, de nervoso. Comecei a ser hipertensa, glicose subindo, optei por fazer a cirurgia.

Paciente 07

A paciente 07 é do sexo feminino, autodeclara-se como negra e tinha 28 anos quando a entrevistamos. É estudante universitária e professora do ensino fundamental. Foi indicada pela paciente 06. É solteira, mora com a mãe. Seu IMC, em 2019, era de 42,5, o que configurou uma obesidade em grau III, um grau perigoso e elevado, porém, ela tinha 175 quilos quando fez a operação, aos 27 anos. O método foi Bypass, e a cirurgia foi custeada por meio de determinação/ordem judicial⁸⁷.

Quando a entrevistamos, estava com 1 ano e 7 meses de cirurgia, pesava, então, 103 quilos. Uma perda de 72 quilos. Ainda que estivesse com o IMC alto, 38,8, obesidade no grau II, no dia da entrevista aparentou-nos saudável, alegre, ciente de que ainda estava no processo de emagrecimento, “um dia de cada vez”.

As condições de sua saúde física, a pressão social e a sua percepção do próprio corpo colaboraram para a decisão da escolha de fazer a cirurgia e ela

⁸⁷ Cf.: <https://stj.jusbrasil.com.br/noticias/2622137/cirurgia-bariatrica-uma-conquista-medica-e-judicial>

deseja, assim que houver uma estabilização do peso, complementar com duas cirurgias plásticas (próteses de silicone nos seios e abdominoplastia). No entanto, a escolha pela cirurgia estava na relação com o seu trabalho: ela é professora de ensino fundamental e tem dificuldades, pois, ao dar aula para crianças, ela tem que se movimentar, brincar, gesticular etc.

A paciente 07 relatou-nos que sempre foi “gordinha, desde bebê, a infância inteira.” Aos 11 anos, sua mãe começou a procurar médicos para fazer dietas e quando seu pai morreu aos 16, os problemas e as compulsões se fortificaram: “fiquei mal, triste, vários problemas depressivos, perdi o controle e cheguei aos 136 kg, com 16 para 17 anos”.

Paciente 08

A paciente 08 é do sexo feminino, autodeclara-se como negra e tinha 43 anos quando a entrevistamos. É assistente social. Foi indicada pela paciente 07. É divorciada, moradora da cidade do Rio de Janeiro, mora a sua filha, sua mãe, sua irmã, namorada da irmã e o filho da namorada.

Seu IMC, em 2019, era de 28.6, o que configurou o sobrepeso, obesidade grau I. Ela chegou a 125 quilos quando fez a operação, aos 40 anos. O método foi Bypass e paga pelo plano de saúde. Quando a entrevistamos, parecia bem, animada e eufórica, dizendo que estava voltando da ginástica. Disse que estava tentando perder mais 10 quilos com a musculação, e que já tinha feito as cirurgias reparadoras, como abdominoplastia e prótese de silicone nos seios. Ao ser perguntada sobre seu histórico com a obesidade, ela relatou:

Fui um bebê gordinha, cresci uma criança gordinha, quando adolescente me vi com um corpo bonito, emagreci bastante, um corpão, praticava esporte, mas sempre fui comilona. Quando me tornei mulher, comecei a engordar muito, ficava 80 quilos, 90, nunca passei dos 100. Aí eu casei, tive minha filha e engordei demais, ficou disparado o peso, entrei pra academia, tomava remédio, tudo o que fazia era inútil até à opção da bariátrica.

Paciente 09

A Paciente 09 é do sexo feminino, professora, autodeclara-se como branca e tinha 40 anos quando a entrevistamos. Mora com o marido e filho. Foi indicada pela psicóloga GF.

Seu IMC, em 2019, era de 25,7, o que denota um sobrepeso, obesidade grau I. Ela apenas respondeu o questionário, não quis participar da videoconferência. Quando fez a operação, aos 31 anos, ela estava com 106 quilos. O método foi Bypass e pago pelo plano de saúde. Ela já fez a abdominoplastia, pois sentia-se incomodada pelo excesso de pele. Para ela, a saúde e a estética foram os maiores motivadores para a sua decisão pela cirurgia. Sobre sua infância, afirmou que não se sentia obesa, ou não se lembra de ser diferente pelo peso:

Fui uma criança com peso considerado normal, até a adolescência. Até esse período não havia qualquer problema relacionado à minha imagem. A partir dos 16 anos comecei a ganhar peso, ano a ano. Vivia fazendo dietas: dieta da sopa, da lua, do arroz, etc. Tomei remédios com e sem a indicação médica: *Dualid*, *Sibutramina*, *Xenical*. Porém nada que tivesse o efeito e a duração desejados. E aí então, os problemas com a minha autoimagem surgiram.

Paciente 10

A paciente 10 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 40 anos quando a entrevistamos. Sua entrevista não se deu por via Zoom, pois ela preferiu apenas responder as questões. Quando a contatamos, ela disse que não se sentia bem em aparecer numa chamada de vídeo. Ela é oficial militar do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Foi indicada pela paciente 04, por também ser do mesmo trabalho. É casada e mora com seu marido e filho.

Seu IMC, em 2019, era de 37.2, o que configurou a obesidade em grau II. Quando fez a operação ela estava com 125 quilos, aos 28 anos. O método foi Bypass e ela conseguiu seu tratamento, à época, por determinação judicial.

Posteriormente fez a cirurgia de redução de mama e colocou a prótese de silicone nos seios.

A Paciente 10 afirmou que sempre esteve acima do peso, mas que os problemas aumentaram com a adolescência e puberdade:

Na infância não me sentia tão incomodada, porém, ao fazer 15 anos, comecei a perceber que não me encaixava na vida que seria a tão perfeita que a sociedade pregava. Os vestidos já não ficavam tão bem em mim e iniciar um namoro já começava a ficar complicado.

Paciente 11

A paciente 11 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 46 anos quando a entrevistamos. É professora da rede estadual de ensino. Foi indicada pela paciente 09, por também ser do mesmo trabalho. É casada e mora com seu marido e filhas.

Seu IMC, em 2019, era de 30,4, o que configurou a obesidade em grau II. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, ela estava com 100 quilos, e ela havia feito a cirurgia há pouco tempo, menos de 01 ano. O método foi Bypass e paga pelo plano de saúde. Sua saúde foi o maior motivador para a opção pelo procedimento. Afirma que pretende, assim que estabilizar o peso, fazer uma cirurgia reparadora, abdominoplastia.

A Paciente 11 relatou-nos um histórico comum que é o aumento de peso em uma fase posterior de sua vida.

Eu sempre fui uma pessoa de peso moderado, normal. Quando eu me casei, aos 22 anos, engordei 2 quilos, pesava uns 47, aí cheguei a 50, fui engordando, tive problemas com anticoncepcionais, fui ganhando peso, daí descobri que não poderia usar anticoncepcionais. Meu apelido quando criança era Olivia Palito.

Paciente 12

O paciente 12 é psicólogo é do sexo masculino, autodeclara-se como branco e homossexual; tinha 32 anos, quando o entrevistamos. Foi indicado pela paciente 24. É casado, mora com o marido.

Seu IMC, em 2019, era de 28,7, o que configurou o sobrepeso, obesidade grau I. Ele tinha 124 quilos quando fez a operação, aos 28 anos. O método foi Bypass e pago pelo plano de saúde.

As questões de saúde física e também a pressão social foram fundamentais para que realizasse a cirurgia bariátrica.

Olhe, quando eu era criança, eu desconheço que eu era gordo, não me lembro de me sentir gordo. Engraçado era que sempre me atraía tanto por homens quanto por mulheres mais cheinhas, mas eu era muito criticado quando ia para congressos, quando dormia em lugar coletivo, porque eu roncava muito mesmo [risos]. Num congresso da igreja, menino, até demônio expulsaram de mim, fizeram até um vídeo, de tanto que eu roncava [risos]. Muito estranho né. Eu fiz o exame do sono e descobri que tinha apneia. Aí tive que emagrecer. Sabe, eu comecei o tratamento com um doutor, sabe, aquele que chamávamos de doutor 'caveirinha' na nossa época. Fiz de tudo, mas não dava certo. Procurei também nutricionista e tudo mais, mas não conseguia emagrecer. Olha como é engraçado, meus amigos tinham feito bariátrica. E aí eu fiz escondido todo processo, não queria que soubessem. Meu problema mesmo era o sono, o fato de ter muito peso tirava minha paz.

Paciente 13

O paciente 13 é do sexo masculino, autodeclara-se como branco, professor, tinha 44 anos, quando o entrevistamos, e havia 02 anos que tinha feito a cirurgia. Foi nos indicado pela paciente 11. É casado, mora com a esposa e seu filho. Seu IMC, em 2019, era de 28,5, o que configurou o sobrepeso, obesidade grau I. Ele tinha 173 quilos quando fez a operação, aos 42 anos.

O método foi Sleeve e a cirurgia foi paga pelo plano de saúde. As questões de saúde física foram fundamentais para que optasse pela intervenção

cirúrgica, pois estava diabético, com problemas de insônia, respiratórios, refluxos constantes.

Sobre sua infância, afirmou que sempre foi obeso: "Sempre fui gordinho, lembro de aos 8 anos jogar bola em futebol de salão, lembro de jogar e praticar esporte, mas sempre fui gordinho. Eu já estive adulto com o peso que estou hoje, sabe, 103 quilos, mas foi à base de muita dieta. Sempre, sempre fui obeso".

Paciente 14

A paciente 14 é do sexo feminino, autodeclara-se como branco e tinha 22 anos quando a entrevistamos. É advogada. Foi indicada pela paciente 15, por ser irmã. É casada e mora com seu marido. Sua entrevista foi somente por questionário, não quis fazer a videoconferência, não detalhou muito sobre sua infância, nem mesmo o que aconteceu com sua vida e quais suas experiências pós-cirúrgicas.

Seu IMC, em 2019, era de 29,4, o que configurou o sobrepeso, obesidade grau I. Quando fez a operação, ela afirmou que estava com 110 quilos. O método foi Sleeve e pago pelo plano de saúde. A saúde, a pressão social e a estética foram os motivadores para a opção pelo procedimento.

Disse-nos de forma breve que percebia uma pressão social pela aparência em sua profissão, a advocacia, e que sua própria família a havia dado suporte e motivo para a sua escolha pela cirurgia. Afirmou que não percebeu mudanças negativas após a cirurgia, e que também antes não tinha problemas com falas agressivas ou mesmo que tivesse sofrido alguma forma de exclusão direta; para ela, era algo mais velado: "Você percebe os olhares quando coloca um *blaser*, uma saia, quase que dizem que não somos dali".

De um modo geral, afirmou que sua vida melhorou na forma como se vê e como os outros a veem, mas que era preciso ainda muito cuidado diário para não ter ganho diário de peso.

Paciente 15

A paciente 15 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 42 anos quando a entrevistamos. É secretária em um comércio local. Foi indicada pela psicóloga GF. É casada e mora com seu marido e filhos.

Seu IMC, em 2019, era de 22,3, o que a coloca com o peso normal. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, ela estava com 103 quilos, e ela havia feito a cirurgia há pouco tempo, menos de 01 ano. O método foi Bypass e pago pelo plano de saúde. Para ela, tanto a saúde quanto a própria percepção estética foram motivadores para a cirurgia e que, em breve, pensava em fazer a cirurgia reparadora nos seios.

Seu histórico retrata o caso de mulheres que têm um aumento de peso considerável após casamento:

Quando jovem muito magra, mãe me dava remédios para [abrir] o apetite, sabe, tipo *Norden*, mas a família do meu pai é que é gorda, de obesos, diabéticos e cardiopatas. Aí, depois do casamento ganhei peso; eu fazia certas compensações, para tentar, se eu fizesse regime um dia, comia no outro. Sempre tive problemas com peso. Passei por casos de *bullying* na infância, mas por ser magra demais. Mas depois que ganhei peso, foram constrangedoras certas situações do cotidiano.

Paciente 16

A paciente 16 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 42 anos quando a entrevistamos. É advogada. Foi indicada pela paciente 15, que é sua irmã. É casada e mora com seu marido e filhos.

Seu IMC, em 2019, era de 33,1, o que denota a obesidade grau II. Sua entrevista foi por videoconferência, mas não autorizou que gravássemos. Quando fez a operação, ela estava com 122 quilos, e ela havia feito a cirurgia

quando tinha 30 anos. O método foi Bypass e pago pelo plano de saúde. Para ela, a saúde foi o maior motivador para a sua decisão pela cirurgia.

Assim como a Paciente 15, a Paciente 16 viveu como uma criança magra “sempre tive o peso ideal. Comecei a ganhar peso aos 19 anos”. A escolha pela cirurgia foi uma decisão baseada no seu quadro clínico, que à época estava crítico: “não houve muito foco na minha percepção sobre o corpo”.

Paciente 17

A Paciente 17 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 37 anos quando a entrevistamos. Faz parte do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, e é residente da cidade do Rio de Janeiro. Foi indicada pela Paciente 02. É casada e mora com seu marido e filhos.

Seu IMC, em 2019, era de 35,1, o que denota a obesidade grau II. Apesar do peso, chamou-nos a atenção que a Paciente 17 estava alegre, e enfatizava que se sentia bem. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, ela estava com 140 quilos, e ela havia feito a cirurgia quando tinha 24 anos. O método foi *Bypass* e pago pelo plano de saúde.

Paciente 18

O paciente 18 é do sexo masculino, autodeclara-se como preto; é fisioterapeuta e tinha 43 anos quando o entrevistamos. Foi nos apresentado pela psicóloga GF. É casado, mora com a esposa e seu filho. Seu IMC, em 2019, era de 27,5, o que configurou o sobrepeso, obesidade grau I. Ele tinha 130 quilos quando fez a operação, aos 39 anos.

O método da cirurgia foi *Sleeve* e paga pelo plano de saúde. As questões de saúde física foram fundamentais para que realizasse a cirurgia bariátrica. O Paciente 18 foi muito objetivo nas respostas, sem fazer considerações ou

aprofundar-se em sua fala. Válido considerar que sua entrevista foi por videoconferência e ele manteve a tela fechada sendo impossível vê-lo.

Paciente 19

O paciente 19 é do sexo masculino, autodeclara-se como branco, professor e analista de sistemas, tinha 46 anos, quando o entrevistamos. Foi nos indicado pelo Paciente 05. É casado, mora com a esposa e seus filhos. Seu IMC, em 2019, era de 28,1, o que configurou o sobrepeso, obesidade grau I.

Ele tinha 118 quilos quando fez a operação, aos 37 anos. O método da cirurgia foi *Bypass* e paga pelo plano de saúde. As questões de saúde, como a Síndrome Metabólica, foram fundamentais para que realizasse a cirurgia bariátrica. De um modo geral está bem satisfeito com o seu corpo e relatou que não pretende fazer mais nenhuma cirurgia.

Sobre sua infância, afirmou que sempre foi magro e que seu ganho foi posterior, quando acumulou trabalhos e teve uma rotina desorganizada no seu emprego.

Paciente 20

O Paciente 20 é do sexo masculino, saheiro (trabalhador de plataformas petrolíferas), autodeclara-se como branco e tinha 35 anos quando o entrevistamos. Mora com a mãe. Foi indicado pela psicóloga GF.

Seu IMC, em 2019, era de 24,7, o que denota uma normalidade em seu peso. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, aos 31 anos, estava com 130 quilos. O método foi *Sleeve* e pago pelo plano de saúde. Para ele, a estética e as questões relacionadas ao seu trabalho foram motivadoras para a sua decisão pela cirurgia; futuramente, pretende fazer a abdominoplastia para a retirada de pele excessiva. Sobre sua infância, relatou

que sempre foi uma criança acima do peso e que na adolescência ocorreu um aumento rápido de seu tamanho.

Paciente 21

A Paciente 21 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 39 anos quando a entrevistamos. É advogada e também faz parte do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Foi indicada pela psicóloga GF. É casada e mora com seu marido e filha.

Seu IMC, em 2019, era de 31,6, o que denota a obesidade grau II. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, ela estava com 103 quilos, e ela havia feito a cirurgia quando tinha 30 anos. O método foi *Bypass* e a cirurgia foi paga pelo plano de saúde.

Para ela, a saúde e as questões estéticas foram os maiores motivadores para a sua decisão pela cirurgia. Sobre sua infância, relatou:

Nunca fui magrinha, mas engordei depois dos 20 anos, fazia dieta e emagrecia, e engodava mais ainda; tomei remédios do 'Dr. Caveirinha', emagrecia e tornava a engordar; cheguei a um estado em que não emagrecia, as taxas estavam altas, gordura no fígado, glicose. Recorri à cirurgia. Mas se você me perguntar, eu arrependo, voltei a engordar, engravidei, tive minha filha, durante o tempo de amamentação, foi ótimo, emagreci, até rápido, da gestação voltou a engordar. Eu reconheço que falhei, é preciso uma mudança de hábito, porque a cirurgia resolve durante um tempo.

Nunca tive problemas com autoestima, não foi o problema, mas emagrecendo ficamos visualmente mais atraentes, o fato foi não ter conseguido por mim mesma e ter buscado um meio mais fácil para emagrecer.

Paciente 22

A Paciente 22 é do sexo feminino, autodeclara-se como branca e tinha 32 anos quando a entrevistamos. É design de moda e professora, residente da

cidade de Tel-Aviv, Israel. Foi indicada pelo Paciente 19. É solteira e se autodeclara como branca.

Seu IMC, em 2019, era de 28.7, o que denota o sobrepeso, obesidade grau I. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, ela estava com 124 quilos, e ela havia feito a cirurgia quando tinha 28 anos. O método foi *Bypass* e pago pelo plano de saúde.

Para ela, a saúde e a pressão social no trabalho nas relações sociais foram os maiores motivadores para a sua decisão pela cirurgia.

Paciente 23

A Paciente 23 é do sexo feminino, casada, dentista, autodeclara-se como branca e tinha 50 anos quando a entrevistamos.

Seu IMC, em 2019, era de 24,9, o que denota um quadro de peso dentro da normalidade. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, ela estava com 117 quilos, e ela havia feito a cirurgia quando tinha 43 anos. O método foi *Bypass* e pago pelo plano de saúde. Para ela, a estética foi o fator que a impulsionou a decidir pela cirurgia. Diz que hoje apenas faz uso das vitaminas e suplementos, que não percebeu nenhuma troca de compulsão.

Sobre sua infância, percebemos um padrão de narrativa:

Sim, sempre era aquela criança cheinha, adolescente gordinha, mocinha fiquei um pouco complexada, sempre fazendo dietas, aquelas dietas malucas, ficando incomodada porque me achava feia. Para as pessoas próximas de mim eu estava bem, mas eu não me achava bem. Meu marido me fala que não casou com esse monte de ossos [risos], mas eu precisava disso.

Paciente 24

A Paciente 24 é do sexo feminino, comerciante e professora, autodeclara-se como branca e tinha 50 anos quando a entrevistamos. Mora com o marido, filho e netos, na cidade de Muriaé-MG. Foi indicada pelo Paciente 19.

Seu IMC, em 2019, era de 27,7, o que denota o sobrepeso, obesidade grau I. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, aos 45 anos, ela estava com 105 quilos. O método foi *Bypass* e pago pelo plano de saúde. Como tinha cinco anos de cirurgia, ela há havia feito a cirurgia reparadora nos seios, com a prótese de silicone, mas queria fazer também a abdominoplastia, pois sentia-se incomodada pelo excesso de pele. Para ela, a saúde e a estética foram os maiores motivadores para a sua decisão pela cirurgia.

Paciente 25

A Paciente 25 é do sexo feminino, dentista, autodeclara-se como branca e tinha 34 anos quando a entrevistamos. Mora com o pai, na cidade do Rio de Janeiro. Foi indicada pela Paciente 22.

Seu IMC, em 2019, era de 30,1, o que denota a obesidade no grau II. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, aos 30 anos, ela estava com 110 quilos. O método foi *Bypass* e pago pelo plano de saúde. Ela quer fazer a abdominoplastia e uma cirurgia nos braços, pois sentia-se incomodada pelo excesso de pele. Para ela, a saúde, a pressão social e a estética foram os maiores motivadores para a sua decisão pela cirurgia.

Sobre sua infância, afirmou que não se sentia obesa, ou não se lembra de ser diferente pelo peso:

Até a adolescência era normal, nem gorda, nem magra. Comecei a engordar quando eu tinha uns 18 anos. Na época da faculdade, numa crescente, cheguei a cento e tantos quilos. Era complicado, sabe, tinha uma série de fatores. Engordando muito, comida ruim, sedentarismo e lá vai. Vários estresses de trabalho e família que não são fáceis, acabei como todo mundo

descontando na comida. Então, estava confortável, sabe, já era formada, casada e tal. Aí começaram os problemas de saúde e o médico me falou que na pegada que estava não chegaria aos 40 anos. Ele estava vendo uma pessoa que pelos exames médicos tinha uns 65 anos [risos]. Mas o negócio é que eu tinha 30 anos. Aí, ele me aconselhou fazer a cirurgia, pois é, porque precisava mesmo de uma intervenção.

Paciente 26

A Paciente 26 é do sexo feminino, também é do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, autodeclara-se como branca, e tinha 41 anos quando a entrevistamos. Mora sozinha, pois é viúva, na cidade do Rio de Janeiro. Foi indicada pela Paciente 10.

Seu IMC, em 2019, era de 23,1, o que denota a normalidade do peso. Sua entrevista foi por videoconferência. Quando fez a operação, aos 31 anos, ela estava com 102 quilos. O método foi *Bypass* e pago pelo plano de saúde. Ela já fez a abdominoplastia, cirurgia nas coxas e prótese de silicones. Para ela, a saúde e a estética foram os maiores motivadores para a sua decisão pela cirurgia.

Sobre sua infância e adolescência, afirmou que viveu aumentos e perdas constantes:

Sempre foi uma vida de sanfona, parece que é algo de família, um corpo bem violão, todo mundo muito bem violão, mas depois, comecei a engordar dos 16, aí ficava no efeito sanfona, tomava remédio emagrecia, parava engordava. Na infância não era uma criança obesa, foi mais na adolescência mesmo.

Paciente 27

A Paciente 27 é do sexo feminino, professora, autodeclara-se como branca e tinha 46 anos quando a entrevistamos. Mora com o marido, em São Paulo, capital. Foi indicada pela psicóloga GF.

Seu IMC, em 2019, era de 24.1, o que denota a normalidade do peso. Sua entrevista foi por videoconferência. Tinha alguns meses de cirurgia, quando conversamos. O método foi *Bypass* e pago por ela. Diz que fará a abdominoplastia e a colocação de prótese nos seios, quando chegar a uma estabilização do peso. Para ela, a saúde foi o maior motivador para a sua decisão pela cirurgia, pois tinha comorbidades que a preocupavam, principalmente, nas suas condições de trabalho.

Sobre a infância, “Sempre estive acima do peso. Sempre foi muito difícil de controlar, há uns 4 anos descobri a tireoide, sempre fiz uso de cortisona por conta dos problemas ortopédicos.” Para ela, a condição de sua saúde foi determinante para a escolha pela cirurgia.

Sobre a infância, “Sempre estive acima do peso. Sempre foi muito difícil de controlar, há uns 4 anos descobri a tireoide, sempre fiz uso de cortisona por conta dos problemas ortopédicos.” Para ela, a condição de sua saúde foi determinante:

As questões de comodidade foram influentes. Mas há um tempo meu genro fez a cirurgia, foi muito bem pra ele, e eu tinha outra visão da cirurgia, mas [só] a partir do momento que vi que meu genro foi bem, teve uma recuperação mais tranquila. E o meu ortopedista me indicou, eu tinha tirado o útero e a tireoide, não tinha mais os hormônios e ele me disse que futuramente eu precisaria de próteses, até mesmo cadeira de rodas. Foi impactante ouvir isso. Ou eu emagrecia ou eu iria depender de prótese, no mínimo. Nesse momento eu optei pela cirurgia.

4.2 Corpo, gênero, estigmas e vida social: o peso da voz

Ouvir o outro porque a “cada quilo, uma história”. Conseguimos conversar com 27 pacientes da cirurgia bariátrica (nossa visão era não somente conversar com pacientes que haviam feito a cirurgia, mas também com aqueles que ainda

a fariam, porém, pelo tempo e pandemia, tivemos que reorganizar a estratégia – talvez perdendo um pouco das imagens e sentidos que uma conversa *in loco* nos proporciona). Cada um estava em um momento distinto de sua relação com o peso e com aqueles que estavam em seu contexto social (familiares, colegas, amigos).

Os encontros foram por videoconferência (ou por envio das respostas do questionário, como em 02 casos), mas o extrato dessas conversas ofereceu-nos imagens que contornam as nossas perspectivas iniciais que tratavam da relação entre a obesidade e as questões de identidade, a relação corpo e o contexto, mesmo sobre a gravidade do aumento de peso populacional, como uma epidemia nacional de prováveis – e próximas – consequências à saúde pública.

Nossas questões versaram sobre as condições de vida afetiva e social desses pacientes e trouxeram à cena algumas histórias que proporcionaram o olhar reflexivo sobre o outro.

As relações com o corpo e sua identidade, as práticas e vivências sociais, a conturbada relação com o peso e a imagem corporal, com a perda e ganho, assim como os estigmas vivenciados no cotidiano de relações socioculturais, tudo isso sobressaiu nessas conversas. Indubitável, porém, é a certeza de que há a ideia de que a pessoa obesa se encontra no limiar entre a observação do outro e a convivência com a sua dimensão corporal, num resistir e tentar contínuos: a difícil relação do *eu* e o próprio *outro* que lhe habita, seu corpo, seu peso.

4.2.1 Mulheres obesas

*“Heavy women are pegged as...
'lazy' 11 times
as often as thin women;
'sloppy' nine times;
'undisciplined' seven times;
'slow' six times as often.”*

*(Mulheres pesadas são denominadas como...
'preguiçosas' onze vezes*

*mais do que mulheres magras;
 'destruídas' nove vezes mais;
 'indisciplinadas' sete vezes mais;
 'lentas' seis vezes mais.)*
 (Revista Glamour, 02 de maio de 2012)

*“a imagem da mulher e do feminino continua associada à
 beleza, havendo cada vez menos tolerância para os
 desvios nos padrões estéticos socialmente
 estabelecidos”*
 (Junia de Vilhena et al)

O corpo pede para si adorno, resultado de uma coesa organização de produção de bens de consumo que, por meio da única lógica que a mídia exerce, a do consumo, brinca com os desejos e (re)cria modelos, nos fluxos e refluxos da cultura, repaginando novos caráteres.

O corpo só pode ser fluido numa contínua (re)invenção social de si, e, para isso, a indústria conhece os caminhos, de forma a se articular.

Sob a sua estrutura, o imaginário e a percepção do ideal sobre o corpo feminino enviesam-se em projeções simbólicas, numa torrente de curvas, tamanhos e cores: parte de um tempo e espaço, o corpo feminino se destaca - desde que adequado ao que se vende, ao que se espera, ao que se convencionou.

Organizada e industrialmente presente no cotidiano das relações sociais, o mercado da moda dita normas e padrões de beleza visual: da imagem corporal ao tamanho, feições, tipos de rostos, cabelos, cortes, disposições, escolhas. Daí, as projeções que remetem ao corpo são determinantes, e adequar-se não é pedido, mas ordem, comando, obrigação.

Nesse meio, a obesidade é retrato do fracasso, de um lugar que não é o de quem está acima do peso, e são as mulheres o primeiro alvo dessa investida: “A cultura das mulheres é um meio adulterado e fracassado”, ressoa Wolf (2018, p. 126). O corpo feminino vende e deve se vender, mas sob a organização de uma indústria de bens de consumo para o corpo feminino.

