

NAIR LUMI YOSHINO

A NORMATIZAÇÃO DO CORPO EM “EXCESSO”

**CAMPINAS
2010**

NAIR LUMI YOSHINO

A NORMATIZAÇÃO DO CORPO EM “EXCESSO”

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

**CAMPINAS
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Y83n Yoshino, Nair Lumi
A Normatização do corpo em “excesso” / Nair Lumi Yoshino.
Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Ana Maria Canesqui
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Representações sociais. 2. Pesquisa qualitativa. 3.
Obesidade. 4. Obesidade – cirurgia. 5. Experiência da
enfermidade. I. Canesqui, Ana Maria. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The normatization of excess body

- Keywords:**
- Social representation
 - Qualitative research
 - Obesity
 - Obesity, surgery
 - Illness experience

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

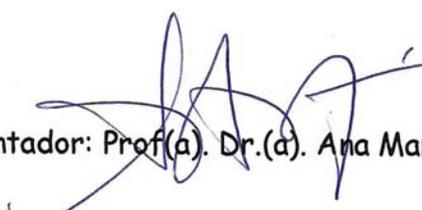
Banca examinadora:

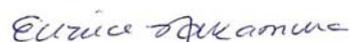
Profa. Dra. Ana Maria Canesqui
Profa. Dra. Eunice Nakamura
Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa
Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli
Profa. Dra. Reni Aparecida Barsaglini

Data da defesa: 29-07-2010

Banca examinadora de Tese de Doutorado

Aluno (a)
Nair Lumi Yoshino


Orientador: Prof(a). Dr.(a). Ana Maria Canesqui



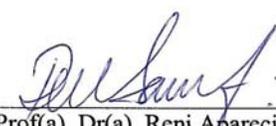
Prof(a). Dr(a). Eunice Nakamura



Prof(a). Dr(a). Márcia Regina Nozawa



Prof(a). Dr(a). Maria de Lurdes Zanolli



Prof(a). Dr(a). Reni Aparecida Barsaglini

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29/07/2010

Dedicatória:

*Dedico este trabalho à minha mãe (in memorium) e ao meu pai,
imigrantes japoneses que sempre sonharam em ver os filhos se
tornarem doutores.*

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial aos sujeitos entrevistados, que atenciosamente nos receberam em suas casas e nos forneceram os relatos sobre a vivência com a obesidade e as conseqüências do emagrecimento, sem os quais não seria possível realizar o presente trabalho.

À Prof.^a Dr.^a. Ana Maria Canesqui, pela paciência de orientar e ensinar, sempre com muita competência e seriedade.

À equipe de trabalho da Saúde da Família da FCM/UNICAMP pela presença enquanto precisei me ausentar, pela compreensão e carinho nessa longa jornada.

À Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas, que por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva reafirma o seu compromisso com a educação de boa qualidade.

À clínica Pró-gastro, em nome do Dr. Gustavo Sevá, que gentilmente nos auxiliou através da indicação de parte dos entrevistados desse trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo auxílio concedido através do processo FAPESP no. 2007/59838-2.

À Ariane de Jesus Retameiro, que realizou parte das entrevistas e das transcrições com muita dedicação e responsabilidade.

Ao Renato Basso pelas correções ortográficas desse trabalho.

Aos meus amigos, justificando a minha ausência, agradeço pelas preocupações, pelo interesse, pelo apoio e incentivo.

Aos meus familiares, pelo amor e carinho que, direta e indiretamente, motivaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu companheiro, José Mário Marcondes Pereira Júnior, pela compreensão da minha longa ausência, pelo apoio, pelo carinho e por suportar o mesmo assunto durante tanto tempo.

RESUMO.....	xvii
ABSTRACT	xxi
1. INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO I - Revisão da literatura e referencial teórico - metodológico do estudo	35
1. Revisão da literatura	37
1.1 Revisão da literatura nacional sobre obesidade e corpo da área de Saúde Coletiva, Enfermagem e Nutrição	37
1.2 A contribuição da antropologia ao estudo do corpo	39
1.3 Sobre o corpo obeso e a intervenção cirúrgica	43
2. Referencial teórico-conceitual.....	48
2.1 Tendências dos estudos de ciências sociais em saúde: as oposições	48
2.2 A busca das abordagens integradas.....	50
2.3 A abordagem integrada: representações sociais e experiência com a obesidade “mórbida”	56
3. Objetivo e metodologia	61
3.1 Objetivo geral e objetivo específico.....	61
3.2 Metodologia	61
3.2.1 Universo empírico da pesquisa.....	62
3.2.2 Trabalho de campo: procedimentos, instrumentos, fontes e coleta de dados	67
3.2.3 Tratamento dos dados: organização, síntese, interpretação e análise.	69
3.2.4. Procedimentos éticos adotados.....	71
CAPÍTULO II – A alimentação nas fases da vida	73
1. Nascimento e alimentação.....	76
2. Infância e alimentação	78
2.1 Identidade alimentar.....	83
2.2 As preferências e os hábitos alimentares	84
2.3 A influência da propaganda na alimentação da criança.....	89
3. A adolescência e a alimentação	91
3.1 As preferências e os hábitos alimentares	93
3.2 A família e a alimentação.....	95
3.3 Trabalho e a alimentação.....	98

4. A fase adulta e a alimentação.....	101
4.1 As preferências, os hábitos e as preocupações alimentares	102
4.2 O casamento, relação familiar e a alimentação	107
4.3 Gravidez e alimentação	108
4.4 Trabalho e alimentação.....	110
CAPÍTULO III - O corpo nas fases da vida.....	117
1. Corpo ao nascimento.....	120
2. O corpo na infância.....	122
2.1 O corpo em excesso, as relações familiares e entre os pares.....	124
2.2 O gerenciamento do corpo em excesso.....	131
3. A adolescência e o corpo.....	133
3.1 Alterações e permanências corporais	134
3.2 As relações sociais e o corpo	138
3.3 O corpo em excesso e o estigma.....	147
4. A idade adulta e o corpo	148
4.1 Alterações e permanências corporais	148
4.2 O casamento e o corpo.....	150
4.3 A gravidez e o corpo	154
CAPÍTULO IV - A obesidade, representações, causas e as experiências.	161
1. As explicações das causas da obesidade	163
2. Representação sobre a obesidade ser ou não doença.....	170
3. A experiência cotidiana de ser “gordo”	178
3.1 Ser ou não “gordo”	179
3.2 As relações familiares e afetivas.....	184
3.3 O trabalho	192
3.4 As roupas.....	202
3.5 O lazer	206
3.6 Cuidados corporais e a moradia	208
3.7 Problemas de saúde	212
3.8 A acessibilidade	216
CAPÍTULO V – As tentativas de emagrecer.....	219
1. Atividade Física	222
2. Outras tentativas de emagrecer.....	227
3. A relação dos sujeitos com os serviços e profissionais de saúde.....	236
4. Porque decidiu emagrecer e porque escolheu a cirurgia?.....	239
4.1 Apoios e opinião dos vínculos sociais.....	245
5. Os acontecimentos após a decisão de fazer a cirurgia.....	248

CAPÍTULO VI – Alimentação após a cirurgia.....	253
1. A cirurgia para perda de peso.....	256
1.1 Cirurgias com complicações imediatas.....	258
1.2 A cirurgia e complicações tardias.....	260
1.3 O processo cirúrgico e a necessidade de apoios.....	262
2. A alimentação após a cirurgia.....	264
2.1 A reeducação alimentar e o “mal estar”.....	271
2.2 “Sentir fome” e “não sentir fome”.....	273
2.3 A normatização de a rotina alimentar e as relações sociais.....	277
2.4 Dificuldades e facilidades para seguir a dieta prescrita.....	287
CAPÍTULO VII – O corpo após a cirurgia.....	293
1. Mudanças na vida após a cirurgia.....	300
2. Necessidade de mudança dos hábitos de vida.....	302
3. A identidade pessoal.....	303
4. Outros fatores decorrentes do emagrecimento.....	310
5. Emagrecimento e relações sociais.....	314
6. O emagrecimento e o trabalho.....	323
7. Lazer.....	328
8. O cuidado de si.....	329
9. As roupas.....	332
10. Emagrecimento e saúde.....	336
11. Preocupação atual.....	340
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	347
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	361
APÊNDICES.....	393
ANEXOS.....	401

RESUMO



Este trabalho insere-se na abordagem sócio-antropológica para estudar as representações sociais e experiências vividas por indivíduos classificados pela biomedicina como “obesos mórbidos” nas situações vivenciadas antes e depois à submissão da cirurgia antiobesidade. A representação social e a experiência foram articuladas pela fenomenologia, para uma relação complementar e integrada da enfermidade enfocada sob o ponto de vista dos adoecidos. Ao focar as representações e experiência com o corpo em “excesso” nas diferentes etapas de vida deparou-se com a importância da alimentação, como explicação de causa da obesidade, tais como: “comer errado”, por preferir as “porcarias” e preterir as frutas, verduras e legumes, pela influência familiar na formação dos hábitos e escolhas alimentares, por “comer muito”, “comer tudo”, pela explicação relacionada ao “nervoso”. O casamento, a gravidez e a falta de tempo no mundo do trabalho contribuíram também para as alterações nos processos alimentares. Em relação ao corpo, a aquisição do “excesso” de peso ocorreu em diferentes fases da vida. Nas experiências infantis com o corpo obeso, as crianças já começaram a sentir a exclusão social, assim como os adolescentes e os adultos. A relação do sujeito obeso com os outros foi carregado de estigma nas relações entre os pares, afetivas, familiares e de trabalho. Aos olhos dos sujeitos, a obesidade foi considerada doença, ligada ao sofrimento e em oposição à normalidade, “ser gordo” não foi uma escolha. Foram várias as tentativas para emagrecer, através das dietas e reeducação alimentar, mas o uso de medicamentos predominou. Entretanto, nenhuma dessas alternativas garantiu a perda de peso em longo prazo, justificando a escolha cirúrgica. A cirurgia foi considerada o último recurso e entendida como um “auxílio” para a reeducação alimentar e normatização corporal. Assim, se tornou imperativa a mudança do estilo de vida dos “renascidos”. Por um lado, o grande e rápido emagrecimento promoveu a mudança corporal, na vida, na saúde e na identidade social, mas por outro lado, conduziu a exacerbação de problemas emocionais, alteração de comportamentos e produziu outros agravos à saúde, então se tornar “outra pessoa” nem sempre significou ser mais feliz. As alterações do *self* se aproximaram da “pessoa normal”, contribuindo para diminuir o estigma corporal e formar uma nova identidade, a de um “ex-gordo”. A inserção no mundo dos “normais” exigiu outro realinhamento disciplinar do corpo, necessitando da cirurgia plástica corretiva. A cirurgia antiobesidade é mais um recurso tecnológico da medicina que controla a obesidade impondo a vigilância permanente sobre os indivíduos. As preocupações atuais estão centradas no medo do reganho de peso e nas dúvidas sobre os efeitos dessa terapêutica em longo prazo. É preciso rever as políticas de saúde que centram as suas ações sobre a responsabilidade individual dos sujeitos e desconsideram os interesses da poderosa indústria da alimentação-saúde-beleza que se beneficiam do alarmismo da “epidemia de obesidade”, que só amplia o estigma sobre as pessoas com o corpo em excesso. Nesse sentido, convoca-se a adesão dos múltiplos olhares sob a ótica da interdisciplinaridade.

Palavras chave: representações sociais, experiência da enfermidade, pesquisa qualitativa, obesidade, obesidade - cirurgia.

ABSTRACT



This work is part of the socio-anthropological approach to study the social representations and experiences of individuals classified by biomedicine as "morbidly obese" before and after submitting to antiobesity surgery. The social representation and experience have been articulated by phenomenology, for a complementary relationship focused, integrated disease from the point of view of the diseased. By focusing on the representations and experience with the body in "excess" in different stages of life met with the importance of food as an explanation of cause of obesity, such as "eat wrong," preferring the "filth" and omit fruits and vegetables, the family influence in the formation of habits and food choices, for "eating too much," "eat everything," the explanation related to the "nervous." Marriage, pregnancy and lack of time in the world of work also contributed to changes in food processes. In relation to the body, to acquire "excess" weight was observed at different stages of life. Nas experiências infantis com o corpo obeso, as crianças já começaram a sentir a exclusão social, assim como os adolescentes e os adultos. In childhood experiences with body fat, children have started to experience social exclusion, as well as adolescents and adults. The ratio of obese subject with the other was loaded with stigma in the relations between the couple, affection, family and work. In the eyes of the subjects, obesity was considered a disease, because "being fat" was not a choice, a disease linked to suffering and who was opposed to normal. There were several attempts to lose weight through diet and nutritional education, but the predominant use of drugs. However, none of these alternatives guaranteed weight loss long term, justifying the choice of surgery. The surgery was considered the last resort and was understood as an "aid" to the diet and normalization of body. Thus, it became imperative to change the lifestyle of the "born again". On the one hand, the large and rapid weight loss promoted to the body changes, life, health and social identity, but on the other hand, led to exacerbation of emotional problems, change behavior and produce other health problems, then "become else "is not always meant to be happier. The changes of *self* approached the "normal", helping to reduce stigma and body form a new identity, a "former fatty." Entering the world of "normal" demanded another discipline feeds the body, necessitating the corrective plastic surgery. The anti-obesity surgery, is another technological resource of medicine that controls obesity by requiring constant surveillance over individuals. The current concerns are focused on fear of regained weight and doubts about the effects of long-term therapy. We need to review health policies that focus their actions on the individual responsibility of individuals and ignore the interests of powerful food industry, health-beauty who benefit from the alarmism of the "obesity epidemic", which only increases the stigma on people with excess body. In this sense, we adopt the adhesion of multiple looks from the perspective of interdisciplinary.

Key- words: social representations, illness experience, qualitative research, obesity, obesity - surgery.

1. INTRODUÇÃO



Este trabalho insere-se na abordagem sócio-antropológica, para estudar as representações sociais e experiências vividas por indivíduos, classificados pela biomedicina⁹ como “obesos mórbidos”, antes e após submeterem-se ao tratamento cirúrgico para redução do peso¹⁰.

A eleição e a importância do tema deste estudo devem-se à consideração da obesidade como uma doença crônica de etiologia multifatorial, que vem acometendo a população em todas as faixas etárias e em vários países do mundo. Sua importância não se limita apenas ao excesso de peso, do ponto de vista nutricional e biomédico, às sérias complicações a ela associadas (Silva & Silva, 2004; Consenso Latino Americano de Obesidade, 2005)¹¹, mas à suas múltiplas implicações socioculturais e relacionais refletidas no sofrimento dos portadores de obesidade. Lembra-se também que o processo saúde/doença não é exclusivamente biológico, abarca a cultura, a história e o social. Os estudos existentes também demonstram que o corpo não é apenas físico e biológico, pois envolve a pessoa e também é uma construção social e varia historicamente inserindo-se na sociedade e cultura, sendo também indissociável das relações de poder e das técnicas médicas que o modificam.

A escassez de estudos qualitativos nacionais, incorporando abordagem sócio-antropológica sobre a obesidade, assim como o grande emagrecimento proporcionado pela intervenção médico-cirúrgica utilizadas no seu tratamento e as consequências sobre a gestão da vida dos sujeitos, a imagem corporal e a identidade social conferem o tom de originalidade do presente trabalho.

Tanto a obesidade quanto o emagrecimento influenciam os aspectos relativos à imagem corporal, principalmente, para pessoas que apresentavam um estigma visível através do corpo obeso, à medida que muitas evidências sócio-

⁹ Biomedicina: Termo definido como sistema lógico e teoricamente estruturado, composto por: morfologia e anatomia humana; fisiologia ou dinâmica vital humana; sistema de diagnósticos; sistema de intervenção terapêutica e doutrina médica (Luz, 1992).

¹⁰ Serão adotados os termos: cirurgia para redução de peso, cirurgia de obesidade e cirurgia bariátrica, que inclui as técnicas cirúrgicas reconhecidas pelo Consenso Latino Americano de Obesidade (2005): gastroplastia vertical com bandagem, Lap Band e gastroplastia com derivação gastro-jejunal.

¹¹ <http://abeso.org.br/>.

culturais demonstraram que as atitudes públicas em relação ao obeso, em nossa sociedade, são extremamente negativas (Cahnman, 1968; Mayer, 1968).

A obesidade está sendo considerada uma epidemia mundial presente tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (Popkin & Doak, 1998). A “epidemia da obesidade”, nas recentes décadas, reflete a profunda mudança nos padrões de comportamento dos sujeitos. Enquanto os genes são importantes na determinação da susceptibilidade da pessoa para ganhar peso, o balanço energético é determinado pela ingestão de calorias e atividade física. As tendências de transição nutricional ocorridas no século XX em diferentes países do mundo convergiram para uma dieta mais rica em gordura (principalmente de origem animal) e açúcares refinados, porém reduzida em carboidratos complexos e fibras, conhecida como “dieta ocidental”, segundo Monteiro *et al.* (1995).

O crescimento da economia, a modernização, urbanização e globalização do mercado de alimentos são apenas alguns dos fatores motivadores da epidemia. Por um lado, a urbanização das populações propicia o maior consumo dessas dietas ocidentais e por outro lado, diminuem as demandas físicas, associadas aos transportes automáticos, às tecnologias presentes nos lares e aumenta a ociosidade. A associação desses fatores triplicou as taxas de obesidade, a partir da década de 1980, em várias áreas da América do Norte, Reino Unido, Leste Europeu, Meio Leste, as Ilhas do Pacífico, Austrália e China (WHO, 2003).

A obesidade é definida como acúmulo excessivo de gordura cuja magnitude compromete a saúde, é uma “entidade” descrita na Classificação Internacional de Doenças e definida pela relação matemática entre a massa corporal e a estatura denominada Índice de Massa Corpórea (IMC). O cálculo é realizado pela divisão do valor da massa corporal (em quilogramas) pela estatura ao quadrado (em metros) (Consenso Latino Americano de Obesidade, 2005). Outra classificação se baseia na relação cintura quadril (Silva & Silva, 2004). A classificação adotada pela biomedicina segundo esses parâmetros está no ANEXO 1 e no ANEXO 2.

A epidemia de obesidade, não se restringe às sociedades industrializadas e seu aumento é sempre mais rápido nos países em desenvolvimento que nos desenvolvidos. Em 2005, ao menos 400 milhões de adultos estavam obesos e até aquele momento 1,6 bilhão de adultos (maiores de 15 anos) estavam com sobrepeso no mundo todo. A Organização Mundial de Saúde calcula que em 2025 haverá aproximadamente três bilhões de adultos com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade (WHO, 2008) ¹².

A obesidade infantil já é uma epidemia em muitas áreas estando e está em expansão em outras. Uma estimativa mostra que 20 milhões de crianças abaixo de cinco anos encontram-se com sobrepeso no mundo todo (WHO, 2008). Nos Estados Unidos, o número de crianças com sobrepeso duplicou e de adolescentes (com sobrepeso) triplicou desde 1980 (WHO, 2003).

O Consenso Latino Americano de Obesidade (2005) aponta que a obesidade na América Latina é protagonista de um quadro alarmante: no México, as frequências na área urbana para homens são de 33% e 39% para mulheres. Na Argentina, a prevalência de obesidade era de 27% e de sobrepeso de 32,5 % gerando uma cifra total de 60%. O Uruguai indicou uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 42% em homens e 50% em mulheres. No Chile, a obesidade aumentou em quatro anos em 14%. No Peru, as estatísticas em várias cidades mostraram resultados de 40% de sobrepeso e de 12% de obesidade. Na Colômbia, são estimadas porcentagens de Índice de Massa Corpórea acima de 30 em 21% e entre 25 a 30 de 32%.

No Brasil, o estudo de Ferreira & Magalhães (2006b) aponta que a transição nutricional, aliada às mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas encontra reflexos por um lado, na diminuição progressiva da desnutrição e, por outro lado, no aumento da obesidade. Estudos nacionais populacionais coletaram dados antropométricos, como o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), de 1974-1975; o PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição), em 1989 e, mais recentemente a Pesquisa de Orçamento

¹² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Familiar (FOP) ¹³, de 2002-2003. Esses dados têm mostrado um constante aumento na obesidade: de 4,4% em 1974-1975; de 8,2% em 1989; e 11,1% em 2002-2003.

Em 2006, o estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) ¹⁴, apontou que 11,4% dos brasileiros estavam obesos. Em 2007, esse índice subiu para 12,9%. A obesidade em mulheres que apresentava uma tendência de estabilização sofreu um aumento expressivo. O índice de brasileiros com excesso de peso se manteve estável nos últimos três anos. Entre os adultos das 26 capitais e do Distrito Federal, 43,3% estão acima do peso. A frequência entre homens é maior: 47,3% deles estão com excesso de peso, enquanto 39,5% das mulheres estão nessa faixa. Segundo dados do Ministério da Saúde (2009) ¹⁵, atualmente, 13% dos adultos brasileiros são obesos, numa relação de 13,6% entre as mulheres e de (12,4%) entre os homens.

Os resultados também mostraram que, no estrato de menor escolaridade, 18% das mulheres são obesas, enquanto que nos estratos de maior escolaridade, são apenas 8,5%. Mas essa relação é diferente entre os homens: o índice de obesidade é praticamente o mesmo em todos os níveis de escolaridade – de 12% a 13%. Em relação à idade, o relatório revela maior frequência de obesidade entre homens na faixa etária entre 45 e 54 anos de idade. Nas mulheres, a frequência aumenta mais na faixa entre 55 a 64 anos.

Os dados da Pesquisa de Orçamento familiar de 2002-2003 mostram que a frequência de adolescentes com excesso de peso foi de 16,7%, sendo mais predominante em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%). Em ambos os sexos, a frequência do excesso de peso foi máxima entre adolescentes de 10-11 anos (cerca de 22%), diminuindo para 12%-15% no final da adolescência. E em ambos os sexos, há evidência de associação entre renda familiar e excesso de peso, ou seja, quanto maior a renda, maior o excesso de peso. Em relação à

¹³ <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/comentario.pdf>.

¹⁴ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf.

¹⁵ <http://www.gm/01/gm-628.html>.

obesidade, mais de 2% dos adolescentes brasileiros foram diagnosticados como obesos, sendo 1,8% os meninos e 2,9% as meninas.

Em 2002-2003, havia um obeso para cada 10 meninos com excesso de peso e uma obesa para cada cinco meninas com excesso de peso. A frequência da obesidade pouco varia com a idade em meninos e entre as meninas tende a diminuir com o passar dos anos. Os dados dessa pesquisa relativos às crianças ficaram restritos a análise de desnutrição dessa população no País, que mostrou o déficit de peso-para-idade para todos os estratos econômicos. Entre 1996 e 2002-2003, a prevalência de déficits ponderais declina de 15,5% para 8,7% (entre os 20% mais pobres) e de 2,5% para 1,4% (entre os 20% mais ricos).

A alta prevalência de obesidade no nosso país tem sido considerada problema de saúde pública, exigindo dos órgãos governamentais políticas de educação e saúde mais efetivas (Consenso Latino Americano em Obesidade, 2005). O crescimento epidêmico é predominante nas classes menos favorecidas. Portanto, a obesidade está presente na América Latina e é um problema real.

A Organização Pan-Americana mostrou que o excesso de peso aparece distribuído de forma preocupante em todas as faixas de renda, portanto o problema é resultante não apenas do fato de comer muito, mas de comer mal. Assim há gordos ricos e pobres nos dois “Brasis”, ambos igualmente desnutridos (Dias & Athaíde, 2005).

A partir da década de 70, ocorreu uma epidemia silenciosa pela busca do corpo perfeito, divulgado pela mídia, influenciando as mulheres, principalmente as adolescentes, o que conduziu aos chamados comportamentos alimentares “anormais” e às práticas inadequadas de controle de peso: os vômitos induzidos, laxantes, jejuns prolongados, diuréticos e anorexígenos, tudo isso associado a atividades físicas excessivas, dietas muito restritivas, fórmulas para emagrecer e, no extremo, à perda do controle sobre a ingestão, levando ao risco do desenvolvimento dos chamados transtornos do comportamento alimentar (Bosi & Andrade, 2004).

Esse cenário paradoxal surgido nas sociedades ocidentais contemporâneas mostra de um lado, o culto à magreza, associado à imagem da

beleza, mobilidade social e poder e por outro lado, o incentivo ao consumo para aumentar os lucros das indústrias de alimentos. Socialmente, cobra-se a magreza dentro de um ideal estético cada vez mais difícil de atingir, enquanto a obesidade e o sobrepeso aumentam expressivamente (Bosi & Andrade, 2004). Portanto, os padrões estéticos e as normas sociais e corporais vigentes, sempre transformados socialmente, estão também no âmago daquele paradoxo.

Além das dimensões biológicas, singulares, sociais e culturais do processo de adoecimento, dos controles médicos, do acesso, uso das tecnologias e serviços de saúde para tratá-las, as enfermidades crônicas envolvem e afetam permanentemente e de maneira diferenciada a vida cotidiana dos adoecidos. Questões como estas permeiam a discussão da obesidade em geral e da obesidade “mórbida”, especificamente, que interessam a esse estudo.

A palavra norma, de origem latina, significa esquadro e *normalis* significa perpendicular. Uma norma, uma regra é o que serve para retificar, endireitar, colocar de pé. Uma norma se propõe como possibilidade de unificar um diverso, de reabsorver a diferença, de resolver um impasse e não se trata de um conceito estático ou pacífico e sim dinâmico e polêmico (Canguilhem, 2006).

Para a filosofia, entende-se normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas esse julgamento está subordinado, no fundo, àquele que institui as normas (Canguilhem, 2006, p.86).

Outro traço da racionalidade médica ocidental é a perspectiva dual da “normalidade” caracterizada por oposição à “patologia” (Canguilhem, 2006). Assim como o saber médico, a divisão entre “normal” e “patológico” é operativa e não conceitual. Mas esta divisão também se reflete na organização do saber médico no qual se formam pares de disciplinas homólogas divididas aos domínios da “normalidade” ou da “patologia”, como a fisiologia/fisiopatologia considera Camargo Jr. (1997).

A palavra *normatizar*, escolhida para compor o título do trabalho, segundo o dicionário Michaelis¹⁶ significa criar normas para; normalizar. E de acordo com a definição do mesmo dicionário, *normalizar* significa: tornar normal; regularizar; reentrar na ordem; voltar à normalidade. Apesar dos dois conceitos serem sinônimos, escolhemos o primeiro porque está relacionado ao ato de criar normas para o corpo em excesso.

Normalizar o corpo, recolocando-o dentro de padrões médicos e estéticos também se tornaram tarefa da medicina, cujo saber não é apenas objetivo, expressa também a visão de mundo da sociedade, que recusa a gordura. Sob o modelo médico a obesidade passou a ser doença a partir de 1985 e então submetida às intervenções e ao controle social (Chang & Christakis 2002). O tratamento cirúrgico da obesidade está entre as novidades das intervenções sobre o corpo obeso, considerado “mórbido”, pela medicina contemporânea, que impõe mudanças do corpo e da vida dos adoecidos. As considerações feitas até aqui se reportam às dimensões sócio-culturais implicadas no corpo obeso, transcendem o ponto de vista do modelo biomédico, embora este tenha as suas referências e parâmetros de definição de obesidade que serão abordadas no trabalho.

Nesse sentido, o presente trabalho pretende analisar as representações sociais e a experiência com a obesidade de homens e mulheres que apresentavam obesidade mórbida, antes da cirurgia, assim como após a sua normatização promovida pela cirurgia antiobesidade articuladas, do ponto de vista teórico metodológico, pela fenomenologia da vida cotidiana de Schutz (1979).

Este trabalho organiza-se da seguinte forma: No primeiro capítulo aborda-se o marco teórico-metodológico, a seleção da população, os instrumentos utilizados na coleta da informação e os procedimentos adotados na análise. No capítulo II serão abordadas as maneiras de pensar e lidar com a alimentação nas diferentes fases da vida, as influências para a aquisição dos hábitos alimentares. O capítulo III apresentará a história da incorporação de peso nas diferentes fases da vida e as implicações nas relações sociais. Já o capítulo IV aborda as representações e experiências com a obesidade, as causas, as considerações

¹⁶ <http://michaelis.uol.com.br>

sobre ser ou não obeso, o cotidiano dos sujeitos com o corpo em excesso, os problemas de saúde e as implicações nas relações sociais. O capítulo V informa sobre os tratamentos realizados para o controle da obesidade, as dietas, a atividade física, os medicamentos. Os motivos da escolha pela cirurgia e a relação familiar. O capítulo VI informa sobre a alimentação após a cirurgia, as mudanças no processo alimentar, as dificuldades e facilidades para seguir as recomendações e o seu gerenciamento. E finalmente no capítulo VII discutiremos as mudanças ocorridas na vida cotidiana após o emagrecimento, a mudança de identidade social e os reflexos nas relações sociais.

CAPÍTULO I
**Revisão da literatura e referencial teórico -
metodológico do estudo**



1. Revisão da literatura

Este capítulo é composto por duas partes. A primeira analisa a literatura sobre obesidade e o corpo, produzida na área da Saúde Coletiva nacional e na Antropologia Social, que abordou alguns estudos sobre o corpo. Sobre a intervenção cirúrgica abordam-se os estudos socioantropológicos e a literatura produzida nas áreas de enfermagem, nutrição e epidemiologia. A segunda parte discutirá o referencial teórico adotado no trabalho.

1.1 Revisão da literatura nacional sobre obesidade e corpo da área de Saúde Coletiva, Enfermagem e Nutrição

Sob a palavra obesidade, nos periódicos da área de Saúde Coletiva (Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva; Interface; Revista Saúde e Sociedade; Saúde; Ciência de Manguinhos; Physis) indexados no sistema Scielo encontramos 174 referências sobre o assunto, predominando os estudos epidemiológicos; as associações da obesidade com outras enfermidades como: a hipertensão, as cardiovasculares e diabetes; os determinantes sócio-econômicos de o consumo alimentar e padrões de consumo; a obesidade e sobrepeso em grupos etários, nas etapas de vida (infância, adolescência, velhice) ou na gravidez e após o parto; as medidas antropométricas e dietas de emagrecimento, mas não havia trabalhos que abordavam as intervenções cirúrgicas como forma de tratamento da obesidade.

Ao expandir esta busca aos periódicos de Enfermagem (Revista Latino-Americana de Enfermagem e Revista Brasileira de Enfermagem) e Revista de Nutrição, encontramos nas primeiras, apenas dois artigos sobre a obesidade e estado nutricional, enquanto que na segunda, nos 40 textos identificados, predominaram as abordagens epidemiológicas, baseadas em argumentos nutricionais, com enfoques nos fatores de risco e na análise da distribuição e prevalência da obesidade, na avaliação nutricional e nas medidas antropométricas.

Os raros estudos, incorporando referenciais das ciências sociais e humanas, nesta literatura privilegiaram a abordagem psicológica dos comportamentos e condutas alimentares, visando avaliá-los e alterá-los pela educação nutricional (Gaglione *et al.*, 2006; Bernardi *et al.*, 2005). Discutidos os modelos alternativos epidemiológicos para abordar a obesidade, Parra-Carrera *et al.* (1999) apontaram os limites da análise dos fatores de risco, dos modelos causais e descritivos, e que a natureza multifatorial da obesidade requer enfoques holísticos e multidimensionais do processo de reprodução biossocial (nos planos micro, macro e familiar), segundo propostas da epidemiologia latino-americana, assim como a ampliação da rede de causalidade pela abordagem dos fatores culturais, ambientais e do estilo de vida.

Sob a perspectiva da unidade do ser humano, toma-se a obesidade como objeto complexo na discussão ético-filosófica, de superação da oposição corpo/mente, tão cara ao biologismo que impregna a análise da obesidade, prevalecendo à dimensão física da corporeidade, que restringe as possibilidades de enfrentamento desta problemática nas intervenções nutricionais (Carvalho & Martins, 2004). A superação da tensão entre “comer porque quero e não comer para engordar” implica redefinir as atitudes associadas à obesidade sob duas propostas.

A primeira proposta de Carvalho & Martins (2004) conta com a capacidade ativa dos sujeitos, na singularidade da ética de preservação do ser de Espinosa, contrariando qualquer submissão em reforço à liberdade do ser. Toma-se a relação da alimentação, corpo e saúde com flexibilidade e a compreensão das vivências dos sujeitos como referência à adaptação das regras alimentares, prescritas pelas intervenções médica ou nutricional. A outra proposta critica o discurso normalizador da medicina na construção dos padrões de normalidade, polarizada no normal e patológico, que enquadra os indivíduos. Ser obeso, neste raciocínio, implica ser desviante dos padrões esperados de normalidade e com isto a racionalidade médica estabelece o padrão de corpo universal, desvinculado da inserção dos corpos nos contextos sociais. A obesidade também pode ser doença, implicando, segundo aquela racionalidade, na impotência do corpo e na redução das possibilidades de vida dos indivíduos.

O estudo de Ferreira & Magalhães (2006a), realizado com moradoras da favela da Rocinha identificou que entre aquelas mulheres vigoravam padrões próprios de corpo que pouco se vinculavam aos atributos estéticos, em que a obesidade era percebida de forma diferenciada pelas mulheres investigadas, era sentida através de sintomas clínicos como “dor nas pernas”, “falta de ar” e “menos disposição”. O corpo obeso era por vezes valorizado no grupo.

Investigada a literatura do campo da saúde nos periódicos mencionados sobre o corpo e corporeidade, os cientistas sociais e profissionais de saúde publicaram somente 11 artigos, abordando as representações sociais no plano das significações atribuídas pelos sujeitos, acrescida da imagem corporal no imaginário social, da produção de sentidos nas práticas discursivas sobre o corpo e obesidade e sua construção simbólica na mídia (Serra & Santos, 2003) ou na descoberta de si, após a mastectomia (Ferreira & Mamede, 2003) e segundo as teorias psicológicas (Barros, 2005).

Os usos do corpo e a busca de determinados modelos corporais foram pesquisados. A submissão a tais modelos implica “violência simbólica” aos que não se enquadram nos padrões socialmente exigidos (Goldemberg, 2005a), passando, portanto a normalização do corpo, não apenas pela medicina, mas pelas normas e padrões estéticos culturalmente construídos nas diferentes épocas. O culto do corpo e sua modelagem, segundo os padrões estéticos, estão nas representações do corpo “trabalhado”, na insatisfação com o próprio corpo em relação aos padrões ideais disseminados pela mídia fundamentando o uso de anabolizantes entre praticantes de musculação (Iriart *et al.*, 2009), com sérias implicações para a saúde.

1.2 A contribuição da antropologia ao estudo do corpo

Sem exaurir as contribuições da antropologia sobre o corpo, nos livros publicados e revistos destacamos algumas abordagens que interessam ao nosso estudo. Na tradição filosófica cartesiana do século XIX, o corpo parecia ter assumido um papel secundário, mas na virada do século a relação entre o sujeito e seu corpo redefiniu-se, apagando a linha divisória entre o “corpo e o espírito”. Courtine (2008) percorreu as teorias e abordagens do corpo no século XX,

constatou que o corpo tornou-se animado (Merleau-Ponty, 1962) e que o inconsciente fala através do corpo (Freud); berço de significação (Husserl); como pivô do mundo no tempo e espaço, em Sartre.

Na antropologia, Mauss (2003) referiu-se às técnicas corporais e aos usos do corpo, que implicam aprendizagem e particularidades nas diferentes sociedades e, em Douglas (1973), o corpo é simbólico e não naturalizado. No final da década de 1960, o corpo desempenhou papel nos movimentos individualistas e igualitários, nos protestos contra o peso das hierarquias culturais, políticas e sociais, as marcas de gênero, de classe ou de origem. O corpo submete-se ao biopoder e aos demais controles sociais em Foucault (1976) e é redescoberto no processo civilizatório (Elias, 1994).

O corpo medicalizado submete-se aos saberes e às intervenções tecnológicas da medicina, nele incidindo efeitos normalizadores, físicos e sociais. Novas teorias sobre o organismo, através da genética, tensionando o corpo sexuado, enquanto a reprodução programada replica o indivíduo e os limites do humano. Outras questões ainda emergem como as metamorfoses corporais, as mudanças na percepção do corpo anormal e sua virtualidade, o comércio de sangue e órgãos, o incremento dos transplantes (Courtine, 2008).

A história do monstro de Frankenstein, construído pela colagem de pedaços de pessoas mortas e animada pelo poder da ciência, nascida do *flash* da eletricidade, inspiraram, entre outros, Helman (1988) e Le Breton (1995b) a refletir sobre o corpo, acrescido de partes artificiais, contento órgãos ou pedaços de outros corpos, emprestados, transplantados ou implantados (órgãos, tecidos ou fluídos de outras pessoas, vivas ou mortas). São substituídas partes do corpo pelo plástico, metal, nylon ou outro material sintético. Enfim, o poder da ciência criando um novo homem. Ambos simbolizam um novo tipo de sociedade.

Turner (2006) indicou que há duas tradições separadas, distintas e possíveis nos estudos do corpo na antropologia e sociologia: a primeira é a análise cultural do corpo como um sistema de significados, estrutura definida e existência separada da consciência e intenção dos indivíduos, enquanto a segunda é o estudo fenomenológico da incorporação, na compreensão humana

ou na representatividade do corpo. Estas duas abordagens são distintas, mas não são necessariamente incompatíveis.

O corpo humano tem sido uma metáfora potente e persistente para relações sociais e políticas através da história da humanidade, bem como uma forma de classificar os indivíduos. Neste sentido, Almeida (2004), cita que os sistemas classificatórios são usados para legitimar hierarquias, diferenças e exclusões da pessoa e corpo, sem ater-se a uma determinação social absoluta. “Se o corpo é a imagem da sociedade, que sociedade é essa que está representada nos corpos dos brasileiros?” questionou Goldemberg (2005b: 70).

Coelho (1977) fez uma reflexão situada mais na fenomenologia sobre o modo a articular a problemática: corpo, pessoa e afetividade. Apoiada na análise fenomenológica e entendendo a pessoa como relação, atitude, abertura ao outro, surge à necessidade de equacionar as relações interpessoais, a intersubjetividade, buscando-se fundamentos e princípios éticos. A reflexão abarca três dimensões: fenomenológica, ética e bioética.

Para Ortega (2007) o modelo de corpo oferecido pelas versões do construtivismo social possui surpreendente afinidade com o corpo construído pelas biotecnologias. Os dois discursos insistem na sua total maleabilidade e acessibilidade negando a materialidade do corpo, impedindo que o discurso construtivista sirva com instância crítica do discurso das biotecnologias, como pretendem seus defensores. O autor defende que o corpo fenomenológico possui potencial ético-emancipatório, servindo para criticar o discurso biotecnológico.

Ortega (2005) ressaltou que a medicina sempre forneceu os modelos do corpo “bom” ou “ruim”, de corpo ideal, o corpo do outro como “o corpo”, ou seja, o corpo que todos temos: o corpo cadáver da tradição anatômica, o corpo transparente das novas tecnologias de visualização médica, ou corpo-imagem da medicina virtual. Admite que as formas alternativas de medicina, as novas terapias corporais e as mudanças corporais são tentativas de recuperação da dimensão subjetiva e vivida da corporeidade, como o caso do emagrecimento proporcionado pela cirurgia. Apesar de a biomedicina fornecer modelos de corpo fragmentados, o indivíduo não experiêcia seu corpo dessa maneira, mas como uma unidade. “O corpo que temos e somos não é apenas um objeto de controle e vigilância, nem

uma construção discursiva, midiática ou espetacular, como quer o construtivismo, mas o sujeito da experiência e da ação” (Ortega, 2005:253).