Uma revista de moda feminina que mostrasse não só o corpo retocado por programas e softwares, mas o corpo de mulheres reais, da vida cotidiana, das que estão nas ruas, nos trabalhos, na vida doméstica, seria uma alternativa? Talvez, mas o mercado, a indústria de produção de bens de consumo, também tem seus projetos e coordena as padronizações que são sempre elaboradas com finalidades exatas: determinar e estruturar o que, no lucro, é o comportamento e a cultura sobre o corpo. É preciso construir sentidos e imputar o desejo de ser – e consumir, sempre:

Imaginem uma revista feminina que mostrasse de forma positiva modelos rechonchudas, modelos baixas, modelos velhas – ou então não mostrasse nenhuma modelo, mas mulheres de verdade. Suponhamos que ela tivesse uma política de evitar a crueldade às mulheres, como algumas agora têm uma política de apoiar produtos que não envolvam crueldade com animais. E que eliminasse dietas-relâmpago, mantras de auto-ódio e artigos que promovessem a profissão que corta os corpos de mulheres de verdade. Digamos que ela publicasse artigos sobre a glória da idade visível, mostrasse belos ensaios fotográficos com corpos femininos de todos os formatos e proporções, examinasse com uma doce curiosidade as alterações no corpo após o parto e a amamentação, sugerisse receitas sem castigo ou culpa e publicasse atraentes fotos de homens.

Ela iria à falência, perdendo a maior parte de seus anunciantes. (WOLF, *op. cit.*, p. 127) (grifos nossos)

Se nos séculos passados, comumente, a prática da exclusão era a solução dos ‘problemas sociais’, como ações constantes e coordenadas de separação, de identificação e de vigilância do diferente, do louco, do deficiente, do doente, do alcóolatra, dos mendigos, das mulheres e dos vadios (FOUCAULT, 1990; GOFFMAN, *op. cit.*), hoje, a busca pela manutenção de um padrão, de um perfil de beleza e de uma ideia essencial de um corpo perfeito determina a conduta, fomenta os estereótipos do mito de uma beleza, que estão no cotidiano, e chegam àqueles que não se encaixam e se destinam a serem ‘escondidos’, separados, colocados à parte.

Qual resultado? O ideal, o *modelo cultural vigente*, que se preconiza sobre o próprio corpo e a autoimagem, em especial, sobre o corpo feminino, que é propagado e veiculado, constantemente, pela mídia, esse ideal delimita as

potencialidades de jovens que, insatisfeitas consigo, não se adequam, nem em suas próprias roupas, nem nos ambientes onde se encontram,

ora se odiando por alguns quilos a mais, ora adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias ingeridas a mais, na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente. E nesse quadro aparecem os transtornos alimentares, que estão tomando dimensões epidêmicas nas sociedades industrializadas e desenvolvidas, acometendo, sobretudo, adolescentes e adultos jovens. (BOHM, 2004, p. 25)

Vejamos o relato da Paciente 09. Ela é professora e afirmou que a obsessão pelo controle em relação à sua alimentação tem histórico:

Fui uma criança com peso considerado normal, até a adolescência. Até esse período não havia qualquer problema relacionado à minha imagem. A partir dos 16 anos comecei a ganhar peso, ano a ano. Vivia fazendo dietas: dieta da sopa, da lua, do arroz [risos], etc. Tomei muito, mas muitos remédios sem a indicação médica: *Dualid*, *Sibutramina*, *Xenical*. Nada nada que tivesse o efeito e a duração desejada. Daí que os problemas com a minha imagem surgiu.

O fracasso no emagrecimento a curto prazo pode levar a alternativas que, por vezes, ao invés de ajudarem, podem atrapalhar: “Quando percebi que todas as minhas tentativas de perder peso ao longo dos anos não foram bem-sucedidas, comecei a pesquisar sobre a cirurgia bariátrica.”

O peso teve influência em sua vida adulta, principalmente, nas suas experiências afetivas e sociais:

Na adolescência e numa boa parte da minha fase adulta, eu não era uma pessoa muito sociável. Sempre me dediquei muito aos estudos e pouco à vida social. Tive poucos relacionamentos. Lembro que ser convidada para uma festa se tornava um problema, sabe, se não pudesse se eu não conseguisse dar uma desculpa qualquer pra não ir. Não encontrava roupa que ficasse adequada. Várias vezes, chorei em frente ao espelho quando vi a minha imagem. **No trabalho apesar de muito empenho e dedicação, passava despercebida na maior parte das vezes.** (grifos nossos)

A necessidade da perda de peso também foi influenciada pelo externo: “Tinha a sensação de que todos estavam me olhando e que estava sendo julgada pela minha aparência. Não sei se isso acontecia realmente ou se a minha baixa autoestima fazia com que eu tivesse essa percepção”.

Para ela, em contraponto à sua experiência antes da perda de peso, sua imagem atual a ajuda em seus relacionamentos sociais e afetivos: “Tenho certeza que ajuda. Como eu me vejo se reflete no que sinto, na minha autoconfiança. O que faz com que me sinta também confiante em me relacionar. Me ajuda muito. Me sinto confiante e isso se reflete também no meu trabalho e em como as pessoas me veem”.

Ao ser questionada se já havia sido alvo de críticas pelo seu peso, ou mesmo tivesse sofrido qualquer preconceito, ela afirmou:

Acho que a exclusão social era feita por mim mesmo. Sempre evitei. Me preocupava com a roupa, com a resistência do assento, onde seria. Achava que não valia o estresse e portanto, evitava. No trabalho acho que ficou mais evidente em como passei a me destacar.

No jogo da cultura sobre o corpo, sobressai outra meta: a lógica do mercado, que, não por menos, é o espelhamento de toda narrativa e retórica de um sistema muito bem organizado – disfarçando-se na subjetividade do ‘produto feito para você’.

De moda em moda, o corpo obeso vai se retraindo. Haveria espaço para mulheres obesas nesse ambiente? A Paciente 22 cursou a faculdade de Moda e Design, na cidade do Rio de Janeiro⁸⁸.

Eu fiz faculdade de moda. Na faculdade, então, dividia a sala com modelos, dançarinas, com muita gente da área de entretenimento, sabe, metade da minha turma trabalhava na Globo, e eu dividia esse espaço com muita gente bonita, tudo,

⁸⁸ Foi recorrente a referência à relação entre autoimagem e a forma de se vestir, os tipos de roupa ou mesmo sobre o consumo de acessórios de vestimentas, em nossas entrevistas, não somente na entrevista da Paciente 22.

todo mundo interagia, mas aí é que tá, e eu não conseguia me incluir. Socialmente falando, eu era a última a ser chamada, nos trabalhos, nas festas, sobrava convite de área Vip e não, nunca chegava até mim. **Eu não sei se a gente é excluída porque a gente se sente excluída, ou porque você é excluída porque a pessoa se sente desconfortável de estar com você. Quem é obeso tem sim a dificuldade de ser uma pessoa socialmente ativa. Ou o gordo tende a ser o palhaço do circo ou tende a se isolar completamente, porque a necessidade de agradar é grande.**

Esses dias, conversando com uma amiga que é negra, ela disse para mim assim, que é tão horrível e dolorido ouvir por exemplo 'ah, você é uma mulher negra linda' quanto 'ah você é uma mulher gorda linda'. Sabe, o peso virou condicionante, como a pele, isso, isso é o que me chamou atenção. O adjetivo determina aquilo, o preconceito que fica ali, velado, né.

Pior é que fazemos sem perceber.

(grifos nossos)

Sempre há uma nova forma de instaurar a paranoia e a infelicidade com o próprio corpo e a autoimagem: produtos novos, peças novas para renderem alegria estarão disponíveis, quando quisermos. Sempre nos depararemos com uma economia moral de culpabilidade do corpo que é articulada e gera lucros.

De 1968 a 1972, cresce o número de artigos sobre dietas (cerca de 70%) nos meios de comunicação (WOLF, *op. cit.*, p. 105). Arma do imaginário coletivo, a 'transferência de culpa', culpa por ser mulher, por ter um corpo diferente, por ser gorda demais, magra demais, essa 'culpa' se reinventa, adapta-se e se coloca à disposição de uma articulada mitologia sobre a beleza, que é a própria base para o controle – simbólico e prático – e para dominação do corpo. Reorganizando-se os padrões da beleza, predeterminam-se os comportamentos e se consolidam os juízos de valores sobre o corpo diferente.

Rosto e Corpo como padrões, princípios e ordens inalteráveis são conceitos traçados por Naomi Wolf (2018, p. 272): remetem a uma cristalização e, ao mesmo tempo, direcionamento sobre ser e não ser, sobre condutas a serem seguidas, obedecendo às (reformuladas) novas regras de convívio e aparência social, com as finalidades mercadológicas que, no caso, a indústria da moda privilegia e sabe articular

As mulheres veem o Rosto e o Corpo por toda a parte hoje em dia, não porque a cultura manifeste como mágica uma fantasia

masculina transparente, mas porque seus anunciantes precisam vender seus produtos num bombardeio generalizado de imagens destinadas a reduzir o amor-próprio das mulheres; e, por motivos que são de natureza política e não sexual, tanto os homens quanto as mulheres atualmente prestam atenção a imagens de Rosto e do Corpo. (WOLF, *idem.*)

Ser uma mulher obesa é conviver com um duplo estigma. O corpo feminino não é da mulher, pois “a gordura na mulher é alvo de paixão pública, e as mulheres sentem culpa com relação à gordura, porque reconhecemos implicitamente que, sob o domínio do mito [da Beleza], nosso corpo não pertence a nós, mas à sociedade (...)” (WOLF, *op. cit.* p. 77).

Com a diferença de tamanho, o corpo obeso desencaixa-se: “As roupas eram grandes, feias, teve uma vez que cheguei numa loja, e uma vendedora falou que não tinha roupa pra mim, senti-me mal, sabe, fora do lugar”, disse-nos a Paciente 24, que é professora e comerciante.

Para Bordo (2003, p. 154), a cultura ocidental – masculinizada e falocêntrica – direciona o comportamento de mulheres e empreende uma organização que remete à convivência com o ideal estético de perfeição: o fetiche dança à frente dos olhos. Sobre o corpo, agem as ferramentas de controle social, inserção de valores e dominação cultural.

Women are more obsessed with their bodies than men, less satisfied with them, and permitted less attitude with them by themselves, by men, and by the culture. In a 1984 Glamour magazine poll of 33,000 women, 75 percent said they thought They were ‘too fat’.

[As mulheres são mais obcecadas com seus corpos do que os homens, menos satisfeitas com eles e permitem menos atitude com eles por elas mesmas, pelos homens e pela cultura. Em uma pesquisa da revista Glamour de 1984 com 33.000 mulheres, 75% disseram que achavam que eram “muito gordas”.]

A alimentação, as relações sociais, a cultura (do fetiche de consumir à imposição de uma perfeição, como a moda da *cultura fitness*): mulheres obesas vivenciam os dilemas e as compulsões que o tempo impõe.

À época da entrevista, a Paciente 01 afirmou que a comida ainda era sua fraqueza, que seu maior impedimento era a sua própria condição de saúde mental.

Nunca fui satisfeita com o meu corpo, mas nunca sofri nada, tipo *bullying* por isso, sempre fui aceita nas rodas de amigo, nunca tive e problema, nem meu marido, **meu maior preconceito foi comigo mesma**. Quando fiz a bariátrica e tive a perda desejada, foi demais, cruzava as pernas, ai meu Deus, e para mim já era maravilhoso. Eu cheguei a 58 quilos, nos primeiros meses, anos, mas voltei a engordar, voltei a comer, né. Ainda sinto os sintomas de *dumping*, porque estou hoje, né, quase que como normal, sabe, um lanche, um *x-tudo* inteiro.

Meu refúgio é a comida. Eu engordei muito. Minha endócrino me falou sobre a possibilidade de cirurgia, trocar da Sleeve para a Bypass. Eu não faria hoje, sabe, estou mais madura, já seguindo com nutricionista e a endócrino, pelejando para ir à academia [risos], coisa que tenho até alergia. Academia é uma coisa chata, repetitiva.

A comida rápida, reconhecida como fast food, vem a ser um padrão no cotidiano das pessoas. É mais fácil alimentar-se de carboidratos e açúcares de salgados (coxinha, enrolados de presunto e queijo, hamburgueres, pizzas, etc.) do que se alimentar de forma equilibrada. Ao ouvirmos nossas entrevistadas, percebemos que há mudança do comportamento com os colegas de trabalho ou mesmo entre os familiares; mudança vinda, proeminentemente, do rendimento (ter que ser sempre melhor, por ser mulher, por ser obesa) e da aceitação (de si e dos outros), da adequação e da inserção no ambiente: a imagem do corpo, por vezes, afeta as próprias relações sociais, e o peso se torna simbólico das dificuldades enfrentadas. Instaura-se o medo da gordura (WOLF, *op. cit.*), esse fantasma da distorção que vem com o excesso de peso e com a deformidade que representa e *adorna* o estigma sobre o corpo obeso.

Nas trilhas dessa história, a Paciente 15 relatou-nos que sua relação com o corpo estava deteriorando, e o quadro de sua condição psicológica influenciando cada vez no seu comportamento social.

Nunca pensei na cirurgia, não achava que tinha condições financeiras de custeá-la, nem o IMC satisfatório, mas com

alertas da saúde, como diabetes, fui buscar saber. Marquei uma consulta com o pessoal do CETODI e aí, com tudo, exames, etc., mas eu pensava em não fazer, isso em 2019, mas viajei e aí comi muito. Quando voltei, eu dei entrada, porque o plano autorizou a cirurgia.

[O peso influenciou] sim, em todos os casos, na vida social, lugar que você chega, tinha medo de sentar em cadeiras de festas; tinha constrangimento de escorregar, cair e alguém ter que me levantar. No casamento, sabe, mesmo que meu marido não tenha falado nada, nunca, a gente fica com o pé atrás com o peso que a gente carrega. A gente fica armada já, quando é gorda.

O relato da Paciente 15 mostrou-nos como o obeso sente-se sitiado em situações e experiências sociais.

As pessoas não falam diretamente, mas não estando no padrão, como em entrevistas de emprego (ela é tão boa, mas não é o perfil que eu preciso, era essa a frase que usavam); até mesmo na academia, quando chamam para atividades o gordo é excluído, como em trilhas, sabe, acham que a gente vai dar trabalho.

Até mesmo após a escolha pela cirurgia e com a perda de peso, o obeso pode vivenciar momentos de estranheza: “Até mesmo quando eu operei, tem gente que vem roubar sua alegria, dizendo ‘ah, porque você fez’, ‘estava tão bem’. Mas eu não ficava pra baixo antes e nem agora. Eu tinha era medo de diabetes. Isso sim”.

Já para a Paciente 11, que é servidora pública do estado do Rio de Janeiro, a decisão pela opção cirúrgica foi motivada não somente pelos problemas de saúde que ela sentia, mas também por questões estéticas, e a moda tem seu papel nisso:

Dizer que ‘não’, seria uma mentira, porque nós, mulheres, gostamos de nos vestir, olharmos no espelho. E ter somente a opção de vestir aquela que serve, aquela que cabe, Ave Maria. Mas não foi a percepção [estética sobre si mesma] a primeira condição, mas mesmo a saúde. Depois, caí na real, as roupas ficando largas, me dei conta que iria chegar ao ponto de me vestir com o que queria e não com o que me servia.

A Paciente 03, que é oficial do Corpo de Bombeiros, no seu trabalho, aponta que o olhar sobre uma mulher obesa parece-lhe velar o preconceito, que vem sempre nas determinações que a limitam (enquanto mulher, enquanto obesa).

Eu não me sentia bem com o que via, daí, não ficava bem comigo mesma, acabava não ficando bem com quem estava em volta. Sempre as pessoas por precaução, ou por motivos que sejam, cobravam-me, dizendo que estava muito acima do peso.

Na parte da relação sexual, não tinha vontade, a comida era muito mais prazerosa do que a relação.

No trabalho, eu sempre gostei da parte operacional. Mas fui chamada pra outro setor, que nem farda usava. Depois que comecei a aumentar o peso, eu mesma comecei a me cobrar, 'como você vai pra parte operacional se você está gorda, com excesso de peso, enorme?'. Mesmo que não houvesse, eu sentia que tinha até um certo preconceito dos próprios colegas, eu acabava sendo um **peso morto**, seria mais uma que eles teriam que olhar, sabe, tipo ficar vigiando. **Primeiro por ser mulher a gente já tem essa dificuldade, segundo por estar acima do peso: a gente nunca é capaz aos olhos dos outros.**

Depois de algum tempo, me chamaram para trabalhar, eu fui obrigada a tirar serviços, por conta do Comando Geral, aí, tive que fardar, colocar. Pior, se não tinha farda do meu tamanho, como voltar a fazer o serviço operacional se eu não tinha o físico para isso. [a Paciente falou com voz diferente, semelhante a choro]. Mas, pô, isso era um problema meu.

Me lembro de uma situação que passei, uma reciclagem, me senti muito mal mesmo. Um determinado colega de trabalho me colocou justamente na função de quem deveria, tipo, fazer mais, mais serviço, fazer mais do que os outros. Já estava obesa e era única mulher do grupo. Eu tenho que fazer o meu melhor por causa do meu sexo. Era um serviço que chamamos de 'bombarmar' (sic), a única obesa, além de ser mulher, era eu, ele [o colega]; como o mais antigo, manda, me determinou pra essa função. Óbvio que era quase um motivo de chacota, [era] hilário, risos, cômico. Lógico, me abalou demais, mas por esse motivo me ajudou, me impulsionou a fazer a cirurgia. (grifos nossos)

Fica-nos claro que a identidade está em jogo nas relações em que as condições de trabalho são, notadamente, influentes e simbólicas.

No seu histórico, a reflexão trazida pela Paciente 16, advogada e casada, é marcante:

A vida social de uma pessoa obesa é sempre pautada em saber conviver com preconceitos. Os obesos não são aceitos em sociedade como pessoas “normais”. O que se vê são desculpas para justificar a obesidade. Tipo, ela tem o rosto tão bonito, mas... Ela fala tão bem... Ela é tão engraçada... com isso, a maior dificuldade de um obeso, na minha opinião, é administrar a mente. Quanto à vida familiar, como sempre fui magra, engordei por um período, operei e emagreci e voltei a ganhar peso, tenho que conviver com os familiares, e o pior é que eles estão presos a um passado de uma magreza que não existe mais.

Administrar a mente: para um obeso, a compulsão é um ‘hematoma’ neural: o sentimento da perda da possibilidade de se alimentar como se quer, comer o tanto que se quer, sentir os sabores que se quer, tudo é tortura. Contudo, nos desafios pós-cirúrgicos, adequar-se ao que pode ser o ideal (o ideal que não é algo que as práticas econômicas e viabilidades sociais proporcionam) é preciso.

Disse-nos que se relaciona bem com seu marido há 25 anos, pois, para ela: “já vivemos todas as minhas fases, juntos. Magreza, engorda, pós-bariátrica, emagrecimento, reganho de peso.” No seu trabalho, não experimentou nenhuma atitude negativa quando estava obesa: “O ramo em que eu trabalho não envolve diretamente padrão de beleza. Digamos que a perspicácia, o raciocínio rápido e a mira em uma boa estratégia fala[sic] mais alto.”

Ainda assim, afirmou que o preconceito existe e que já o percebeu muitas vezes de forma velada:

Com certeza todo obeso já passou por situações onde foi estigmatizado e excluído. O simples fato de sempre te darem o banco da frente do carro de modo a ficar mais folgado atrás já marca esse tipo de situação. É algo automático. Se existem 2 lugares vagos, um ao lado de um obeso e outro ao lado de uma pessoa “normal”, o que será preenchido primeiro será sempre o ao lado da pessoa mais magra.

O espaço da mulher no ambiente público é coordenado também por seus mitos: a mulher, quando falha, falha primeiro por ser mulher, depois por ser obesa, por não ser homem, por não ter as condições para tal serviço, por ser inapta aos olhos do outro e, como resultado de tudo, esse estereótipo fortalece-se, no enclausuramento e na redução do que é concernente a tudo que é feminino.

Numa busca do equilíbrio *beleza-saúde-juventude*, os discursos determinam as direções e orientações hegemônicas, modelando, por conseguinte, as condições de vida de mulheres: o sexismo adentra as práticas sociais e vicia a discursividade⁸⁹.

Nunca ser capaz por ser mulher e ser obesa. Tal assertiva não é por acaso e encontra seu eco no cotidiano das relações sociais, como ouvimos do Paciente 20, que se declara heterossexual e trabalha embarcado em uma plataforma petrolífera. Ao ser interpelado sobre experiências que reflitam a exclusão ou a estigmatização do seu corpo, o Paciente 20 afirmou que ele mesmo não viveu tais situações, mas

O problema do meu trabalho é que sendo mais gordinho você acaba sendo cortado. Tem que embarcar, e tem o peso no helicóptero, não pode passar. Chegar um magrinho e um gordinho, mesmo que o gordinho seja mais capacitado, você vai ver o cara gordo sendo cortado. Infelizmente o sistema é isso. É isso. Às vezes as pessoas falam que não, mas é isso.

A mulher, então, onde eu trabalho, é muito pior, pode ser gordinha e uma baita profissional, com uma outra com um corpão, a gordinha vai acabar sendo excluída. (grifos nossos)

Persiste, ainda hoje, o que Wolf (*op. cit.*, p. 48 *et seq*) denomina de Qualificação de Beleza Profissional, o QBP, como ponto de inflexão no imaginário, como ‘paródia’ – com todas as características duvidosas e

⁸⁹ O mercado da moda é sempre acompanhado do mito da beleza. Quando algo se distancia da sua idealização, amadurece, fica ‘velho’, logo a *máquina* o fará sair de cena (WOLF, *op. cit.*, p. 107). O mito da beleza, que controla e projeta o corpo feminino, age para fazer com que haja a garantia de que a “máquina do sistema receba a energia das mulheres de uma forma conveniente à estrutura do poder” (WOLF, *op. cit.*, p. 41).

malogradas – de uma interpretação aplicada a situações trabalhistas, a partir das leis de discriminação sexual nos EUA e Grã-Bretanha.

Não se diz às claras, mas o corpo feminino e a sua representação, nos espaços sociais, são determinantes em muitas relações contratuais.

Para Wolf (*Ibidem*, p. 52), a beleza representava já desde os anos 1980 (com o *boom* da indústria da mídia e propaganda) o papel de coeficiente de *status* e *conditio sine qua non* nas relações de trabalho. Sem a beleza devida, as portas não estariam tão abertas, e o pior:

As mulheres aceitaram a qualificação de beleza profissional com menor reação do que outros grupos de trabalhadores diante de exigências irracionais, vingativas, e autoritárias por parte de seus empregadores. A qualificação de beleza profissional se alimenta de um reservatório de culpas que não teve tempo de ser esvaziado.

Como corpo percebido (BOURDIEU, 2012), o feminino se sabota, ou pior, tem que se sabotar e se adequar, para poder se encaixar. Não somente no trabalho o corpo obeso feminino é questionado: é no ambiente privado do lar que, por vezes, os mais inesperados fatos são vividos e sentidos.

A fala da Paciente 22, sobre a infância, mostrou-nos como o discurso de controle sobre o corpo se exerce, muitas vezes, no privado.

Sempre estive acima do peso, com exceção de uma pequena faixa na adolescência, mas venho de uma família de gordinhos, quando morávamos no Rio, eu me lembro de minha mãe me falando de peso, levando a médicos, controlando nossa alimentação, minha e de minha irmã. Comecei a consultar médicos e tomar remédios para emagrecimento desde nova, 10, 11 anos. Eu não me sentia tão gorda, mas era tanta a pressão dentro da família que acabávamos fazendo dieta coletiva, tomando remédio. Quando estava com 13 anos pesei 52 quilos, uns 5 meses com esse peso, o menor peso que cheguei. Mas não era saudável, era resultado de uma anemia profunda, sequei, sabe. Uma fase da adolescência que estava mudando o corpo, fiquei horrorosa.

Por outro lado, para a Paciente 11, professora e casada, vemos como o ambiente familiar impacta as percepções do corpo.

Não percebia nenhuma influência do peso na vida. Não tive problemas. Pelo contrário, até recebia elogios. Eu mesma me cobrava, mas eu era elogiada quando saía, arrumada, mesmo pesada. Na minha família, meu pai, sabe, muito bronco, falava 'você está muito gorda', mas tudo bem. Hoje estou melhor, com mais disposição. Meu problema não era com os outros, mas comigo mesma.

Como afirmou Sant'Anna (2016), o corpo disforme, seja o do obeso mórbido ou o do demasiado magro e esguio, tende a ser percebido como representatividade do corpo repulsivo, corpo a ser objeto de escárnio.

Para a Paciente 04, que é nutricionista, os problemas e os desafios se impuseram também em casa e estiveram no relacionamento com o pai de seu filho. Segundo o que nos contou, muito do seu ganho de peso veio por força disso. Quando a sua mãe morreu de cirrose hepática, um alerta foi ligado em sua vida: era preciso rever os passos de sua vida: "ela [a mãe] sempre foi gordinha, e eu comecei ter umas coisas, sabe, a passar mal, com a glicose alta, sabia que estava passando mal, até minha respiração estava difícil, e eu decidi porque não estava bem".

Sendo nutricionista, porém, para a Paciente 04, não foram mudanças repentinas tão simples. As divergências se davam no privado; e a intolerância, no público:

O peso influenciou minha vida amorosa, sim, porque praticamente o meu marido me obrigava a comer. Não aceitava que eu fizesse dieta, de forma alguma, mesmo eu sendo nutricionista, questionava assim: 'se você não comer eu não como', então, no momento que comecei fazer um tratamento com um psicólogo, eu decidi fazer a operação, aí ele não aceitou e a gente se largou, separamos um mês antes de operar. No trabalho, por ser nutricionista percebia que tinha aquele tabu, 'ah, como?, nutricionista gordinha?', mas ninguém sabia o que acontecia em nossa vida profissional, então, sofria um certo *bullying*, mesmo, porque, né, nutricionista *tem* [tom de voz mais alto] que ser magra.

O corpo, como uma projeção do ser, em uma primeira impressão, sempre denota o que se deve (por orientação externa, masculina, de poder) ser. Como entender, então, uma nutricionista obesa? Uma nutricionista tem que ser esbelta? Talvez em uma sociedade em que a imagem diz o que se é, sim. Porém, sabemos que o preconceito se exacerba, narra o cotidiano das experiências sociais e predetermina as identidades dos sujeitos.

A Paciente 03 vivenciou uma outra história em suas relações afetivas. A sua percepção sobre o seu próprio corpo influenciou na escolha pela cirurgia. A vida afetiva tem laços na autoestima dos sujeitos e pode determinar o nosso comportamento, assim como o olhar de fora nos molda e pode nos transformar.

No caso, o diálogo com as amigas e sua relação afetiva após a separação determinaram a escolha pela mudança corporal. Perguntada se houve influências sociais e pessoais na sua escolha pela cirurgia, assim relatou:

no período de separação, minha filha estava com dois anos - não foi o motivo da separação o fato de estar obesa, mas quando terminou, eu vi, sim, um olhar de muitas pessoas à minha volta, primeiro achando que era um dos motivos [a própria obesidade], daí, falavam 'lh, ela *embarangou* e aí o marido desistiu'. Até no meio social ficava difícil para me relacionar, tanto para sair com outras amigas solteiras, eu não me sentia bem, sabe, voltar pra uma vida social em busca de um parceiro estando do jeito que estava fisicamente, dava não, poxa, o emocional já estava abalado, o físico só ajudou a piorar. Uma amiga que fez [a cirurgia] me falou e outra amiga me falou do mesmo médico. Foi a partir daí que resolvi fazer a cirurgia. Influenciou a minha escolha pela cirurgia, sim, no social, porque as pessoas olham a gente de uma forma bem diferente

Interessante é apontar sobre o entorno, quando estava nas ruas, no trabalho ou em casa, após a cirurgia. A Paciente 03 relatou que via as pessoas ficarem espantadas. Essa transformação do corpo, numa imagem que destoaria do histórico dos sujeitos, colabora para uma nova percepção de si:

muitas não me conheciam, quem me conhecia quando eu era magra, deixou de me reconhecer quando engordei e me reconheceu quando emagreci. Quem me conheceu já obesa, às vezes, nem me cumprimentava na rua porque nem me reconhecia mesmo. As que gostavam de mim ficaram felizes, as que de repente não gostavam muito, vou usar o termo, beijinho

no ombro [essa expressão indica desprezo e a opinião do outro como irrelevante], se espantam em ver uma pessoa melhor.