Goldemberg (2005a) estudou a construção social do corpo a partir de homens e mulheres das camadas médias brasileiras, por meio de análise de matérias de jornais e revistas nacionais. Discute a construção dos corpos feminino e masculino na cultura que transforma corpos “naturais” em corpos aprisionados por modelos inalcançáveis de masculinidade e feminilidade. Goldemberg (2006)¹⁷ mostra como o corpo e a aparência juvenil são no Brasil, verdadeiros capitais. O corpo “trabalhado”, cuidado e sem excessos, é o corpo que deve ser mostrado, exibido e produzido.

O corpo feminino tornou-se objeto médico e “midiático” através de programas de televisão de alcance nacional por meio das “tele-consultas médicas”. Neste espaço o tom reivindicativo cede lugar aos imperativos estéticos, aparecendo o corpo como âncora da mulher no mundo, sua razão de ser, para si mesmo, para o outro e seu desejo. Os programas insistem na depreciação do corpo das mulheres e junto com a medicina conformam o conceito de “natureza feminina” para justificar as intervenções médicas controladoras (Natansohn, 2005).

A prática de transformar ou alterar o corpo geralmente relaciona-se com o padrão estético vigente para determinado grupo social. Hábitos identificados em várias culturas, do planeta, tais como: o alongamento de pescoço com anéis de metal entre as tribos asiáticas, a criação de queloides faciais entre as tribos africanas, a redução dos pés das mulheres chinesas e o aumento dos lábios e a perfuração do nariz e das orelhas entre as tribos indígenas brasileiras (Villaça *et al.*, 1999).

Crossley (2004; 2005) considerou as modificações e a manutenção do corpo (dieta, exercício, *body building*, tatuagem, *piercing*, roupas e cirurgias cosméticas), como técnicas corporais reflexivas ou como técnica social, em parte coletiva, porém originadas individualmente da vergonha corporal dos agentes. Cada sociedade tem um específico repertório de técnicas, mas elas não são iguais, nem tão pouco distribuídas e difundidas no corpo social (Crossley, 2005).

¹⁷ http://www.vibrant.org.br/downloads/v7n1_goldemberg.pdf.

Lê Breton estudioso do corpo, publicou várias obras, na “*Antropologia del cuerpo y modernidad*” (1995a), o corpo se tornou um fio condutor e proporciona uma perspectiva antropológica da modernidade e se vale da etnologia e da história para apreciar a lógica social e cultural da medicina moderna. No livro “Adeus ao Corpo” (2003), o autor traçou um quadro sobre a transformação do corpo em corpo-máquina, sem sujeitos e sem afetos na sociedade contemporânea. Esse corpo-bricolagem oscila entre vontade do controle absoluto e narcisismo furioso que milita contra o corpo pleno. Em “Sociologia do Corpo” (2007), o corpo, lugar do contato privilegiado com o mundo, se torna objeto de um novo imaginário, numa sociedade individualista proclamando a ambição de associar-se somente a ele.

1.3 Sobre o corpo obeso e a intervenção cirúrgica

A revisão bibliográfica sobre “cirurgia para redução do peso corporal” na literatura sócio-antropológica, teve como fonte um conjunto de periódicos nacionais e internacionais (anglo saxão e mexicano).

A revisão teve caráter exploratório, não exaustivo e foram consultadas as seguintes revistas: ***Internacionais***: Social Science and Medicine; Sociology of Health and Illness; Journal of Health and Social Behavior; Medical Anthropology Quaterly; Qualitative Health Research; Salud Pública del México; Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, nos últimos 5 anos. ***Nacionais***: Horizontes Antropológicos, Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva, Ilha, Interface e o Banco de Teses da Capes. As palavras-chave usadas foram: cirurgia, obesidade, pesquisa qualitativa e corpo.

Nos trabalhos encontrados havia pouquíssimos estudos sobre o assunto na perspectiva antropológica e sociológica. Certamente os cientistas sociais ainda não se ocuparam desse tema, ainda que já tenham estudado as implicações da cultura e da sociedade nos processo de adoecimento e suas repercussões na esfera de vida dos adoecidos. Deve-se levar em conta, obviamente que o advento da cirurgia para redução do peso corporal ainda encontra-se em franco processo.

A. Estudos internacionais

Foram identificados apenas três trabalhos classificados na área Sócioantropológico e um da Enfermagem.

Um deles analisou o aumento da cirurgia para perda de peso e a expansão de propagandas a esse respeito na internet, sugerindo um novo *lócus* de linguagem da medicalização (Salant & Santry, 2005).

Throsby, (2007) analisou como o corpo gordo é conectado facilmente ao rótulo de preguiça e falta de disciplina, recusados pelos gordos, como falhas morais. O texto argumenta que os participantes apontaram três principais discursos resistentes às imputações de falhas morais, como: o corpo gordo prostrado (sedentário), o ganho de peso na infância e os eventos da vida que interromperam o esforço de controle do peso.

Em 2008, Throsby pesquisou participantes de um fórum de discussão *on-line* do Reino Unido que promovia informação e assistência para pessoas que já haviam se submetido à cirurgia para perda de peso ou para aqueles que ainda iam realizá-la. A data da cirurgia foi referida como “re-nascimento”. A cirurgia foi capaz de disciplinar os corpos como objeto supremo da “guerra contra obesidade”. Os participantes enfatizam que a cirurgia é uma “ferramenta” e não como uma “pílula mágica” e que demanda novas habilidades e capacidades para comer dietas “como uma pessoa normal”, bem como demanda novas tecnologias corporais.

Na área da Enfermagem, um estudo fenomenológico foi conduzido com mulheres e homens submetidos à cirurgia para perda de peso há pelo menos um ano, da participação do estudo. Os resultados revelaram diversos assuntos: último recurso, estruturas fornecidas pela cirurgia, realidade apresentada, dados positivos sobre a decisão de fazer a cirurgia, as vantagens e benefícios da cirurgia e o efeito negativo de não poder continuar a comer como antes. A cirurgia promoveu a estrutura (fisiológica) para parar de comer, entretanto é diferente de outras dietas, porque não depende do seu controle pelos indivíduos (Wysoker, 2005).

B. Estudos nacionais

A produção nacional, sob os mesmos termos descritos acima encontramos algumas dissertações de mestrado no Banco de Teses da CAPES, entre elas, apenas duas utilizaram metodologia qualitativa, na linha sócia antropológica que versavam sobre cirurgia antiobesidade comentados a seguir. Os demais trabalhos, num total de oito dissertações de mestrado, defendidos entre 2003 e 2009 pertenciam às áreas da Saúde Mental, Saúde Coletiva e Enfermagem que serão apresentados a seguir. Além disso, um trabalho publicado em revista de Psiquiatria também foi incorporado.

Entre os estudos Socioantropológicos encontramos o trabalho de Almeida (2005) abordou a reconstrução identitária, o corpo e gastroplastia em mulheres. A partir das reflexões de Bacon, o autor usa uma teoria da ideologia. Com o advento da cirurgia de redução de estômago, indivíduos outrora obesos severos, num curto período de tempo, passam a ser enquadrados como fisicamente aceitáveis pela sociedade. O autor procurou compreender a identidade social da mulher com obesidade severa e como se configura o processo de reconstrução identitária dessas mulheres após a gastroplastia.

Gonçalves (2006) apresentou estudo antropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade dos que se submeteram à cirurgia bariátrica. Abordam-se as vivências, após o emagrecimento de homens e mulheres, que se submeteram à cirurgia bariátrica. Partiu-se do pressuposto que os aspectos alimentares, da identidade e sociabilidade estão relacionados e são afetados após o emagrecimento. Estas pessoas eram consideradas muito gordas e após a cirurgia foram induzidas a mudar sua forma de comer, mudaram seus corpos e, inclusive, suas formas de se relacionar com os outros e de enfrentar a vida. Esse trabalho buscou compreender as experiências em relação às novas práticas alimentares, o significado atribuído a elas, bem como a maneira de perceberem as mudanças em seus corpos e a relação desses aspectos com a sociabilidade.

A área da Saúde Mental foi a área que mais se preocupou com essa temática. No campo da Psicologia, encontramos cinco trabalhos e dois da Psiquiatria que serão comentados abaixo.

Ao estudar a questão da identidade de pacientes portadores de obesidade mórbida em tratamento cirúrgico, Coutinho (2003) investigou como o estigma “obesidade mórbida” interfere na construção da identidade dos pacientes na fase pré-cirúrgica.

Gomes (2003) analisou o processo de formação e transformação da identidade de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica, através das histórias de vida, mostrando que a obesidade mórbida é uma experiência dolorosa, marcada pelo estigma; produz problemas para a autoestima, gera outros problemas de saúde. A decisão pela cirurgia foi considerada a única alternativa de sobrevivência. Evidenciou-se que a transformação pode resultar numa corporeidade que elimina a obesidade mórbida e exige capacidade de adaptação e /ou novos estilos de vida.

Nóbrega (2005) procurou compreender os significados atribuídos por esses indivíduos à sua própria vivência com o desenvolvimento da obesidade e com o emagrecimento facilitado pela cirurgia. Estudo qualitativo sobre as experiências com tratamentos anteriores e a motivação para buscar a cirurgia, as expectativas com o resultado, a vivência com as dificuldades de uma intervenção de grande porte e as mudanças decorrentes do emagrecimento, tanto no aspecto físico quanto no emocional.

Vieira, (2006) estudou a variação no acesso a reforçadores (teoria da psicologia) entre grandes obesos antes e depois da gastroplastia. Os resultados mostraram 15 classes de reforçadores – aceitação social, afeto, elogio, rede de apoio, vida social, amizade, lazer, atividade física, flerte, vestuário, sexo, relacionamentos amorosos, estudo, trabalho e transporte público – com acesso médio de 59,2% para participantes não-operados e de 83,1% para operados. Tal análise mostra a importância da assistência psicológica no tratamento pré e pós-operatório.

Poggi, (2007) estudou o movimento da pulsão oral em mulheres que haviam realizado a cirurgia bariátrica. Buscou contemplar os aspectos subjetivos implicados no processo de emagrecimento quando se faz necessária alguma modificação na forma de satisfação oral, pesquisando assim o efeito de uma intervenção física no corpo pulsional. Nos casos acompanhados tornou-se

evidente que a intervenção física não foi suficiente para promover modificações no corpo pulsional, tendo sido possível a constatação da importância do processo psicoterápico.

O emagrecimento súbito decorrente da cirurgia pode levar os problemas psiquiátricos, tais como: sintoma depressivo, ansiedade, uso de substância, alteração comportamental e ideação suicida, associadas às mudanças emocionais que o paciente vivencia. Leal (2007) relata que as mudanças psicológicas e os impactos emocionais foram marcantes, pois as expectativas foram além do emagrecimento. Constatou-se, também, o uso de álcool e tabaco associados a comportamentos de risco, como o envolvimento extraconjugal e direção perigosa de veículos. O problema da obesidade ficou evidenciado como parte de uma complexa situação que envolve o estado físico e emocional das pessoas e sua resolução, por vezes, expõe as dificuldades e as limitações psíquicas dos pacientes.

Ronis et al (2009) concluíram que vários pacientes que se submeteram à cirurgia antiobesidade apresentaram complicações psicológicas e psiquiátricas, os autores justificam a necessidade de investigação pré-operatória acurada, bem como a categorização daqueles que se submeterão ao procedimento cirúrgico, visando prever eventuais complicações e individualizar condutas psicológicas que possam favorecer a adesão do paciente. Propõem a avaliação psicodinâmica para tal categorização e, estratégias de abordagem pré e pós-operatória, bem como critérios auxiliares de inclusão/exclusão do procedimento cirúrgico.

Na Saúde Coletiva encontramos o trabalho de Lopes (2004) sobre as experiências de um grupo de mulheres ex-obesas mórbidas submetidas à cirurgia bariátrica. Lopes procurou identificar percepções e vivências dessas mulheres acerca da terapêutica e dos procedimentos prévios à realização da cirurgia. A cirurgia bariátrica foi considerada a única opção para obesidade, porém revelou-se insuficiente, pela questão da totalidade da vida das pessoas e não apenas pelo aspecto biológico. O autor questiona se houve benefícios à medida que as mulheres emagreceram e passaram a viver como normais, pois no nível subjetivo, ainda continuaram insatisfeitas, aprisionadas em suas subjetividades e distantes de si mesmas.

Na Enfermagem, Miranda (2007) realizou um trabalho de natureza qualitativa para conhecer e identificar as demandas bio-psico-sociais de pessoas obesas frente à cirurgia bariátrica embasada em pressupostos sobre imagem corporal, necessidades humanas básicas e obesidade. A autora acreditava que o maior fator motivador era a busca pela estética, porém constatou que o principal motivo para realização da cirurgia foram os problemas de saúde. Recomendou-se despertar um olhar mais sensível e menos preconceituoso da enfermagem, para que se possa prestar um cuidar mais humanizado, integralizado e verdadeiro.

Pode-se concluir que ainda há poucos trabalhos qualitativos sobre esse assunto na perspectiva socioantropológica, tanto internacional quanto nacional. Segundo essa revisão bibliográfica, os brasileiros parecem mais interessados nesse assunto, já que a produção nacional foi mais expressiva que a internacional. A área que apresentou maior produção foi a Saúde Mental, mas houve participação da Saúde Coletiva e da Enfermagem.

2. Referencial teórico-conceitual

2.1 Tendências dos estudos de ciências sociais em saúde: as oposições

Não é novo o debate nas ciências sociais sobre os pares conceituais material/ideal, objetivo/subjetivo, coletivo/individual, micro/macro, indivíduo/sociedade constitutivos do pensamento sociológico, cujo papel é pouco produtivo nas novas sociologias (Corcuff, 2001). Estas dicotomias conduziram os pesquisadores a optarem por um ou outro par, impedindo a compreensão e explicação dos fenômenos sociais complexos.

O binarismo estende-se, igualmente, a outras oposições como natureza/cultura, mente/corpo, matéria/espírito, refletindo os primeiros polos do cartesianismo nas ciências biológicas e suas explicações sobre o processo saúde e doença, impedindo transitar nos diferentes planos, processos diferenciados e intermediários de análise, capazes de contemplar a interface entre saúde/doença, individual/coletivo, biológico/social, sistema/ambiente (Castellanos, 1990).

A busca de abordagens integradas entre estes polos não é novidade nas ciências sociais e humanas. A chamada "crise dos paradigmas" alertou para a retomada de abordagens intermediárias e processuais, sem descartar as que privilegiaram os polos macro-analíticos e societários. A crise fez com que não se esquecesse os sujeitos, a ação social, a dinâmica dos processos de objetivação e subjetivação; as experiências biográficas e intersubjetivas na construção do senso comum e não apenas sua reprodução ideológica; os impositivos morais, coercitivos e societários; os estruturais; da ordem social, que perpassaram os pressupostos de diferentes teorias e autores, formulados no passado e mais recentemente (Corcuff, 2001).

Canesqui (2005a) observou algumas mudanças importantes, nas duas últimas décadas, na abordagem das doenças, como a incorporação da história, deslocada da análise dos grandes cientistas, personagens importantes da Saúde Pública, a associação da antropologia com a história, na nova história cultural dos *Annales*; a incorporação da antropologia, as micro-abordagens e não somente da sociologia; a ênfase nos estudos de representações de saúde, doença e corpo, abordadas sob diferentes teorias e disciplinas (sociologia, antropologia, história das mentalidades, psicologia social).

O conceito de representação social foi visto sob diferentes ângulos, como: saber, formas de pensamento e ideologia; conhecimento; valor ou como instrumento de ação; imaginário coletivo e simbólico ou também como sentido e significado imerso na cultura. Tomaram-se a enfermidade como experiência na perspectiva fenomenológica, hermenêutica e interpretativa, criticando-se os estudos das representações sociais por se fecharem nos modelos de significação e no plano das ideias.

Outra revisão dos estudos sócio-antropológicos das enfermidades crônicas (Canesqui, 2007a) constatou a escassez de pesquisas sócio-antropológicas nacionais que tomassem as especificidades dessas enfermidades pelo envolvimento permanente na vida dos indivíduos, sua longa duração e permanência, suscitando readaptações nos cuidados e no seu gerenciamento. A literatura internacional das ciências sociais em saúde, inglesa e norte-americana, revista pela autora trazem acúmulos importantes sobre o assunto, com

abordagens polarizadas em externalistas e internalistas e as integradas, articuladoras de ambas.

As externalistas polarizam o indivíduo e a sociedade, privilegiando um ou a outra, distanciando-se de abordagens capazes de articular, simultaneamente tanto os aspectos privados e inerentes à vida cotidiana, o gerenciamento da enfermidade e à própria vida dos adoecidos englobados na experiência da enfermidade, quanto o conjunto de externalidades (sócio-econômico-cultural, das políticas médicas assistenciais e do saber médico e suas tecnologias) que interferem na vida dos adoecidos. O estudo ora proposto busca integrar as abordagens.

2.2 A busca das abordagens integradas

Esforços de articular as experiências singulares com o espaço e o tempo social na abordagem das enfermidades estão em autores como Kleinman & Seeman (2000), que argumentam que a enfermidade é individual por alcançar o mundo subjetivo, corporal e íntimo do adoecido; porém, localiza-se também em um tempo e espaço social, historicamente construído, transcendendo o mundo prático e imediato dos indivíduos.

Kleinman (1988) estudou as narrativas de enfermidades de longa duração, através de estudos de caso, mostrou como a experiência com a enfermidade (*illness* definida do ponto de vista dos adoecidos) encarna-se na particular trajetória de vida. Essa experiência altera-se pelo modo como eles pensam a si próprios, seu presente, passado e futuro. Apesar de singulares e diferenciadas, as narrativas inserem-se no contexto social e são informadas pelo conhecimento cultural sobre o mundo. Não se trata de conhecimento pré-dado. Histórico e contextualizado, o conhecimento se constrói também nas práticas dos sujeitos e nas interações sociais, especialmente consideradas, pelo autor, na relação médico-paciente.

A abordagem dos modelos explanatórios centrados nos significados e interpretações das explicações individuais ou de grupos sobre enfermidade e narrativas inclui-se na abordagem internalista, cuja preocupação subjacente é

melhorar a comunicação entre médicos e pacientes, dificultando abordar a interpenetração dos planos subjetivos e culturais, apesar de Kleinman (1988) não desprezar a interpenetração das explicações subjetivas da *illness* com aquelas ancoradas na *disease*.

Na articulação da perspectiva internalista com a externalista está o esforço de Garro, (1994), reconhecendo que as narrativas possuem modelos explanatórios individuais, irreduzíveis exclusivamente a eles. Portanto, para a autora a reconstrução de narrativas não é somente personalizada e individualizada, mas compartilhada com amplos modelos culturais e outros que ultrapassam as explicações médicas ou os construídos na ação e nos contextos interativos.

O convívio com a obesidade e seu reverso, o emagrecimento rápido, após a cirurgia impõe ajustes na organização, reestruturação e questionamento sobre o sentido da vida e a autoimagem corporal, que não deixam de ser morais e físicos também. Agrega-se que ser obeso é uma experiência estigmatizante, envolvendo sempre classificações sociais e julgamentos morais sobre o outro e as diferenças que o acompanham. O estigma, dizia Goffman (1988), afeta a identidade e a deteriora, tornando seu portador socialmente desacreditado.

Na opção pelo tratamento cirúrgico da obesidade e as experiências subsequentes com o emagrecimento, vê-se possibilidades de rearranjos e mudanças nas diferentes esferas da vida, corpo, identidade e na imagem corporal. Nessa opção, entreve-se parte da ação dos sujeitos, perpassada por crenças no poder das tecnologias médicas e da própria medicina de intervir e transformar o corpo, normatizando-o. A relação com a medicina, na sociedade moderna, permeia constantemente as experiências dos adoecidos, implicando simultaneamente recusas e adesões às suas práticas, saberes e intervenções.

Algumas abordagens da experiência da enfermidade fornecem pistas e limitações importantes ao marco teórico-metodológico deste estudo. A experiência não se reduz exclusivamente ao modelo dicotômico que contrapõe sujeito e objeto; ela remete ao corpo situado no mundo, de seres em situação, portadores de experiências passadas, projetos e esforços concretos de intervir na realidade (Alves & Rabello,1998). Os autores recusam a determinação das representações

sobre a experiência, deslocando-se à compreensão da vida cotidiana e ação nas situações interativas, na experimentação, percepção e recriação de conhecimentos, sempre na intersubjetividade e como manifestação da consciência de estar no mundo, sem dicotomizar corpo/consciência. Não desprezam o conhecimento do senso comum que certamente impregna-se de significação, construído nas interações, que se acumulam como estoques de conhecimento, modificados continuamente, segundo a perspectiva fenomenológica.

Como disse Alves (1993: 268):

... a experiência de sentir-se mal, por um lado origina por si mesmo representações da doença e, por outro, põe em movimento a nossa capacidade de transformar esta experiência em conhecimento. É através das impressões sensíveis produzidas pelo mal estar físico ou psíquico que os indivíduos se consideram doentes.

As experiências com a enfermidade certamente diferem, variam com os tipos e curso das enfermidades, com as diferenças e características de personalidade, entre as sociedades, classes e grupos sociais por suas particularidades históricas, além das formas de pensar e de lidar com elas, de conceber, usar e cuidar do corpo, de prover-se de tratamentos, que não são apenas médicos, comportando outras modalidades terapêuticas e racionalidades, combinadas ou não com as disponíveis pela medicina oficial.

Gomes *et al.* (2002a) insistem na articulação das dimensões individual e social da enfermidade refletidas nas permanências culturais das representações presentes nas experiências individuais no processo de adoecer. Não fizeram pesquisas empíricas a respeito, porém, refletindo sobre o processo de adoecimento no espaço interativo dos grupos, instituições e atores sociais, onde *habitus* e estoque de conhecimento estão postos, sugeriram métodos de pesquisa, articuladores daqueles polos, no mundo da práxis, dentre eles as narrativas, em que é possível articular o vivido e o representado, em torno da ordem significativa dos eventos; da longa permanência do pesquisador no campo e do seu esforço de articular e analisar as informações à luz das teorias, ultrapassando o mero registro das falas dos sujeitos. Atribuem às representações sociais elementos de estabilidade.

Recorrendo à abordagem construtivista integradora, Barsaglini (2006) articula representações sociais e experiência no estudo sobre o diabetes. A primeira remete a análises a níveis diferenciados: o macrosocial, em que opera o pensamento coletivo; o microssocial, em que as representações compartilham-se nos microprocessos interativos da vida diária, por grupos sociais e nos contextos imediatos, articulados ao cenário sociocultural mais amplo; e no plano singular, em que as representações ativam-se biograficamente, atualizam, são reinterpretadas e transformadas nas singularidades das trajetórias de vida.

A experiência com a enfermidade envolve conhecimento prático, que é apreendido em situações interativas; não se dissociam das relações sociais (imediatas e socialmente estruturadas), ampliando-se a visão fenomenológica e situacional das relações sociais, bem como o estoque de conhecimento permeável a elementos de instabilidade e mudança.

Dialogando com a antropologia médica norte-americana e inglesa, autores franceses, como Adam & Herzlich (2001) e Pierret (2003) admitem as especificidades das enfermidades crônicas na gestão da vida, apontando o desprezo daquelas abordagens para com os aspectos macroanalíticos e a ênfase no indivíduo. Situam a doença crônica como mediadora das relações sociais, devido às suas especificidades, prolongamento, o fato de serem incuráveis, de não retirar a pessoa do seu cotidiano. Afirma-se que “a doença está no centro das relações sociais que as pessoas mantêm com a sociedade” (Adam & Herzlich, 2001:123), não descartando a importância de situá-la, tanto na perspectiva macroanalítica, quando no plano microanalítico.

Izabelle Basanger (1986) também concorda que as pessoas vivem o mundo da doença crônica, que tem efeito desorganizador na vida dos adoecidos, sendo o modelo médico apenas uma faceta particular para lidar com ele. A escola francesa convoca os apoiadores naturais, como a família e outros colaboradores, para lidar com as enfermidades crônicas. Além da medicina, profissionais de saúde e a família, as associações de apoio e a transferência da doença para o espaço público para desindividualizá-la, politicamente. A AIDS é exemplar neste sentido, assim como as inúmeras associações em torno de algumas enfermidades.

Para compreensão de como os saberes, representações e discursos fazem sentido para a ação, é preciso relacioná-las às necessidades cotidianas da vida das pessoas e às características de suas relações sociais. Os elementos da estrutura social, sistemas de valores e referências culturais também tem uma função. O cuidado com a saúde e a alimentação depende de vários tipos de recursos e limitações relacionados ao trabalho, renda ou vida familiar, ponderam Adam & Herzlich (2001). Assim sendo, é preciso articular a experiência subjetiva da enfermidade com o social, esta é a opção escolhida neste estudo.

Adam & Herzlich, (2001) apontam também que a doença e a experiência cumprem um papel em toda a esfera social, principalmente no caso de doentes crônicos que encontram vários atores em todos os lugares da vida social, além dos médicos. A doença tem um papel mediador nas relações sociais, na escola, no trabalho, na vida cotidiana e na família - portanto, nas relações com as pessoas mais próximas. É necessário estudar a doença em todos os lugares da vida social da mesma forma com a obesidade.

Para tanto, vamos recuperar os conceitos de representação e experiência ao longo da trajetória de vida, nos diferentes momentos do ciclo de vida (infância, adolescência e idade adulta) com o corpo obeso e a própria obesidade, tomando-se ainda por referência os períodos anteriores e posteriores à cirurgia.

As Representações Sociais

A expressão “representações sociais” muitas vezes tem abrigado imprecisões conceituais, ponderam Gomes & Mendonça (2002b), sendo então usada como sinônimo de “percepção”. Os autores apontam estudos sobre o tema que reduzem a realidade da doença à sua representação não considerando a experiência e a inserção social dos atores.

Herzlich & Pierret (2005) estudaram as representações sociais de saúde e doenças na França e argumentaram que na explicação das condutas devem-se incluir outras variáveis e não apenas as representações. Os autores apontam que o principal limite da noção de representação social reside na generalidade do nível de análise que ela constitui.

Canesqui (2005^a, p. 255-256), ao revisar o conceito de representações sociais, incorporada nos estudos de saúde e doença resume as várias concepções:

(...) a primeira situa os limites das representações sociais por permanecerem circunscrito ao campo da idéias, fechando-se em modelos de significação (Alves & Rabello, 1998); a segunda toma o conceito como carregado culturalmente (Queiroz, 2000); a terceira é hermenêutico-dialética situando as representações no campo da ideologia, do senso comum; das tradições e significações impregnadas pelas estruturas e bases sociais (Minayo, 2004); a quarta perspectiva considera o saber biomédico e suas representações, assim como o indivíduo e seu corpo; as relações sociais e a enfermidade que suscita inúmeras indagações (Knauth, 1992) e a última toma as representações sociais como categorias de pensamento e ideias preocupando-se mais com a construção de modelos amplos e universalistas, transcendentem às experiência e ao sentido ou significações (Duarte, 2003).

O conceito de representação social adotado neste estudo fundamenta-se na abordagem de Adam & Herzlich (2001), que admitem que, na interpretação dos fenômenos orgânicos, as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, segundo o grupo a que pertence, firmando-se certas doenças no imaginário coletivo. Há, portanto, nesta abordagem das representações, tanto o peso das interpretações interiorizadas pelas pessoas, moldadas pelas características grupais, quanto àquelas moldadas pelo imaginário social mais amplo, que são históricas e mutáveis no tempo. Embora o conceito de experiência tenha sido incorporado no estudo de algumas doenças crônicas, vislumbramos a possibilidade de utilizá-lo em relação à experiência dos obesos, classificados como “mórbidos” pela biomedicina, e suas respostas e processo de lidar (objetiva e subjetivamente) com a enfermidade. A obesidade, como já comentamos, estigmatiza publicamente o sujeito, forjando-lhe uma identidade, portanto, é possível abordar as alterações identitárias do *self* após a submissão aos tratamentos médicos cirúrgicos.

A experiência da enfermidade

A experiência não se reduz ao modelo dicotômico que contrapõem sujeito e objeto. A ideia de experiência remete ao corpo, fundamento da inserção no mundo. É por ter um corpo ou ser um corpo, que estamos situados e que somos

seres em situação. O corpo é a dimensão de o próprio ser. O corpo é o local em que são inscritas e mostradas as várias dimensões da vida, as experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade (Alves & Rabelo 1998).

O ponto de partida para a compreensão da enfermidade é que ela é necessariamente presa a uma experiência. O conceito de experiência expressa uma preocupação em problematizar e compreender como os indivíduos vivem seus mundos, com a ideia de consciência e subjetividade, mas, especialmente de subjetividade e ação social. Problematizar sobre a ideia de experiência significa assumir a maneira como os indivíduos compreendem e se engajam ativamente, nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas e não podem ser deduzidas de um sistema coerente e ordenadas de ideias, símbolos ou representações (Alves & Rabelo, 1998).

Em relação à experiência da enfermidade, escolhemos também a perspectiva de Adam & Herzlich (2001) que supera a visão apenas individual, porque enfatiza que a concepção do paciente sobre sua doença incorpora o seu relacionamento com outros e a sociedade. Discursos sobre a *illness*, transmitem uma mensagem sobre a totalidade da sociedade. Assim, é preciso articular a experiência subjetiva da enfermidade com o social, sendo esta opção escolhida no presente estudo.

A concepção médica é considerada reducionista por proporcionar um único e obrigatório sistema de referência, excluindo a visão do paciente. Herzlich & Pierret (1985) mostram como o paciente se coloca entre várias situações e como sua experiência pode ser constituída de várias maneiras, incluindo as imagens proporcionadas pela medicina, porque ela é instituição, uma prática e um corpo de conhecimentos que não é independente do discurso coletivo, em dado período em dada sociedade.

2.3 A abordagem integrada: representações sociais e experiência com a obesidade “mórbida”

A discussão de que é possível articular as representações sociais com a experiência foi proposto por autores como Gomes & Mendonça (2002b). Assim

sendo, não se trata de polarizar estes conceitos, com intuito de compô-los. Parte-se do pressuposto que é possível articular representações sociais com a experiência e não somente polarizá-las, requerendo-se compor, não como uma escola ou corrente homogênea de pensamento, mas como um desafio que requer abertura de espaço ao uso de diferentes recursos teóricos, metodológicos e conceituais para abordá-la.

O corpo físico é domínio do conhecimento médico (objetivo, positivista, que o abstrai, vendo-o como universal). O corpo obeso tornou-se também objeto das intervenções médicas cirúrgicas, que o normaliza dentro de padrões biomédicos, a partir de padrões que não são somente físicos, mas morais e estéticos. A sociedade moderna “cria os obesos e não os tolera” (Fischler, 1995b), pois a sociedade moderna não gosta da gordura.

Nestas representações sociais muito gerais sobre o corpo obeso estão significados e valores físico-moral-social-estéticos, comportamentos e formas de usar o corpo, mutáveis no tempo e nos diferentes grupos e contextos sociais. Tanto no Brasil quanto na França, nas classes trabalhadoras, o corpo obeso é mais valorizado do que o corpo magro: o primeiro é expressão de força e saúde, e o segundo, a debilidade física e doença (Boltanski, 2004). O autor cita que as imagens corporais também evocam classificações sociais e julgamentos morais sobre o corpo, assim a “vergonha” do corpo, talvez seja uma forma de “vergonha” de classe, que marca o lugar de pertencimento do indivíduo na escala social. O significado simbólico do corpo também nunca se desvincula da pessoa.

Enquanto o corpo como objeto de representações e de simbolismo alheia-se da experiência, na fenomenologia de Merleau-Ponty (1962) ele é a base da experiência, desde que os sujeitos humanos são corpos e os corpos são sensíveis. O autor ultrapassa o entendimento cartesiano dualista do corpo, preocupando-se com a percepção de que ele não é representação interna de um mundo exterior, sendo experiência incorporada, que é a “base mesma da experiência”.

Almeida (2004) destaca três aspectos nas ideias de Merleau-Ponty (1962) sobre o corpo: ele é visto, ouve e é ouvido; sempre é percebido de algum lado, sendo presença visível e tangível; e a percepção baseia-se no comportamento,

em ver, tocar e ouvir, enquanto as formas de conduta baseiam-se nos hábitos culturais adquiridos. Quando dizemos que nos dói o pé, exemplifica Almeida (2004:14): “o corpo é o terreno da experiência e não objeto”. Merleau-Ponty (1962) preocupou-se em superar a dualidade sujeito-objeto no domínio da percepção, situando o corpo como agente e base da experiência sensível e perceptiva do homem. O corpo não se reduz à matéria inerte, submetido passivamente à razão, como quer o cartesianismo sobre o qual se ancora o saber e as representações do corpo na medicina.

A fenomenologia da corporeidade tem oferecido referenciais importantes para repensar as biotecnologias e as novas intervenções da medicina sobre o corpo, cujas pesquisas são estimuladas há pouco mais de uma década. As próteses ganharam estatuto de carne, como parte da anatomia fenomenológica do corpo vivido, irreduzível aos limites físicos da carne (Leder, 1990). Ancorando-se em Merleau-Ponty (1962), Leder mostrou na incorporação das próteses, a capacidade fenomenológica do corpo de ampliar a percepção e sensorialidade dos indivíduos. Sentir-se doente também se inscreve nas sensações corporais percebidas, remetidas às experiências vividas no contexto cultural, às crenças e representações individuais e grupais sobre o corpo, saúde e doença.

As cirurgias para redução de peso corporal estão entre as técnicas médicas modernas de intervenção sobre os excessos corporais e que se incluem na classificação de Laplantine (1991) entre as terapêuticas subtrativas que podem ser incluídas nas técnicas corporais passivas, contrapostas àquelas que requerem o uso do corpo pelos sujeitos como: atividade física, natação, caminhadas; atividades que podem ter reflexos na transformação do corpo. Não envolvem o uso do corpo, mas a decisão do sujeito. A submissão à cirurgia expõe ou submete o sujeito mais enfaticamente à intervenção médica, embora ele possa decidir realizar ou não a cirurgia. As repercussões da cirurgia sobre a identidade, a vida como ex-obeso e suas reestruturações e experiências estão nas indagações deste estudo.

A experiência com a obesidade ou com outro tipo de enfermidade de longa duração comporta especificidades e envolve toda a vida dos sujeitos. Deslocar o olhar para a vida cotidiana, na fenomenologia de Berger & Luckman

(1979), implica dotar a realidade de significação aos que a vivem. Trata-se de caracterizar a vida cotidiana e, por consequência, a própria experiência com a enfermidade como realidade simultaneamente ordenada e preexistente, tanto quanto problematizada, no aqui e agora, à medida que ela pode ser interrompida ou refeita, sempre nas relações intersubjetivas e com os outros, no mundo da vida cotidiana.

Neste mundo vivido vale a experiência do homem que é objetivada sob a forma de designações compartilhadas e expressivas, dizia Schultz (1979). Nela os atores agem e vivem situados biograficamente, criando tipificações que incluem o universal, o estável, o específico e o mutável. Há estoque de conhecimento acumulado, que são verdadeiros marcos de referência com os quais os atores se relacionam.

Os autores que analisaram a experiência com a enfermidade dialogam com a fenomenologia e a hermenêutica lembrando que “a doença” antes de ser um fenômeno de *disease* ou *illness* é originalmente *sickness*...que diz respeito ao conjunto de elementos sócio-culturais interligados entre si. *Sickness* refere-se ao mundo da doença, isto é, a um horizonte de significados, condutas e instituições associados à enfermidade ou ao sofrimento (Alves, 2006).

Schutz (1979) também se interessou pelo senso comum, composto de ideias vagas, embutidas nas emoções além de ser fragmentário e ambíguo. O senso comum comporta ideias e explicações sobre as enfermidades, a obesidade e a magreza e, particularmente, nas sociedades industrial-capitalistas, ele se comunica com as ideias eruditas, religiosas, com as vigentes nos regionalismos, com as localistas e com outros esquemas interpretativos existentes, influenciando-se e sendo por elas influenciados em um movimento de circularidade contínuo e dinâmico.

A vida cotidiana impregnada de práticas, relações sociais, experiências e conhecimentos também se referem ao homem em determinada sociedade, estruturada segundo a divisão social do trabalho, comportando, simultaneamente, as relações imediatas e situações no âmbito imediato e contextual, como sugeriram Berger & Luckmann (1979). Inscrevem-se a vida cotidiana na historicidade, com continuidade, retrocessos e mudanças, mantendo elos com

processos institucionais e estruturados em complexa dialética. Assim, a experiência vivida com a enfermidade não se restringe ao plano biográfico e situacional, mas em plano mais amplo, ela também é histórica e social, assim o senso comum se compõe na sociedade moderna de múltiplos referenciais, incluindo as representações sociais que são externas, mas reinterpretadas nas ações dos sujeitos que são seres históricos e inseridos nas sociedades.

Ser gordo ou ser magro, como foi visto, se inscreve simultaneamente nas ideias mais gerais de uma sociedade sobre o corpo, sua aparência e sua imagem, construída pelo conhecimento e práticas da medicina e de outras instituições, abrangendo também o plano singular nas experiências de vida no cotidiano, nas relações intersubjetivas e no senso comum.

Schutz (1979) estudou a vida cotidiana e de sua ativação em situações de face a face. E segundo esse autor, a realidade da vida cotidiana contém esquemas de tipificação em função dos quais os outros são apreendidos e “tratados” nos encontros em face a face. Assim, eu apreendo o outro como “gordo”, “desviante”, “preguiçoso”, “descontrolado” e uma série de discriminações associadas ao tipo “obeso”. Então, ser “gordo” ou “magro” também são tipificações que fazemos sobre o outro e podem ser carregadas de julgamentos. Embora Goffman (1988) não tenha considerado a obesidade pode-se lembrar com ele, que o estigma é uma forma de classificação social, passa pelo corpo e pelas relações sociais vividas, que imprimem especificidades ao ator na experiência de ser obeso ou magro.

Essas reflexões forneceram o quadro teórico-metodológico que norteou essa pesquisa. A articulação entre a representação social e a experiência relacionada ao corpo “obeso” e “normatizado”, e a tipificação atual de um corpo que foi submetido à cirurgia antiobesidade.

3. Objetivo e metodologia

3.1 Objetivo geral e objetivo específico.

O **objetivo geral** proposto na presente pesquisa é analisar as representações sociais e a experiência da obesidade de mulheres e homens denominados pela biomedicina como “obesos mórbidos” que foram submetidos à cirurgia antiobesidade, em referência ao período anterior e posterior.

Os **objetivos específicos** 1. Analisar as representações e a experiência relacionadas à alimentação e ao corpo nas diferentes fases da vida; 2. analisar as representações e a experiência referentes à normatização corporal decorrente da cirurgia antiobesidade, a alimentação e o modo da gestão da vida; 3. analisar as representações e a experiência da normatização corporal decorrente da cirurgia antiobesidade e a identidade nas relações sociais.