Após a cirurgia, a relação da Paciente 03 com a balança se tornou outra: “Minha relação com a balança mudou, antes não queria ir [à balança], não queria pesar. Mas na verdade apagou a dor daquele período, não lembro de ter passado sofrimento nenhum, não vomitei, não tive esses eventos”.

A superação que é a meta de todo obeso não se limita somente ao seu peso ou à sua corporalidade: o reconhecimento como sujeito é complexo e a primeira instância se dá com a autoimagem.

Para a Paciente 04, a sua imagem ajudaria sua “vida profissional, muito, a gente tem coragem de fazer coisas que não tinha coragem de fazer antes, de se expor, de se apresentar mais para as tarefas”. Já sua vida amorosa, “está parada [risos], estou dando um tempo”.

Saber repensar nossas relações afetivas é ter a capacidade de determinar como nós podemos nos reestruturar quando somos atingidos por problemas múltiplos e momentos de subjugação e exclusão. Para a Paciente 04, esteticamente, a cirurgia bariátrica contribuiu para a sua percepção em torno de sua imagem corporal

Então, era tão difícil com meu marido, por exemplo, eu sei que me sentia muito mal, mas sempre gostei de vestir bem, me maquiar, ele era assim, ficava me vigiando me arrumar, para depois ou ele falava ou ele não ia sair, hoje, graças a Deus eu me acho [risos], eu, eu estou me achando...

Em seu trabalho, revela ainda que se sentiu estigmatizada em certas circunstâncias, por força de seu peso excessivo antes da cirurgia. Acrescentou que percebe uma diferença constante nas suas relações profissionais, após o emagrecimento: “passei a ter mais credibilidade”.

É certo que no trabalho e no dia a dia, a pessoa obesa é colocada em xeque. É o que nos trouxe a Paciente 24, que afirmou sempre se sentir fora de seu lugar, mas o que mais a incomodava era o assédio:

No (ambiente) social me sentia incomodada, eu entrava no avião, me sentia sufocada. Num ônibus eu sentei ao lado de uma obesa também, ela se sentia aceita, eu mesmo queria aquilo. Em questões de trabalho, eu nunca me sentia excluída, mas teve um local de trabalho, que eu trabalhei e, e eu trabalhei com um diretor, e essa pessoa fazia comigo assédio moral, eu era alvo de deboche, não somente pelo peso, mas pela roupa. Quando eu fiz a bariátrica, meu cabelo caiu, e nascia espetado, sabe, e essa pessoa fazia piada com isso. Mexeu comigo, porque a pessoa tem um cargo acima do seu, e você tendo que respeitar, rir até, sabe, tendo que rir do deboche, mas mantive a compostura, fazendo o que faço de melhor. Enfim, foi muito ruim lidar com uma pessoa com uma imaturidade dessa.

Porém uma virtude é resistir. A Paciente 24 afirmou que não se incomoda mais com as observações e opiniões de terceiros. Reconhece também como as mudanças de comportamentos são visíveis quando há uma transição do peso corporal.

Meu peso não me atrapalha mais, sinto-me bem no trabalho. Meu peso eu não sabia que impactava na minha vida profissional, mas senti nesse trabalho que tinha antes. Sabe, o interessante é que essa pessoa, o meu superior, também tinha feito a cirurgia, ele era gordo, muito, e fez eu me sentir até mesmo pressionada por ele para fazer a cirurgia.

Nas experiências e encontros, o espanto com o corpo obeso – a falta de ‘normalidade’ estética - determina as relações. Para a Paciente 24, que conviveu com o assédio, não se incomodar mais com as observações e opiniões de outros deve ser o caminho para o sucesso e felicidade. Reconhece também como as mudanças de comportamento são visíveis quando há a transição do peso corporal, o dia a dia de uma perda que, a ela, torna-se um ganho de autoconfiança.

Não atrapalha, sinto-me bem no trabalho. Meu peso eu não sabia que impactava na minha vida profissional, mas senti nesse trabalho que tinha. Sabe, o interessante é que essa pessoa (o chefe, superior) também tinha feito a cirurgia, e me sentir até mesmo pressionada por ela para fazer a cirurgia. Comigo mesma eu me sinto bem, me sinto mais confiante, nunca tive reclamações quanto ao sexo. Inclusive quando fiquei gordinha, no meu primeiro casamento. No segundo, eu já era gordinha,

mas sempre foi tudo muito tranquilo. O peso não influenciou minha vida, mas eu, hoje, né, mais leve, me sinto mais segura sim. Ainda que não esteja no peso 'normal'.

As pessoas me olham, então, eu trabalho em um local com muitos homens, sei que me olham, cochicham, às vezes, isso é bom, as pessoas falam 'Nossa, Ana Paula, graças a Deus não ficou com cara de bariátrica'. Todo mundo fala da cara do bariátrica, chupado.

A relação com a autoimagem é um desafio para o obeso, pois é preciso conviver com o semblante e o tamanho corporal que, por vezes, não traduzem a saúde física necessária ou até mesmo visão e a autoestima que têm de si. O obeso é cobrado por ser obeso (mole, fraco e displicente). As piadas se tornam parte da rotina. É o que relata a Paciente 06:

Ficava triste, pra baixo, em saber que nunca tinha estado naquele peso, sentia-me mal, assim a sociedade cobra a gente, os outros falam com a gente, escutam piadinha, ser gordo é muito difícil, roupas então, era o que tinha na loja e olhe lá. Não tirava fotos, sabe, me escondia, sofria muito nessa época. Não via que era excluída, diretamente, mas já me senti feia, não que era excluída de algum lugar. Mas sempre tem uma piadinha, "a *Fulana* tá gorda, tá feia"

Para a Paciente 06, o seu peso influenciou sua vida social, amorosa, afetiva/familiar e no trabalho, pois "não tinha autoestima, achava que o marido não me desejava; me achava feia, não tirava retrato com minhas amigas, achava que as piadas eram para mim quando eu saía."

Porém, hoje, com a perda de peso, ainda que estivesse com grau I de obesidade, disse que vivia bem consigo.

Agora eu gosto [risos], autoestima lá em cima, mesmo tendo engordado um pouco após a cirurgia. Sabe, eu cheguei a 66 quilos, me senti mal, sabe, as pessoas achavam que eu estava doente, me perguntaram até se meu marido tinha me largado por outra pessoa. Pois é, troquei meu estilo de roupa, fiquei mais alegre depois. Fiquei mais exibida, sabe, teve uma situação com meu marido engraçada: a gente estava na pizzaria e um rapaz perguntou para ele se ele tinha me largado, que ele tava doido, saindo com as pessoas assim no meio de todo mundo. Meu marido brincou e falou que 'estava pegando um pessoalzinho aí'[risos]. Sabe, até os familiares do meu marido nem me reconheciam.

Ser diferente: o obeso é aquele que, mesmo sendo visível e destacado pelo seu corpo, vive a angústia de ter que se mostrar sempre melhor, para apagar, talvez, a percepção de ‘fraqueza’ e ‘displicência’ que os outros têm sobre o obeso.

Uma certa ojeriza ao peso, por estar fora dos padrões e não se adequar ao que se mostra como ideal, sobressai na memória, fere. Essa ferida, porém, pode indicar também as possibilidades de mudança e guiar os sujeitos em sua transição.

A Paciente 07 é professora do ensino fundamental, solteira e mora com sua mãe. Disse que nunca tinha sofrido nenhuma forma de crítica, preconceito ou exclusão pela sua imagem corporal, e que a amizade foi fundamental para que, inclusive, pudesse optar pela cirurgia:

“Pelos amigos não senti nenhuma forma de preconceito, mas por pessoas que não eram tão próximas de mim. Talvez não seja pelo meu tamanho, mas talvez por não gostarem de mim. Mas meus amigos foram influentes na minha vida, sempre me ajudaram, me chamavam para as festas”.

Para a Paciente 07, as inúmeras tentativas de emagrecimento denotaram a frustração que envolve a condição da fisiologia do corpo obeso e até mesmo o impacto (representação) que esse corpo tem no interior de suas relações sociais:

Nos aspectos sociais, em eventos, festas, casamentos, deixei de ir porque pensava que as pessoas reparariam em mim, sabe. Tinha medo de cadeiras sendo quebradas comigo quando eu sentasse. Tinha vergonha de namorar na frente dos outros, não, não da pessoa, mas eu tinha vergonha de mim. Eu mesmo me sabotava nas minhas relações amorosas. E também no meu trabalho, porque já deixei de fazer as coisas por medo e vergonha do meu peso, do meu tamanho.

Pensei sempre em emagrecer. Buscava o IMC normal, mas não conseguia com dieta, ia, fazia, perdia 10 quilos, mas para mim não era nada, sabe. Sempre que perdia 10 quilos me desmotivava, perdia tanto tempo, tanto tempo para só dez quilos, sabe. Desanimava por conta da falta de resultado. Cirurgia eu via como uma ponte para esse objetivo, um jeito melhor para alcançar. Não é milagre, a cirurgia, mas uma ponte.

A jornada para o procedimento da cirurgia bariátrica da Paciente 07 ainda foi mais árdua e demorada do que pacientes que fizeram a cirurgia por plano de saúde (convênio) ou por pagamento em espécie: ela tinha conseguido por ordem judicial, o que demandou mais tempo de espera, entre os exames e consultas até à operação.

Nos três primeiros meses após o procedimento, disse que ficou “perdida no começo, mas, eu estava feliz, sabe, como consegui o tratamento depois de 05 anos lutando na justiça, acho que estou muito bem. Foi um sonho realizado”. Um sonho realizado, e seu relato traduz como é essa relação com o corpo e nosso entorno: “Operei no auge da pandemia, em maio, eu não podia sair, mostrar para os outros, mas eu estava muito feliz”.

Com 1 ano e 7 meses de operada, a Paciente 07 relatou-nos que ainda não vinha experimentando novas situações em suas relações afetivas (estávamos em quarentena na pandemia em 2020), mas que percebeu mudanças com alguns amigos:

Não percebi muita diferença na minha vida afetiva, sabe, estamos em pandemia, mas nas redes sociais eu vejo que está bem mais movimentada. Sabe, o interessante é que algumas pessoas se afastaram agora que emagreci, pois como mudei às vezes elas ficaram inseguras.

Ainda que venha aprendendo a lidar com as ocorrências pós-cirúrgicas, como a mudança alimentar e a luta contra a compulsão (a Paciente 07 relatou-nos que desenvolveu um apetite por mais doces, o que vem lhe causando o *Dumping*), de um modo geral, afirmou que a cirurgia “Melhorou muito minha vida. Sou outra pessoa. **A pessoa de há um ano já não me cabe mais, não existe mais.** Hoje é outro sentimento sobre mim mesma. Vivendo sempre em reconstrução, como dizem, em mudanças.” (grifos nossos).

Também demorada e exaustiva foi a autorização do procedimento cirúrgico da paciente 10. Quando fez a operação ela estava com 125 quilos, aos 28 anos. O método foi Bypass e ela conseguiu seu tratamento, à época, por

ordem judicial. Posteriormente fez a cirurgia de redução de mama e colocou a prótese de silicone nos seios.

A Paciente 10 afirmou que sempre esteve acima do peso, mas que os problemas aumentaram com a adolescência e puberdade:

Na infância não me sentia tão incomodada, porém, ao fazer 15 anos, comecei a perceber que não me encaixava na vida que seria a tão perfeita que a sociedade pregava. Os vestidos já não ficavam tão bem em mim e iniciar um namoro já começava a ficar complicado.

A escolha pela cirurgia veio quando ao entrar numa instituição pública e se acomodar com o emprego já garantido, com o dinheiro certo no fim do mês, tudo parecia ajudar no ganho de peso. E o hospital da instituição realizava a cirurgia gratuitamente. Então nem pensei duas vezes, fui lá [no hospital] e fiz.

Se o seu excesso de peso a prejudicava, constantemente, antes da cirurgia, no trabalho e nas relações afetivas, isso potencializou com o tempo pós-cirúrgico. A Paciente 10 teve um reganho considerável de peso e relatou que, à época, com um aumento de peso, semelhante ao que tinha antes da cirurgia, sentia-se ainda mais doente em suas condições, como as situações comuns que acontecem com quem realiza a cirurgia e não muda seus hábitos alimentares e comportamentais (como os hábitos alimentares):

Após engravidar do meu filho voltei ao meu peso inicial de antes da cirurgia e não consigo perder. Hoje, acho que só operei pra passar mal e comer mal. Continuo tendo taquicardia e dumping, comendo poucas porções de alimentos não tão saudáveis e acima do peso novamente. Me atrapalha na minha função no trabalho, em casa, em tudo...Minha vida afetiva está toda atrapalhada. Estou muito acima do peso. Meu marido não me conheceu assim.

No meu trabalho, atrapalha. Não dá pra ser um bombeiro militar e querer salvar uma vida se você não consegue salvar a sua própria. Deixei de ser escolhida para diversas atividades no Corpo por estar obesa.

Já a Paciente 08 é assistente social e mora no Rio de Janeiro com seus familiares. O relato de suas experiências, que a levaram à escolha pela cirurgia, reforça não somente que a obesidade se desenha como um estigma subjetivo,

mas delinea a deterioração do ser pela sua deformidade (GOFFMAN, 1963), sejam nos espaços públicos ou privados.

Isso [a obesidade] era uma coisa terrível, eu não tirava fotos, não me olhava no espelho, eu era vaidosa, bem vaidosa, daí, eu me fechei, qualquer roupa que eu quisesse não dava em mim, só roupas pra pessoas mais velhas. Não trocava de roupa na frente do meu ex-marido. Ia pra piscina e colocava aqueles biquínis enormes e me escondia o tempo inteiro. Um período bem difícil de minha vida. Veja bem, eu trabalhava em frente a uma estação de trem e eu tinha que subir aquela passarela. Era um suplício aquela passarela. Eu não conseguia brincar com minha filha, tudo disparava, coração, pressão, dormir era péssimo. Na época quando eu estava muito gordinha, 125 quilos, comecei a fazer xixi na cama, acordava fazendo xixi na cama, meu Deus, era desesperador, morria de vergonha com meu marido, sabe, ele dizia 'relaxa', falava que quando eu operasse isso iria passar. Dormia em pé, poxa, roncava, um sono horrível, era só uma derrota. Tenho medo de engordar, sabe, todo dia corro, faço exercícios. As pessoas não entendem quando você é gordo.

Sobre o preconceito contra o obeso, a Paciente 08, com seu exemplo, reforçou nossa perspectiva de como o discurso – velado na cordialidade, que exclui e segrega – de inferiorização do corpo obeso de uma pessoa é recorrente:

Eu ouvia muito de minha família muito 'você tem um rosto bonito, mas...', mas não sentia excluída na fase adulta, acho que só quando criança, mas era diferente, cabeça de criança é diferente. Mas quando criança, sim, sofri algumas situações, como apelidos como 'saquinho de batata'. Mas como adulta, não.

Para a Paciente 22, o obeso tem que se destacar de uma outra forma que retire a visão, o olhar, a imagem da diferença pela negação ou pela dimensão de sua corporalidade.

Eu tenho uma frase de minha avó materna, 'tem que ser melhor': como ela sempre foi gorda ela tinha que ser diferente, tinha que ser a melhor, igual nos esportes. Em termos de trabalho, eu era muito mais exigente, tinha que ser a melhor para compensar o tamanho. A gente tinha que se mostrar. Mas como crescemos, sabe, a idade ajuda, e com as experiências de vida começamos

a perceber que não precisamos de aprovação alheia, mas da minha aprovação.

Mas será que a perda de peso e a mudança da percepção da imagem que a pessoa tem de si e também a percepção dos outros podem ser determinantes para mudanças de comportamento? Será que essa ruptura não explícita, mais uma vez, a lipofobia como um elemento das nossas relações sociais?

Com a perda de peso, ainda que não a desejável, a Paciente 22 disse que percebia mudanças na sua relação com os colegas e familiares:

Sim, muitas pessoas por interesse, ou até mesmo curiosidade. Eu era uma pessoa que conversava com todos, e era difícil com os que estavam numa sala comigo, porque era muito exigente. Depois da cirurgia comecei a perceber uma maior empatia das pessoas comigo, um, um carinho de pessoas que estavam a minha volta, de pessoas que não esperava, tipo 'olha, tá, você me conhece?' (risos).

Eu deixei de ser a fulana rígida, a 'generalá', para ser mais aberta, sabe.

Eu dava conta de fazer vinte artes (visuais, gráficas) por dia, então, deixei de ser a perfeccionista que pesava o ambiente, porque era a gorda que tinha que ser a melhor, a gorda enjoada, para ser uma pessoa mais acessível, mais conectada com os colegas.

Percebemos, com essa fala, que o processo de emagrecimento colabora não somente para uma melhor identificação e bem-estar consigo, mas para as relações interpessoais, uma abertura possível para experienciar novos encontros.

Seria a cirurgia uma solução para os problemas relacionados, não somente à saúde física, mas à própria saúde mental dos sujeitos, à sua relação com o seu corpo e sua identidade? Como mulheres se sentem nas suas relações afetivas após conseguirem um peso que lhes seja mais conveniente? Como os homens lidam com a sua corporalidade e a perda de peso?

Com a cirurgia, a Paciente 23 disse que se sentia bem, ainda que houvesse determinado incômodo por parte daqueles que a cercam:

Me senti bem [com a cirurgia], se precisar opero até de novo. Era o que eu queria. Eu saía normalmente, sentava à mesa e falava para mim mesma que eu precisava me controlar. [não tive] nenhum problema com açúcar, com pão. Eu nunca tive problema

de aceitação depois da cirurgia, nem também quero cirurgia reparadora, mesmo tendo uma sobra de pele, um excesso, se não gostarem do que estão vendo, olhem pro lado [risos]. Sinto-me muito linda, queria emagrecer um pouco mais, mas meu médico falou que não precisa. Eu cheguei a 65 quilos, falavam que eu estava que nem cobra, de esguia, igual girafa [risos], ganhei um pouco, mas estou bem.

Tenho muito mais prazer em frente ao espelho agora. Eu, eu comprar em loja de roupas, experimentar, sabe, curtir aquilo, hoje tenho um monte de roupas curtas, biquínis [risos], me sinto muito bem.

Pessoas não acreditavam, eu abaixava a cabeça e ria, sabe, eu poder entrar na loja e pedir uma roupa menor, ah, não tem igual, eu ria também comigo mesma. As pessoas que me conheciam tomavam susto, um choque.

Não é aleatório, para ela, o modo como os obesos se sentem quando o problema é a relação com a moda: “as roupas não eram para mim, cheguei a uma loja e uma vendedora falou ‘eu não tenho roupa pra você aqui’. [Isso] Mexe com a gente.”

O peso em sua vida teve influência no seu cotidiano:

Eu me sentia incomodada, eu sentava num ônibus e eu ficava apertada, eu sentia fora do lugar. Mas as pessoas diziam que eu estava bem. Meu marido não era a favor de que eu operasse, mas eu queria. Eu que era complexada, me achava feia, tinha até vergonha, sabe, não tinha doenças, somente estética.

Se com o excesso de peso vêm o desprazer, o desconforto com o próprio corpo e, até mesmo, o mal-estar com a própria sexualidade, a perda de peso reformula a relação com a imagem de si, desencadeando novas percepções e sentimentos.

O espanto é comum, disse-nos a Paciente 24, quando se referia ao contato com colegas e familiares, nos primeiros meses após a cirurgia:

As pessoas ficavam espantadas. [Tenho] mais prazer na autoimagem, nas compras de roupas, nos passeios, tudo. Antes era a roupa que tinha a XXXXX [refere-se a si mesma], hoje sou eu que tenho a roupa. Antes o corpo era deformado, me via, quando cheguei ao meu máximo, como totalmente sem forma, nariz, queixo, testa, tudo tão inchado, que pareciam uma única coisa. Hoje minha compulsão é por sexo. Muito bem comigo mesma.

Ao ser questionada se houve mudanças ou trocas de compulsões, a Paciente 24 disse que se controla bem na sua alimentação, mas que sua vida sexual aflorou com a diminuição do peso, e a frequência de suas relações sexuais aumentou: “agora, uma coisa que faço todo dia é sexo”.

A Paciente 25 é dentista, tinha acabado de chegar da academia de ginástica, quando a entrevistamos. Estava, aparentemente, eufórica, com a face corada. Para ela, o mais importante, depois de sentir-se bem com o emagrecimento rápido que vem com a cirurgia, é o valor das condições de sua saúde física:

Meu emagrecimento foi lento, mas não passo mal com nada. Sinto-me bem, não entalo mais, e ao mesmo tempo que emagrecia devagar eu estava feliz, entrava nas roupas, conseguia amarrar os sapatos sem ter falta de ar. Assim, assim, sabe, com pequenas conquistas, fui lidando bem. Na mudança de alimentação também, também, fui bem. Não tenho queixas, meu exame de sangue está bom, não tenho deficiências de vitaminas, enfim, tudo no eixo.

Da mesma forma, as mudanças na produtividade do trabalho foram destaques de sua nova relação com o corpo:

No meu trabalho mudou tudo, estou muito mais produtiva, e faço o que não fazia antes. Antes era impossível, deslocamento, ir pra um trabalho, depois outro, dentista corre né, pra um posto, pra um consultório, pra outro. Toda a melhoria eu devo ao emagrecimento. Interessante é que também a gente vai ficando um pouco mais egoísta, porque aprende a cuidar mais da gente e vai gostando mais da gente mesma. **Estava lendo um relato de uma menina sobre isso, a obesidade esconde os sapos que você vai engolindo.** [Sobre] os problemas no entorno que você vai absorvendo, hoje aprendi a me posicionar. Se não é bom pra mim, não faço. Cortei até amizades, não abro mão mais de minha necessidade pessoal. Se não vai ser bom, não faço. É um resgate da sua própria pessoa, sabe. Isso que a cirurgia me proporcionou. (grifos nossos)

O controle sobre si é fundamental na recuperação da qualidade da saúde mental de pessoas que fizeram a cirurgia bariátrica, porque a relação com o peso não se finda após o procedimento. O trabalho com as próprias condições de

saúde física e mental deve ser direcionado, cotidianamente, porque as mudanças podem angustiar e a compulsão existe como válvula de escape:

Eu continuo sendo uma compulsiva por comida, todo dia porém é um trabalho diário. Tem dias que estamos chateados, compro lanches grandes, e depois vejo que não consigo comer, e peso a minha escolha, por que eu ter feito aquilo. A gente luta contra esses velhos hábitos. E todo dia é um novo dia, me controlo, vou à academia, não deixo de calcular, repenso a comida. Quando a gente estava no fluxo da obesidade, com os problemas de saúde e tudo o mais, a gente não consegue e hoje sou completamente diferente. De fato, eu me sinto empoderada. A maturidade ajuda muito a entender que o processo é maior do que a cirurgia. Tem muito mais, precisa-se de muito mais.

Ao ser perguntada sobre o que a motivou a fazer a cirurgia, a Paciente 25 enfatizou que a aceitação é um processo e, com isso, vêm as mudanças que são determinantes para uma qualidade de vida saudável:

Eu entendo que tem pessoas que levantam bandeira, que são felizes assim, são muito bem resolvidas assim, gordinhas, eu acredito que tem gente assim. Eu também não me incomodava, mas quando eu vi que estava com pique pra tudo, uma idade metabólica condizente com sua idade (risos), então eu posso dizer que a cirurgia melhorou muito minha vida, pela perda de peso. Descobri que adoro fazer coisas que não fazia, como fazer trilha, ir à praia, sabe, eu moro do lado, eu não ia. Academia de musculação, poxa, agora é todo dia. Vou até domingo. Eram coisas que não fazia antes, sabe, quando gordinha e ia pra academia era constrangedor para mim, né, você chega e começa a se comparar, poxa, mexe com a gente. O emagrecimento para mim é muito maior do que a perda do peso, você volta a ter domínio sobre a sua vida.

A pessoa obesa é refém da situação. A gente vivia em função da comida. É mental. Saía para trabalhar e pensava às 8h da manhã no meu almoço. Então, com o cuidado da saúde mental você se liberta, desapega dessa ânsia de comida, mesmo que a gente seja bombardeado por comida o tempo todo. A compulsão vai se perdendo.

Esse trabalho diário de cuidado de si, tanto das condições da saúde física quanto a mental, é essencial para que haja um crescimento da qualidade de vida.

No caso da paciente 01, o seu peso demarcava as relações e percepções que ela tinha de si mesma, porque não conseguia viver bem, mas “influenciava meu psicológico. O maior preconceito que sofria vinha de mim mesma”.

Com relação às suas experiências afetivas, afirmou que vivencia o “mesmo sentimento de antes da cirurgia”, ainda que tenha um ganho de peso considerável.

“É uma posição que mexe comigo. Meu trabalho exige um esforço (enfermeira). Mas não atrapalha fisicamente, no meu dia a dia, mas atrapalha no meu psicológico. Mesmo assim, nunca me senti estigmatizada. Nem no trabalho, nem em casa. Não me lembro de ter sido excluída por força do peso. Sempre fui aceita nas fases da minha vida. Se fosse hoje, eu acho que sentiria mais.”

Já a Paciente 26 estava vivendo uma outra experiência. Sua expressão facial denotava um rosto magro e perfilado, e parecia-nos bem disposta. Tendo feito a cirurgia, mesmo que sem as recomendações necessárias, pois não tinha consultado uma equipe multidisciplinar, apenas o médico-cirurgião em sua cidade, disse-nos que as condições de sua saúde mental foram determinantes para a sua opção pela cirurgia: “Eu estava obesa, feia, roupa não cabia; estava insatisfeita; estava viúva, jogava a culpa em alguém erroneamente, toda hora”. E o peso excessivo também tinha um histórico em sua vida, de forma que a deixava *deslocada*:

No trabalho não muito, pois mesmo gordinha, galguei as promoções que queria, foi difícil [como] obesa, mas consegui; na vida amorosa, sim, autoestima lá embaixo, não se arruma muito, fica mais deslocada nos ambientes, tem uma influência maior; influência na hora de relacionar, não usava roupa curta, praia, piscina, nada disso, então, o peso atrapalha nisso. O peso interfere na minha percepção sobre meu corpo. Não atrapalha o que vem de fora, mas sou eu comigo mesma.

Mesmo assim, afirmou que não tinha se sentido excluída por força da obesidade, o ‘problema’ era ela. A questão agora é: será que o procedimento cirúrgico, por si, retrataria o sucesso da perda de peso e do aumento da autoestima? Acreditamos que não, há mais do que somente a intervenção cirúrgica.

A Paciente 26 afirmou que teve um histórico de reganho depois de um tempo. Com a mudança de atitude e dos hábitos alimentares é que conseguiu reequilibrar-se:

Eu tive um reganho de peso. Perdi, mas tive o reganho, tive que mudar minha mente. Hoje, posso te falar, na minha cabeça eu diria para não fazer a cirurgia, sou a favor de outros casos, mais clínicos. Não do jeito que eu fiz. Como eu fiz acho que foi errado, eu não deveria ter feito. Não dou mérito à cirurgia, porque até me dá trabalho, por conta dos remédios, consultas, etc. a gente é um deficiente de vitaminas pro resto da vida. Tenho que suplementar tudo. Vitamina D, por exemplo.