3.2 Metodologia

Entendemos metodologia como “conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, que indaga e questiona acerca de seus limites e possibilidades; e o reconhecimento que todo o conhecimento sociológico tem como fundamento, um compromisso com valores” (Martins, 2004; p. 289).

Trata-se de um estudo qualitativo, na perspectiva socioantropológica, considerada adequada à apreensão dos pontos de vista dos sujeitos, que não exclui suas referências às tipificações oriundas do seu grupo social de referência que modelam suas experiências, expectativas, formas de pensar e lidar com a enfermidade, assim como o contexto sociocultural no qual se inserem e que é significativo às suas ações. A abordagem qualitativa permite observar os vários elementos simultaneamente num grupo, propiciando o conhecimento aprofundado de um evento (Víctora *et al.*, 2000).

A metodologia adotada no trabalho deve ser coerente com a opção teórica escolhida, pois é necessária a articulação de ambas no processo de pesquisa.

Nesse sentido, essa pesquisa trabalhou com as representações sociais e a experiência integradas pela fenomenologia.

3.2.1 Universo empírico da pesquisa

a - O local do estudo

Os entrevistados pertenciam aos municípios de Campinas, Cosmópolis, Monte Mor, Sumaré, Hortolândia, Nova Odessa e Valinhos, municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas, que, segundo dados da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo (2007), é formada por dezenove municípios e ocupa uma área de 3.348 Km². A maior parte da coleta de informações foi realizada na própria residência dos sujeitos, ou na casa de parentes (mãe, filha e sogra), na praça de alimentação de *shopping center*, praça pública e cafeterias, conforme o desejo dos sujeitos entrevistados.

Para a identificação da população de estudo, foi utilizada, inicialmente, a técnica denominada *snowball*. Este método serviu para encontrar parte da população de estudo, através da indicação de outras pessoas a partir do primeiro sujeito identificado, citam Ritchie & Lewis (2003). A primeira entrevistada foi uma funcionária administrativa de uma universidade estadual brasileira. Antes das entrevistas apresentamos ao depoente, o termo de consentimento livre e esclarecido sendo por ele assinado (Apêndice 1).

Após a realização de algumas entrevistas ocorreram três recusas consecutivas, o que nos alertou para a necessidade de outro método para encontrar outros sujeitos. A partir daí recorreu-se, a uma lista de pacientes de uma clínica particular de gastrocirurgia, que atendia alguns tipos convênio de saúde e que gentilmente nos indicaram algumas pessoas. A própria clínica fez o primeiro contato com os sujeitos e após a autorização dos mesmos, nos foi oferecida a listagem com o nome e o contato telefônico. Dessa maneira, realizamos novo contato telefônico para explicar o teor e os objetivos da pesquisa e convidar os sujeitos a participarem, marcando o dia, hora e local para a entrevista.

b- Sujeitos de estudo

Sobre as características dos informantes, foram considerados sujeitos da pesquisa, homens e mulheres adultos que haviam se submetido à cirurgia para perda de peso. Participaram do nosso estudo vinte e três pessoas, entre as quais quinze pertenciam ao sexo feminino e oito ao masculino. Esse número de participantes permitiu a coleta de material para uma análise densa das relações estabelecidas naquele meio e a compreensão de “significados, sistemas simbólicos e de classificação, códigos, práticas, valores, atitudes, ideias e sentimentos” (Dauster, 1999, p.2).

A seleção segundo o gênero justificou-se devido às diferenças implicadas nos padecimentos em geral, na lida com a obesidade, o corpo, com as formas de tratamento e a vida cotidiana em geral. Homens e mulheres percebem diferentemente os seus corpos. As mulheres, por exemplo, se dedicam aos maiores cuidados, preocupam-se com a estética e com a apresentação pública do corpo (Canesqui, 2003).

Na seleção da população também levamos em consideração, o tempo decorrido após a cirurgia. Foram consideradas sujeitos da pesquisa, pessoas que se submeteram à cirurgia de obesidade, no mínimo, um ano após a intervenção. Com base na referência do *American Society for Bariatric Surgery - Guidelines* (1997), este enquadramento teve por objetivo evitar o período pós-cirúrgico imediato, no qual ocorriam a maioria das complicações cirúrgicas e que também observa que a perda de peso geralmente alcança seu máximo entre dezoito a vinte e quatro meses. Levou-se em consideração que o tempo decorrido após a cirurgia implica mudanças, readaptações, rearranjos de vida que serão considerados nesta investigação.

A caracterização das mulheres e homens que se submeteram à cirurgia antiobesidade é apresentada nos Apêndices 3 e 4 respectivamente. Visando preservar a identidade dos informantes, de acordo com as prerrogativas éticas, todos os nomes foram substituídos por números, seguidos da letra M ou F para indicar o gênero, masculino ou feminino. Mesmo os nomes que porventura foram citados nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa foram cuidadosamente alterados.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados do sexo feminino, idade, profissão, ocupação, renda familiar, per capita e instrução.

Nome	Sexo	Idade	Profissão	Ocupação	Renda familiar	Renda <i>per capita</i>	Grau de instrução
1F	F	35	Química	Desempregada	R\$ 3.500,00	R\$ 1.166,00	Superior completo
2F	F	52	Jornalista	Jornalista	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	Superior completo
3F	F	43	Administrador de empresa	Téc. Admin.	R\$ 8.000,00	R\$ 2.000,00	Superior completo
4F	F	40	Administrador de empresa	Téc. Química	R\$ 10.000,00	R\$ 3.333,00	Superior incompleto
5F	F	33	Cozinheira	Cozinheira	R\$ 1.500,00	R\$ 375,00	1º. Grau incompleto
6F	F	62	Comerciante	idem	R\$ 5.500,00	R\$ 1.833,00	1º. Grau incompleto
7F	F	40	Do lar	Do lar	R\$ 4.000,00	R\$ 1.000,00	1º. Grau completo
8F	F	42	Operador de máquinas	Aposentada	R\$ 1.500,00	R\$ 500,00	1º. Grau completo
9F	F	32	Técnico de enfermagem	Do lar	R\$ 4.500,00	R\$ 1.500,00	2º. Grau completo
10F	F	66	Comerciante	Aposentada	R\$ 1.500,00	R\$ 750,00	1º. Grau incompleto
11F	F	34	Do lar	Do lar	R\$1.000,00	R\$ 200,00	1º. Grau completo
12F	F	41	Assistente administrativo.	Assist. adm.	R\$ 4.500,00	R\$ 900,00	2º. Grau completo
13F	F	54	Técnico administrativo	Téc. Adm.	R\$ 4.900,00	R\$ 4.900,00	2º. Grau completo
14F	F	36	Do lar	Do lar	R\$ 1.000,00	R\$ 250,00	Fundamental completo
15F	F	30	Babá	Lanchonete	R\$ 6.000,00	R\$ 1.000,00	Fundamental

Quadro 2. Perfil dos entrevistados do sexo masculino, idade, profissão, ocupação, renda familiar, per capita e instrução.

Nome	Sexo	Idade	Profissão	Ocupação	Renda familiar	Renda per capita	Grau de instrução
1M	M	31	Físico	Professor	R\$ 4.500,00	R\$ 900,00	Superior completo
2M	M	28	Inspetor de qualidade	Inspetor de qual.	R\$ 4.000,00	R\$ 1.700,00	2º. Grau completo
3M	M	37	Motorista	Motorista	R\$ 1.500,00	R\$ 500,00	2º. Grau completo
4M	M	28	Barbeiro	Barbeiro	R\$ 3.000,00	R\$ 1.000,00	2º. Grau completo
5M	M	38	Operador de máquinas	Op. de máquinas	R\$ 2.000,00	R\$ 500,00	1º. Grau completo
6M	M	40	Vendedor	Vendedor	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	Superior incompleto
7M	M	37	Téc. de Laboratório	Fotógrafo	R\$ 6.000,00	R\$ 1.500,00	Superior incompleto
8M	M	31	Operador de produção	Op.de produção	R\$ 1.800,00	R\$ 600,00	1º. Grau completo

Quanto à idade dos entrevistados, verificamos uma média de 42,6 anos para as mulheres com concentração na faixa de 30 e 40 anos. Entre os homens, a média de idade foi mais baixa, de 33, 7, sendo a maior concentração na faixa de 30 anos, portanto mais jovens que as mulheres.

Em relação à escolaridade, encontramos uma situação bem diversificada. Entre as mulheres, três haviam realizado o curso superior completo e uma estava no último ano da graduação; três haviam completado o segundo grau completo; em relação ao primeiro grau, três haviam concluído e duas não. E duas tinham apenas o ensino fundamental. Quanto aos homens, apenas um havia terminado o curso superior e outro havia abandonado o curso de graduação. Quatro haviam terminado o segundo grau e dois tinham o primeiro grau completo. Portanto, nesse grupo estudado, as mulheres por um lado tinham maior escolaridade e por outro a menor também. Esse fato é interessante, pois evidencia a busca de melhor formação educacional entre as mulheres para enfrentarem o mercado de trabalho competitivo e ao mesmo tempo mostrou a outra face das mulheres que estudaram pouco, mas que trabalharam em lavoura, comércio ou eram donas de casa. Já a escolaridade entre os homens apresentou-se mais equilibrada.

Quanto à classificação relativa ao trabalho, julgamos necessário separar a ocupação da profissão, entendendo que são coisas distintas. Justifica-se essa opção, pois nem sempre as pessoas exercem a suas profissões, elas podem se ocupar de outras atividades. Como podemos observar no Apêndice 3, entre as mulheres nem sempre foram coincidentes a profissão e a ocupação. Havia uma mulher desempregada, duas aposentadas, uma por tempo de serviço e outra por invalidez (uma passou a trabalhar com comércio e outra que ainda estava se recuperando da cirurgia). Algumas tinham formação superior, mas desenvolviam ocupação técnica dentro da área ou fora dela. A ocupação mais frequentemente citada entre as mulheres foi aquela exercida dentro do lar, apesar de, em geral, todas que trabalhavam “fora de casa” também se ocupavam dos trabalhos de “dentro de casa”. No trabalho masculino houve maior correspondência entre a profissão e a ocupação. A maior frequência de ocupação estava ligada às atividades de produção em indústrias.

A renda familiar e *per capita* variou bastante: entre as mulheres apenas duas moravam e se mantinham sozinhas, a maioria vivia com seus respectivos companheiros e filhos, e, em média, a unidade doméstica era composta por quatro pessoas. A média da *renda per capita* entre as mulheres foi de R\$ 1480,00. O valor máximo *per capita* foi de R\$ 4900, 00, pertencente a uma mulher que morava sozinha e cujos filhos já estavam casados e não dependiam dela financeiramente; o menor valor foi de R\$ 200,00 numa família em que apenas o salário do marido mantinha a família. Entre os homens, a média da *renda per capita* foi de R\$ 2.012,00, mas esse valor se mostrou distorcido devido à alta renda de um único homem cujo salário era alto (no valor de R\$ 10.000,00) e vivia sozinho. O mínimo da *renda per capita* entre os homens foi de R\$ 500,00, exatamente 1/20 do primeiro valor. Da mesma maneira que a escolaridade foi bastante heterogênea, os salários também o foram, mostrando as grandes diferenças entre os entrevistados, mas não houve relação direta com o grau de escolaridade. A maioria morava em casa própria.

Quanto à religião, houve leve predomínio da religião católica, seguida da evangélica, composta pelas suas variadas vertentes. A cor autorreferida que prevaleceu foi a branca e em seguida, a parda.

3.2.2 Trabalho de campo: procedimentos, instrumentos, fontes e coleta de dados

Partindo da orientação da pesquisa qualitativa, privilegamos a relação entre pesquisador e informante, cuja finalidade foi a obtenção de dados com detalhes e profundidade nos encontros face a face. Para a coleta dos dados, utilizamos os seguintes procedimentos: 1) entrevista estruturada, contendo dados de identificação sócioeconômicos, demográficos, educacionais, religiosas, ocupacionais e familiares, identificando também referências sobre a cirurgia (data, tipo de cirurgia e tipo de serviço utilizado). 2) uma entrevista semiestruturada, com roteiro que conferiu ao informante, certo grau de liberdade, e ao mesmo tempo permitiu ao pesquisador algumas intervenções para focar assuntos de interesse. O roteiro também incluiu outros temas como a história da obesidade e da alimentação na sua biografia; as relações sociais em cada fase de vida;

algumas representações relacionadas à obesidade; a experiência com o corpo em excesso e as relações sociais; relação com a atividade física; a escolha pela cirurgia; mudanças após a cirurgia (subjetivas e objetivas e nas relações sociais); mudanças corporais e nas condições de saúde (benefícios e malefícios); relações sociais depois do emagrecimento; mudanças na identidade social e as mudanças alimentares que ocorreram após a cirurgia (Apêndice 02).

O trabalho de campo baseou-se nos dados oriundos dos depoimentos coletados através de entrevistas realizadas inicialmente por três entrevistadoras, duas graduandas em enfermagem da FCM/UNICAMP e a própria autora desse trabalho. Mas logo que iniciamos o trabalho de campo, uma das alunas desistiu dessa atividade. Como contamos com a participação dessas auxiliares para o trabalho de campo foi necessário realizar um treinamento com as alunas sobre o tema da pesquisa, objetivos, tipo de estudo, referencial teórico, leitura de artigos, discussão sobre o trabalho de campo, aproximação do roteiro de entrevista e questões éticas da pesquisa.

Cada entrevista realizada correspondeu a uma supervisão elaborada pela autora da pesquisa, através dos ajustes das técnicas de coleta de informação, adequação dos comportamentos dos entrevistadores, resolução de dúvidas e até de sugestões que fizeram parte dessa fase do trabalho. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos depoentes. A avaliação do trabalho de campo foi realizada pela escuta do material gravado, momento em que definíamos a necessidade de aprofundar ou esclarecer dúvidas referentes às informações.

De uma forma geral, as entrevistas foram realizadas em dois encontros. No primeiro momento foram explicitados os motivos da pesquisa, os objetivos, a apresentação dos entrevistadores e a realização em si da entrevista. E no segundo encontro foram trabalhados os refinamentos da coleta anterior, como as dúvidas que surgiram após a escuta da gravação. As entrevistas tiveram duração variada, dependendo da eloquência dos entrevistados. As entrevistas produziram um imenso volume de relatos, o que informou que esses sujeitos em geral, gostaram de contar suas experiências. Entretanto esse excesso de informações também causou muita dificuldade quando de sua análise e interpretação. Em

média, as entrevistas duravam cerca de duas horas, mas houve uma entrevista que ultrapassou quatro horas.

As anotações do caderno de campo, as conversas “informais” que aconteceram e a exibição de fotos do antes e depois da cirurgia, que quase todos os entrevistados fizeram questão de mostrar com muita satisfação e que evidenciavam o “corpo obeso” e depois do “corpo normatizado”, a presença dos familiares que compartilharam muitas informações importantes às quais foram algumas vezes utilizadas no presente trabalho. Todos esses dados e fatos propiciaram o acesso a informações adicionais ao trabalho.

Inicialmente, a proposta era conhecer as representações e a experiência com o corpo, a aquisição dos excessos corporais, através da história de vida dessas pessoas, nas diferentes etapas da vida e após a normatização do corpo. O nosso interesse principal estava centrado na mudança da identidade social entre essas pessoas. Entretanto, durante o desenvolvimento da pesquisa, a relação dos entrevistados com a comida ganhou importância, tanto quanto com o corpo e suas mudanças.

O interesse foi crescendo devido à importância da alimentação na trama que perpassa o corpo e a obesidade, a formação de hábitos alimentares, a preferência e seleção dos alimentos, assim como a importância da família na gestão da alimentação. Dessa maneira, passamos a discutir a alimentação e o corpo nas diferentes fases da vida, especialmente durante a obesidade e após a normatização alcançada pela cirurgia. Consideramos o envolvimento dos entrevistados nas relações sociais como a família, amigos, trabalho, lazer, enfim, a vida cotidiana e a questão da identidade e estigma.

3.2.3 Tratamento dos dados: organização, síntese, interpretação e análise.

Na entrevista lidamos com as recordações, memória e interpretação dos informantes, então com a finalidade de recolher e registrar as lembranças desses indivíduos optou-se pelo uso do gravador mediante consentimento informado assinado pelo depoente. O uso do gravador permitiu colher com fidelidade e

riqueza de detalhes as informações, sempre levando em conta que o entrevistador é sempre um fator perturbador para o informante (Queiroz, 1991).

As entrevistas foram ouvidas repetidas vezes e foram transcritas. Após a sua transcrição, elas foram lidas várias vezes, editadas e organizadas em categorias temáticas, agrupando-se os assuntos e categorias significativas (núcleos temáticos) associadas aos fatos e ideias significativas, singulares e socialmente compartilhados, buscando estabelecer os nexos entre o empírico e o teórico, entre a experiência e o sócio cultural, entre o particular (individual) e os contextos mais gerais.

Foram considerados os fatos mais frequentes e significativos no grupo, assim como aqueles que se mostraram singulares. Dessa maneira, foi possível estabelecer os nexos entre a teoria e o plano empírico. Sempre lembrando da ilusão da transparência (Bourdieu, 1986; Minayo *et al*, 2003) para evitar da simplificação dos dados e levando as conclusões superficiais e equivocadas.

A análise dos dados abrangeu as interpretações contidas num mesmo movimento, que se trata de olhar para os dados, segundo Gomes (2003). E não nos esqueçamos da orientação de Minayo *et al*, (2003), segundo a qual o produto final da análise de uma pesquisa deve ser sempre encarado como provisório e aproximativo e são correspondentes ao grupo estudado.

Para a análise dos dados das entrevistas foi utilizada a análise temática, por ser uma das formas de melhor adequação à investigação qualitativa do material sobre saúde, segundo Minayo (2004). A análise temática propõe que a noção do tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto e comporta um feixe de relações que pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, frase ou resumo, comenta Minayo (2004). “O tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin: 1979: 105).

Víctora *et al*. (2000) relatam que na pesquisa qualitativa, ao mesmo tempo em que se conhece o contexto, as pessoas, como vivem e o que fazem as interpretações e análises já estão sendo realizadas e subsidiam futuras observações e questionamentos. Nesse sentido, algumas questões podem vir à

tona; requerendo novos eixos de discussão e direcionamentos, algo que é saudável e inevitável, mas necessita de limites.

A partir da síntese dos dados, que consiste na fase intermediária entre a coleta de dados e análise final, pode-se efetuar uma sistematização que funciona como o primeiro momento de organização e seleção dos dados brutos, de onde é possível refinar as análises, segundo Víctora *et al.* (2000). Esse momento indica os caminhos a seguir, os temas principais que foram levantados da coleta dos dados e que formarão os resultados propriamente ditos. Assim, através de um texto provisório inicia-se a “lapidação” dos dados, para sua análise e interpretação.

3.2.4. Procedimentos éticos adotados

De acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde sobre a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, o projeto do estudo proposto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, conforme consta no Parecer no. 456/2007, CAAE: 0346.0.146.000.07.

Todos os sujeitos que participaram dessa investigação foram previamente consultados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, a garantia dos cuidados para a não identificação dos mesmos e também sobre a não obrigatoriedade da sua participação.

CAPÍTULO II

A alimentação nas fases da vida



A alimentação, não pode ser entendida apenas como resposta fisiológica, pois, sentir fome em determinado horário é um enquadramento cultural, assim como a quantidade de alimentos ingerida. A fome de um trabalhador braçal é diferente do apetite de um burguês. Há o que se pode comer ou beber, alimentos proibidos, quantidades estabelecidas para cada pessoa, maneiras de prepará-los, servi-los e de comê-los. Há alimentos ricos e pobres. As refeições podem ser feitas a sós ou com as famílias. Em determinadas sociedades, no ato de comer, alguns membros ocupam uma posição especial, outras utilizam mesas, assim como outras nem as conhecem. Portanto, “as regras alimentares de uma sociedade apresentam, profundas dimensões inconscientes, e residem no âmago de cada ser” (Rodrigues, 1975).

Helman (1994) cita que o alimento está relacionado aos aspectos sociais, religiosos e econômicos e traz consigo uma série de simbolismos, não é apenas uma fonte de nutrição, assim como, os grupos culturais diferem uns dos outros em crenças e práticas relacionadas à alimentação. O autor comenta a dificuldade de modificar as crenças e práticas alimentares devido ao papel central na vida diária, em especial no que diz respeito às relações sociais, levando os profissionais da saúde a encontrar dificuldades para modificar esses comportamentos entre pessoas de diferentes culturas.

Antes de propor uma modificação alimentar é necessário compreender como cada cultura percebe os seus alimentos e como os classificam dentro de diferentes categorias: alimentos *versus* não alimentos, alimento sagrado *versus* profano, alimentos usados como remédios e remédios usados como alimentos e os alimentos sociais. Os alimentos podem ser ingeridos por razões tanto nutritivas, quanto culturais, sendo que esta última pode afetar a nutrição e ser danoso à saúde (Helman, 1994).

A recomendação aos nutricionistas, (e aqui incluo todos os profissionais da saúde), oferecidas por Daniel & Cravo (2005), é de evitar uma postura autoritária, tomando o saber científico como verdadeiro, e do cliente como ignorância ou rebeldia. Deve-se evitar levar o seu conhecimento pronto ao grupo, e sim construí-lo a partir do saber do outro.

Nas representações sobre a alimentação e corpo no grupo estudado, encontramos frequentemente um discurso biomédico, legítimo e hegemônico. Discurso este em parte incorporado pelos indivíduos através de sua ampla divulgação pelos meios de comunicação, pelo contato com profissionais de saúde durante o seu itinerário terapêutico e mesmo pelo senso comum, associando-se às ideias sobre alimentação e corpo. Essas representações são assimiladas pelos indivíduos e são reinterpretadas. O primeiro momento tem início com o corpo recém-nato e pela primeira alimentação após o nascimento, a amamentação. O segundo momento inicia-se após a cirurgia, em que observamos a transformação do corpo e da alimentação, normatizados pelo processo cirúrgico.

1. Nascimento e alimentação

O primeiro questionamento para as pessoas do grupo estudado foi em relação à amamentação. Entre homens e mulheres, apenas uma pessoa não foi amamentada, porque a sua mãe estava doente e precisou ser internada logo após o parto.

É essa história daí que ela conta que ela quase morreu, eu não mamei porque no peito dela saia pus, não saía leite. Aí eu tinha que ficar com minha avó, para ela ir para outro hospital, para ficar internada, para matar a solitária (...) antigamente (8 F).

Os demais foram amamentados. Quanto ao tempo de amamentação, apesar da dificuldade da lembrança de tal informação, a maioria relatou que mamou por um período igual ou superior a um ano. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda amamentação exclusiva até os seis meses de idade, e, a depender da oferta de alimentos consumidos pela família, até dois anos de idade ou mais (Caderneta da Criança) ²¹. Entretanto, foi interessante observar que alguns sujeitos referiram amamentação por tempo prolongado, tanto para os homens quanto para mulheres.

²¹ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_crianca_2007_14.pdf. Acessado em 10 de abril de 2008

Ah! Eu mamei bastante, acho que dois ou três por aí. Meu pai me chamava até de “chupinha”. É dois a três anos por aí, mamei bastante (risos). É minha mãe está vendo, os filhos não podem reclamar (15 F).

Fui e minha mãe conta que até grande... Ah! Já andava e mamava no peito, com uns dois, três anos acho, talvez até um pouco mais (7 F).

Em todos os grupos sociais existe a preocupação com os cuidados e alimentação dos bebês; por razões fisiológicas e emocionais, os médicos recomendam o leite materno (Helman, 1994). Mas a amamentação entrou em declínio a partir da década de quarenta, quando as mulheres começaram a ingressar no mercado de trabalho, associadas às propagandas sobre a alimentação artificial que incentivou o uso de mamadeiras e chupetas. E, como afirmou uma das entrevistadas, há alguns anos, a amamentação era inquestionável, era um fato natural. Uma mãe só não amamentava se estivesse acometida por algum problema de saúde ou por algum outro motivo que a impedisse de amamentar tal como alguma atividade laboral. Amamentar era inerente ao fato de parir.

É, fui, fui amamentada, por um ano, porque antigamente dava. Hoje voltou a dar, mas antigamente dava de mamar sim. Eu também dei pros meus filhos, aprendi assim (9 F).

A introdução de alimentos é justificada pela crença de que o leite materno é fraco e pode interferir no crescimento da criança. Dado confirmado por outros estudos, nos quais se observa que um dos determinantes de abandono do aleitamento materno é a concepção do leite materno “fraco” (Soares *et al.*, 2000; Escobar *et al.*, 2002).

No Brasil, nas décadas de oitenta e noventa, parte dos estudos etnográficos qualitativos estudou as categorias “força e fraqueza”, que são bastante recorrentes no discurso popular para referência aos alimentos, estados corporais e a própria pessoa (Canesqui, 2007b). Para o sujeito que foi amamentado por tempo reduzido, a justificativa para a cessação da amamentação fornecida pela sua mãe evidenciou a categoria leite “fraco” para definir a qualidade

e a propriedade do alimento, desdenhado pela possibilidade de oferecer poucas propriedades para o crescimento e desenvolvimento, para que a criança cresça “forte”. Para Kessing *apud* Helman (1994), o decréscimo da amamentação humana tem sido descrito como a maior crise nutricional do mundo atual.

Pouco tempo, ele passou logo para o leite (...) ninho. Depois, o médico, antigamente dizia assim, falava que o leite era fraco. Que ele chorava, sentia fome, daí o médico passou para o Nestogene (Mãe de 8 M)

2. Infância e alimentação

O desenvolvimento alimentar infantil ocorre a partir da relação da criança com os alimentos nos primeiros anos de vida e é permeado pelo aprendizado na família primeiramente. Essa experiência contribui para a formação de preferências alimentares, controle da ingestão e construção de um padrão de aceitação alimentar que influencia na estruturação do comportamento alimentar da vida adulta, argumentam Castro *et al.* (2008).

Nós herdamos os hábitos familiares, como consumir determinados tipos de alimentos, e também da relação entre o corpo e as suas atividades. Fatores associados à dieta podem contribuir para a ampliação do peso corporal ao acarretarem mudanças importantes nos padrões alimentares tradicionais: migração interna; expansão na oferta de refeições rápidas, alimentação fora de casa; aumento do consumo de alimentos industrializados, processados. Esses aspectos sujeitam-se à renda das famílias e às possibilidades de gasto com a alimentação, associado ao valor sociocultural que os alimentos vão apresentando para cada grupo social (Mendonça & Anjos, 2004).

Assim, no grupo estudado, a procedência, as migrações e as condições de vida definiram em parte os hábitos alimentares e a seleção dos alimentos. Três pessoas nasceram e viveram durante a infância e adolescência na zona rural do estado de São Paulo; dois são provenientes da região nordeste do país, sendo que um deles migrou para Campinas na adolescência e outro ainda bebê; uma mulher nasceu e viveu parte da infância em uma favela de Campinas; outros

vieram de área urbana do interior do estado e os demais são provenientes da área urbana da região metropolitana de Campinas.

Migrações do campo para a cidade, mudança na capacidade de produção e comercialização agrícola, estilo de vida sedentário decorrente da melhoria dos transportes urbanos e da automatização industrial e doméstica, o consumo predominante de alimentos ricos em gorduras, ricos em açúcar ou de elementos refinados e pobres em carboidratos, complexos e fibras são todos componentes importantes à transição epidemiológica que tornam a obesidade um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI (Marum et al., 2004, p. 331).

A questão da procedência e consequentes migrações somam-se, nos exemplos abaixo, à associação da alimentação com a pobreza. Para seis dos nossos entrevistados, cinco mulheres e um homem, a infância foi uma fase caracterizada pela pobreza. A relação entre pobreza e alimentação foi expressa por: 1) tipo de comida: de caça, de lavoura de subsistência ou doados por outras pessoas em função da falta de recursos financeiros da família. 2. A falta de comida, expressão da pobreza por falta de condições financeiras ou pela inexistência da oferta no momento de sua infância.

Olha ela comentou que quando a gente era criança, nós passamos muita necessidade, lá no nordeste. Então a gente não tinha muito que comer, não era desnutrição, é deficiência alimentar, não fui uma criança desnutrida, mas tinha deficiência alimentar. Assim, mais era farinha, batata doce, pamonha, derivados de milho, todos os derivados da mandioca, arroz, feijão. Carne, só de caça, entende? Era mais ou menos isso, que meu pai caçava: cervo do mato, pacu, veado do mato, peixe, essas coisa a gente comia tudo, rã, cobra, tudo isso a gente comia (6 M).

Em outra região do país, no sudeste, em um bolsão de pobreza, numa favela de Campinas, a infância pobre também trouxe a escassez alimentar resumidos ao fubá, arroz e repolho. Uma mulher começou a trabalhar com oito anos, como doméstica, nas casas de família e considerava que depois de alguns anos a sua vida “havia melhorado”. Na época da entrevista ela possuía casa própria e a carência alimentar não fazia parte da vida de seus filhos, mas ainda permanecia a lembrança de uma infância pobre. Martins *et al.* (2007) recomendam

que se deva reconhecer que tanto a desnutrição (em crianças) como a obesidade (em adultos) pode ter uma etiologia comum, sendo ambas oriundas da pobreza e dos males que a acompanham.

Era bem fraca, mais para não, do que para ter. Menos tinha, do que para dar. Ah, eu me lembro muito bem, que eu falava que não suportava mais, é, fubá, sopa de fubá, arroz com repolho. Era a comida que a gente mais comia e pão duro quando a patroa dava para a minha mãe, que ela fazia pudim de pão. Era o único doce que nós tínhamos, era esse daí. Acho que tudo o que vinha de diferente, para nós era uma surpresa. E eu até falo para eles, que eu não tinha nem a metade do que eles têm. Hoje eu falo: "Vocês jogam fora uma vez que a sua mãe passava fome", então, marcou bastante, bastante (8 F).

No grupo estudado, conhecemos alguns casos de migração do campo para a cidade. Alguns sujeitos viviam com suas respectivas famílias na área rural. Três vieram da zona rural para a urbana. Duas delas eram irmãs e trabalharam por muitos anos na lavoura de cana de açúcar e tomate durante a infância, adolescência e início da idade adulta. A alimentação na infância foi caracterizada pela "comida normal do interior", "comida de roça" ou mesmo "comida caseira". E apesar da pobreza, da dificuldade financeira, mencionaram que não passaram fome na infância, pois se alimentavam dos recursos disponíveis no sítio que moravam.

Eu sou do interior, então meus pais sempre passaram muita dificuldade financeira para manter as coisas, então não era assim que tinha como hoje, iogurte, chocolates, bolacha, não. Era aquela comida normal de interior, de roça mesmo. Era comida caseira (7 F).

Olha o meu pai, como o meu pai toda vida, ele foi uma pessoa assim pobre, só que nunca deixou faltar nada para nós. A gente comia normal assim, arroz, feijão, polenta, frango, porco, carne de boi. Comia de tudo, verdura, essas coisas assim. Até graças a Deus, nunca faltou nada, nunca passou fome, mas meu pai era pobre... (6 F)

Diferentes experiências dos exemplos anteriores foram vivenciadas por parte dos entrevistados na sua infância. Pessoas que nasceram e moravam na área urbana, alguns nascidos dentro de uma família de classe média, onde viviam

diante de maior oferta e acesso aos alimentos quando comparados ao grupo anterior, mas ainda mantinham determinadas regras alimentares condicionadas pelo preço dos alimentos que em parte limitava o livre acesso a eles. Além disso, o “controle da boca” também já fazia parte das preocupações diante de corpos “cheinhos e fofos”.

Eu sempre fui assim, sempre adorei chocolate, eu sempre tinha isso regrado em casa, entendeu? Primeiro que todas eram fofas, sempre cheinha, a grana não dava para compra muito, porque era tudo mais caro, a comida é bem mais barata hoje em dia, refrigerante tinha que repartir em seis. Hoje em dia, você compra cada um toma vários copos, antigamente era muito caro, então assim, tinha na medida do final de mês. Comprava uma caixinha de bombom, assim, três para cada um e acabou entendeu? Se deixasse todo mundo comia, criança, adolescente, era normal, então tinha regra e tinha assim, questão de controlar a boca também, não era se deixasse uma caixa de bombom ia assim comendo aos pouco (1 F).

Era muito isso (...) não tinha muito chocolate, essas coisas e era uma família grande, quatro filhos e o meu pai não tinha para ficar comprando muita porcaria (...) assim, mas tinha essa tal da Tubaína aí que comprava de caixa. É, e era isso e as coisas que minha mãe fazia em casa, minha mãe sempre foi de fazer bolo. Sempre fez bolo, sempre tinha em casa (9 F).

No campo da nutrição nas últimas décadas, a sociedade brasileira viveu transformações radicais e rápidas, da fome que abatia os retirantes até a década de 70, o país começou a conviver com o espectro da obesidade que passou a ameaçar até os estratos mais pobres da população (Monteiro, 2005) ²². Confirmando essa teoria, encontramos dados que mostraram como o padrão alimentar atual se difere muito da época da infância dos entrevistados, cujas mudanças foram definidas pelos entrevistados comparando a alimentação atual com a pregressa quanto ao tipo e forma de preparo (mais frituras e gordura de porco), enquanto atualmente mencionaram comer menos frituras, verduras e o “básico” (arroz com feijão).

²² : <http://www.revistapesquisa.fapesp.br>

Em casa, a nossa alimentação não era como hoje, que você come mais salada à vontade, dá mais preferência por causa dos estudos que são feitos que a mídia joga para a gente, a gente tem mais conhecimento, antigamente não, antigamente era arroz, feijão, bife frito no óleo, era comida feita com gordura de porco, tudo assim, tudo que era gostoso. E aí depois que casei depois que a mídia começou a colocar isso foi que a alimentação foi mudando. Hoje em casa é mais coisas mais grelhadas, mais salada, arroz e feijão, o básico (7 M).

Por outro lado, também evidenciou a infância numa época em que a maioria das refeições era preparada e consumida em casa, o tempo em que a comida cotidiana era representada pela “comida normal”. As comidas denominadas “especiais” (lanches, pizzas, lasanhas) eram preparadas apenas em finais de semana ou em dias comemorativos e não para o consumo diário. Como citam Jackson *et al.* (2004), quando a atitude privilegia o prazer e o consumo sobre a saúde, produz-se uma descontextualização do consumo de guloseimas, que passaram de um alimento para ser consumido em lugares especiais a um alimento de consumo habitual ou diário.

(...) minha alimentação, a minha mãe sempre fez, sempre foi de tudo. Sempre comi de tudo, sempre foi balanceado porque na minha época, não tinha esse negócio de lanche quando era garoto. Porque hoje tem Mac Donald's à vontade, não tinha isso era de vez em quando, no final de semana uma pizza, que eu lembro que eu ia no clube, depois que saía do clube é, ou de noite ia comer uma pizza no sábado, eu lembro que era isso, do resto era comida normal (3 M).

Em meados do século XX, empresas americanas e de outros países industrializados converteram a comida em elemento potente de globalização, exportando para o resto do mundo guloseimas doces ou salgadas e bebidas gasosas (Jackson *et al.*, 2004). Sem dúvida houve a difusão sem precedentes de novos alimentos e novos sistemas de distribuição em todo mundo, assim, não é mais possível identificar a origem das empresas pelos produtos que ela oferece, é a mundialização das mercadorias e a possibilidade de *comer formatado* (estilo de comida pronta e padronizada pelas redes de *fast food*) (Ortigoza, 1997).

As dietas tradicionais têm sido modificadas rapidamente por outras, com uma densidade energética maior, o que significa mais gordura e mais açúcar

refinado nos alimentos somados a diminuição da ingestão de carboidratos complexos e de fibra, de frutas, verduras e cereais. A “comida rápida” refere-se a alimentos prontos para consumir baseados em ingredientes como hambúrguer, frango, pescado, pizza e sanduíches.

O conceito de guloseimas, na perspectiva antropológica, é considerado um produto preferencialmente infantil e consumido fora dos horários das refeições regulares muitas vezes não é classificado como um alimento de acordo com as conceituações populares (Jackson et al., 2004). Uma das entrevistadas mencionou que desde a sua infância alimentava-se cotidianamente com os *fast food*, principalmente pela disponibilidade a esse tipo de alimentação, que acabou direcionando seu consumo, pois quando tinha seis anos, o pai dela tornou-se proprietário de uma lanchonete.

Fast food, tudo que não pode, então ainda mais assim, é que o problema é assim, aqui na minha casa é (...) sempre foi assim (...). Meu pai sempre teve lanchonete. Sempre, desde quando eu era pequena, desde os meus seis anos por aí, que eu lembro. Sempre, sempre adorava aquilo, aliás, eu adoro até hoje, entendeu, gosto até hoje, então eu sempre fui fanática assim por massa, gosto, realmente eu gosto. Não é bem lanche entendeu, assim, é mais salgados, é massas, entendeu, ele lá não trabalha com lanches entendeu? É mais salgados, massas isso assim, então era aí que eu me esbaldava (15 F).

2.1 Identidade alimentar

As comidas são associadas a povos e muitas delas são consideradas símbolos nacionais, relacionando-se intimamente à identidade. Tanto que sabemos que os chineses comem arroz e soja; os franceses apreciam rãs e caracóis; os italianos, macarrão e pizza, confirma Mintz (2001). E como no Brasil tivemos uma confluência de processos migratórios, uma das consequências, foi a diversidade alimentar.

Os grupos migratórios populares que acompanharam a urbanização trouxeram referências a determinados pratos ou alimentos marcando a identidade, tais como a farinha para o nordestino, arroz com pequi para os goianos, tutu com feijão para os mineiros (Canesqui, 2005b). Enfim, o modo de preparar e servir os

alimentos denota a identidade social e confirma o caráter simbólico da comida, declaram Daniel & Cravo (2005).

Alguns informantes sofreram influência dos hábitos alimentares de seus lugares de origem, como os italianos e mineiros para os quais certos pratos são importantes elementos de identidade e a abundância de comida é importante.

Infelizmente eu sou neta de uma família de italianos, isso eu recordo porque se você (...) chegando na casa da minha avó, a primeira coisa que ela ia fazer era alguma coisa para gente comer, sempre, sempre a gente chegava e ela corria já para a cozinha e já fazia bolinho de chuva, já fazia um bolo, já (...) assim as macarronadas sempre maravilhosas. era minha avó, então sempre ela socando comida:- “você não está com fome?”. “Não, avó, eu não estou“. Mas era sempre muita comida, não era pouco, é (...) é (...) por exemplo, no almoço tem macarrão, arroz, tem carne, tem salada de batata, tem salada de folha verde também, tem tudo o que você pode imaginar na mesma refeição (3 F).

(...) eu sou mineira, mineiro faz tudo em volta da mesa, café da manhã era uma mesa, hora de almoço era uma mesa, no lanche, todo dia tem lanche, mesa... (13 F).

2.2 As preferências e os hábitos alimentares

No processo de eleição de alimentos, os indivíduos, e especialmente as crianças, orientam-se pelas percepções sensoriais e particulares do prazer. A alta palatabilidade das guloseimas ou sua propaganda pelos meios de comunicação de massa são características importantes que contribuem para a sua escolha. O preço, a conveniência e as relações sociais são outros valores considerados no momento da escolha. As indústrias estão preocupadas com tais componentes ao oferecerem guloseimas a baixo custo, fáceis de adquirir, de consumir e de grande aceitabilidade social, que as crianças consomem para pertencer ao mesmo grupo de pares. A questão da saúde fica reduzida a um segundo plano, ainda que a indústria começasse a incorporar conceitos nutricionais como a suplementação com nutrientes específicos (Jackson *et al.*, 2004).