Fiz uma reeducação alimentar antes da pandemia, o que acontece, a cirurgia ajuda quem não consegue perder, gastar calorias, enfim, eu não fiz nada disso, eu seria hipócrita se falasse que fazia. Não comia saladas, não fazia cirurgias. A cirurgia me tirou o doce, por causa do dumping, mas sabe como é, a gente fica safado, come o açúcar com o que não tem dumping, comia uma paçoca porque não me dava. Enfim, refrigerante não bebo mais. Mas a reeducação alimentar só mesmo agora. Então, a questão é por que eu não faço as coisas diferentes, eu cozinheiro bem, sabe.

Mudei completamente, malhar com *personal*, incluí legumes e vegetais na dieta. Tirei meu vício do prato, arroz e pão. Então, muito equilíbrio na alimentação.

Ao final, a Paciente 26 comentou que o processo cirúrgico foi especial pois a lhe propiciou experiências que não havia vivido, mas que o cuidado de si e a vigilância constante com a saúde mental e o peso devem ser mantidos para que haja sucesso a longo prazo:

Melhorou, eu não sabia o que era ser uma adulta magra, então ajudou. Mas acho que poderia ter sido de outra forma. Sobre minha cirurgia, meu médico (cirurgião) é super competente, referência aqui no Rio, eu fiz os exames e por questão de ser conhecido e tal fiz logo a cirurgia. Não passei por psicólogo, por nutricionista, endócrino, fisioterapeuta, etc. Não teve aquele processo longo. De fato, o trabalho duro é o do psicólogo, sabe, não adianta nutricionista, nem fisioterapeuta, nada disso, se você não mudar a postura.

Para a Paciente 17, também servidora do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, a saúde foi o maior motivador para a sua decisão pela cirurgia: “Eu estava em um ponto em que vivia internada, por hipertensão, chegava a 26;

um beco sem saída. Fui em frente e sozinha, a família não queria muito, mas eu fui em frente”.

O relato sobre sua infância denota como o esforço contínuo, a rotina de alternativas e a busca por muitas ‘soluções’ (temporárias ou de insucesso visível) para a obesidade começam, para muitas pessoas, desde cedo.

Sempre, desde que me entendo como gente, sempre estive acima do peso. Aos 11 anos comecei a fazer atividade física, por questões de ocupar meu tempo, fiz tae-kwon-do, dançava, associada à dieta, aí eu emagreci, associada à dieta. Pesava 60 quilos, até meus 18 anos, por causa dessa rotina. Aos 18 você começa a trabalhar e buscar outras coisas, acaba tendo pouco tempo, aí eu engordei novamente, parei quase 100 por cento as atividades físicas. Entrei pros Bombeiros, o meu curso era praticamente só atividade física, porque sou guarda-vidas. E quando voltei de lá tinha que correr, eu era muito ruim de corrida. Precisava dar um tempo, e esse tempo foi se prolongando e ganhei peso. E aí num ano cheguei a 100 quilos. Fiquei hipertensa. Tentei vários métodos de emagrecimento, métodos, medicamentos, o que me deixava bem depressiva, todos os tipos de dietas da moda que a gente vê.

E a rotina de toda semana de pressão alta de 26, com 23 anos. Internava quase toda semana, com pressão alta. Quase toda semana. Sempre fui ao médico e ele sempre pedia ‘você vá para a sua casa e pega suas coisas para ficar internada’.

E aí de repente chega um dia o médico e falar assim ‘você não vai pra casa, você vai ficar no hospital, você não tem condições’.

Até então eu não sabia a que ponto estava minha pressão.

Já praticamente 6 anos de casada, querendo engravidar, ele [médico] me dizia que em hipótese nenhuma, não engravidar, morreria a criança e eu.

A depressão vem fácil, sabe, por exemplo, eu tomar essas coisas, remédios pesados, ficar em cima de uma cama, chorando, e não conseguir sair, não conseguir fazer mais nada, entendeu, é muito fácil, então, hoje, embora esteja um pouco acima do peso, bastante acima do peso, não tento isso em hipótese nenhuma, tenho acompanhamento com nutricionista, tentando ainda mudar aquela cabeça de gordo que eu tenho, entendeu, tentando reverter isso, não para estar magra esteticamente para a sociedade, mas estar saudável, mudar meu ritmo de vida, é essa a minha meta, minha luta até hoje.

Após a bariátrica, fome eu não sinto, mas eu tenho vontade de comer aquela besteira, tomar algum refrigerante, comer um doce, tenho vontades, mas me seguro.

Sobre a sua percepção e as formas que essa percepção direcionaram a escolha pela cirurgia

A vaidade, não que a gente não se aceite, mas porque qualquer coisa que foge do padrão, tipo assim, no caso do gordo, você não tem uma loja pra comprar roupa, e como uma jovem, por mais que você esteja gorda, você quer se vestir adequadamente, você não quer qualquer coisa, então, mais por essas questões mesmo e a saúde. Mas até hoje a gente escuta aquelas historinhas, como 'seu rosto é muito bonito, por que você não emagrece, por que você'... é como se fosse um desleixo nosso, o fato de estar gordo, entendeu, é toda uma questão que foge muito do controle da gente, a gente tenta se controlar o tempo todo, mas foge da gente. Hoje eu me aceito bem do jeito que eu sou, procuro nutricionista e falo com ela que não sou feliz com restrição total de comida, e o dia que eu quiser comer eu vou comer, meu dia a dia tem que ser saudável. Esse negocio de eu não posso comer isso, eu não posso aquilo, bem, isso eu não quero, o que eu quero é o controle, o equilíbrio, estar bem comigo tanto psicologicamente. Quando fiz a bariátrica eu fiquei triste porque não podia comer, estava magra mas não estava feliz, porque eu não conseguia comer.

Pela gravidez, pela hipertensão, eu fiz uma dieta e perdi 30 quilos, na segunda gestação. Busco hoje o equilíbrio, sabe, não seria feliz com a restrição total. Eu gosto de comer, então não adianta ficar mal psicologicamente.

No trabalho, a Paciente 17 sofre com as limitações que o excesso lhe impõe

No trabalho, sim, porque exige mais fisicamente, esse tipo de trabalho [bombeiros], e como sempre trabalhei na rua, atrapalha, dependendo do tipo de ação que tem se fazer. Na vida amorosa, eu achava que atrapalhava, mas não atrapalhava, eu acho que estava em mim essa questão de não aceitar, de achar que iria mudar alguma coisa, e nunca mudou, estando com 60, 70 ou 100, nunca alterou nada.

Já em sua vida social e afetiva, a sua relação com as mudanças nas formas de trabalho sobressai:

Com relação ao casamento, tudo bem, são quase vinte anos juntos. No social sempre tem a cobrança, a de um corpo perfeito. Continua a cobrança no trabalho, mas como estou em outra forma de serviço, mais internamente. Cheguei a uma idade que posso ficar mais na atividade interna. Eu acho que como o serviço de bombeiros é de 'peão', serviço de força e eu acho que a mulher perde muito com a idade, atrapalha então, não só esteticamente, mas dores, problemas pela rotina do trabalho. Trabalhar nos Bombeiros é uma bomba-relógio, a gente vive num risco iminente o tempo todo. Então preferi ficar internamente.

A exclusão da pessoa obesa é silenciosa, por vezes, e se esconde nas pequenas atitudes. Ao perder peso, a Paciente 17 nos relata como as mudanças comportamentais sociais se distanciaram do que ela até então tinha vivido.

Eu me senti excluída, quando eu emagreci que eu percebi isso, porque quando você está magra, quando você está bem esteticamente, o mundo te abraça de outra forma. Você é aceita, é chamada, para tudo. Coisas que eu não percebia quando era obesa, e quando emagreci e todo mundo te chama para isso, te chama para aquilo, até para desfilas, sair, sabe, você é bem-quista em qualquer. Coisa que quando você é gorda não é. Após emagrecer a gente percebe isso. A gente não via nada diferente. Para a gente aquele dia a dia era normal, então você não via nada de diferente, aí, desde o momento que você emagrece, opa, as pessoas não faziam assim com você, não te olhavam dessa forma, não te chamavam, tipo assim, as portas se abrem, principalmente, para a mulher, as portas se abrem, talvez até por um outro tipo de interesse [risos]. Mas tudo muda...

O preço para ser aceito é alto, variável, sujeito a alterações e oscilações inconstantes. Valeria a pena pagar para poder ser?

Todo mundo quer ser bem aceito, naquela época eu buscava a aceitação das pessoas, a aceitação social. Até eu engordar novamente e ter que reaprender a trabalhar isso, a minha mente, aprender a me amar novamente, aprender não aceitar menos do que eu possa aceitar, não aceitar menos do que tem que ser para mim. Eu buscava uma coisa que, uma hora você fica velho, uma hora você engorda, isso não é pra sempre, senão você fica escrava do corpo, pra agradar aos outros, para as portas desatrem abertas para você? (Balançando a cabeça) Uma hora isso passa.

Para a Paciente 17, a compulsão pela comida ainda persiste, e nos fica claro que seu desafio é ainda mais complexo: enfrentar o reganho de peso, conviver num ambiente de trabalho, onde o obeso é tido como o oposto do que se espera.

Acho que sou compulsiva alimentar, sinto prazer com doces. Mudou o estômago, mas minha cabeça ainda é voltada para a comida.

Melhorou, por questões de saúde. Embora tenha ficado hipertensa novamente, após reganho, é algo mais tranquilo, controlado, o que não era antes da cirurgia.

A entrevista com a Paciente 21 foi bem direcionada e rápida, sem muitas explicações e comentários. O seu trabalho como parte do Corpo dos Bombeiros, como relatado por pacientes anteriores que também fazem parte da corporação, influencia diretamente na sua vida, mas ela afirmou que, na sua vida afetiva e social, não se deparou com os problemas que são comuns, como a exclusão: “No trabalho, um pouco pela atividade exercida (bombeiro). Nunca me incomodei, sempre namorei. Nunca me incomodaram os apelidos”.

Quando fez a cirurgia, a melhoria dos aspectos da sua saúde foi mais notada. Porém uma situação problemática foi relatada:

[Senti] Um misto de sensações, via que emagrecia, mas passava mal, vomitava excessivamente, tive momentos de arrependimento; por outro lado, a saúde melhorou consideravelmente, até na possibilidade de me tornar mãe. Se eu tivesse obesa como estava seria muito mais difícil de engravidar. Hoje eu tenho a consciência de que eu poderia ter mudado sem a cirurgia. Acredito que poderia ter conseguido de outra forma, por esforço. Tive 3 abortos após cirurgia, sabe. A cirurgia foi necessária, no momento. Hoje teria outra atitude, principalmente pela questão do aborto.

Para a Paciente 21, a cirurgia contribuiu para sua autoestima em um momento: “Eu vestia 52 antes da cirurgia, e emagreci e fui a 68 quilos, comecei a vestir 38. Hoje estou no 44, não estou gorda como era, mas não estou no peso que gostaria de estar”.

A Paciente 21 disse que, com relação ao que percebe em seu entorno, quando estava nas ruas, no trabalho, em casa após a cirurgia, via uma mudança: “Estavam acostumados a ver uma gordinha e depois a mudança veio com os olhares, principalmente por trabalhar em um ambiente masculino.”

No trabalho, o obeso se deteriora socialmente: peso a mais, fardo entre os colegas, como aquele ou aquela que simboliza o excesso e descontrole. Não somente no terreno das significações, mas na prática cotidiana, a vida de mulheres obesas retrata o incômodo e o desgaste.

A Paciente 27 é professora e sua história traz esse exaustivo exercício de sobrevivência social diária.

“Como professora de ensino primário, era exigida uma força extra no cuidado das crianças: Eu tinha dificuldades para trabalhar, porque tinha movimentos que fazia com os meus alunos que eram difíceis. Na vida amorosa, com meu marido, eu ficava incomodada.”

Socialmente, afirmou que sua maior barreira estava nas suas relações em casa: “Não, pela sociedade, mas na família, sim, sou a mais gordinha de 4 irmãs, então elas eram fitness, iam à academia, sempre fui a que não podia, a que tinha os seios maiores, mais corpulenta. O problema era dentro de casa”. O trabalho emocional com a psicóloga também foi fundamental para que obtivesse o bem-estar consigo.

Corpos femininos sempre estiveram no centro de discussões culturais, afinal, controlando-se o imaginário e a mentalidade, com toda a simbologia que o controle representa, moldam-se as características comportamentais e a própria relação que as mulheres têm com seus corpos e suas identidades: é sobre o corpo que as mulheres são, primeira e primordialmente, moldadas.

O corpo obeso feminino é alvo de rechaço, segregação, descrédito social e zombaria. Seria então o corpo magro, esbelto, a perfeição que se espera de uma imagem corporal, ou mesmo a projeção de um ideal que traria, por si só, o bem viver socialmente, as boas relações com os outros, a felicidade?

De uma perspectiva geral, as questões sobre como se sentem hoje, após o procedimento cirúrgico, trouxeram-nos conclusões que, se pudéssemos sintetizá-las, seriam:

- a) A perda de peso pós-cirúrgica não é a certeza de vida saudável (com toda a mudança de hábito alimentar e de escolhas comportamentais). É preciso que haja uma intervenção terapêutica psicológica, nutricional e também o preparo fisioterapêutico que acompanhem o desenvolvimento da paciente;

- b) O reganho de peso pode acontecer, principalmente, com o auxílio de certo comodismo da vida moderna, sedentarismo e também da retomada de antigos maus hábitos alimentares;
- c) O emagrecimento é experimentado de forma positiva por todas as mulheres, motivado pelas questões sociais (com a percepção externa de membros familiares, amigos, no trabalho) e culturais (como as experiências com a vestimenta, as interações sociais, o reconhecimento da própria sexualidade, a relação com a imagem que se vê na transformação do corpo e a aceitação nos espaços de convivência);
- d) A perda de peso e a constância / equilíbrio na relação com a 'balança' são resultados de escolhas pessoais e direcionamentos na vida social dessas mulheres: mudanças alimentares e hábitos saudáveis são influentes;
- e) De acordo com o que ouvimos, ocorreu uma considerável melhoria na qualidade da saúde de mulheres que fizeram a cirurgia bariátrica, até daquelas que se encontravam, à época da entrevista, com sobrepeso ou obesidade grau I e II (apenas uma paciente disse que não recomendaria a cirurgia);
- f) As complicações cirúrgicas podem ser muitas, como descrevem as pacientes pelas suas experiências, assim como os manuais, estudos e pesquisas sobre a cirurgia; porém poucas foram as entrevistadas que relataram um mal-estar persistente após a intervenção (no caso, as complicações foram continuidades de outros problemas que já haviam sido percebidos pelas pacientes no pré-cirúrgico);
- g) O prazer com a imagem de si é uma constante quando as mulheres se veem em transformação com o corpo.
- h) A compulsão por comida é ainda uma condição para muitas mulheres; pode haver substituições, novos hábitos, como o desejo por sexo e compras.

Por isso, questionamos às nossas entrevistadas sobre o que ganharam com o procedimento cirúrgico e de que formas a cirurgia bariátrica contribuiria para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres. Como se sentem essas mulheres obesas ao se verem e perceberem, socialmente, quando emagrecem foi o caminho para entendermos o comportamento pós-cirúrgico, nessa etapa da entrevista. Perguntamos também se houve troca de compulsão ou mudanças influentes e recorrentes.

Sobre a cirurgia, a Paciente 01 afirmou que no seu processo cirúrgico,

estava focada (...); operei na véspera de natal, sabe, gosto de beber, então eu fiz. Foi tranquila a cirurgia, minha mãe me ajudou muito com a alimentação. Na ceia de natal, ajudei a preparar e a minha ceia foi suflê de couve-flor. Quando eu passei a escolher as minhas roupas, sabe, o gordo é que é escolhido pela roupa, então, foi gratificante. Não tive problemas com relações as restrições. Quando vi meu peso abaixando, meu número diminuindo, me senti realizada.

No entanto, ainda que estivesse obesa, afirmou que a cirurgia contribuiu para a sua autoestima,

isso eu estava ouvindo das pessoas, mas começou comigo mesma, sabe, enfim, as pessoas começam a te elogiar. Sabe, as pessoas nunca falam que você está gorda, mas falam quando você emagrece... Me falavam que estava mais nova, sabe. Eu não fiquei com aquela cara de doente que muita gente fica quando opera, eu emagreci bem, muito tranquilo. Não fiquei com cara de doente, sabe. Quem não me conhecia achava que eu era daquele jeito.

A Paciente 01, de um modo geral, não teve nenhuma troca de compulsão, mas experimenta um sentimento ambíguo quanto à cirurgia. Para ela,

Os dois primeiros anos foram maravilhosos. Hoje, estou com quase o peso de antes de operar, mas estou bem melhor. Hoje, mais madura, com duas crianças, eu acho que não faria, mas eu indico. Até faria uma nova cirurgia se fosse necessária. A minha autoestima foi bem elevada. De um modo geral, faria

novamente, uma mudança de vida esplêndida só que foi uma pena que não consegui manter.

Quando estava nas ruas, no trabalho ou em casa, após a cirurgia, a Paciente 03 relatou que via as pessoas ficarem espantadas (essa transformação do corpo, numa imagem que destoaria do histórico dos sujeitos, colaboraria para uma nova percepção de si). De um modo geral, a Paciente 03 afirma que sua vida melhorou após a cirurgia bariátrica, mesmo que ainda tenha uma compulsão por bebidas açucaradas e faça alto consumo de refrigerantes dietéticos:

Será que tem alguém que responde que piorou? Para mim só melhorou, apesar de vez em quando termos que fazer uma melhora em nossa vitamina, mas é melhor tomar uma vitamina que um remédio pra diabetes, para colesterol. Chegaram a perguntar para mim 'você vai ficar tomando vitamina pro resto da vida, você quer isso pra você?'. Olha, gente, certo é a gente tomar pro resto da vida.

Uma única coisa que me deixou preocupada era a queda do cabelo, me dava um certo pavor de sair uma grande quantidade de cabelo.

Quem é obeso, é similar ao alcoolismo, tem que saber lidar com o que te mata. Consumir em doses homeopáticas.

Hoje, num meio de pandemia, eu não ando bem, porque a facilidade de ficar comendo e me movimentando pouco está me remetendo àquela pessoa que ficou muito obesa. Vou até procurar um especialista pra isso, pois estou sem ânimo, sem vontade de fazer atividade física. Mas assim continuo comendo um pouco menos. Porém, sem dúvidas, estou melhor do que antes.

Após a cirurgia e a separação, a Paciente 04 apontou certas mudanças em seu trabalho, que vão desde a sua relação com os superiores quanto com o cotidiano com os colegas.

As pessoas me olham, então, eu trabalho em um local com muitos homens, sei que me olham, cochicham, às vezes, isso é bom, as pessoas falam 'Nossa, XXXXX [refere-se a si], graças a Deus não ficou com cara de bariátrica'. Todo mundo fala da cara do bariátrica, chupado.

Ainda, a Paciente 04 relatou que certos comportamentos sociais de quando estava obesa ainda prevalecem: “Há algumas coisas que não mudei, como no supermercado, eu compro comida demais, quando meu filho vem ele leva metade do que compro. Essa mania ainda não saiu de mim.”

De um modo geral, afirmou que sua vida melhorou

em 100 por cento, porque foi uma mudança enorme na vida. Fui 15 anos casada, larguei 1 mês antes da cirurgia, por causa da opção que havia feito, ele não aceitou. Mudou tudo, meu cenário, porque além de tudo ele trabalhava comigo, ele saiu. Enfim, uma reviravolta, as pessoas começam a te olhar com outros olhos, sabe, recebi até uma cantada de uma mulher (risos), é bom, as pessoas chegarem perto de você e te olharem de uma outra forma, uma forma mais bela, porque quando estava mais gordinha era muito complicado, isso não existia. É muito ruim. Você ir a lugares onde não têm roupas. Uma amiga me falou assim ‘engraçado como você tem roupas repetidas, assim, roupas iguais, mas de cores diferentes!’ Aí falei ‘porque quando a gente ia a uma loja e achava uma peça de roupa que cabia, a gente só trocava a cor, aproveitava e comprava um monte’. Aí isso mudou, hoje vou às lojas, experimento, diversifico, mudou muito.

Para a Paciente 07, não importava mais o que os outros lhe diziam, porque

me sinto melhor para tudo, até para dormir, no dia a dia. Com as roupas também. Para mim que não tinha vivido isso é incrível. Me sinto melhor, já penso em viajar, aproveitar a nova vida. Olha, eu troco roupas com minha irmã que bem menor do que eu [risos]. Fico impressionada. Com a cirurgia me acho mais bonita, me ‘rearrumo’ mais, fico mais tempo à frente do espelho, escolho roupas. Antes não me importava. Mas agora...

As percepções sobre o corpo também se reorientam quando se mudam as visões com o que se espelha:

Olha, as pessoas não associam a XXXX [refere-se a si mesma] de antes à XXXX de agora. Ninguém acredita, sabe, ficam me reparando. Às vezes tenho até vergonha, quando vejo algumas pessoas dizendo ‘olha, está bem’, ‘continue assim’, sabe, fico feliz. Esses elogios são bem receptivos, sabe. As pessoas estão notando, estão comigo.

Ainda que tenha tido um sucesso na perda de peso e na continuidade e manutenção de uma saúde corporal, a Paciente 08 reforça que é preciso dedicação:

Exercícios. Malho intensamente, mas não vou mentir, ainda tenho um olho grande [risos], ainda tenho uma visão de gorda quando vou me alimentar, coloco no prato uma feijoada no prato, sabe, arroz, farofa, linguiça, aí vejo e não dá, não conseguirei comer, sabe, exagerada mesmo ainda.

Por fim, ela reiterou que a cirurgia foi uma

virada de chave na minha vida, em todos os sentidos, na minha confiança, como pessoa, como mulher, porque isso era ruim pra mim, da questão sexual, muito difícil, na minha cabeça, queria tantas coisas, mas a cabeça me travava, meu corpo me bloqueava, porque não conseguia me mostrar; depois da cirurgia e das reparadoras, agora, sem vergonha, 'bora mostrar [risos], fez toda a diferença em minha vida.

Depois de tudo o que falei, melhorou em todos os sentidos, na autoestima, porque é muito importante, voltei a ter saúde, a me sentir bem fisicamente, pois que antes me incomodava, não conseguia andar muito, me cansava muito; brincar com minha filha era angustiante, pernas inchadas. A minha relação com as pessoas mudou totalmente, porque consigo me socializar mais.

A Paciente 09, nos primeiros meses depois da cirurgia, experimentou momentos de “pequenos incômodos físicos: vômitos, dores e desejos alimentares. Não houve nenhuma complicação pós-cirúrgica grave”, mas que hoje se sente bem.

A Paciente 09 relatou que a cirurgia contribuiu para a sua autoestima, para a sua percepção de sua identidade e seu quadro emocional: “Tinha algumas inseguranças e era muito infeliz com o que via no espelho. Não tinha vontade de me arrumar para sair. Todos esses sentimentos mudaram após a cirurgia. Passei a ser mais feliz e me sentir melhor comigo mesmo”.

Ao final, colocou que hoje sente compulsão por compras online, mas que a cirurgia foi a sua melhor escolha.

A Paciente 10 afirmou que a cirurgia, para ela, teve um papel importante no começo:

Ainda estava me adaptando as novas informações, mas foi muito bom perder quase 20 kg em pouco tempo, fato que já vinha tentando a bastante tempo sem sucesso. Estava muito feliz, foram os melhores anos que vivi. Me senti no auge da beleza. Consegui aproveitar 6 anos dessa fase maravilhosa. Achava que podia tudo. Colocar qualquer tipo de roupa caíria bem. Se não quisesse me maquiar também estava no meu direito porque eu era linda de qualquer maneira.

Porém com reganho de peso, para acentuar ainda mais o grave problemas pela qual a Paciente 10 passava, relatou o excessivo consumo de álcool no seu cotidiano, o que aumentaria seu sentimento de exaustão e fraqueza. Apesar de relatar que a cirurgia ajudou durante 06 anos, ela não se sentia mais satisfeita e afirma que sua vida só “Melhorou no fato de eu, quando magra, ter conhecido meu marido e gerado meu filho. Mas hoje sinto que minha vida está pior.”

Para a Paciente 11, apesar dos problemas de saúde, anteriores ao procedimento da cirurgia, provenientes também do ganho de peso em sua vida, nunca a impediram de trabalhar, ou mesmo se sentir acolhida em seu trabalho: “Não me senti nunca excluída. Eu não sei até que ponto isso vai influenciar, mas por conta da profissão, ser professora, do nome que carregamos, então, eu nunca percebi isso.”

Como não observou nenhuma mudança/troca da sua compulsão, a Paciente 11 disse que ainda tem medo de engordar por voltar um dia a comer demasiado, mas que, como seguia a orientação alimentar pós-cirúrgica, estava bem e se sentia outra pessoa:

Se me acho mais bonita? Eu só me acho bonita! Antes não era nada [risos]. No último Natal, fiz um comparativo com as fotos, meu Deus, que diferença. Como eu me deixei chegar naquele tamanho. Muito, estou mais animada, de bem comigo mesma. Nunca almejei ser uma Miss, mas queria ser bonita, me vestir bem, enfim, o que está acontecendo hoje.

Tem gente que não me reconheceu no trabalho. Sabe, de máscara, conversando, a pessoa não me reconheceu. Aí vieram

outros colegas, elogiando, sabe, isso foi um choque, porque ainda não me vejo com menos 30 quilos. Sei pelas roupas, mas ainda não me vejo psicologicamente. Na cabeça, ainda sou o tamanho XGG.

Até mesmo após a escolha pela cirurgia e com a perda de peso, o obeso pode vivenciar momentos de estranheza, de não reconhecimento de si, de um lado; de outro, passar também pelas possibilidades e experiências sociais que não havia vivido antes.

Para a Paciente 15, “Até mesmo quando eu operei, tem gente que vem roubar sua alegria, dizendo ‘ah, porque você fez’, ‘estava tão bem’. Mas eu não ficava pra baixo antes e nem agora. Eu tinha era medo de diabetes. Isso sim.”

Nos primeiros meses depois da cirurgia, a Paciente 15 disse que experimentou sensações complicadas, pelo próprio momento de recuperação e adaptação: “quando voltei pra consulta e disseram que deveria continuar com a dieta líquida e pastosa, foi difícil, porque eu fiquei mal-humorada, e até minhas relações com o meu marido foram difíceis, vendo os outros comerem e não poder.”

Por isso, para a Paciente 15, o tratamento completo é fundamental: “Tão importante quanto a cirurgia é o tratamento psicológico, é você ter uma Ferrari com o motor de Fusca. Era preciso virar a chave, sabe, até quando saio para almoçar hoje”. Por isso a família tem força nas mudanças que o obeso pode vir a ter com a cirurgia: para ela, os filhos foram cruciais no processo: “eu achava que não perderia tanto peso. Achei que iria ficar fraca, mas eu vejo como estou bem. Meu filho é meu maior estímulo, pede sempre para eu não voltar a ser gorda.”

Para ela, ver o que acontece quando reencontra conhecidos no dia a dia é recompensador:

Muitos não me reconhecem, mas muitos se alegram – por verem a transformação, mas tem algumas, mulheres, claro, competitivas que são, falam ‘para de emagrecer’, sabe, a gente não pode ser melhor nunca. Eu não lembrava da oportunidade de poder escolher o que vestir. Antes vestia o que dava. Vestia uns florais enormes, o girassol ficava do tamanho natural [risos]. Hoje eu me dou o luxo de entrar em qualquer loja e sentir-se bem

Por fim, reiterou a importância de um tratamento completo para que haja a opção pelo procedimento:

Antes eu compensava, sabe, na terapia eu descobri alguns 'gatilhos' na infância que despertavam a fome e a gula, na consulta psicológica eu descobri essa relação de amor e ódio com a comida.