Eu sempre fui fã de assim, eu gostava muito de paçoca, doce assim tipo doce de leite, bolo, é assim. Até eu falo, meu irmão é magro, mas come duas pizzas,

apareceu um doce que ele gosta, ele vai comendo a hora que eu sentia um pouquinho de fome, eu ia lá comer um pouco, mas se eu tivesse cheio, não (1 M).

Eu acho que sorvete, sempre fui vidrada em sorvete, agora nem tanto, inclusive quando era criança, eu não comia doce, não gostava de doce...., eu ia a festinhas de criança, eu só comia o brigadeiro, não comia o bolo, não comia nada, até uma idade que eu não me lembro agora qual é...refrigerante eu nunca tomei,... nunca tomei refrigerante, nem antes, agora muito menos, nunca bebi (4 F).

Às crianças e aos jovens recomenda-se uma alimentação à base de vitaminas e proteínas, a fim de compensá-los pelo desgaste de energia, mas eles têm suas próprias ideias a respeito do que é agradável comer: doce, chocolates, lanches, refrigerantes e sorvetes. Existe um processo de sociabilização que procura mostrar a eles que alguns alimentos gostosos não são nutritivos e podem ser prejudiciais: estragam os dentes, tiram o apetite e engordam. Entretanto essas questões passam pelo poder aquisitivo dos segmentos sociais e, segundo Daniel & Cravo (2005), esses tipos de alimentos tem espaço maior nas classes abastadas do que nas famílias de baixa renda.

O depoimento abaixo mostrou a preferência alimentar do informante pelos alimentos considerados supérfluos, ou mesmo “porcaria”, classificação citada por Canesqui (2005b), que inclui os doces, refrigerantes, balas e sorvetes. Na época de sua infância, momento em que a disponibilidade e a oferta de alimentos eram maiores, os pais passaram a ter dificuldade para controlar o tipo e quantidade de alimentos que seus filhos consumiam desde na infância.

Comia muito, muito, muita porcaria, bolacha, essas coisas gostava bastante, refrigerante, doce, muito, muito. Quando era criança, minha mãe me segurava um pouco, não deixava comer tudo o que queria, assim! Tinha uma certa regra, mas (...) a gente estava sempre comendo, quando tinha oportunidade eu comia bastante mesmo (4 M).

A diversificação da comida no Brasil é tão grande que alguns pratos regionais são famosos nacionalmente enquanto outros são completamente desconhecidos. Às vezes pelo fato de os ingredientes necessários para

elaboração de certos pratos também serem regionais, outras vezes pelo gosto, que é culturalmente construído. O gosto e o paladar apresentam diferenças regionais, por exemplo, a comida do sul é considerada “sem gosto” para os nordestinos, acostumados com a pimenta; o inverso também é verdadeiro (Maciel, 2005, pg. 54).

Mais do que hábitos e comportamentos alimentares, as cozinhas implicam formas de perceber e expressar um determinado modo ou estilo de vida que se quer particular a um determinado grupo. Assim o que é colocado no prato serve para nutrir o corpo, mas também sinaliza um pertencimento, servindo como um código de reconhecimento social.

O depoimento abaixo mostrou a preferência pela comida gordurosa e pelo arroz salgado com leite, de um migrante nordestino, que poderia causar estranheza para os nascidos no sudeste do Brasil.

...eu sempre gostei de comer arroz, feijão e carne eram com bastante gordura, se não tinha gordura, eu colocava óleo de cozinha em cima, duas ou três colheres de óleo de cozinha para ficar muito gorduroso. E gostava de comer arroz branco com leite, salgado, normal, mexia, adorava comer aquilo lá com leite. Ainda hoje de vez em quando eu como pego o arroz e ponho leite dentro e como (6 M).

É interessante observar que entre os membros do grupo estudado, ninguém apontou os legumes e verduras como alimentos preferidos na infância, pelo contrário, além de confessarem a não preferência, ainda mostraram confusão entre um e outro, ao citá-los.

Sempre comia bem, de tudo, assim, quando era criança não era de comer verdura, legumes, não gostava desse tipo de coisa, nem experimentava, sabe (1 M).

De tudo. Pequeno, tomava sopa de legumes, o leite, depois passei para o arroz e feijão, legumes, verdura. Não era muito fã de verdura não, só de salada. De criança comia de tudo, depois fui ficando enjoado, mas comia de tudo sim (8 M).

Os netos que foram criados juntos ou próximos à avó, denominada popularmente como: “mãe com açúcar”, sabem muito bem a causa para essa

nomeação, pois lembram como a demonstração de afeto estava relacionada à alimentação. Em face da fragilidade dos laços familiares, os avós tendem a ser um pólo de estabilidade familiar dos netos, assim quando ocorrem separações conjugais ou as famílias estão em condição de monoparentalidade torna-se frequente um dos avós assumir parte das responsabilidades atribuídas aos pais, justifica Vitale (2007).

Alguns netos e netas trouxeram em suas lembranças as inesquecíveis comidas da avó, que também remete ao papel central da mulher na alimentação – tema que será desenvolvido na próxima etapa da pesquisa, na fase da adolescência. Um homem jovem relacionou o início do ganho de peso na infância com o fato de morar na casa dos fundos dos seus avôs. Sua mãe trabalhava o dia todo e ele ficava com os avôs, assim muitas vezes ele repetia as refeições, pois comia na sua casa e depois na casa dos avós, apesar da proibição da mãe.

Era comida normal só que comia bastante, porque criado pela avó era tratado bem, queria dar comida toda hora, eu fui criado como filho dela, porque meus tios, ela tem dez filhos que já estavam casados, então eu acabei ficando como o filho dela. Aí foi essa época que eu comecei a ganhar peso, daí para frente só fui engordando mesmo (2 M).

Eu comia de tudo, até como tinha avó junto, então a avó toda tarde fazia o lanchinho, então no lanche da avó tinha de tudo, então a gente estava acostumada a comer de tudo. Eu chegava do colégio de manhã e já ficava na casa da avó, para brincar (12 F).

Uma mulher trouxe história semelhante à apresentada anteriormente, porque também foi criada junto aos avós, era a caçula da família e os pais trabalhavam fora de casa o dia todo. O momento do encontro com seus pais e irmãs, enfim da família inteira, ocorria principalmente durante as refeições, assim ela considerou que foi estimulada a comer muito.

O padrão era assim: tinha uma alimentação boa, fui criada pela minha avó, minha mãe trabalhava muito e eu ficava o tempo todo com a minha avó, ela fazia o almoço, a gente almoçava ao meio dia e meio, minha mãe tinha hora de chegar então era tudo certinho. Quando eu era criança, minha mãe saía, (...), quando bebê eu fui estimulada, quando criança, mais ainda, minha mãe saía 10 e meia, minha mãe almoçava 10:30, eu almoçava com ela, meu pai chegava ao meio dia, eu comia um pouco também e ainda tinha sobremesa e ainda tinha o

“mamã”. Minhas irmãs chegavam da escola e eu ficava com elas beliscando, eu sempre fui de comer muito, estimulou, criou uma base errada (1 F).

O depoimento abaixo se diferenciou dos demais entrevistados, pois, para essa entrevistada, a infância foi o momento em que a centralidade estava nas brincadeiras e não na comida, mas depois na vida adulta, esse padrão se alterou e a alimentação passou a ter muita importância no seu cotidiano.

Nem nunca bebi refrigerante, nem bebida alcoólica, nem refrigerante, que isso ajuda bastante (...) isso ajudou bastante no processo e quando era criança, eu não gostava de doce, só gostava de brigadeiro, não comia bolo, não comia nada, nada dessas coisas de doce e hoje eu adoro. Comida naquela época, não era uma coisa assim (...) muito (...) eu era mais bagunceira, gostava de brincar (...) eu não tenho assim lembrança de dizer (...) comida não era uma coisa importante na minha infância, não era uma coisa assim.. (4 F).

A centralidade da alimentação para os setores populares como garantia da aptidão para o trabalho, reforçam os discursos sobre a “falta de apetite” e da “vontade de comer” percebidos como sinais que indicam que algo está errado, principalmente quando observado nas crianças. Como cita Canesqui (2007b), a alimentação é uma atividade tão reparadora quanto o sono, portanto “estar alimentado” implica “ser ou estar sadio”, ou ser “forte” (resistente) e tendo como a alimentação a fonte principal para o corpo, de sobrevivência e de preservação da identidade social. O estímulo frequente na infância para a alimentação é descrito também por uma jovem mulher, mas em oposição ao que disse a anterior, pois ela era inapetente nos primeiros anos da infância e teve que tomar muita vitamina (estimulante de apetite) para comer.

Não, eu lembro que minha mãe sempre falava que quando eu nasci um bebê normal, eu lembro que eu não comia, eu lembro que eu não comia, brigava para comer, eu tomei muita vitamina para comer, entendeu assim (...) porque eu não comia. Pelo contrário, eu não comia mesmo. Aí eu comecei, começou esse distúrbio assim (...) Foi quando eu tive assim por volta de 8, 9 anos, aí que eu já comecei a comer, a comer, a comer (15 F).

O depoimento abaixo trouxe questões interessantes, em oposição ao demonstrado acima, porque essa mulher quando criança precisava ser estimulada

a restringir sua alimentação. Nesse caso, a mãe também se dedicava muito ao trabalho e conseqüentemente demorou a perceber que a filha estava excedendo na alimentação, legitimada ainda pela orientação de um pediatra.

O histórico era que sempre ah! A mãe tem que contar a história para filha comer, minha mãe falava que tinha que contar história para eu parar de comer, minha mãe fala que foi um lapso da parte dela, eu já era assim. Ela não tinha me sintonizado, ela trabalhava muito, então ela me entregou nas mãos do pediatra e o pediatra: “não, porque a senhora tem que oferecer sempre um iogurte, um “mamã” depois da refeição para complementar”. E tudo que oferecia eu comia, porque eu era de apetite grande, entendeu, então foi estimulado aquele apetite na criança (1 F).

“Comer muito” e “comer pouco” não se esgota somente nas quantidades e qualidades dos alimentos selecionados, mas refere-se a uma questão moral, enquanto valor que acompanha as regras alimentares.

2.3 A influência da propaganda na alimentação da criança

Almeida *et al.* (2002), verificaram que os produtos alimentícios foram os mais frequentemente veiculados pela televisão no Brasil nos três períodos do dia. O estudo demonstra que a televisão promove predominantemente produtos com altos teores de gorduras e/ou açúcar e assim pode contribuir para mudanças nos hábitos alimentares de crianças e jovens, agravando o problema da obesidade na população. Fiates *et al.*, (2008) analisam a importante influência que as crianças exercem sobre as compras da família, como brinquedos, roupas e alimentos na sociedade moderna. Em resposta a essa mudança, ocorreu o surgimento de inúmeras mensagens comerciais cuidadosamente direcionadas ao público infantil. A preferência infantil por guloseimas é conhecida e estão cada vez mais divergentes das recomendações nutricionais. A ocorrência de sobrepeso e obesidade tem sido associada ao hábito de assistir à televisão que promove o sedentarismo e, além disso, se soma aos apelos dos anúncios de alimentos influenciando nos hábitos alimentares das crianças. Entre os nossos depoentes esse fator também foi comentado.

(...) é absurdo o bombardeamento de televisão, a Discovery, que passa desenho, agora, ele vem: -“mãe eu quero Baton” e eu acabei de ver a propaganda do Baton, eu falo: -“agora só tem a barrinha pretinha, meia agora e meia depois do jantar”, mas menina é duro, se ele fosse uma criança com a minha tendência com o quanto de chocolate ele come. Eu procuro levar um bolinho, uma frutinha, no maternal é sempre mais delicada a relação da professora com o aluno, ela se esmera, ela vai dar a frutinha daqui por diante. Eu preciso dar a fruta aqui, eu vou colocar, mas não sei se ele vai comer, pode ser que não volte, mas ele pode jogar no lixo, deixar lá, a professor cata põe lá para ele comer, então, tentaram. A gente vai começar a fazer um trabalho em cima disso, que a gente continua fazendo um controle, é para_o resto da vida essa discussão que eu tenho e que eu acho correta, tem que operar a cabeça também, senão você volta, vejo por mim (...) (1 F).

As empresas enfocam seus produtos de acordo com a demanda por grupos de idade, sendo as crianças e adolescentes o seu mercado mais importante. Para essa faixa de idade, os produtos se caracterizam por um preço econômico e de “compra impulsiva” (o cliente tem poucos segundos para avaliar e decidir pelo tipo de produto, apresentação, qualidade), portanto a embalagem é especial ou traz brindes. Para os adolescentes, os produtos são maiores, podem ser um pouco mais caros e são associados a campanhas promocionais, enfatizando os conceitos de modernidade e juventude (Jackson *et al.*, 2004).

A competência dos mercados de guloseimas é mais forte, competem entre as empresas que desenvolvem o mesmo tipo de produto, assim como competem entre produtos distintos. As grandes empresas desenvolvem campanhas de marketing nos colégios e lugares de recreação como praia e piscinas. As crianças são alvos muito importantes nesta indústria porque convertem a entrada do produto na família. A estratégia de marketing é pelo desenho de produtos atrativos para as crianças que por sua vez se apresentam como uma imagem “nutritiva” para que os pais sintam que estão entregando algo mais que uma guloseima (Jackson *et al.*, 2004).

3. A adolescência e a alimentação

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) define a adolescência como o período compreendido entre dez e dezenove anos de idade e 11 meses. Biologicamente é a fase de maior velocidade do crescimento do indivíduo implicando uma maior necessidade de aporte calórico e de nutrientes, observa Gambardella (1999).

A alimentação para alguns dos nossos entrevistados “melhorou” na adolescência, quando comparada à infância, pelo menos quantitativamente, ou seja, melhorou o acesso aos alimentos, principalmente para aqueles que migraram durante a infância da região nordeste para a região sudeste, de áreas rurais para a urbana, da favela para outras áreas urbanas. Nesse tempo de transição entre infância e adolescência, as famílias se reestruturaram parcialmente pela obtenção de emprego para os pais ou para os próprios adolescentes, abrandando a pobreza de alguns sujeitos da entrevista.

A urbanização levou as mudanças nos padrões de vida para os comportamentos alimentares. Pesquisas de orçamento familiar indicam o aumento na aquisição de produtos industrializados e redução de alimentos *in natura* por parte das famílias, pois as carnes, especialmente o frango e os laticínios, têm tido a sua oferta ampliada como produtos processados e os refrigerantes como representação máxima da industrialização (Tardido & Falcão, 2006).

No início da adolescência, a mãe de um entrevistado migrou do Nordeste para Campinas com seus filhos. Em seguida, conseguiram emprego e a vida começou a melhorar, inclusive a oferta alimentar se ampliou.

(...) já estava aqui com 11 anos, era magrinho, magrinho, comecei a aí, a vida melhorou um pouco que a gente veio para cá, minha mãe arrumou emprego, meu irmão arrumou emprego e eu só estudava, aí comecei a me alimentar melhor, comecei a comer tudo o que eu via pela frente, principalmente doce, doce, chocolate, pudim, tudo que era doce, adorava comer doce (6 M).

As duas irmãs que nasceram na zona rural continuavam morando no sítio durante a adolescência. Elas estudavam e trabalhavam nas plantações, portanto, o grande dispêndio energético garantia a permanência do peso corporal. Mas essa concepção de equilíbrio entre a ingestão de energia e seu consumo, não parece explicar o fato de ganhar peso na idade adulta. A alimentação definida como “normal” era constituída principalmente pela produção local, além da permissão de “comer de tudo”, ao contrário das prescrições médicas e nutricionais.

Ah, alimentação normal, nós morávamos no sítio. Era arroz, feijão, é ovos, carne de franco, mandioca, batata. No sítio tem muito disso, mandioca, batata (10 F).

É, eu comia muito mais do que hoje. Eu não entendo esse negócio de:- “Ah! Não pode comer pão, não pode comer guaraná” A gente comia de tudo e não engordava (6 F).

Para alguns, a alimentação nessa fase foi a continuidade da apresentada na infância. Quem “comia de tudo”, “comia bastante” e não comia fruta, legume e salada continuavam no mesmo padrão. Em alguns depoimentos, a preferência alimentar pelos doces, massas, saldinhos, pizzas, já se apresentava formatada nessa idade e assim passaram a liderar as escolhas da alimentação cotidiana, enquanto outros informaram comer na adolescência, a “*mesma coisa da infância*“. Houve, contudo, os relatos sobre a falta de autocontrole tanto na quantidade quanto na qualidade da alimentação.

A única coisa que sempre eu briguei muito comigo mesmo foi o chocolate, o chocolate eu sempre gostei, mas de resto era tranquilo, eu sempre fui (...). Não é como para meus filhos: -“não gosto de frutas, não gosto de verduras”, eu sempre comia de tudo. Acho que não tinha muito controle não, comia quando dava vontade (12 F).

Então eu já comia arroz e feijão. Depois eu fui crescendo e o meu negócio era massa (...) coxinha, macarrão, pastel, pizza. Aí como eu fui parar com as minhas tias, tinha uma que tinha lanchonete, nossa, você imagina. No fechamento da lanchonete (...), eu torcia para que sobrassem salgadinhos (risos). Para comer coxinha e essas coisas, então eu já era uma... eu já era de comer bastante mesmo. Comida básica. Não era nada de legumes, frutas e saladas (14 F).

3.1 As preferências e os hábitos alimentares

Os indivíduos já socializados dentro de certos padrões alimentares viviam conflitos para escolher entre a preferência em nossa cultura alimentar (massas, pizzas, feijoada, costela, picanha, cerveja, doces) e aquilo que é denominado “saudável”. Temos ciência de que os alimentos ricos em gordura devem ser evitados não só para a prevenção de problemas de saúde, mas também para evitar desequilíbrios estéticos nos padrões corporais vigentes (Daniel & Cravo, 2005).

Os depoentes abaixo mostraram o conflito entre o conhecimento sobre a comida saudável e a comida gostosa. “Comer errado”, “comer o que não presta” denota a absorção do conhecimento científico, do conhecimento adquirido pelas falas dos profissionais de saúde hoje difundidos pela mídia. Arnaiz (2007) usou a categoria: “comer bem, comer mal”, mas parece ter o mesmo sentido de “comer errado”, “comer o que não presta” ou “comer porcaria”. Ela cita que se trata de um processo de medicalização²³ da alimentação. O conhecimento indica a alimentação “errada” tanto pela preferência alimentar quanto pela opção de consumo de grupos de alimentares como os carboidratos.

Mas agora, a comida eu tinha hábitos todos (...) e tenho ainda tudo errado, ou seja, muito pão, muita massa, muita, muito queijo, eu amo queijo. Então vai ser difícil de parar ainda hoje, claro que eu prefiro um parmesão à um queijo fresco light (risos), então eu não fico sem ele, mais aí é uma quantia que (...) não é o queijo todo, mas nunca tive um limite, depois de um certo tempo (3 F).

A valorização da “boa alimentação” nos distintos grupos pesquisados revelou tanto a existência de conhecimentos e práticas tradicionais sobre alimentação quanto sua mescla com o saber biomédico, divulgados pela mídia. Os saberes não eruditos são reinterpretados tendo como base outras configurações culturais presentes na cultura das classes populares (Canesqui, 2005a). Laplantine (1991) argumenta que somos tentados a classificar os alimentos como

²³ A medicalização consiste na definição de um problema em termos médicos usando linguagem médica para descrever um problema, a adoção de uma estrutura médica para a compreensão de um problema ou o uso de intervenção médica para tratá-la (Conrad, 1992).