Por exemplo, muita coisa mexe contigo, como nos Dias dos Namorados, sabe, roupa que comprava que não servia, mas eu comprava mesmo assim. Agora ela serve. Tudo mudou, por exemplo, eu acordo cedo para fazer atividades físicas. Uma situação ruim foi a perda de cabelo, além das dores, mas que resolvem com as vitaminas.

O bem-estar consigo vem com as impressões que temos com nosso corpo: um corpo que não nos cabe é sempre o primeiro limitador.

Nos primeiros meses de cirurgia, a Paciente 16 relatou que viveu emoções diferentes: "Um misto de felicidade por estar resgatando saúde e me livrando de todos os remédios que precisei usar por conta das comorbidades que a obesidade me trouxe com satisfação por estar resgatando a mim mesma." Disse ainda que se pudesse faria outra vez a cirurgia, já que estava com um reganho de peso e "com a cirurgia, para mim, houve um resgate de uma autoestima perdida. Que hoje, pelo reganho de peso, está novamente se perdendo.

Antes, ela se sentia

Como uma aberração. Quando operei, a bariátrica não era tão popularizada', as pessoas se assustavam comigo, demonstravam uma felicidade tão grande em me ver magra que por vezes me assustava e por outras me fazia pensar se eu não as agradava enquanto gorda eu era.

De um modo geral, disse que a cirurgia tem seu lado positivo, mas que, a longo prazo, é preciso trabalho e exercício psicológico, além de um extenso cuidado de si:

Eu sou uma pessoa positiva e por conta disso acho que tudo tem um lado bom e é isso que deve ser enfatizado. Talvez minha cirurgia não tenha ocorrido em um tempo em que eu tivesse

maturidade para administrar os resultados e por isso ela não tenha se mantido, mas serviu de experiência. E que experiência!

A cirurgia bariátrica não é simples. Não só a equipe precisa estar integrada em todo o procedimento, porque problemas podem acontecer antes e posteriormente à cirurgia, como a reposição de vitaminas e suplementos com frequência.

Tive problemas pós-cirúrgicos, como estenose de esôfago, me sentia fraca, não conseguia caminhar, sensações de desmaio, aí, com 45 dias, indo pro hospital, eu estava passando mal, tinha 3 dias sem beber água, estava com esôfago obstruído, tive que fazer dilatação.

No dia da cirurgia, eu sentia muita dor, me mandavam caminhar, mas eu tinha tanta dor. O remédio pra dor parecia água.

Fora a questão de ser escrava das vitaminas, tudo normal.

O preço para ser aceito é alto, variável, sujeito a alterações e oscilações inconstantes. Valeria a pena pagar para poder ser?

Todo mundo quer ser bem aceito, naquela época eu buscava a aceitação das pessoas, a aceitação social. Até eu engordar novamente e ter que reaprender a trabalhar isso, a minha mente, aprender a me amar novamente, a prender não aceitar menos do que eu possa aceitar, não aceitar menos do que tem que ser para mim. Eu buscava uma coisa que, uma hora você fica velho, uma hora você engorda, isso não é pra sempre, senão você fica escrava do corpo, pra agradar aos outros, para as portas desatrem abertas para você? [a Paciente 17 está balançando a cabeça, negando] Uma hora isso passa.

Para a Paciente 17, a compulsão pela comida ainda persiste, e nos fica claro que seu desafio é ainda mais complexo: enfrentar o reganho de peso, conviver num ambiente de trabalho, onde o obeso é tido como o oposto do que se espera.

Acho que sou compulsiva alimentar, sinto prazer com doces. Mudou o estômago, mas minha cabeça ainda é voltada para a comida.

Melhorou, por questões de saúde. Embora tenha ficado hipertensa novamente, após reganho, é algo mais tranquilo, controlado, o que não era antes da cirurgia.

A escolha pela cirurgia não deve ser nunca o resultado de uma perspectiva ou posição impositiva, mas uma atitude consciente de si. É o que nos apresentou a Paciente 22:

Eu lutei muito para não fazer a cirurgia, não tinha essa ilusão de que seria uma perfeição. Em 2014 estava com 115 quilos, e coloquei como propósito que não entraria num avião com 3 dígitos na balança, cheguei a 97 quilos antes de viajar. Funcionava com o sistema de recompensa. Beleza, fui, viajei, relaxei, voltei a 113 quilos. Mas eu tentei novamente e não conseguia mais, vivia com cansaço, pernas inchadas, dificuldades de dormir, relaxar. Daí, o peso começou a afetar mais a saúde, e não mais a estética me preocupava.

Ser diferente: o obeso, aquele que está fora do padrão, para a Paciente 22, tem que se destacar de uma outra forma que retire a visão, o olhar, a imagem da diferença pela negação.

Eu tenho uma frase de minha avó materna, 'tem que ser melhor': como ela sempre foi gorda ela tinha que ser diferente, tinha que ser a melhor, igual nos esportes. Em termos de trabalho, eu era muito mais exigente, tinha que ser a melhor para compensar o tamanho. A gente tinha que se mostrar. Mas como crescemos, sabe, a idade ajuda, e com as experiências de vida começamos a perceber que não precisamos de aprovação alheia, mas da minha aprovação.

Para a Paciente 22, além da perda do seu peso e a mudança sobre sua autopercepção, o seu comportamento pós-cirurgia deu uma guinada:

Mudou muita coisa com a cirurgia. Na parte social, eu comecei a ficar mais segura, segura de mim, de quem eu sou, perdi um pouco aquela necessidade de ser a gordinha agradável, e no trabalho fiquei mais valente, antes a gente era receosa de tomar certas atitudes, falar, e tudo mais. Fiquei mais valente. Sensação de vou fazer, vai dar certo, vou correr riscos, mas vou lá e faço. Na parte afetiva, abaixou um pouco minha guarda. Eu era muito reservada, por ter sido gorda a vida inteira e tinha aquele estigma de que ninguém gosta da gordinha, quem está com a gordinha é por passatempo, falta de opção, ou mesmo por pena. Eu era fechada por uma questão de proteção, e isso mudou em mim, tenho mais flexibilidade nesse sentido. Antes era muito isolada. Hoje eu entendo que não é só bullying que existe no mundo.

Para ela, a cirurgia foi um procedimento complexo:

Uma dor terrível (risos). Tinha medo de sentar e não me levantar, pesadelos de que ficaria presa igual a uma tartaruga. Primeiro mês foi pavoroso, nem lembrava que queria comer. Depois da cirurgia tive um emagrecimento lento, mas contínuo. Não tive uma perda louca como muita gente, fui num ritmo menor, 3 a 4 quilos por mês, mas senti uma diferença, comecei a me perceber mais, se estava cansada, comendo pouco, muito, sabe, eu tive muito dumping, muito, mas meu paladar mudou, minhas preferencias mudaram, aquele hábito de chegar e querer refringente, mudou, morreu. Da alimentação passou para minha vida.

Comecei a ter um posicionamento melhor com meus amigos, com o tipo de amizade que queria, trabalho que queria fazer, me sentia melhor, mais conectada comigo mesmo.

Sobre como se sente hoje, a Paciente 22 relatou que, ainda que veja as mudanças no seu comportamento social, percebe-se corporalmente distante do que pretendia.

Ainda não tenho aquela coisa de me olhar no espelho e não me vejo como 'olha, como estou magra', eu escuto as pessoas me falando que eu emagreci, mas eu olho no espelho e ainda não tive um choque de percepção sobre meu tamanho. Me vejo como me via quando era obesa. Esses dias fui a uma loja e já vou pros números 50 e tantos. Comprei um biquini e vi que vestia M, mudou muito.

Na parte estética, não senti diferença, mas não me choco, vejo as fotos, mas eu me sinto assim.

Nossa percepção fica marcada, fica diferente.

Ainda que tenha relatado que sua compulsão pela comida tenha dado lugar a um aumento considerável de álcool e fumo, a Paciente 22 afirma que há benefícios em sua experiência:

Todo o processo me ajudou, me deu forças, sabe, encaro certos desafios profissionais e pessoais, causou impacto de formas positivas na minha vida. Eu conheço pessoas que antes diziam estou linda magra, feliz, mas não se cuidaram e hoje, após plástica, e tudo o mais, voltaram a engordar.

Com a perda de peso, ainda que não o desejável por ela, disse-nos que percebia mudanças na sua relação com os colegas e familiares:

Sim, muitas pessoas por interesse, curiosidade. Eu era uma pessoa que conversava com todos, era difícil com os que estavam numa sala comigo, era muito exigente. Depois da cirurgia comecei a perceber uma maior empatia das pessoas comigo, um carinho de pessoas que estavam a minha volta, de pessoas que não esperava, tipo 'olha, tá, você me conhece?' (risos).

Eu deixei de ser a XXXX (nome da paciente) rígida, a 'generalá' [sic], para ser mais aberta.

Eu dava conta de fazer vinte artes (visuais, gráficas) por dia, então, deixei de ser a perfeccionista que pesava o ambiente, porque era a gorda que tinha que ser a melhor, para ser uma pessoa mais acessível, mais conecta [sic] com os colegas.

De um modo geral, afirmou que sua vida melhorou após a cirurgia bariátrica

Demasiado, a de quem não mudou é porque não fez corretamente, não seguiu a cartilha da cirurgia, com tudo o que manda. Mas é preciso antes cuidar da saúde mental. Sem sanidade, sem raciocínio crítico para fazer a cirurgia, sem se cuidar, não vai adiantar, sabe, é preciso também do acompanhamento, todo o processo é longo, mas vale a pena.

A Paciente 24 relatou-nos que sua cirurgia foi retrato de uma experiência diferenciada, mas que se sentia bem consigo, apesar de ser, para ela, processo doloroso:

Quando eu acordei da cirurgia, meu Deus do céu, tudo doía, tudo, absolutamente tudo [risos]. Xinguei a mulher que me carregava, que situação [risos]. Mas o tempo seguiu seu fluxo, né, depois das papinhas horríveis, das andadas de meia em meia hora, quando o peso diminui e você vê que entra em roupa que não entrava, então, você vê que valeu a pena. Para mim ainda mais, pelos outros problemas de saúde que tenho, muitos estabilizaram. Sinto-me bem, se precisar operaria novamente; passava mal, vomitava, vivi 'bem intensamente' o momento, quero emagrecer mais 10 quilos, ou 5 quilos.

Disse que sente mais prazer com sua autoimagem e no que compete às suas relações sociais: “[tenho] mais prazer na autoimagem, nas compras de roupas, nos passeios. Antes era a roupa que tinha. Antes o corpo era deformado, me via, quando cheguei ao meu máximo, como totalmente sem formas, nariz, queixo, testa, tudo tão inchado, que pareciam uma única coisa.”

O espanto é comum, disse-nos, quando se referia ao contato com colegas e familiares nos primeiros meses após a cirurgia: “As pessoas ficavam espantadas. Relato de uma visita a uma loja, em que ao comprar uma roupa não tinha o número dela porque ela estava magra, não tinha menor. Achava uma situação interessante que não conseguiria.”

Por fim, ao ser questionada se houve mudanças ou trocas de compulsões, disse que se controla bem na sua alimentação, mas que sua vida sexual aflorou com a diminuição do peso e a frequência de suas relações sexuais aumentaram.

Para a Paciente 25, a vitalidade e vontade de mudança devem ser os objetivos de uma jornada diária.

Me sinto ótima, apesar de estar com meu maior peso depois de operada, mas com a academia, ganhei 2 quilos de massa e perdi 1 quilo de gordura. Estou evoluindo, progredindo, estou bem. Quero só perder um pouco mais para fazer a plástica. **A gente tem que desconstruir também que, na vida da gente, a gente é maior do que um número, um tamanho de calça.** [hoje] me acho interessante, daria um valor aí [risos]. Bem mais bonita e me amo mais né, mais carinhosa comigo mesma, porque a gente se maltrata né, fica ‘ah, minha perna, ah, minha celulite’, a gente inventa fantasmas para assombrar a gente mesma.

Por sua vez, a Paciente 26 comentou que o processo cirúrgico foi especial, pois lhe propiciou experiências que não havia vivido, e que o cuidado de si e a vigilância constante com a saúde mental e o peso devem ser mantidos para que haja sucesso a longo prazo:

[a vida] Melhorou, eu não sabia o que era ser uma adulta magra, então ajudou. Mas acho que poderia ter sido de outra forma. Sobre minha cirurgia, meu médico (cirurgião) é super competente, referência aqui no Rio, eu fiz os exames e por questão de ser conhecido e tal fiz logo a cirurgia. Não passei por psicólogo, por nutricionista, endócrino, fisioterapeuta, etc. Não teve aquele processo logo. De fato, o trabalho duro é o do psicólogo, sabe, não adianta nutricionista, nem fisioterapeuta, etc., se você não mudar a postura.

Por fim, a Paciente 26 destacou como a experiência das mudanças podem ser influentes nos aspectos sociais que apontamos (família, trabalho, lazer):

Hoje eu sou outra pessoa. Eu ouvia que eu não podia fazer aulas de zumba, ir à academia, era muito difícil. Eu hoje sinto prazer nisso, o que melhorou meu casamento, minha vida afetiva. Levantar com dor não te dá o menor prazer com o seu companheiro, né. E aí você acaba colocando uma máscara para tudo, uma máscara que esconde as dores. Acabava que quando chegava em casa descontava em meu marido, ele que sofria meu mal humor, e tudo mais.

Sobre as suas observações com relação ao que via nas ruas, no trabalho e em casa após a cirurgia, afirmou que não havia falado para os seus conhecidos, “Por conta das críticas. Eu sou acompanhada por uma psicóloga há 7 anos. Aprendi a ser filtro ou esponja, por isso apenas algumas pessoas sabem. Tenho duas irmãs que sabem porque não quero críticas negativas”. Disse ao final que estava fumando mais do que o normal, mas que a cirurgia lhe melhorou as condições de vida.

4.2.2 – Corpos obesos masculinos

*“Está inteiramente renascido. O homem viril voltou!”
(Philip Roth)*

*“No dia em que fotografias com homens carregando armas se tornarem raras e fotografias com homens carregando carrinhos de bebê se tornarem comuns, aí saberemos que estamos chegando a algum lugar”
(R. W. Connell)*

A imagem que temos sobre nosso corpo não passa veloz, pois é construída a partir das dimensões fisiológicas, psíquicas e sociais, num processo ininterrupto e multifacetado, o qual representa, nessa reformulação contínua, a história de cada corpo.

A representação do corpo masculino sobreposto pela virilidade retrata uma história de dominação, de violência, de intolerância, de conquista. Há, ainda, certa idealização sobre uma necessidade de se cumprir o que está, por exemplo, inscrito no imaginário cultural ocidental, presente nos enredos de filmes de heróis e guerras, sempre na busca pela *luta-glória-honra* da própria conquista que não passa de uma invenção.

O másculo, o viril, o senhor, o chefe, o líder, o comandante, o soldado: as descrições e representações são muitas e fortalecem a cultura do músculo.

Em qual espaço encontramos, socialmente aceita, a exibição da masculinidade na sua – almejada – perfeição corporal? No mesmo lugar onde estaria junta às máquinas pesadas, aos ferros encaixados em prateleiras, às anilhas, aos halteres, às barras, aos odores e aos barulhos (tanto do tinir e estalar do metal, quanto dos gemidos e grunhidos do esforço do exercício físico).

A cultura *fitness* reconstruiu as formas de exibição da autoimagem, e a idealização do corpo masculino representa a virilidade hiperdimensionada (COURTINE, 2013, p. 558), da força e da musculatura como ideais no retrato corporal masculino. Alinhadas com as tendências culturais (como o corpo masculino no cinema⁹⁰), as práticas de *body-bulding* representaram, na primeira metade do século XX, a quebra com o estereótipo do magro esquelético ou do obeso inepto. A flacidez no corpo, a preguiça nas atitudes e a invisibilidade do músculo contrariavam a idealização de um corpo viril, másculo, conquistador.

A cultura *fitness* ou a cultura do músculo (COURTINE, *op. cit.*) desencadeia no imaginário social as idealizações estéticas sobre o corpo, em especial, o corpo masculino, e o reforço diário de tudo o que a envolve, seja pela mídia (com as propagandas, filmes, canções), seja pelo discurso científico (a medicina esportiva, por exemplo, que aprimora os dados sobre o corpo para o melhor rendimento), deflagra o fracasso e a derrota constante de muitos homens na sua relação com o corpo. O não pertencimento fere, o obeso não se encaixa

⁹⁰ Rambo (1982) e Comando para matar (1985) são filmes que consagraram, por exemplo, Sylvester Stallone e Arnold Schwarzenegger como personificações do ideal da cultura do músculo. Como transmissor midiático de massas, o cinema tem a força para consolidar hábitos corporais em imagens icônicas, que se refletem no comportamento social, para além das fronteiras nacionais.

no meio, o magérrimo perde seu valor, aquele que é diferente das modernas 'esculturas' vivas masculinizadas perde-se.

Porém o discurso sobre a mudança e a força do corpo masculino não se descola fácil do sentimento. É no interior do espaço da academia de ginástica que pode o mais franzino homem forçar o corpo, torcê-lo, contraí-lo, levá-lo ao máximo e à exaustão, com a satisfação da completude do próprio esforço do exercício e, por consequência, sentir-se mais 'homem'.

(...) de qualquer forma, as academias de ginástica possuem a particularidade de compartilhar com a oficina a mais forte concentração de máquinas e a mais constrangedora disciplina mecânica dos gestos que existe. Os exercícios esportivos que se desenrolam legitimam a exibição de corpos masculinos copiosamente desnudados (*Ibidem*. p. 557)

Se as mulheres, que são alvejadas por um discurso mítico que narra as formas, gestos, condutas, roupas, acessórios e performances com vistas à beleza idealizada, os homens são direcionados, culturalmente, desde a tenra idade, a uma discursividade que enseja a violência, a força, a conquista e a luta como determinantes para a própria masculinidade.

O seu mito é o da virilidade e da força: conquistar espaços sociais e ser venerado são as metas:

Os discursos que enxergam na virilidade a própria natureza do homem, que creem distinguir, nas imagens contemporâneas da masculinidade, a memória de uma antiga potência, que legitimam assim a dominação de um sexo por outro, esses discursos possuem todas as características do que Lévi-Strauss atribuía ao discurso mítico. Como o mito, a virilidade 'sempre se refere aos acontecimentos passados', 'antes da criação do mundo', ou durante os primeiros anos, em todo caso, há muito tempo. (*Ibidem*, p. 570)

Entre esses mitos que condensam e moldam a ideia de virilidade, encontramos o que se relaciona ao discurso da paternidade (ser um bom pai, ser um bom marido), o da sexualidade (o tamanho da genitália) e o do trabalho (para o sucesso de sua corporalidade, é preciso ser o conquistador – financeiro – de seu espaço, na contemporaneidade; não há mais os ursos pardos a serem caçados nas cidades, mas a conquista cotidiana de um elemento maior: o capital,

o lucro, a riqueza material): “no princípio era o músculo e a autoridade se reconhecia a partir de sua presença: primeiro verso do evangelho da virilidade” (*Ibidem*); hoje, a meta é a aquisição de bens, a presença pelo poder do capital: a masculinidade que reflete-se no *quantum* econômico.

É no trabalho, também, que o simbolismo de um reconhecimento de sua força ganha terreno: o corpo masculino deve, hoje, refletir o sucesso que as representações projetaram na história da masculinidade. A competitividade e a luta são alicerces simbólicos que constroem o mito do homem másculo. No entanto, ver também o homem como um produto que já sai de uma ‘fábrica’ já pronto, acabado, é pouco e não nos daria as respostas que precisamos (CONNELL, 1995).

Perguntando de outra forma: o que se entende por masculinidade? Não seria melhor falarmos em masculinidades, no plural? Onde caberia o corpo masculino obeso nessa história?

Para Connell (1995, p. 188), a masculinidade é um conceito que remete às posições representativas, “uma configuração de prática em torno das posições dos homens na estrutura das relações de gênero”, dizendo de outra forma, um construto social simbólico. Por isso a pluralidade sobre o conceito deve ser o modo para se compreender o mito. E se falamos em práticas, pensamos nas ações práticas, não no que imaginamos, não no que idealizamos, mas no acontecimento cotidiano das relações sociais em que o gênero está no cerne, “englobando a economia e o estado, assim como a família e a sexualidade, tendo na verdade uma dimensão internacional” (*Ibidem*, p. 189), plural e dinâmica, que dita regras, que molda condutas e direciona o dia a dia de homens e mulheres.

O mito da masculinidade que é o mito da virilidade (seja pela força, seja pelo corpo escultural, seja pelo poder aquisitivo) engendra-se no cotidiano das relações sociais, não somente nas imagens que nos cercam, mas, principalmente, nas ações e discursos.

Nesse meio, o corpo obeso masculino é corpo a ser rejeitado, porque a sua resignificação no espaço social é a do desleixo, da preguiça, da inapetência para o trabalho, da infertilidade, já que do outro lado, “o homem viril não caminha;

ele move seu corpo. Não à maneira do obeso, este outro nativo das multidões (...), que arrasta sua anatomia como um fardo que o entrava e o estigmatiza” (COURTINE, *op. cit.*, p. 559).

Como homens homoafetivos se sentem com seus corpos obesos? Será que esse fardo da obesidade é tão impactante na vida social de homens quanto na de mulheres? As experiências sociais estigmatizantes de pessoas que se identificam como homossexuais são equivalentes às experiências de homens que se declaram como heterossexuais? Será que há, para ambos, a mesma relação com o corpo e com os outros?

Em nossa tese, entrevistamos 07 pacientes do sexo masculino, sendo que 05 se declararam como heterossexuais e 02 como homossexuais.

Hipoteticamente, havíamos pensado que as práticas sociais de homens obesos, heterossexuais ou homossexuais, representariam divergências e diferenças de perspectivas e posições, em suas percepções sobre a vida, a sexualidade, o trabalho e as próprias relações sociais cotidianas. Ademais, encontra-los não foi tarefa fácil, pois, no começo, quando buscávamos o acesso a eles, convencê-los a falar sobre o peso e estigma parecia algo irreal, quase um tabu, para uns; para outros, um ponto delicado que destacava na narrativa de suas vidas.

Como apontado pela estatística da clínica CETODI, homens que se declaram como heterossexuais são menos propensos ao tratamento cirúrgico, optando, o mais das vezes, pelas alternativas como a reeducação alimentar (que muitas vezes falha e/ou é ‘burlada’) alinhada pela rotina de exercícios.

Outro ponto que pensávamos que seria comum era a hipótese de que homens heterossexuais buscavam a alternativa do procedimento da cirurgia mais por questões relacionadas à saúde do que à estética subjetiva, ou mesmo por decorrência de pressão social, seja no trabalho, família ou em quaisquer condições.

Vimos, por meio dos relatos, que o fator saúde foi, de fato, apontado, mas não se eliminaram, como percebemos, os outros fatores, que transparecem na narrativa de cada entrevistado, tal como o comportamento social (tanto o próprio

quanto o de seu entorno) e as relações com a cultura do consumo (a moda e a mudança de hábitos saudáveis como rotinas de exercícios).

Outro ponto de nossa discussão era que a sexualidade tinha um direcionamento apontando para uma relação estigmatizante, pois o peso imporia aos corpos masculinos um limite para a saúde mental e para o crescimento dos sujeitos em suas relações com o próprio corpo.

Talvez pela distância e por não ser nossa entrevista uma consulta psicológica, os homens que se declaravam como heterossexuais tenderam a normatizar o histórico de sua condição sexual, afirmando que o sobrepeso ou obesidade que tiveram não eram fatores para o sucesso ou fracasso de sua sexualidade, mesmo antes de sua cirurgia.

No que se refere à relação com novos hábitos alimentares, prática de exercícios e mesmo uma mudança na rotina do trabalho, com a convivência social alinhada, percebemos que a ideia de uma masculinidade, no cotidiano da cultura, não era a preocupação central, mas que a realização com o corpo tinha suas variações (do mal-estar à aceitação) no âmbito, principalmente, do trabalho.

O que isso nos diz? Que o conceito de masculinidade não é homogêneo, enclausurado e único, mas múltiplo, disforme. Portanto, não há uma única percepção sobre a masculinidade – que venha a ser a hegemônica, mesmo que ela exista –, mas masculinidades, no plural, já que “não há uma masculinidade unitária, uma vez que os padrões variam por classe e geração” (CONNELL & MESSERSCHMIDT, 2013, p. 248).

A ideia de uma masculinidade única, homogênea, linear é incoerente e não retrata o que percebemos em nossas entrevistas. Alguns pacientes da cirurgia disseram que passaram por momentos de agressão verbal, na infância e juventude; outros relataram que não se sentiam agredidos por conta de seu peso, que tiveram boas relações sociais, mesmo com o excesso de peso.

Para o Paciente 02 (que é músico, casado, branco e que se declara como heterossexual), a escolha pela cirurgia se deu pelas condições físicas, que tinham influências em seu comportamento:

Sempre fui gordinho, mas nos últimos 15 anos, houve um aumento excessivo de peso. Fiz a cirurgia por conta da saúde física e mental, porque eu vi que a situação que estava ruim para quem trabalha com cultura, eu estava triste, preocupado com a saúde. Fiquei nervoso. Tinha amigos que tinham feito a cirurgia, nunca tinha pensado nisso, mas aí minha esposa me falou e parei pra conhecer.

A pesquisa e a informação sobre a cirurgia também foram importantes para o paciente. Válido colocar que buscar informações sobre a cirurgia pode auxiliar a tomar conhecimento de todo o procedimento, assim como organizar-se quanto ao que virá após a intervenção cirúrgica. O Paciente 02, porém, afirmou que observou muitos casos de insucesso e problemas, o que o fez repensar por vezes em aceitar o procedimento: “Comecei a pesquisar sobre, mas fui numa *vibe* que pesquisei o que tinha dado errado, mas aí percebi que muitos que tinham dado errado é porque tinham algum problema”.

Ainda assim, a sua percepção sobre o seu corpo influenciou na escolha pela cirurgia, assim com a vivência de suas relações afetivas. Para ele, as questões sexuais foram influentes:

A questão sexual mexia muito comigo. Como músico eu vivia no desenrolo [o Paciente riu], comecei a sentir um desânimo, o cansaço, a estafa. Socialmente nunca percebi, nada, não [me] senti excluído. Na verdade, nunca percebi e parei pra pensar sobre isso. Até interessante que algumas pessoas me perguntaram sobre as fotos das redes sociais, dizendo ‘cara, você está bem’, ‘ah, está muito diferente’, ‘tire aquelas fotos antigas’, etc. mas eu vejo minhas fotos antigas, e acaba que não tenho problemas quanto a isso. Sei que foi maneiro o que aconteceu comigo. Estou curtindo muito essa *vibe*, pra tocar, namorar, só vejo, hoje, os benefícios.

O paciente 02 acredita que sua imagem atual ajuda em suas relações profissionais e afetivas. Além disso, afirmou que sua disposição para o trabalho aumentou consideravelmente.

De um modo geral, assim pontuou:

Uma parada muito séria, que não me falaram, mas tem que estar com a cabeça boa para fazer, se preparar para a cirurgia. Eu não tive mal assim muito, muito, e eu via né algumas pessoas passando um perrengue no primeiro dia após a cirurgia, muito mal mesmo. Aquela papinha do hospital, aquele chá, terrível... sabe, sofre, mas sem luta, sem vitórias. Eu me lembro quando comi um feijão com ovo de codorna, manjar dos deuses, mas é isso, ter cabeça boa, de que vai dar certo, me ajudou porque agora me alimento melhor, menos. Melhorou muito, indico para qualquer um, só benefício. Eu tive um *dumping*⁹¹ quando tomei um vinho, eu estava muito tenso porque tem que estar no controle, aí a psicóloga me disse para eu também aproveitar e ter um momento de relaxamento. Tomei mesmo [risos].

Todo mundo tem que levar um choque: tem gente que tem um pós-operatório ruim, mas tem que se perguntar, por quê? Às vezes tem que ver se o psicológico está bem.

Não tive uma troca assim por outra compulsão, a não ser trabalho, porque me deu uma disposição. Em um desses momentos de eu querer me entender, sabe, GF, a psicóloga do CETODI, me falou para fazer algo diferente, né, hoje eu estou praticando marcenaria, com muita vontade. Se eu tivesse com peso eu não teria essa disposição, pegar madeira, levantar, e tal. Eu sou também baterista, então, já viu, né?!

Para o Paciente 13 (44 anos, branco, casado, heterossexual, professor), as questões de saúde física foram fundamentais para que realizasse a cirurgia bariátrica, pois estava diabético, com problemas de insônia, respiratórios, refluxos constantes.

Sobre sua infância, afirmou que sempre foi obeso

Sempre fui gordinho, lembro de aos 8 anos jogar bola em futebol de salão, lembro de jogar e praticar esporte, mas sempre gordinho. Eu já estive adulto com o peso que estou hoje, 103 quilos, mas à base de muita dieta. Mas sempre fui obeso.

Sempre me senti relativamente atleta. Eu tinha força física, por força do histórico de esporte que pratico. Então, meu corpo com a gordura entrou em colapso, pâncreas ruim, dormindo mal, me sentindo um idoso, então o fator saúde me levou à ideia de operar. Eu não me via lá na frente, sabe, sentindo que meu corpo estava colapsando.

Porém seu peso nunca o abateu psicologicamente, pois

⁹¹ Cf.: p. 128

Sempre fui muito tranquilo em relação a isso. Na minha vida amorosa, não fez diferença, talvez na adolescência, mas adolescência é ruim para todos. Talvez tive alguma tristeza, um preconceito, mas nunca me atrapalhou em trabalho, nunca fui mandado embora por conta do peso, nem ser contratado ou despedido, tendo a gordura como fator.

Mas algumas situações criavam uma cena interessante, em que os familiares do obeso são protagonistas:

Em praias, clubes, piscinas, sabe, é perceptível pessoas rindo, cochichando, e isso incomodava muito mais minha família do que a mim, sempre fui bem-humorado e levei para o lado do humor. Ah, diziam, olha o gordão, e tal, isso causava um desconforto aos meus familiares. Mas eu não ligava.

A decisão pela cirurgia não foi aleatória, mas apressada, segundo apontou, pois disse que não passou pelo processo completo multidisciplinar. O Paciente 13 havia feito a cirurgia em outra clínica, e se sentia bem, ainda assim, apesar de reforçar que se houvesse feito um acompanhamento poderia, hoje, se sentir ainda melhor e mais informado.

Melhor muito, sem arrependimentos, a não ser de ter feito antes. Essa foi a quarta vez que pensei na cirurgia e dessa vez eu consegui, tinha medo de não conseguir comer. Hoje eu digo que teria feito antes.

O que eu senti falta foi uma falta de orientação de uma equipe, fiz sem passar por uma equipe multidisciplinar, nem acompanhamento psicológico. Eu que tive que correr atrás dessas informações. Não fiz em Itaperuna, mas em uma outra cidade. Como disse, eu mesmo pesquisei sobre, procurei artigos, estatísticas e tudo mais. Mas me causou muitas dúvidas. Poxa, por exemplo, eu fiquei um dia em dieta zero no hospital, sabe, sem água e tudo. Eu não tive nenhuma orientação para o processo.

Porém, eu estava bem preparado para a cirurgia, então no primeiro mês, que as pessoas mais reclamam, para mim foi tranquilo. Mas quando estava finalizando a dieta líquida para a dieta comestível eu passei um perrengue, mas eu estava tranquilo.

No dia da entrevista, disse que se sentia mais 'novo' e que "praticava esportes no nível que praticava quando novo", tinha agora uma "vida saudável, boa".

De uma forma geral, a cirurgia significou para ele uma mudança, tanto dos olhares em suas relações sociais, quanto em suas próprias atitudes.

Sim, há 18 anos eu tinha esse físico de hoje, não me é uma imagem diferente, mas a desintoxicação em relação ao que comia é o mais marcante. Você é o que você come, e hoje tenho essa sensação de livramento. Entendi que o alimento reflete na minha saúde. Pelas atividades físicas, tenho ingerido mais carboidrato, mas é um controle rígido de alimentação.

Disse-nos, ao final, que a maior recompensa com sua perda de peso é a disposição para o trabalho: "meu rendimento no trabalho está muito maior. Não virei um *workaholic* mas sinto bem hoje. Eu já não bebia, há 20 anos, somente o café que é demais".

O Paciente 18 (negro, solteiro, fisioterapeuta, heterossexual) nos concedeu a entrevista de forma breve e sem explicações que pudessem nos dar margem para reflexões. Não abriu a câmera na hora da entrevista.

Sobre sua infância, afirmou que não era uma criança obesa e que tinha ganho peso após o casamento. Por se achar acima do peso, decidiu pela cirurgia, e que essa escolha não havia sido motivada por nenhuma atitude preconceituosa ou problemas estéticos, mas por questões de saúde, já que sua profissão demanda um esforço.

O Paciente 18 afirmou que sua vida melhorou após a cirurgia, que faz mais atividades físicas, que se acha melhor e mais bonito. Ainda colocou que no vestuário se sente mais realizado, porque hoje consegue achar roupas mais bonitas.

Já o Paciente 19 (branco, professor e analista de sistemas, casado e heterossexual) afirmou que, em sua infância, sempre se viu magro e que seu ganho foi posterior, quando acumulou trabalhos e teve uma rotina desorganizada com relação à alimentação e cuidado de si.

Depois de um certo tempo, **eu me via como um aleijão**, não estava acostumado com o peso, era magro, não tinha essa facilidade de aceitar. Além das questões de saúde, a estética me atrapalhava. Quem me via dizia que eu parecia inflado. O peso me afetou muito. Sonhava em jogar um futebol, mas eu sabia que iria passar mal, como um infarto. Uma situação que me incomodava também era o refluxo noturno, meu sono começou a ficar conturbado. Acordava com falta de ar, sufocante. (grifos nossos)

Apesar de o peso excessivo ser um impeditivo para o bem-estar em sua vida, o Paciente 19 relata que o preconceito nunca lhe foi um problema. As questões mais complicadas eram consigo mesmo:

Talvez para os outros sim, mas para mim não. Ficava chateado comigo mesmo, mas longe de dificultar as amizades. Tinha os apelidos, com baleia, mas não me incomodava, ria. Nunca gerou nada influente para tanto. Na questão social, eu não esperava nem a ideia e percepção como a minha gagueira aumentava com o peso, pela respiração. E como professor, falar é fundamental. Com o peso eu não conseguia mais controlar a gagueira, mas agora eu melhorei bastante.

Relatou-nos também que até mesmo após a cirurgia, percebia a diferença no tratamento:

Me senti nos primeiros meses e ano certa resistência, quando ia jogar bola, porque quando fiz não era tão conhecida a cirurgia, e tinha aquelas falas de que 'meu cabelo iria cair', 'eu iria evacuar na roupa', mas porque não conheciam a cirurgia.

Sobre a cirurgia, disse que sofreu com o *dumping*, mas que o comprometimento foi determinante para que conseguisse manter o peso em um nível satisfatório.

Eu não tive dificuldades com a dieta, até evolui mais rápido do que o médico gostaria [risos]. Tive muito dumping, até eu me acostumar e entender os alimentos, foi complicado. Refrigerantes com açúcar, salgados com gordura hidrogenada enfim, essas coisas ainda me deixam com dumping. O engraçado é que quando eu cheguei ao menor peso, me sentia feio, sabe, muito seco.

Hoje me sinto bem melhor, meu peso me basta hoje, olho pra baixo e vejo meu pênis (risos), então tudo bem. Então, assim, controle é tudo, uma caminhada é importante.

De uma forma geral, disse-nos a cirurgia contribuiu para a sua autoestima, para a sua profissão seu quadro emocional:

Sim, muito. Eu experimentei um retorno de concentração para as minhas leituras, nos meus estudos, consegui me preparar melhor para apresentar meu doutorado em banca. Enfim, além da estética, a autoestima fica elevada e aqueles que estão em nossa volta ficam bem também.

Hoje eu sou feliz, porque sinto que cheguei aos 24 anos que tinha, uma vida regular, hoje eu me amo.

Afirmou, por fim, que ainda tem certa compulsão por alimentos ultraprocessados, como pizza: “como até de manhã, gelada, se deixar”.

O Paciente 20 (branco, solteiro, saleiro, heterossexual) afirmou que, em sua infância, sempre se viu como uma criança acima do peso e que na adolescência ocorreu um aumento rápido de seu tamanho corporal, o que o incomodava:

Sempre fui uma criança gordinha e, bem rápido, na adolescência, eu cheguei a 130 quilos. No meu comportamento não influenciou. No meu acompanhamento psicológico, eu falei quando ela me perguntou qual era a melhor coisa que tinha acontecido com a cirurgia, aí eu falei que era a roupa. Antes era a roupa que escolhia a gente. Sentia vergonha de quando ia comprar roupa, porque quando você é gordo é a roupa que te escolhe. Teve uma vez, que tinha emagrecido, após a bariátrica, fui comprar e vi: antes era 50 reais uma peça, agora é 30 reais. Eu perguntei a vendedora: abaixou o preço; ela falou que não e que o preço era porque era de tamanho especial. O que mais me influenciou foi minha estética.

Na minha percepção, quando me pediram na consulta [psicológica] para desenhar meu corpo, não me via como me desenhava. Mas o que mais me influenciou foi mesmo a questão da estética, com o que vestir. Eu tinha feito um propósito comigo mesmo, com meu corpo: fiquei 4 anos sem comer carnes vermelhas. Me cuidar mais, sabe. (grifos nossos)

Com relação ao procedimento cirúrgico e pós-cirúrgico, o Paciente 20 declarou que passou momentos em que se arrependia, mas o cotidiano da transformação corporal e a perda de peso diária no começo lhe proporcionaram uma nova visão sobre a cirurgia.

Arrependi bastante [risos], por conta daquela comida batida. Meu Deus, ruim demais. Aquela sopinha, ruim demais. Queria pegar os pratos e jogar na parede. Não tive dores. Foi só mesmo ruim a parte da comida. Quando liberaram a comida sólida, eu também não consegui, demorei um pouco, e a única coisa que eu gostava e me fazia bem, era o café, coisa que não fazia.

Hoje me sinto bem, corpo mais leve para fazer as coisas, na correria você ter que carregar 130 quilos é complicado. Se você me perguntasse se eu faria de novo a entrevista, eu faria. Se você me perguntasse nos 3 primeiros meses, diria que não [risos], pior período, mas no mais faria tranquilamente.

Eu me acho melhor do que antes, apesar de alguns me falarem que eu gordinho era mais bonito.

Com um histórico interessante, o Paciente 05 (branco, casado, professor e homossexual) relatou como experienciou momentos de muito preconceito, não somente pela sua condição sexual, mas pelo seu peso. O gordo, na sua percepção, acaba sendo mal percebido pelo seu tamanho, pois traduz a fragilidade emocional, e o peso é símbolo de sua derrota social.

Muitas vezes, havia apelidos, discriminação, brincadeiras. A gente começa a perceber que o mundo não é preparado para você ser obeso, desde criança: a cadeira não te cabe, a roupa não cabe, o uniforme não te cabe, né, a vendedora fala que tem que mandar, especial, fazer porque a máxima que é 16 anos, não tem. Uma série de fatores. A questão da referência, você é o gordinho, tudo o que é ligado à comida é você que é a referência. Uma questão por outro lado comportamental forte, de percepção emocional: você é o gordo é o forte, aguenta tudo, saco de pancada, você aguenta porque é grande. E é o contrário, muitas vezes.

Na minha vida social, amorosa sempre foi afetada por isso: me sentia mal por tirar camisa, não ia piscina, não ia à praia, não ia a lugares públicos onde havia essa exposição física, até porque me falavam para tirar a camisa, todo mundo sem camisa, uma pressão e me sentia sofrendo. A questão amorosa: levei muitos anos para namorar, com 25, 26 anos. Além da questão da minha orientação sexual, que era para mim uma agravante, uma

dicotomia: a orientação falando o excesso de peso, o excesso de peso falando com a orientação sexual. Por vezes, quando emagrecia, me sentia melhor, mais atraente, por outro lado, me sentia mais conflituoso, mais confuso, daí talvez engordar era uma boa escapatória, e tinha a desculpa de não ser atraente, não era desejado então poderia ficar oculto nisso. Mas tive dificuldades com os primeiros beijos e abraços, que era aquilo né: você é gordo, não te abraça, não fecha o braço em você. Senti essa dificuldade também com homens e mulheres.

Como sou arquiteto, em uma obra, você tem que fazer levantamento físico, subir, ir pro telhado, etc., isso exigia muito de nosso esforço físico. Eu via me ficando para trás. Diziam deixe o FULANO aí, muito peso, pode quebrar. Então eu tive que perder peso. O peso restringia a minha atuação. Eu era reconhecido na parte teórica, intelectual, mas não podia nunca ter um trabalho porque estava obeso. Conforme emagreci, as portas foram se abrindo. Na docência, um outro olhar, quando era obeso, minhas posições, minhas falas em reuniões eram filtradas pela obesidade: 'o FULANO... diz 'não' porque é gordo, ele é amargo, mal amado'. 'Ele não é empático com a gente porque se sente ameaçado já que somos magros e ele é gordo'. Algumas restrições e convites para participar de festas, muito sutis: 'olha almoça lá em casa, tá, vai ter comida, viu?!'

A minha carreira profissional decolou quando emagreci. Uma constatação triste, mas real. Quando certas roupas não ficavam estranhas em mim, quando atingi uma aparência profissional eu consegui crescer. Isso ficou bem evidente em minha vida.

Sobre sua experiência com o procedimento cirúrgico, temos um relato interessante, que denota que o processo não é simples, mas que deve ter um acompanhamento médico e profissional constante.

Uns 15 dias após a cirurgia, eu tive uma complicação, mas foi um erro de explicação com relação à dieta. Fiquei 3 dias no soro. 3 dias de angústia. A recomendação era de que se eu não evoluísse a dieta a cirurgia teria dado errado, me diziam. Estava vomitando muito. Tomava remédio e vomitava. Fui pro hospital e aí tomava o remédio via oral e vomitava. Um medo de que a cirurgia não tivesse dado certo. Um esforço tremendo. Desidratei em 3 dias, comecei a ter surtos psicóticos, ficava aéreo, não falava nada com nada. 4 litros de soro numa manhã para recuperar. Mas depois desse episódio, não tive mais nada. Porém eu fugi um pouco das dietas depois de um tempo. O engraçado é que me sentia mais produtivo, dormia até menos, 5 horas por dia, mas não me sentia mal, nem indisposto, ganhei, sabe, capacidade intelectual. O cérebro começou a funcionar melhor, estava terminando o mestrado. Tirando o episódio da segunda semana, nenhum problema.

Ah, mas tem um problema que é interessante: a autoimagem. Eu me olhava no espelho e não me via magro, com roupas

menores, e me desesperava, sabe. Aí, meu marido resgatou uma calça antiga e me mostrou, olha como você está. Então, eu me pesava o tempo todo, toda hora que ia ao banheiro. Até tinha um aplicativo, que contava gramas, qualquer 100 gramas eu colocava lá. Cheguei a pesar em 4 balanças diferentes no mesmo dia. Depois comecei a estabilizar no peso. O que eu fiz? Coloquei aquela calça atrás da porta do banheiro e aí quando eu subia na balança e ficava triste porque não estava perdendo peso, eu colocava a calça e olhava no espelho e dizia pra mim 'realmente perdi peso'. O problema da autoimagem foi pra mim muito agressivo.

Esse problema da autoimagem é comum: difícil é a passagem; e a transformação, demorada. Para o Paciente 05, a cirurgia contribuiu para a sua autoestima, para a percepção de sua identidade e seu quadro emocional, mas a vigilância deve ser constante.

Hoje quando começo a engordar sinto-me mal, aí eu busco atividade física, alimentação, mas parto também para umas dietas loucas, meio descontroladas. Mas entrar em uma loja e ver que tem seu número, comprar uma roupa na internet e saber que ela vai te caber é muito bom. Mas eu me policio bem.

Para o Paciente 05, a mudança corporal com a diminuição do peso promoveu mudanças sociais. Relatou-nos que houve uma passagem do funcionário desqualificado para o que era agradável, o solicitado para a resolução de problemas da empresa. Porém, mesmo com o emagrecimento, o que é exterior também tem influência na forma como percebemos a nós mesmos.

As pessoas me veem hoje mais para além da aparência. Isso em parte, porque há outras qualidades minhas, né. O que ouvi depois que emagreci foi que eu era estiloso, que me vestia bem. Mas antes eu me vestia mal porque não era a falta de conhecimento, nem porque não tinha bom gosto, mas porque não me cabiam as roupas. Por outro lado, acho que há uma cobrança de você manter o peso. Toda vez que começo a engordar um pouco, e vejo as pessoas, depois de um tempo, elas dizem 'nossa você engordou'. Sabe, às vezes foi uma quinzena que nem engordei, mas emagreci. Isso me deixa angustiado. A variação de peso ganhou um peso muito maior.

O obeso é compulsivo e espelha, de uma forma ou de outra, suas angústias na sua ânsia pela alimentação, por vezes, má alimentação. Por isso, o Paciente 05 frisou que a terapia, o trabalho e o cuidado com a saúde mental são essenciais: “Fiz muita terapia o que me ajudou a controlar as compulsões”, por isso afirmou que não percebe nenhuma troca de compulsão em sua rotina.

O Paciente 12 (psicólogo, branco, casado e homossexual) trouxe-nos experiências diferentes do Paciente 05.

Apesar da escolha e da tomada de decisão mediante um quadro de condições sociais, o Paciente 12 afirmou que sempre teve uma autoestima positiva e que a superação, quando havia situações complicadas, se deu pelas suas atitudes.

Nunca deixei que o peso deixasse influenciar. Sempre me amei demais, narcisista, não patológico, mas sempre me amei, gostar muito de mim não deixou as coisas atrapalharem, nem estou nem aí com aqueles que não gostem de mim. O melhor é que as pessoas gostam de mim. Nunca sofri, nem a gordura me mudou em nada. Tenho uma autoestima elevada.

Na verdade, eu me acho um **ponto fora da curva, ainda mais por ser homossexual e gordinho não tive problemas com isso.**

Nunca me senti estigmatizado. Nem pela obesidade, nem pela homossexualidade. Não me lembro de nenhuma situação. Mesmo sabendo quando era criança, porque criança é danado. (grifos nossos)

Sobre sua cirurgia, o seu relato foi de mal-estar nos primeiros meses, e afirmou que foi determinante o cuidado inicial para que obtivesse a perda planejada.

[Após a cirurgia] Me senti mal, queria morrer [risos], foi horrível, tomar em copinho de café aquele líquido ralo. Tive estenose, eu tenho muita ânsia de vômito, cerca de 3 vezes na semana. Não é psicológica essa sensação de vômito, é verdadeira a situação.

A cirurgia foi essencial para mim, se não tivesse feito talvez não estaria nem andando hoje. Mas eu gostaria muito de comer como comia antes, como um bife à milanesa, batata frita etc. Se eu não tivesse feito, complicado. Mas é uma angústia que levarei pro resto da vida. Mas valeu a pena? Sim, poderia estar diabético e doente, hoje minha pressão é baixíssima, só tenho

que tomar as vitaminas. Não cortei o carboidrato, adoro purê de batata.

Sempre me achei bonito (risos). Eu acho que os homens, em sua maioria, quando mais velhos, ficam mais bonitos que as mulheres. À medida que vou envelhecendo, eu me acho melhor.

O Paciente 12 afirmou que não percebeu mudanças nas atitudes das pessoas em suas relações sociais. Disse-nos, porém, que houve um aumento considerável de seu apetite sexual.

Eu não via essa diferença de atitude. Talvez após a operação meus familiares me olhassem com pena, mas não consigo ver uma diferença de tratamento. Sempre foi bem linear. No trabalho, na família, tudo a mesma situação. Depois de um ano, consegui comer um hambúrguer, contei pra minha mãe, estava feliz, e ela brigou comigo, que eu não deveria comer um inteiro. Mas meu marido come o dele e a minha metade (risos)

Sexo [é a compulsão], sempre tive alergia a álcool. Sabe, minha irmã que também fez a bariátrica está alcoólica, todo dia bebe. Mas sexo se eu pudesse faria três vezes ao dia. A minha sexualidade está bem a florada.

Apesar de todo o bem-estar relatado, o Paciente 12 ainda considera que é imprescindível o controle: “De um modo geral, melhorou, apenas meu sofrimento com a comida que é complicado. Eu como, vomito. Penso e fico triste, como e eu vomito... é complicado.”

Considerações finais

A obesidade é um problema social e de saúde pública. Essa afirmação é real, posto que os dados apresentados refletem o aumento progressivo do peso populacional. Porém as causas são multifatoriais: a alimentação, a cultura, o histórico familiar e até mesmo os fatores genéticos⁹².

Em nossa tese, buscamos retratar as transformações sociais e históricas pelas quais o conceito de corpo passou. Tínhamos como objetivos determinar como a história do corpo sofreu influências nas suas projeções e as formas pelas quais tais perspectivas determinaram comportamentos e hábitos socioculturais.

O nosso objeto sempre foi o corpo obeso e, para compreendê-lo, foi preciso apresentar um panorama da obesidade em nossa sociedade, tendo como comparação os dados nacionais com as nossas considerações, obtidas por meio de uma pesquisa local. Visamos também a uma crítica sobre o modo alimentar e comportamental, para que pudéssemos compreender como a sociedade brasileira vem mudando em seus hábitos alimentares.

Por outro viés, tínhamos uma ideia de que as ações médicas, por meio das intervenções e cirurgias bariátricas (a cirurgia de redução do estômago), pudessem nos dar uma visão de como pessoas obesas (com todo o histórico de suas práticas sociais) viveriam e experienciaríamos uma história de perda de peso e de como lidariam, se assim obtivessem sucesso, ao portar um corpo magro ou adequado aos padrões estéticos de nosso tempo.

Outro ponto de nossa tese foi a discussão sobre o ideal estético: será que o IMC exprime, de fato, como deve ser o peso de homens e mulheres? Será que pessoas com algum sobrepeso ou grau de obesidade não viveriam bem socialmente? Será que a cultura da alimentação em massa não tem também papel preponderante no aumento do peso populacional? Essas questões nos deram um norte para onde pudéssemos prosseguir com nossa discussão sobre a relação entre a cultura contemporânea (seja na alimentação, na moda e nas relações sociais) e as transformações do corpo em nossa sociedade.

⁹² Não nos propusemos a delinear as causas genéticas posto que nossos objetivos eram traçados pela pesquisa sociológica dos problemas da obesidade

Discursar sobre a obesofobia ou gordofobia era a meta inicial dessa pesquisa. Com as entrevistas, conseguimos vislumbrar que há mais do que o preconceito ou *bullying*, mas toda uma estrutura social articulada para que o obeso (seja por más condições de vida, questões ambientais ou mesmo questões genéticas) não se sinta parte de um cenário social. Para ele, há lugares impossíveis. É válido ainda constatar que a má alimentação e o sedentarismo são condicionantes também para o caos que se instaura no que concerne ao peso populacional brasileiro.

Dizendo de outra forma, era preciso deslocar do centro os 'privilégios' que regem o imaginário sobre a forma do corpo, as experiências de vida e as relações cotidianas, que moldam o modo como lidamos com nosso corpo.

Para termos uma visão sobre a história de vida de pessoas obesas, entrevistamos homens e mulheres que passaram pelo procedimento cirúrgico da bariátrica, tendo como suporte uma clínica médica especializada no tratamento da obesidade, situada do interior do estado do Rio de Janeiro, na cidade de Itaperuna. No total, entrevistamos 27 pessoas, 20 do sexo feminino e 7 do sexo masculino (dois deles se declararam como homossexuais).

A primeira questão que tratamos (capítulos 01 e 02) foi sobre a multiplicidade de percepções históricas sobre o corpo e suas correlações com a vida social. O corpo é 'cinza', se tivéssemos que seguir uma metáfora de Courtine (2013), inspirado em Foucault: o corpo é um *locus* por onde os discursos múltiplos de poder percorrem, uma invenção histórica, coordenada pela sua pluralidade de descrições, idealizações e projeções, que o adornou, adestrou e o moldou.

Nesse momento, o corpo obeso também foi apresentado em suas discussões históricas: multifacetado e representacional, o corpo obeso atravessou a história em projeções culturais determinantes e simbólicas. Por vezes, um corpo como inválido, fracassado, frágil; por outras, como símbolo de riqueza e ostentação, pela sua imensa presença corporal (as personagens de Gargantua e Pantagruel, de Rabelais, ilustram-nos bem essa imagem).

Em seguida (capítulo 03), recorreremos aos dados sobre a obesidade, pois, afinal, se pensávamos, desde o nosso projeto, em um estudo sobre a obesidade, imprescindível era entender o circuito contemporâneo de informações que

validasse nossas hipóteses, o que foi viável, já que é visível e notória a ascensão da obesidade na população brasileira (assim como em outras nações, como nos EUA). Nesse mesmo capítulo, trouxemos as entrevistas com a equipe multidisciplinar que realiza as cirurgias bariátricas.

Percebemos como o crescimento do peso populacional também influenciou nas questões de saúde pública. Com o peso excessivo, várias são as dificuldades e problemas que acarretam a vida das pessoas: o acúmulo de gordura no organismo aumenta o risco de doenças como hipertensão arterial, aumento do colesterol, diabetes, apneia do sono, acúmulo de gordura no fígado, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e pode estar associado ao surgimento de alguns tipos de câncer.

Qual a alternativa? As dietas, as mudanças de hábitos, a prática de exercícios e regimes nutricionais seriam respostas para as transformações do corpo obeso. Porém vislumbramos quão impactante, também, no auxílio dessa luta contra a obesidade, era o procedimento cirúrgico da bariátrica.

Por fim (capítulo 04), trouxemos as entrevistas feitas por pessoas obesas que passaram pelo procedimento cirúrgico bariátrico. A obesidade determina as experiências na vida de uma pessoa. Essa primeira constatação comprova-se pelos relatos dos pacientes que entrevistamos. A gordura é simbólica e molda as relações sociais (familiares, com os amigos) e trabalhistas (como nos relatos em que a percepção sobre o peso é influente no rendimento dos entrevistados em suas profissões, como é o caso de pacientes mulheres que trabalham para o Corpo de Bombeiros).

De um modo geral, nossas entrevistas versaram sobre fatores que partiam da subjetividade às relações sociais, como: a condição para melhorar a autoestima corporal, as mudanças de vida afetiva e social, as próprias relações familiares e sexuais com os cônjuges e parceiros, e a consciência de que há um peso simbólico, pois a presença da gordura corporal (seja o sobrepeso ou a obesidade em algum grau) reflete no comportamento e na vida das pessoas.

A opção pela cirurgia bariátrica, para a maioria dos entrevistados, se deu por questões relativas aos excessos motivados pelos maus hábitos, pelas jornadas de trabalho exaustivas que impediam atitudes mais saudáveis (como a prática de exercício físico) e às causas relacionadas à saúde individual. Em

nosso questionário, dos 27 entrevistados, 21 relataram problemas de saúde, como aumento da pressão arterial, problemas de locomoção, respiração, qualidade do sono, diabetes e apneia.

Ainda que a cirurgia bariátrica seja uma alternativa inovadora e de rápida resposta (já que a diminuição do peso é considerável após o procedimento cirúrgico, com cerca de uma diminuição de até 30% do peso em até 4 meses, em média), em nossas entrevistas, percebemos que a maioria dos entrevistados tiveram um reganho de peso, após alguns anos de cirurgia, ou estavam com sobrepeso. Apenas 03 entrevistados apresentavam peso com IMC em sua normalidade.

Ficaram-nos as questões: o que determina o sucesso ou fracasso do procedimento cirúrgico? Será que somente a intervenção cirúrgica daria uma resposta efetiva e a longo prazo, ou há também outros fatores necessários para o sucesso do emagrecimento ou perda de peso?

De fato, como aprendemos nas entrevistas com a equipe multidisciplinar que atende na clínica, o tratamento da obesidade não é uma ação unilateral, unidirecional, mas multifatorial: é preciso que haja mudanças nos hábitos alimentares (por isso o papel da nutricionista na intervenção e nos atendimentos), mudanças nas atitudes (a consulta com a fisioterapeuta pode direcionar e auxiliar nas práticas de respiração e postura) e, principalmente, o reconhecimento das condições da própria saúde mental, e de uma busca para compreender como tratar os problemas individuais que se alojam no histórico de suas vivências (daí, fundamental é o tratamento psicológico e nutricional).

Outra questão que tratamos era voltada para a compreensão das motivações: homens e mulheres têm as mesmas perspectivas e vontades no que se refere à escolha pela cirurgia?

Como percebemos, não. As mulheres têm um histórico de experiências, muitas das vezes, traumatizantes e que espelham o preconceito, por ser mulher e por ser obesa. Nossas entrevistadas relataram também que muitas de suas experiências, principalmente, no campo da moda (muitas delas falaram como era um fracasso a busca por roupas que fossem acessíveis – para não dizer *cabíveis* - a elas), das relações afetivas (como as que relataram as relações com

os cônjuges) e no trabalho (como é o caso das pacientes que são oficiais do Corpo de Bombeiros e que precisam lutar cotidianamente para poderem ser reconhecidas como capazes e profissionais).

Para os homens entrevistados, percebemos que a opção pela cirurgia se deu por duas razões: estética e saúde. Para os pacientes 02, 05, 13, 18 e 19, as questões relativas à saúde foram as mais importantes para a escolha da cirurgia para a busca pelo melhoramento de suas condições físicas. Valeu-nos, por vez, foi a afirmação de que o trabalho e as condições de trabalho foram marcadores para uma mudança, como é o caso do paciente 20, que é saleiro, e trabalha em uma plataforma petrolífera, o que fez com que ele buscasse o emagrecimento mais rápido, por meio da cirurgia.

Não se pode negar, porém, que as condições físicas e de saúde são determinantes, como no caso do paciente 02, que é músico (baterista de uma banda) e precisa de uma qualidade de saúde física que o condicione a trabalhar, assim como o paciente 18, que é fisioterapeuta e precisa ter suas habilidades físicas bem condicionadas e preparadas para poder exercer sua profissão.

Os pacientes 05 e 12 são homossexuais. Apesar de terem declarado que o objetivo da cirurgia, em parte, era por questões de saúde, as questões relacionadas à pressão social e à estética foram expostas, diferentemente dos pacientes que se autodeclararam como heterossexuais. De fato, como nos relatos dos pacientes, as preocupações com o corpo, com as percepções que tinham de si nas suas relações sociais e de trabalho foram determinantes para que objetivassem uma melhoria de suas qualidades e aptidões no trabalho.

Vale ressaltar que, dos 07 pacientes entrevistados, apenas um mantinha o peso em um IMC de normalidade. O que ressalta, mais uma vez, que o trabalho de busca pelas melhores condições físicas é contínuo.

Outro ponto a ser frisado é que, como a maioria dos entrevistados se autodeclarou como branca, não percebemos uma relação que destoasse na relação lógica 'cor/obesidade/experiências de vida'. Posteriormente, uma pesquisa com a maioria de pessoas pardas/negras poderia nos ilustrar um cenário sociológico diferenciado.

Como saldo de toda nossa investigação podemos sintetizar que:

- a) A mulher obesa passa por mais dificuldades em suas relações sociais, afetivas e trabalhistas do que homens obesos;
- b) Os homens teriam sua sexualidade mais julgada em nossa hipótese, mas isso não se confirmou com nossas entrevistas; apenas um dos entrevistados disse que sofria por conta do peso na sua relação com a sua sexualidade;
- c) A exigência de um corpo ideal feminino é mais perceptível no discurso coletado das entrevistadas do que na construção do ideal do corpo masculino;
- d) As relações sociais e as condições econômicas têm influência na alimentação e, por conseguinte, no aumento do peso dos sujeitos;
- e) É no ambiente familiar que há o primeiro estigma do peso;
- f) Pensávamos que pacientes do sexo masculino tenderiam a lidar melhor com o excesso de peso ou obesidade. Porém essa constatação é inconclusiva.

Por fim, nossa pesquisa se deu com pacientes de uma clínica particular, que atende por meio de plano de saúde ou por determinação/ordem judicial. A maioria dos entrevistados era de cor branca, autodeclarados heterossexuais, com poder aquisitivo acima da média nacional.

Infelizmente, como realizamos os encontros de forma on-line com os pacientes em um período de pandemia da Covid-19, acreditamos que parte significativa do processo da própria entrevista semidiretiva possa ter sido afetada, afinal, nada substitui a entrevista presencial, já que nela podemos perceber as expressões faciais, as mudanças de tom de voz, os olhares com maior clareza e, por vezes, até encontrarmos uma maior liberdade para poder coletarmos dados e histórias de vidas que possam ser relevantes (de fato, alguns de nossos entrevistados sequer abriram a câmera, no momento da entrevista, para que pudéssemos observá-los). Da mesma forma, a entrevista com a equipe médica se deu de forma on-line, o que também acarretou certo prejuízo ao próprio procedimento.

Vale-nos ressaltar, por fim, que uma pesquisa posterior com pacientes do SUS poderia nos dar um cenário comparativo que ilustrasse as relações sociais sobre o cenário da obesidade em âmbito nacional.

Referências Bibliográficas

- ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica). **Mapa da Obesidade**. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>>. Acesso em 15 de out. de 2020.
- ALFERES, V. R. O corpo: regularidades discursivas, representações e patologias. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 23, 1987. 211-219. Disponível em: <http://www.fpce.uc.pt/niips/i_pub/val_pub/corpo.htm#morin>. Acesso em: 20 ago. de 2019.
- ALMEIDA, A. C. N. et al. Corpo, estética e obesidade: reflexões baseadas no paradigma da indústria cultural. **Revista Estudos**, Goiânia, v. 33, n.9-10, p. 789-812, set/out de 2006. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/152/118>>. Acesso em: 02 de abril de 2020.
- ALMEIDA, G. A. N. et alli. A Imagem Corporal de Mulheres Morbidamente Obesas Avaliada através do Desenho da Figura Humana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2002, v. 15, n.2, pp. 283-292.
- ALMEIDA, R. J. **Obesidade nos corpos das mulheres e os olhares sobre os discursos medicalizante**. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Sociais – Departamento de Sociologia – UnB. 2013. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14052/1/2013_RogérioJoseAlmeida.pdf. Acesso em 05 de maio de 2020.
- ALMEIDA, R. J. O corpo feminino na cultura sexista: a perspectiva de mulheres ainda obesas e de ex-obesas que se submeteram à cirurgia. In: **Caderno Espaço Feminino** - Uberlândia-MG - v. 29, n. 1 – Jan./Jun. 2016 – ISSN on-line 1981-3082 Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/nequem/article/view/30262/pdf>. Acesso em: setembro de 2028

- AMBWANY, S. et. al. Culture, Gender, and Assessment of Fear of Fatness. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 24, n.2,, p. 81-87, 2007.
- AQUINO, Tomás de. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril, 1996.
- ARISTÓTELES. **A Política**. São Paulo: Edipro, 2009.
- ARISTÓTELES. **Metafísica**. São Paulo: Edipro, 2011.
- ARISTÓTELES. **Do Céu**. São Paulo: Edipro, 2012.
- ARRUDA, Agnes de Sousa. **O peso e a mídia: uma autoetnografia da gordofobia sob o olhar da complexidade**. 2019. Tese (Doutorado em Comunicação) — Universidade Paulista, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3ldWcd5>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- BADINTER, E. **XY: Sobre a Identidade Masculina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- BAJOS, N. et. al. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. **The BMJ**, 2010 (on-line). <https://doi.org/10.1136/bmj.c2573>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/340/bmj.c2573/article-info>. Acesso em out. 2021.
- BAPTISTA, T. J. R. ZANOLLA, S. R. S. Corpo, estética e ideologia: um diálogo com a ideia de beleza natural. **Movimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 999-1010, jul./set. de 2019.
- BAPTISTA, T. J. R. **Obesidade e a indústria do emagrecimento**. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542013000100009&lng=e&nrm=iso&tlng=pt.> Acesso em: 19 ago. 2019.
- BARROS, M. L. et al, **Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica**. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a15.pdf>.> Acesso em 10 nov. 2019.

- BARTOLO, José. Introdução. Corpo e sentido: estudos intersemióticos. Covilhã: Livros LabCom, 2007. p. 1-33. Disponível em: <<http://www.labcom.ubi.pt/livros/labcom/>>. Acesso em: 24 out. 2012.
- BATTISTELLI, Ceres. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica**. São Paulo, 11 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1991.
- BAUMAN, Z. **44 cartas para o mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016.
- BAUMAN, Z. **Vida de Consumo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BOCAGE-BARTHÉLÉMY, Y., et al. Evidence that Social Comparison with the Thin Ideal Affects Implicit Self-Evaluation. **International Review of Social Psychology**, v. 31, n.1-2, 2018, p. 14-28.
- BOHM, C. C. **UM PESO, UMA MEDIDA**: O padrão da beleza feminina apresentado por três revistas brasileiras. São Paulo: Universidade Bandeirante de São Paulo, 2004. Disponível em: https://www.ufrgs.br/napead/projetos/fases-da-publicidade/textos/associativa_04.pdf. Acesso em: maio de 2022.
- BOND, Letycia. Obesidade no país aumentou entre 2006 e 2018, diz pesquisa: a taxa passou de 11,8% para 19,8%. **EBC: Agência Brasil**. Brasília, 25 jul. 2019. Saúde, p. 1-1. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-07/obesidade-aumentou-no-pais-entre-2006-e-2018-diz-pesquisa>>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- BORDALO, L. A. **Cirurgia bariátrica**: como e por que suplementar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a25.pdf>. Acesso em 12 Novembro 2018.

- BORDO, S. O corpo e a reprodução da feminidade. Uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2010. p. 19-41.
- BORDO, S. **Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body**. California: University of California Press, 2003.
- BORGES, C. A. et al. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil?, **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 31, jan. 2015, p. 137-148. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/F38ZZzHSvBJT8QNgJStcDZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 de abril de 2022.
- BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Coleção Memória e sociedade. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, Marta; MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 28-40.
- BOWMAN, S. A. et al. Effects of Fast-Food Consumption on Energy Intake and Diet Quality Among Children in a National Household Survey. *Pediatrics*, 2004, Jan. n.113(1 Pt 1), p. 112-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14702458/>
- BRASIL. Resolução nº 1766, de 11 de junho de 2005. **Estabelece Normas Seguras Para O Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida, Definindo Indicações, Procedimentos Aceitos e Equipe**. Brasília, DF, 11 jun. 2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos/CirurgiaBaritricaJamesCmaradeAndrade10.10.19.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, . – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Obesidade cresce 60% em dez anos.** 2017a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/04/obesidade-cresce-60-em-dez-anos-no-brasil>> Acesso em 05 de mai. De 2020
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS. GERÊNCIA-GERAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL. GERÊNCIA DE MONITORAMENTO ASSISTENCIAL. COORDENADORIA DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS, 2017b. 45 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/Manual_de_Diretrizes_para_o_Enfrentamento_da_Obesidade_na_Saúde_Suplementar_Brasileira.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde alerta para doenças desencadeadas pela obesidade.** Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/ministerio-da-saude-alerta-para-doencas-desencadeadas-pela-obesidade>>. Acesso em 10 de nov. de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2007:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_risco_doencas_inquerito_telefonico_2007.pdf. Acesso em jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão

- Estratégica e Participativa. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf. Acesso em jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2021/07/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco-1-2.pdf. Acesso em set. 2020.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS**: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectivas_desafios_cuidado_pessoas_obesidade.pdf. Acesso em mar. 2022.
 - BRITO, Simone Magalhães. “MULHERES QUE COMEM TODAS AS MAÇÃS”: apresentação do dossiê. **Caos** – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, [S.L.], v. 1, n. 28, p. 13-20, 10 jun. 2022. CAOS Revista Eletrônica de Ciências Sociais. <http://dx.doi.org/10.46906/caos.n28.62986.p13-20>.
 - BROWN, Peter J.; KONNER, Melvin. An anthropological perspective on obesity. In: GOODMAN, Alan H et al. **Nutritional Anthropology: Biocultural Perspectives on Food and Nutrition**. 2. ed. Londres: Oxford University Press, 2012. p. 22-46.
 - CAHNMAN, W. J. The Stigma of obesity. **The Sociologia Quarterly**. v. 9. n.3, 2016 (on-line).
 - CALSAVARA, Priscila Gabriele. **TRANSPORTE PÚBLICO E INDIVÍDUOS COM OBESIDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA ANÁLISE DA USABILIDADE**. 2018. 86 f. TCC (Graduação) - Curso de Design, Centro Acadêmico do Agreste Núcleo de Design e Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, 2018. Disponível em:

- <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/35168/1/CALSAVARA%20C%20Priscila%20Gabriele.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- CAMARGO, B. V. et ali. Representações sociais do corpo: estética e saúde. **Temas em Psicologia**, 2011, v. 19, n. 1, p. 257 – 268.
 - CARMO, O. A. Os homens e a construção e reconstrução da identidade de gênero. *Sem. de Saúde do Trabalhador de Franca*, Unesp, sep. 2010. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000112010000100008&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em 15 de nov. 2021.
 - CARR, D. FRIEDMAN, M. A. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. **Journal Health Soc. Behav.** n.46(3), set. 2005. p. 244-59. doi: 10.1177/002214650504600303. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7508142_Is_Obesity_Stigmatizing_Body_Weight_Perceived_Discrimination_and_Psychological_Well-Being_in_the_United_States. Acesso em: nov. 2021.
 - CASTRO, M. R. et alli. Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Florianópolis, v. 32, n. 2-4, p. 167-183, dez. 2010.
 - CHAUVIN, S. JOUNIN, N. A observação direta. In: PAUGAM, S. et. al. **A pesquisa sociológica**. Petrópolis: Vozes, 2017. p. 124-140.
 - CONNELL, R. W. Políticas da Masculinidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.185-206, jul/dez. 1995. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71725/40671>>. Acesso em: 04 jun. 2019.
 - CONNELL, R. W. **Masculinities**. Los Angeles: University of California Press Berkeley, 2005.
 - CONNELL, R. W. MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade Hegemônica. Repensando o conceito. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 21, jan/abril, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/cPBKdXV63LVw75GrVvH39NC>. Acesso em jul. 2022.

- CONNOR, Steven. **Teoria e Valor Cultural**. São Paulo: Loyola, 1994.
- COPAL, Juadir Antonio. **Cirurgia Bariátrica: Trama dos significados prévios à tomada de decisão** (2013). 170 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 2013
- COSTA, C. C. A. *et al.* **Obesidade em clientes candidatos a cirurgia bariátrica**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a09v22n1>.> Acesso em 16 Março 2019.
- CORBIN, A. COURTINE, J.J. VIGARELLO, G. **História do Corpo**. 3. v. Petrópolis: Vozes, 2018.
- COURTINE, Jean-Jacques. Os Stakhanovistas do Narcisismo. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do Corpo**. São Paulo: Liberdade, 1995. p. 81-114.
- COURTINE, J. J. **Decifrar o corpo: pensar com Foucault**. Petrópolis: Vozes, 2013.
- COUTO, E. S. Corpos modificados: o saudável e o doente na cibercultura. In: LOURO, G. L. FELIPE, J. GOELLNER, S. V. (org.). **Corpo, Gênero e Sexualidade**. Petrópolis: Vozes, 2003. P. 172-186.
- CRANDALL, C. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 66, n. 5, p.882-894., 1994.
- CUNHA, A.C.P.T.*et al.* Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Fitness & Performance Journal**, v. 5, n. 3, p. 146-154, 2006
- DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 2017, n. 33, p. 1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q7r6YWwsJSR5GZ9bJFBr6ckm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 de abril de 2022.

- DIETRICH, P. LOISON, M. ROUPNEL, M. Articular as abordagens quantitativa e qualitativa. In: PAUGAM, S. et. al. **A pesquisa sociológica**. Petrópolis: Vozes, 2017. p. 171-182.
- ELIM, A. Alimentação fitness: para que serve. Disponível em: <https://pulseacademia.com.br/blog/alimentacao-fitness-beneficios/>. Acesso em: outubro de 2021.
- ENGEL, Magali Gouveia. O corpo como objeto da história: elementos para um debate. In: MARTINS, I. L. M. IOKOI, Z. M. C. SÁ, R. P. (orgs.) **História e Cidadania – Anais do XIX Simpósio de História – ANPUH**. São Paulo: Humanitas Publicações FFLCH-USP-ANPUH, 1998. p. 215-220.
- FERREIRA, Lola. **No Brasil, pesquisas sobre gênero ganham força nos últimos 10 anos, mas professores já falam sobre “caça às bruxas”**. 2019. Disponível em: <https://www.generonumero.media/grupos-genero-caca-bruxas/>. Acesso em: 30 nov. 2021.
- FISCHLER C. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do Corpo**. São Paulo: Liberdade, 1995. p. 69-82.
- FISCHLER C. **El (H)ominívoro**. El gusto, la cocina, el cuerpo. Barcelona: Editorial Anagrama, 1991.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**. São Paulo: Paz & Terra, 2015. v. 1.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1990.
- FREDERICO, G. Obesidade atinge 1 em cada 5 brasileiros, aponta pesquisa do Ministério da Saúde: Em 10 anos, população obesa no Brasil passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. Pesquisa Vigitel entrevistou 53,2 mil maiores de 18 anos nas capitais do país. **G1**. Distrito Federal, 11 abr. 2017. Bem Estar, p. 1-1. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/obesidade-atinge-1-em-cada-5-brasileiros-aponta-pesquisa-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 22 ago. 2019.

- FRANCISCHI, J. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista Brasileira de Nutrição**, PUC-Campinas, Campinas-SP, n.13, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/TGppS8yhnCMfkDJqmw9DTYm/?lang=pt>. Acesso em abril de 2022.
- FRANCO, S. **Os reflexos da obesidade na saúde pública e privada**. Conselho Federal de Medicina – CFM. 29 de out. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/os-reflexos-da-obesidade-na-saude-publica-e-privada/>. Acesso em abril de 2021.
- GAMA, B. K. G. AZIZE, R. L. 'Fat studies' e a produção de conhecimento situado: Notas sobre o sexto Congresso Internacional de Estigma do Peso. **Enfoques**, Rio de Janeiro, XIX Jornada Discente do PPGSA/UFRJ, pp. 1-9, 2019
- GANGUILLHE, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense, 2020.
- GOELLNER, S. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G. L. *et al.* **Corpo, gênero e sexualidade**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 30-42.
- GOETZ, E. R. et alli. Representação social do corpo na mídia impressa. **Psicologia & Sociedade**, n. 20, v. 2, 2008, pp. 226-236.
- GLOBO. Mais da metade da população brasileira está acima do peso, diz Ministério da Saúde: Dados divulgados nesta quinta-feira (25) mostram que 55,7% da população está com Índice de Massa Corporal acima do valor considerado 'normal' pela OMS. Já o número de obesos está estável desde 2015, com pequena variação. **G1**. Rio de Janeiro, 25 jul. 2019. Ciência e Saúde, p. 1-1. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/07/25/mais-da-metade-da-populacao-brasileira-esta-acima-do-peso-diz-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- GLOBO. Bailarina Thais Carla comemora condenação de humorista em processo por gordofobia: 'Lutem pelos direitos de vocês'. **G1**. Bahia, 06 out. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/10/06/bailarina-thais-carla->

comemora-condenacao-de-humorista-em-processo-por-gordofobia-lutem-pelos-direitos-de-voces.ghtml. Acesso em: 07 out. 2021.

- GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.
- GOMES, G. M. B. **Cirurgia bariátrica**: mudanças no padrão alimentar e na qualidade de vida. (2007). 98 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 2007.
- HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2011
- HALL, Stuart. **Da diáspora**. Identidades e Mediações culturais. Belo Horizonte: EdUFMG, 2012.
- HENRIQUES, P. DIAS, P. C. BURLANDY, L. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.6, pp.1219-1228, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1219.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2019.
- JACKSON, Michael. Conocimiento del cuerpo. In: CITRO, Silvia. **Cuerpos Culturales**: Antropología da y desde los cuerpos. Buenos Aires: Biblos, 2010. p. 59-82.
- JUSTO, Ana Maria. **Corpo e representações sociais**: sobrepeso, obesidade e práticas de controle de peso. 2016. 249 f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167973>> Acesso em: outubro de 2020.
- KELLEES, S. M. B. et. all. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, assistidos pelo Sistema Único de Saúde do Brasil: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, n. 31(8), pp., 1587-1601, ago. 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1587.pdf>. Acesso em: 03 de junho de 2021.

- LAMBEK, M. Cuerpo y mente em la mente, cuerpo y mente em el cuerpo. In: CITRO, Silvia. **Cuerpos Culturales**: Antropología da y desde los cuerpos. Buenos Aires: Biblos, 2010. p. 105-125.
- LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001
- LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- LIMA, Camila Rodrigues Neves de Almeida. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. **Revista Estudos Feministas**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.1-20, 11 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n347164>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000300210&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 19 maio 2019.
- LIPORACE, Teresa (org.). **A SINDEMIA GLOBAL DA OBESIDADE, DESNUTRIÇÃO E MUDANÇAS CLIMÁTICAS**: relatório da comissão the lancet. São Paulo: AlimentandoPolíticas / IDEC, 2019. Disponível em: <https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Relat%C3%B3rio-Completo-The-Lancet.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- LOPES, I. M. **Aspectos genéticos da obesidade**. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n3/21882.pdf>> Acesso 09 Novembro 2018.
- LOURO, G. L. Gênero, Educação e Sexualidade. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LOURO, G. L. Desafios – prefácio. In: COUTO, E. S. GOELLNER, S. V. **O Triunfo do Corpo**: polêmicas contemporâneas. Petópolis: Vozes, 2012. p.11-13.
- MACEDO, T. T. S. et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.). jul-set, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xNzyMF7PDsyX8JkcXKxK8Bd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em out. 2011

- MANZINI, E. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**. Anais. Bauru: USC, 2004. v. 1. p. 01-10. Disponível em: <<http://www.eduinclusivapesq-uerj.pro.br/images/pdf/manzinibauru2004.pdf>>. Acesso em 05 de nov. 2018.
- MARCELINO, L. F. PATRICIO, Z. M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16(12): 4767-4776, 2011. Disponível em: <scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n12/4767-4776/pt.> Acesso em: 20 de abril de 2020.
- MARIANO, Maria Luiza Lobato; PAULA, Maria Angela Boccara de; BASSI, Deomir Germano; PAULA, Pedro Roberto de. Bariatric surgery: impact on sexuality of the obese person. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S.L.], v. 41, n. 6, p. 412-420, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912014006006>.
- MARIE CLAIRE, Redação. **Jovem é impedida de frequentar festa por seu peso, nos EUA: "Nada de garotas grandes"**. 2021. Disponível em: <https://revistamarieclaire.globo.com/Noticias/noticia/2021/08/jovem-e-impedida-de-frequentar-festa-por-seu-peso-nos-eua-nada-de-garotas-grandes.html>. Acesso em: 10 out. 2021.
- MARQUES-LOPES, I. et al. Aspectos genéticos da obesidade. *Revista Brasileira de Nutrição*, PUC-Campinas, Campinas-SP, n. 17, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/KLBxpVqvzWWxFr3YVG5x7CH/?lang=pt#:~:t=O%20aumento%20da%20preval%C3%A4ncia%20da,os%20h%C3%A1bitos%20alimentares%20e%20a>. Acesso em abril de 2022.
- MATTOS, M. et. al. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Temas Livres - Physis** 19 (2) • 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/vGqBqHFkLxQ6x6Ydw5bK7Qq/?lang=pt>. Acesso em out. 2021

- MEDEIROST, C. C. C. *Habitus e Corpo Social: reflexões sobre o corpo na teoria sociológica de Pierre Bourdieu*. **Movimento**, Porto Alegre. V. 17. N. 01, p. 281-300, ja-mar, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1153/115319264015.pdf>>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.
- MENDES, S. *Cirurgia bariátrica: dez anos depois, menos da metade dos pacientes mantêm o peso*. **RFI**, 03 de out. 2016. Disponível em: <<https://www.rfi.fr/br/ciencias/20161004-cirurgia-bariatrica-dez-anos-depois-menos-da-metade-dos-pacientes-mantem-o-peso>>. Acesso em set. de 2021.
- MENDONÇA, C. P. ANJOS, L.A. dos. *Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil*. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004, n. 20, p. 698-709. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RBfKzCkzfr8pqYK5Lfq3whN/?lang=pt#>. Acesso em abril de 2022.
- MERLEAU-PONTY, M. **Signos**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- NASSER, Mervat. **Culture and weight consciousness**. London/NY: Routledge, 1997.
- NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva. **Cirurgia bariátrica: revisão sistemática e cuidados de enfermagem no pós-operatório**. 2006. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo., Universidade de São Paulo., São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18102006-161459/publico/Renata_Negrao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- NOLASCO, Sócrates. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1990.
- NOVAES, J. V. *Beleza e feiura: corpo feminino e regulação social*. In: **História do corpo no Brasil**. Mary Del Priore e Marcia Amantino (orgs.) São Paulo: Unesp, 2011.

- OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO (UNB). 72% das propagandas de alimentos vendem más opções à saúde. **Carta Maior**, Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/72-das-propagandas-de-alimentos-vendem-mas-opcoes-a-saude/5/14134>> Acesso em: abril de 2020.
- PAUGAM, S. et. al. **A pesquisa sociológica**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- PEBMED. **Mais da metade dos brasileiros está acima do peso e 20% obesos, alerta Ministério da Saúde**. 15 de março de 2020. Disponível em: <https://pebmed.com.br/mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso-e-20-obesos-alerta-ministerio-da-saude/>.> Acesso em 05 de jun. de 2020
- PEDRO, Joana Maria. Corpo e História. In: MARTINS, I. L. M. IOKOI, Z. M. C. SÁ, R. P. (orgs.) **História e Cidadania – Anais do XIX Simpósio de História – ANPUH**. São Paulo: Humanitas Publicações FFLCH-USP-ANPUH, 1998. p.203-214.
- PEREIRA, J. R. **Cirurgia da Obesidade**. Porto Alegre: Conceito, 2002.
- PIEMONTE, Marianne. As mulheres estão famintas, mas têm medo da comida: elas perderam a noção do que é uma dieta normal, afirma psicanalista inglesa especializada em distúrbios alimentares. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 15 ago. 2010. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1508201001.htm>. Acesso em: 10 set. 2021.
- PLATÃO. **A República**. Disponível em: http://www.eniopadilha.com.br/documentos/Platao_A_Republica.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.
- POCIELLO, Christian. Os desafios da leveza: as práticas corporais em mutação. In: **Políticas do Corpo**. Denise B. Sant’Anna (org.). São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 115-139.
- POLIVY, J. C. P. HERMAN. An evolutionary perspective on dieting. **Appetite**, n. 47, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16806579/>. Acesso em out. 2021.

- PORTER, Roy. História do corpo. In: BURKE, P. **A escrita da História**. São Paulo: EdUnesp, 1992. p. 291-326.
- POTI, J. M. et al. The association of fast food consumption with poor dietary outcomes and obesity among children: is it the fast food or the remainder of the diet?. Am J Clin Nutr. 2014 Jan; 99(1): 162–171. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3862453/>. Acesso em outubro de 2021.
- POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Senac, 2013.
- PROGRAMA SAÚDE FÁCIL (São Paulo). **Cálculo IMC**. 2020. Disponível em: <https://www.programasaudefacil.com.br/calculadora-de-imc>. Acesso em: 10 out. 2019.
- PUHL, R. M. HEUER, C. A. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. **Am J Public Health**. n. 100 (6), jun 2010, p.1019-1028. DOI: 10.2105/AJPH.2009.159491. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866597/>. Acesso em: out. 2021.
- RANKE-HEINEMANN, Uta. **Eunucos pelo Reino de Deus**. São Paulo: Rosa dos Ventos, 1996
- REUTERS. Índice de Massa Corporal é falho, afirma pesquisa: grupo avaliou 40 estudos com 250 mil pacientes. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 18 ago. 2006. Ciência, p. 0-0. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe1808200603.htm>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- RODRIGUES, G. B. O. et al. **O viver e o aprender do obeso bariátrica**. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.
- RODRIGUES, Stella. **PRECISAMOS FALAR DE GORDOFOBIA**: termo entra em pauta para identificar o preconceito que pessoas gordas sofrem na vida afetiva, social e profissional. termo entra em pauta para identificar o preconceito que pessoas gordas sofrem na vida afetiva, social e profissional. 2018. Disponível em:

<https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/imprensa/noticias/precisamos-falar-de-gordofobia/>. Acesso em: 09 set. 2021.

- RUBENSTEIN, A. H. Obesity: A Modern Epidemic. **Trans Am Clin Climatol Assoc.** 2005; n.116: 103–113. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1473136/>. Acesso em 14 de julho de 2021.
- SAFFIOTI, Heleieth I. B.. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 82-91, dez. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-88391999000400009>.
- SALAS, X. R. et. al. Addressing internalized weight bias and changing damage social identities for people living with obesity. **Frontiers on psychology.** 26 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01409/full>.> Acesso em 03 de março de 2020.
- SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Corpo, História e Cidadania. In: MARTINS, I. L. M. IOKOI, Z. M. C. SÁ, R. P. (orgs.) **História e Cidadania – Anais do XIX Simpósio de História – ANPUH**. São Paulo: Humanitas Publicações FFLCH-USP-ANPUH, 1998. p. 172-184.
- SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Corpo e História. **Cadernos de Subjetividade**. Núcleo de estudo e pesquisa da subjetividade. PUC-SP, São Paulo, n. 2, 1995a. p. 243-266.
- SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995b. p. 121-139.
- SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. “Descobrir o corpo: uma história sem fim”. **Educação e realidade**, Porto Alegre, vol.25, jul.-dez., 2000, p. 49/58.
- SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **História da beleza no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2014.
- SANT'ANNA, D. B. **Gordos, magros e obesos: uma história do peso no Brasil**. São Paulo: Estacao Liberdade, 2016.

- SANTOS, Ligia Amparo da Silva. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador - Bahia. Salvador: EdUFBA, 2008. 330 p. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/38m/pdf/santos-9788523209087.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- SAUERS, J. **Meet the man behind the plus size revolution**. 2010. Disponível em: <https://jezebel.com/meet-the-man-behind-the-plus-size-revolution-5535426>. Acesso em abril de 2022.
- SAYÃO, Deborah Thomé. Corpo, poder e dominação: um diálogo com Michelle Perrot e Pierre Bourdieu. In: **Perspectiva**. Florianópolis, v. 21, n. 01, p. 121-49, jan/jun, 2003. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/viewFile/10210/9437>>. Acesso em dezembro de 2019.
- SBCBM: BRASIL REALIZOU MAIS DE 68 MIL CIRURGIAS BARIÁTRICAS EM 2019. Medicina S.A. 2020. Disponível em <<https://medicinasasa.com.br/cirurgia-bariatrica-brasil/>> . Acesso em: 25 de jun. 2021.
- SCHAINBERG, A. Cirurgia bariátrica: quando nem tudo são flores. **UAI**. 12 de set. 2020. Disponível em: <<https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/colunistas/arnaldo-schainberg/2020/09/12/noticias-saude,262493/cirurgia-bariatrica-quando-nem-tudo-sao-flores.shtml>>. Acesso em 20 de out. 2021.
- SCOTT, Joan. História das Mulheres. In: BURKE, P. **A escrita da História**. São Paulo: EdUnesp, 1992. p. 63-96. Acesso em: 25 de jun. 2021
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Educação & Realidade**, v.15, n.2, p. 71-99, jul./dez. 1990. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721>> Acesso em: maio de 2019.
- SENKEVICS, A. S. POLIDORO, J. Z. Corpo, gênero e ciência: na interface entre biologia e sociedade. **Revista da Biologia**, IBUSP, São Paulo, n. 9, v.1, p. 16-21, 2012.

- SETE em cada dez empresários no Brasil não querem empregar gordos: Não importa a qualificação. As empresas reclamam de falta de mão de obra. Quem procura emprego também reclama de quem contrata. **G1**, Rio de Janeiro, 28 jan. 2011. Bom dia Brasil, p. 1. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2011/01/sete-em-cada-dez-empresarios-no-brasil-nao-querem-empregar-gordos.html>. Acesso em: 9 nov. 2021.
- SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, n. 20. Ago 2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/mSxXfdBBqghYyw4mmn5m8pw/?lang=pt>. Acesso em 15 de out. 2021.
- SHILLING, C. **The Body and Social Theory**. London: Sage Publications, 1993.
- SILVA, D. O. **O fiel da balança na história do corpo obeso de mulheres de baixa renda**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública). FGV, Rio de Janeiro, 1997.
- SILVA, V. T. B. L. da. **Cirurgia bariátrica – fatores motivacionais e a vida cotidiana de homens obesos**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Fortaleza-CE, 2012.
- SIQUEIRA, B. B. et al. Estigma de peso e saúde – Repercussões na saúde de adolescentes e adultos: revisão integrativa da literatura. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. n. 70. v.2, jan-Mar 2021. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000324>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/yXzM3MshfhbnbB45rrBNVpy/?lang=en#>. Acesso em: nov. 2021.
- SOUZA, Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Campinas, v. 1, n.1, jun. 2005. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100007. Acesso em abril de 2022.

- SPRENGEL, A. L. **Cirurgia Bariátrica**. São Paulo: MBooks, 2015.
- STENZEL, Lucia Marques. **Obesidade: o peso da exclusão**. Porto Alegre: EDUPCRS, 2003.
- SUPER size me: a dieta do palhaço. Morgan Spurlock (dir.). EUA: 2004. 84 min.
- TANAKA, Denise Spósito; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Assistência ao paciente obeso mórbido submetido à cirurgia bariátrica: dificuldades do enfermeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p.618-623, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/en_04.pdf>. Acesso em: 09 maio 2019.
- TONNATO-FILHO, A. J. et. alli. CIRURGIA BARIÁTRICA NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO: O BOM, O MAU E O FEIO, OU UM LONGO CAMINHO A PERCORRER.SINAL AMARELO!. **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, n. 32, v. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abcd/v32n4/pt_0102-6720-abcd-32-04-e1470.pdf> Acesso em: 13 de março de 2021.
- TOSCANO, G. D. **Qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica residentes no município de Cáceres-MT**. Disponível em: <periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/download/369/75> Acesso em 10 Novembro 2016.
- TOVAR, Virgie. **Meu corpo, minhas medidas**. São Paulo: Primavera Editorial, 2018.
- ULIAN, M. D. et al. “É lá, perto da moça gorda”: estudo qualitativo sobre as percepções de mulheres gordas acerca de seus corpos e discriminações relacionadas ao peso corporal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 4, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pF4yBzLqmJyVxQFnn7j4rGL/?lang=en>. Acesso em: 30 out. 2021.

- VIGARELLO, G. **O sentimento de si**. Petrópolis: Vozes, 2016.
- VIGARELLO, Georges. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade no ocidente – da Idade Média ao século XX. Marcus Penchel (trad.). Petrópolis: Vozes, 2012.
- VIGARELLO, Georges. Panóplias corretoras: balizas para uma história. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do Corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 21-38.
- VIGARELLO, G. A história e os modelos dos corpos. **Pro-Posições**, v. 14, n. 2, p. 21-29, maio/ago, 2003.
- VIGARELLO, G. O corpo inscrito na história: imagens de um arquivo vivo. **Projeto História**, São Paulo, v. 21, jul./dez., 2000. p. 225-236.
- WANDERLEY, E. N. FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 185-194, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n1/185-194/>. Acesso em: abril de 2022.
- WOLF, Naomi. **O mito da Beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2014**. OMS. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1. Acesso em 04 Maio 2019.
- ZEVE, Jorge Luiz de Mattos; NOVAIS, Poliana Oliveira; OLIVEIRA JÚNIOR, Nilvan de. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, ju./dez. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10966/8206>. Acesso em: 09 jun. 2019.
- ZSALYNN. In: **Quilos mortais**. Direção de Jonathan Nowzaradan. Estados Unidos: Discovery, 2013, 40 min, son., color., Temporada 02, Episódio 01. Série exibida por Discovery Home & Health. Acesso em fevereiro de 2022.

Anexos

Imagem 01 - Interpretação do Índice de Massa Corporal - IMC

VEJA A INTERPRETAÇÃO DO IMC		
IMC	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE (GRAU)
MENOR QUE 18,5	MAGREZA	0
ENTRE 18,5 E 24,9	NORMAL	0
ENTRE 25,0 E 29,9	SOBREPESO	I
ENTRE 30,0 E 39,9	OBESIDADE	II
MAIOR QUE 40,0	OBESIDADE GRAVE	III

Fonte: Programa Saúde Fácil, 2020

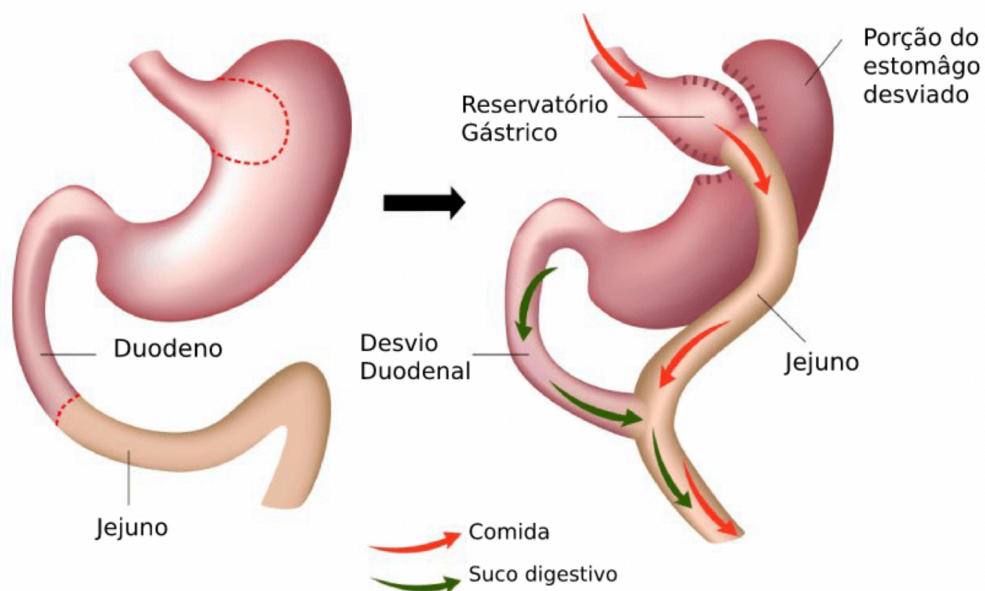
Imagem 2 - "Gangantua" do livro 'Garganta e Pantagruel' de François Rabelais
- Gustavo Doré



Fonte: <https://www.wikiart.org/pt/gustave-dore/gargantua-1873>

Imagem 03 - Esquema da Gastroplastia em Y de ROUX

Gastroplastia em Y de roux (BYPASS)

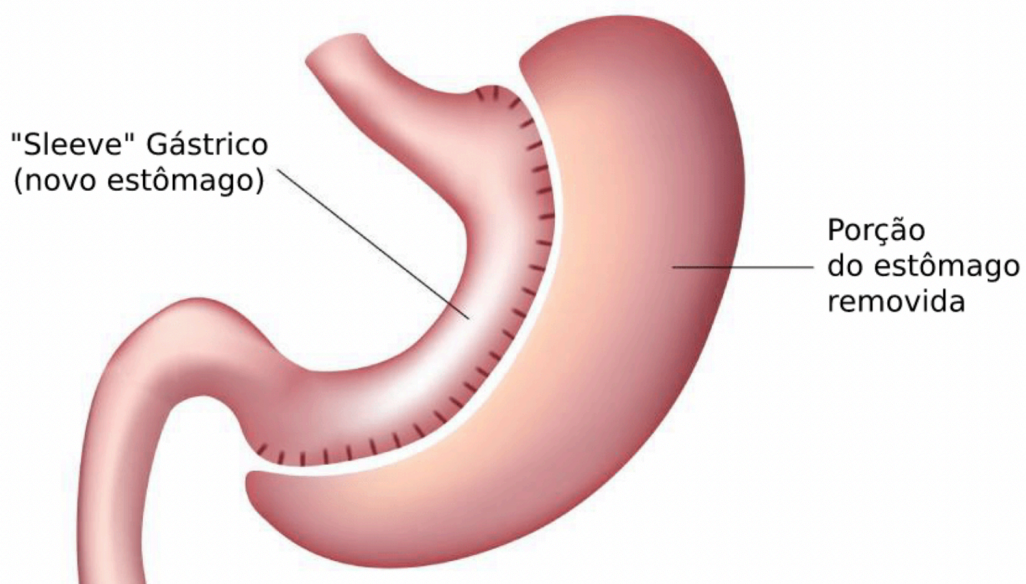


Fonte: SBCBM, 2020

Extraída de: <http://www.cetodi.com.br/cirurgia/gastroplastia-em-y-de-roux-bypass/>

Imagem 04 - Esquema Gastroplastia SLEEVE

Gastroplastia em manga (SLEEVE)



Fonte: SBCBM, 2020

Extraída de: <http://www.cetodi.com.br/cirurgia/gastroplastia-em-manga-sleeve/>

Apêndices

Apêndice 1

ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO – EQUIPE MÉDICA E ESPECIALIZADA



Governo do Estado do Rio de Janeiro
 Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
 Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
 Centro de Ciências do Homem - Programa de Pós-Graduação em Sociologia
 Política

ROTEIRO PARA ENTREVISTA – EQUIPE ESPECIALIZADA EM CIRURGIA BARIÁTRICA

Nome: _____
 Profissão: _____
 Idade: _____
 Sexo: _____
 Escolaridade: _____

- 1 – De que forma a sua profissão/especialização atua na vida de um(a) obeso(a) e de um ex-obeso(a)?
- 2 – Quais dificuldades profissionais você encontra com seus pacientes, antes e após a cirurgia?
- 3 – Quais situações lhe chamaram a atenção em seus atendimentos? [casos de indisciplina com a dieta, exercícios, depressão, exageros etc.]
- 4 – Quem mais tem sucesso e resistência quanto ao tratamento, homens ou mulheres? Por quê?
- 5 – Há diferenças no tratamento e cuidados de mulheres e homens obesos(as)? Se sim, quais.
- 6 – As condições materiais de vida interferem no sucesso ou insucesso da cirurgia? Por quê?
- 7 – Você já se deparou com casos de obesos reincidentes? Relate um pouco sobre isso.

Apêndice 2

ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO – PACIENTES



Governo do Estado do Rio de Janeiro
 Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
 Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
 Centro de Ciências do Homem - Programa de Pós-Graduação em Sociologia
 Política

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PACIENTES DA CIRURGIA BARIÁTRICA

PACIENTE XXXX

Tipo de cirurgia - Sleeve () Bypass ()

Nós, da Universidade Estadual do Norte Fluminense – Darcy Ribeiro, estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo saber o que as pessoas pensam sobre o controle de peso e as práticas que realizam para lidar com este processo no dia a dia. Sendo assim, você pode colaborar muito conosco, contando suas opiniões sobre este tema. O objetivo da pesquisa é conhecer melhor alguns aspectos sobre como as pessoas veem o controle de peso e as práticas que visam a lidar com esse processo, para que assim possamos auxiliar na elaboração de políticas públicas voltadas à população brasileira. Você não será identificado (a) em nenhum momento. Não há resposta certa ou errada, tudo o que pensa sobre o assunto é importante para nós. Fique à vontade para dizer o que pensa.

Porém, primeiro precisamos saber um pouco sobre você:

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____ Raça/etnia: _____
3. Escolaridade:
 () até ensino fundamental () ensino médio () ensino superior incompleto ()
 ensino superior completo
4. Ocupação (trabalho): _____
5. Estado civil: _____
6. Renda familiar: () até R\$ 1.500,00 () de R\$1.500,00 a 3.000,00
 () de R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00 () de R\$ 5.001 a R\$7.000,00 () acima de
 R\$7.000,00
7. Tem filhos? () Sim () Não Quantos? _____
8. Com quem você mora atualmente? _____.

9. Como sua cirurgia foi paga: () Plano de saúde. () particular () SUS. () Determinação Judicial

10. Com que idade você realizou a cirurgia?

11. O que te motivou a realizar a cirurgia?

() saúde - disse que foi por medo pré-diabetes, acido úrico etc.

() estética

() pressão social

() outros _____

12 Peso antes da cirurgia: _____; Peso atual: _____; altura: _____

13. Possui alguma doença crônica: () Não () Sim. Qual? _____.

14. Se sim, usa alguma medicação? () Não. () Sim. Qual? _____

15. Já realizou cirurgia plástica? () Não () Sim. Qual? _____

16. Pretende realizar cirurgia plástica? () Não () Sim. Qual? _____

17 – Você sempre esteve acima do peso? Conte-nos como foi sua infância?

18 – De que modo a sua percepção sobre o seu corpo influenciou na escolha pela cirurgia?

19 – De que forma o seu peso influencia ou influenciou sua vida social, amorosa, afetiva/familiar e no trabalho?

20 – Você acha que a sua imagem [atual] ajuda(ou) ou atrapalha (ou) na sua vida amorosa? Por quê?

21 – Você acha que seu peso corporal ajuda(ou) ou atrapalha (ou) na sua vida profissional? Por quê?

22 – Você se sentiu estigmatizado/excluído socialmente por força da obesidade? Relate um pouco sobre suas percepções.

23 – Como você se sentiu nos 03 primeiros meses da cirurgia?

24 – Como você se sente agora?

25 – Esteticamente, a cirurgia bariátrica contribuiu para a sua percepção em torno de sua imagem corporal? [Você se acha bonita(o) ou feia(o), antes e depois da cirurgia]

26 – Para você, de que forma a cirurgia contribuiu para a sua autoestima, percepção de sua identidade e seu quadro emocional?

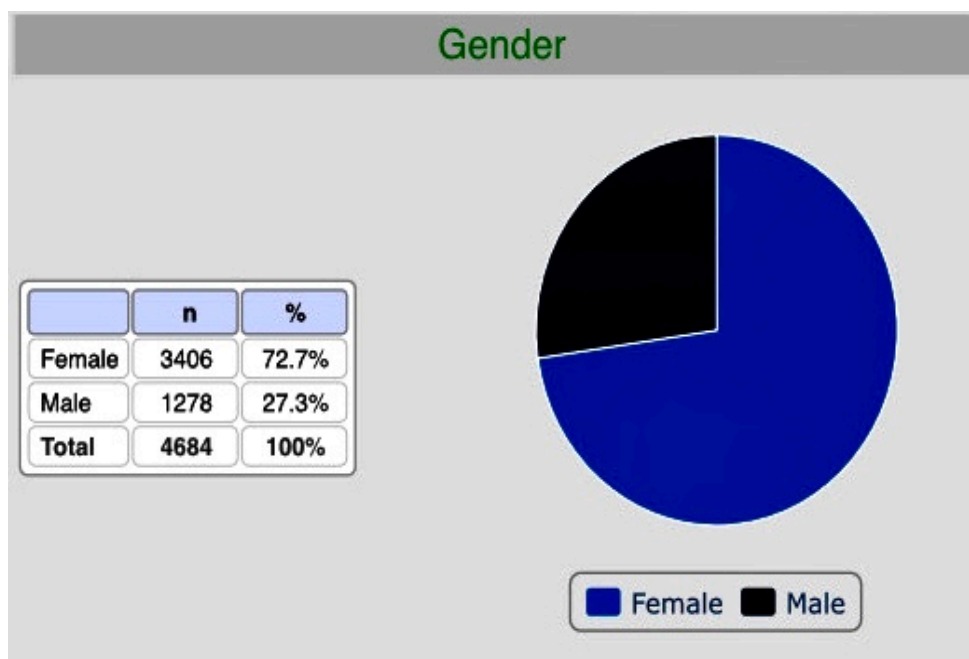
27 – Como você percebia o seu entorno quando estava nas ruas, no trabalho, em casa após a cirurgia?

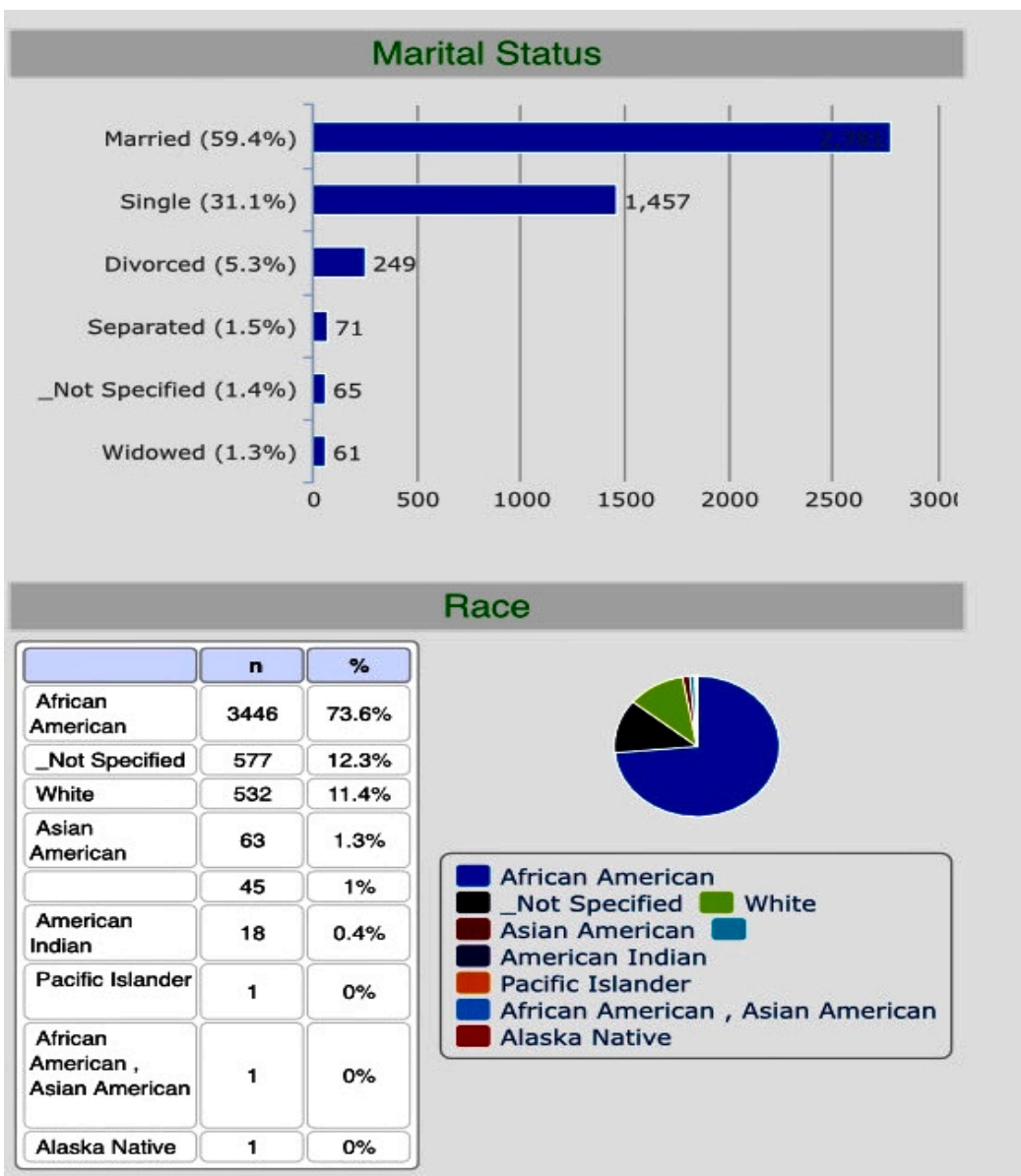
28 – Você acha que houve substituição ou troca da compulsão alimentar por alguma outra compulsão? () Não. () sim. Qual? _____

29 – De um modo geral, você acha que sua vida melhorou ou piorou após a cirurgia bariátrica?

Apêndice 3

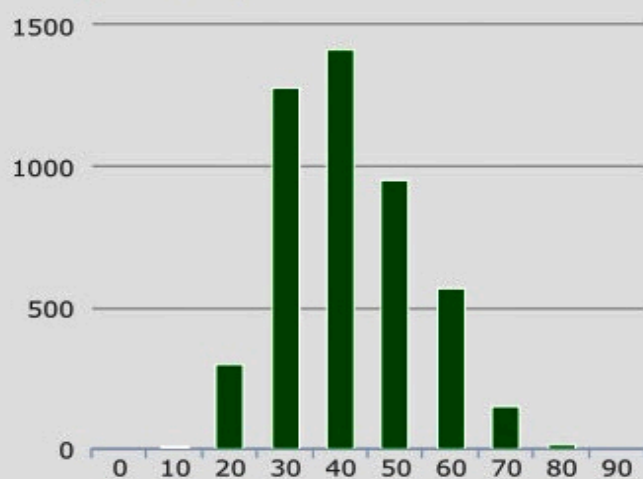
Quadro estatístico do CETODI (até 2019)





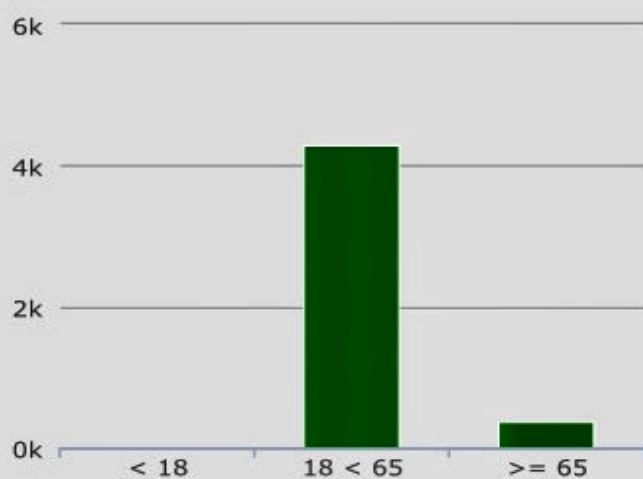
Age Group

	n	%
0's	2	0%
10's	6	0.1%
20's	299	6.4%
30's	1283	27.4%
40's	1412	30.1%
50's	953	20.3%
60's	567	12.1%
70's	148	3.2%
80's	13	0.3%
90's	1	0%



COE Age Group

	n	%
< 18	3	0.1%
18 < 65	4298	91.8%
>= 65	383	8.2%



Ethnicity

	n	%
_Not Specified	627	13.4%
Declined to Specify	6	0.1%
Hispanic or Latino	2949	63%
Not Hispanic nor Latino	1102	23.5%



Race

	n	%
African American	3446	73.6%
_Not Specified	577	12.3%
White	532	11.4%
Asian American	63	1.3%
	45	1%
American Indian	18	0.4%
Pacific Islander	1	0%
African American , Asian American	1	0%
Alaska Native	1	0%