“bons” e “maus” e designamos como inimigos: a gordura, o açúcar e o sal, além da bebida alcoólica, colesterol e condimentos.

Comia até, cada vez você consegue comer um pouco mais. Assim, eu comia muito errado, isso de ficar comendo muito, montar carboidrato, duma vez, não que eu comia (...). Misturava batata com macarrão, esse tipo de coisa, você come só um tipo de coisa, que engorda demais, não era por comer em exagero, era para ser gordo, mas não aquele tanto que eu comia, eu comia só um tipo de coisa (3 M).

As práticas alimentares manifestavam um conflito entre o comportamento alimentar formado pelas representações construídas e a preocupação com a saúde. No depoimento abaixo, percebemos também a noção do pecado, ou seja, a escolha da alimentação passa também pela questão da moral, da culpa. Para uma entrevistada, bastante familiarizada com a reeducação alimentar, os excessos e os desvios alimentares implicaram transgressões às regras da alimentação “saudável” prescrita pelo saber médico e nutricional. Essas transgressões são designadas por ela como na linguagem religiosa de pecado, que pode ser “inocente” ou não à medida que fere ou não o saber nutricional:

Eu sempre gostei de tudo que não presta massa, de pão, eu não sou muito de doce, eu gosto mais de salgado, de pão, de pizza. Pizza, nossa senhora, eu amava pizza, lanche, hambúrguer, maionese, sabe assim, muito lanche, muita pizza, muita massa. E por inocência, por falta de conhecimento, porque se minha mãe pecou, pecou inocente. Eu já não posso cometer o mesmo pecado, porque (...) eu sei o que é certo, o que é errado, é um outro conhecimento, que nem hoje, eu fiz o curso de reeducação alimentar, já fiz em 99 e estou fazendo de novo, sei o que é certo o que é errado, sei das gorduras. Então assim, se eu estou agindo errado, eu ajo consciente, ela não foi inconsciente. Ela errou, errou muito, porque ela ia ao mercado, ela trazia caixas de Dantop, tudo que era porcaria, tudo que era de (...) de (...), ela comprava peças de presunto inteira, de mussarela, sempre muito (...), em exagero (...) foi uma fase muito boa, depois teve uma fase ruim, assim fase muito de comida e comida que (...) carne de porco, refrigerante todos os dias, então era muita comida mesmo (3 F).

Para um outro entrevistado, a preocupação com a comida saudável e balanceada estava ausente, a comida “gostosa” prevalecia nas suas preferências e escolhas.

[...] para comida balanceada, eu não tinha isso, tinha para comida gostosa, macarrão, lasanha, picanha com aquela gordurinha, contra filé, linguiça, isso aí era o que era mais consumido. Salada, essa coisinha de fazer aquela comida balanceada não tinha preocupação mesmo (7 M).

3.2 A família e a alimentação

Para Mintz (2001; p.31): “Nossas atitudes em relação à comida são aprendidas cedo e bem e são, em geral, inculcadas por adultos afetivamente poderosos, o que confere ao nosso comportamento um poder sentimental duradouro”.

Essa citação aponta para a observação de como são marcantes os hábitos alimentares adquiridos dentro da família e como é notadamente presente a figura materna nas questões relacionadas à alimentação em geral. Na nossa cultura ocidental, as pautas alimentares são transmitidas principalmente pela via materna. As primeiras experiências da criança com a comida e em especial com as práticas de alimentação utilizadas por seus pais têm fundamental importância nos hábitos de alimentação desenvolvidos pelos indivíduos (Busdiecker *et al.*, 2000).

Praticamente todos os entrevistados fizeram referências às mães quando comentavam sobre a alimentação, principalmente na infância, adolescência, mas também na idade adulta. Canesqui (1988a) fala sobre o papel da mulher no preparo dos alimentos, educadas desde a infância para os usos dos procedimentos culinários. O cuidado materno em relação à alimentação, a seleção e preparação da alimentação da família pode determinar o tipo de alimentação que os futuros adultos irão escolher. Considera-se a mulher como a principal provedora de alimentação durante os períodos cruciais do desenvolvimento da criança e do adolescente, assim, nos primeiros anos de vida, a relação com o meio externo é mediada pela mãe, que reforça a influência da educação materna no estado nutricional dos filhos. A importância da educação materna na nutrição é relatada também por Gage (1997) e por Martins *et al.* (2007).

E nos depoimentos dos entrevistados foi possível perceber que a comida de mãe tem um lugar muito especial na nossa lembrança, assim como a comida da avó citado anteriormente. A alimentação pode medir a capacidade do pai como responsável pela garantia dos meios de sobrevivência da família e por outro lado os deveres da mulher como mãe, dona-de-casa e responsável pelo controle a gerência do consumo da casa (Canesqui, 2005b).

[..] uma alimentação muito boa, por conta disso, eu estou muito bem, que eu fui bem de cirurgia também por conta disso, então assim, muita verdura, muito legume, minha mãe sempre cuidou muito da nossa alimentação, na verdade, eu acho que comecei a ter problema com a alimentação quando eu passei a tomar conta da alimentação, (...) enquanto a mãe tomava a coisa foi muito tranquila (2 F).

A avaliação da alimentação oferecida pela mãe de uma entrevistada apresentou-se cheia de contradições, por um lado existia uma crítica velada em relação à quantidade e qualidade, mas por outro lado, ela justificou a ação materna pela falta de conhecimentos a respeito da alimentação que foi associada à identidade italiana e sua relação com o fato de “comer muito”. O processo alimentar foi recheado pelas lembranças em torno da rotina familiar e dos conselhos dos pais, nesse momento mais preocupados com a inclusão de diversos tipos de comida do que propriamente com o excesso de consumo.

Em quantidade, porque em qualidade sabe como que é. Mãe, ela tenta fazer o melhor (...), minha mãe sempre comeu muita verdura. Ela sempre (...) só que ela desconhecia as coisas que talvez hoje a gente tem mais acesso, tipo os integrais, as farinhas integrais, as coisas que mais light e ela não (...), ela é filha de italiano, então não precisa dizer nada, como que é uma mesa de italiano, você está lá com o prato cheio e eles vão jogando, tudo mundo falando ao mesmo tempo e comida assim (...) práaaaaa, uma mesa típica de italiano. Toda minha vida foi assim, à noite ela sempre fez o melhor daquilo que ela podia fazer, era arroz, feijão era legumes, mas tinha as porcarias também, que era os doces, ela achava muito importante ter bolo, ter pudim, ter sobremesa doce, mas a quantidade que num (...), eu sempre comi muito, claro, senão não era gorda, sempre comi muito, ah, mas ela ficava preocupada e fazia dieta junto, daí ela ficava magrinha e eu não (3 F).

Eu sempre gostei de comer tudo, eu nunca tive muito problema de comer não, porque minha mãe cozinhava muito bem, sempre cozinhou muito bem, fazia muito doce, adoro doce, minha mãe fazia coisas deliciosas e meu pai quando a

gente não queria comer alguma coisa, ele punha a gente no colo e falava: - "você tem que comer, você tem provar você não pode falar que não gosta antes de provar", tal (...) (13 F).

Uma entrevistada lembrou da sua infância, do momento da refeição, dos cuidados maternos e da sua preocupação em cumprir o papel do cuidado com a alimentação. A classificação "bem fresquinha" definiu a qualidade da comida, recém-preparada, em oposição à "comida requentada", a "comida reciclada". A classificação "tudo separadinho" referiu-se à organização e preparação do cardápio alimentar diário da semana. E como não poderia deixar de ser, a mãe (quando não estava trabalhando fora de casa) podia organizar a alimentação familiar, através do controle e estabelecimento de regras, mesmo dos filhos adultos.

Na minha cabeça, eu tenho assim (...) minha mãe fazia um prato de comida, botava uma de frente para outra e dava (...). Era uma forma de saber se a gente estava comendo (...) era muito engraçado minha mãe (...) minha mãe fazia os dois pratos e colocava uma de frente para outra. Tinha horário reguladinho para o almoço, para a janta, para o café, por-que nessa época ela não trabalhava, então era muito, muito rigorosa, tanto que agora quem cuida da minha comida agora é ela, então é tudo bem fresquinho, ela faz tudo separadinho, sabe (...) a sopa que eu vou comer durante a semana, o que eu vou comer no dia que não vou comer sopa, o que eu vou comer, hoje ela voltou a tomar conta da minha alimentação (risos) (4 F).

Em alguns casos, a família já mostrava sinais de preocupação com o excesso alimentar dos jovens, pois estava repercutindo no corpo. Por um lado, houve a tentativa de impor disciplina para incorporação de alimentos mais saudáveis, como a fruta para a adolescente, mas por outro, a manutenção da família de determinados tipos de comida rica nos molhos e pobre em saladas selou essa possibilidade, principalmente nos grupos populares. Em geral, as crianças escolhem os alimentos que são servidos frequentemente e preferem aqueles mais disponíveis em casa, ou seja, o consumo e a preferência alimentar estão relacionados à exposição rotineira a determinados alimentos (Birch & Marlin, 1982; Pliner, 1982).

Nessa época dos 10 aos 15, foi na época que começaram a me impor disciplina, minha avó falava não, você está ficando gordinha, você vai crescer e depois que você menstruar vai ficar magrinha, começou a introduzir por gosto ou desgosto, fruta, verdura, entendeu? Mas assim na minha casa não tinha muito hábito de salada, o hábito era de verdura cozida, então um repolho refogado, uma vagem refogada, quando era uma salada, era uma salada de batata, cenoura, cozida, uma folha era assim algo raro, tanto é que quando meu marido começou a frequentar a minha casa, ele falou: -“pelo amor de Deus, vocês só comem molho, a couve flor, no molho branco, não sei o quê, no molho bechamel, a gente sai inchado daqui, vocês não comem alface”. Os pais dele não comem se não tem verdura (...) (1 F).

Ele, com, dez anos, assim, eu já meio gordinho. Depois emagreci e depois, fui ficando mocinho, fui ficando fortinho, fortinho, fortinho. Mas não era tão, não era uma (...) não chegava a ser obeso. Depois de moço, daí comecei a comer lanche, que nem até hoje, eu ainda gosto mais de lanche, refrigerante, aí eu comecei. Mas eu sou muito de lanche mesmo (8 M).

3.3 Trabalho e a alimentação

A maioria dos entrevistados, já trabalhava na adolescência e tinham mais liberdade para “comer besteiras”. Os dados da literatura médica apontam uma tendência de piora que pode ser constatada nas taxas de obesidade entre os adolescentes. Na década de setenta, 4% dos adolescentes do sexo masculino e 7,5% do sexo feminino eram obesos e hoje essa taxa é de 18% e 15,5% respectivamente (Andrade *et al.*, 2003).

A adolescência é uma época em que se formam os costumes e hábitos da vida adulta. Em relação à alimentação, isso não é diferente. Andrade *et al.* (2003) observam que os adolescentes mais velhos apresentaram dieta menos saudável do que os mais novos e isso se deve a dois fatores: maior poder aquisitivo e menor controle dos pais. Existe uma tendência de que um jovem de 19 anos passe mais tempo fora de casa e, por isso, a alimentação seja baseada em *fast foods* e comidas menos saudáveis.

Nessa fase, a questão alimentar ficou seriamente comprometida, pela autonomia na escolha dos alimentos diante da profusão de oferta, justificando, portanto a continuidade do ganho de peso. Associado a isso, quando

o filho adolescente começou a trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro, os pais não conseguiam mais controlar a alimentação. Em alguns casos, apesar da alimentação caseira ser equilibrada, o adolescente procurava outros tipos de “comida fora de casa”. Essa independência financeira se estendeu para a alimentação também e como cita Jackson *et al.*, (2004), hoje se valoriza a autonomia e independência precoce das crianças, que têm possibilidade de tomar decisões com relação à sua alimentação. Essa autonomia precoce por vezes acaba levando as crianças a comerem muita “porcaria”, como descrito anteriormente.

Muita porcaria, restaurante, comida fora de casa, principalmente, quando comei a ganhar meu dinheiro, a partir de 14, 15 anos comecei a trabalhar, aí já tinha dinheiro e foi aí que eu comecei a engordar mesmo, comia tudo o que eu queria. E o que não tinha dentro de casa, eu saía e comia. Antes eu comia no trabalho, muita porcaria, não é muito salgado essas coisas, doce, salgado, refrigerante (4 M).

Escrivão *et al.* (2000) detectaram o hábito inadequado entre os adolescentes de suprimir algumas refeições como o jejum. Esse fator associado a várias mudanças de hábitos alimentares como o uso de alimentos industrializados, de conteúdo energético como a gordura saturada e o colesterol que fazem parte do seu estilo de vida, foram considerados comportamentos importantes que contribuem para o desenvolvimento da obesidade.

O depoimento abaixo mostrou o ganho de peso adquirido por um adolescente que trabalhava o dia todo e no período noturno ia para a escola. Mas entre uma atividade e outra, ele permanecia muito tempo em jejum, pois alegou que não tinha condições financeiras para custear o jantar, apenas almoçava no restaurante da empresa. Nesse exemplo ficou claro o efeito rebote, o tempo prolongado de jejum resultando uma comilança quando chegava a casa à noite, próximo ao horário de dormir, apesar do mesmo já apresentar um sobrepeso considerável na ocasião.

Eu comecei a ficar gordo mesmo, engordei mesmo a partir do momento que entrei na universidade, que eu entrei na guardinha, eu trabalhava e estudava então eu almoçava lá e comia só (...) e comia o que via na frente, porque estava com muita fome, não tinha condição de comer na escola, não tinha condição de comprar nada, era Office boy que não dava para comprar nada, então tinha que segurar o dinheiro, aí eu ficava sem comer, eu ficava de meio dia até uma hora da manhã. Eu entrei lá com 14 anos, até os 18 (...). Cheguei até os 130 quilos, ganhei 30 quilos (2 M).

Uma suspeita pairou também na alimentação produzida pelo restaurante da empresa em relação à qualidade dos alimentos. Nesse caso, a citação do uso de produto químico indicava a idéia de uma forma de “contaminação” alimentar, no exemplo demonstrado aqui, não pela presença de micro-organismos, mas pela adição de uma substância que tinha a fama de contribuir no ganho de peso corporal.

Cheguei até os 130 Kilos, ganhei 30 Kilos e até então e (...) no caso lá, também a comida de lá na época tem grande quantidade tem salitre, isso engorda, bastante, eu comia no bandejão lá no restaurante então, você via que era até diferente o gosto da comida, então salitre tem essas coisas, conservante que engorda bem. Mas também, muito mais eu comia (...) fazia amizade até com as mulheres que serviam para tudo era dois, para aguentar até a noite, então aí você acaba comendo demais, ficava comendo demais, laceando o estômago no caso (2 M).

É interessante observar a existência de crença popular segundo a qual o salitre é utilizado em cozinhas de empresas provocando o ganho de peso corporal. Quando organizamos um grupo de reeducação nutricional desenvolvido em uma universidade paulista para os funcionários e alunos dessa instituição, observamos que os participantes também justificavam o ganho de peso graças à alimentação fornecida pelo restaurante universitário, em função do consumo do salitre. Essa é uma crença bastante arraigada, mas que foi prontamente afastada pela nutricionista que explicou que não se utiliza salitre em restaurantes.

O salitre é um produto semelhante ao sal de cozinha, mas com teor de sódio mais alto. Existe o mito de que alguns restaurantes utilizam salitre como tempero do sal, mas não é real, já que o sal é um produto de custo muito baixo e facilmente encontrado no mercado. O salitre, pelo contrário, não está disponível

para o consumo. Acontece que o preparo de grandes quantidades de alimentos nos restaurantes precisa ser feito em panelas de autoclave, provocando assim a sensação de maior saciedade e estômago cheio após a refeição. E as pessoas acabam atribuindo a obesidade à ingestão do salitre (wikipedia²⁴)

4. A fase adulta e a alimentação

Na fase adulta, para os sujeitos estudados tornaram-se importante as relações afetivas, a união sob forma de casamento para a maioria, o nascimento dos filhos e o mundo do trabalho.

Na idade adulta surge a expressão: “nervoso”, correlacionada à questão do *comer em excesso*. Essa correlação da alimentação com o nervoso foi muito frequente, praticamente quase todos os entrevistados apontaram em algum momento essa associação. A comida apareceu como um “calmante” para minimizar o nervoso. O nervoso justificando *o comer muito*. Duarte (1986) traz este fenômeno nervoso como mediação físico-moral e comenta que boa parte de sua tematização passa direta ou indiretamente pela questão da “responsabilidade”.

Os limiares dessa responsabilidade também tratam do controle e descontrole em relação à alimentação. A ansiedade e o estresse também se associaram ao “comer muito”. Mas aqui neste trabalho, curiosamente esta questão aparece mais frequentemente na fala dos homens se comparada à das mulheres. As representações sociais da “doença dos nervos” foram estudadas por Oliveira & Roazzi (2007), as similaridades dos significados das categorias seguiu dois critérios ou indícios (sintomas físicos e sintomas morais) apontados por Duarte (1986).

Entre os nossos entrevistados, tais sintomas também foram expressos, ora fisicamente através da pressão alta, ora com sintomas morais tais como: raiva,

²⁴ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Salitre>. Acessado em 14/08/2007.

ansiedade, nervosismo, estresse, impotência, falta de prazer, chateação e braveza.

E, mas aí aconteceu o seguinte, eu comecei a sofrer de estresse, e (...). Então começava a subir aquela ansiedade e eu começava a comer, porque eu tinha, já tinha pressão alta, aí você não podia fazer muita coisa. Não podia praticar uns exercícios mais fortes, não podia pegar uma bola, aí você começa a se achar impotente para as outras coisas e começa a dar (...) vem aquela ansiedade e eu comia (5 M).

Eu acho que era mais ansiedade, isso o doutor falou nas entrevistas com a psicóloga, então eu comia por falta de prazer, está em casa, está comendo (...) ficava em casa, começava a ficar comendo, comendo e também na rua ficava comendo (...) (3 M).

4.1 As preferências, os hábitos e as preocupações alimentares

A idade adulta trouxe a maior possibilidade na seleção e escolha dos alimentos, logicamente definidos segundo padrões socioeconômicos. O fato de todos os entrevistados já se encontrarem obesos na idade adulta, com exceção de algumas mulheres que ganharam peso após a gravidez, a referência às preferências e hábitos alimentares naquela etapa de vida trouxe subjacente um diálogo com os profissionais de saúde sobre a necessidade de perda de peso e do controle da alimentação.

Acho que gente começa a comer o que quer, é meio complicado, começa a não controlar, não tinha controle, nunca me preocupei com esse tipo de controle, diferente de hoje, comia o que dava uma vontade (...) (4 F).

A minha alimentação era bem desequilibrada, na hora do almoço ainda ia para a cantina era arroz, feijão, o que tinha de calórico, salada nunca, salada nunca, nunca quis comer uma alface, nunca quis comer um tomate, nunca passei perto de salada, nada (...) isso até mesmo para fazer dieta, mas eu não comia, o médico perguntava você comeu? Comia, a alface tem um gosto amargo que não descia, a beterraba, jiló, voltava (...) era incrível, se descia, voltava (...) (6 M).

Na sociedade urbano-industrial, podem-se adquirir alimentos resfriados, congelados, semicozidos, temperados, recheados, preparados, semiprontos sendo que a maior parte deles necessita de fritura para serem consumidos (Mendonça e Anjos, 2004). A eleição do alimento motivado pelo gosto e não pelos valores nutricionais, e também pela facilidade do preparo das comidas semiprontas com o dos alimentos *in natura*, que necessitam de preparações que envolvem principalmente o requisito cada vez mais precioso nos dias atuais: o tempo, certamente traz consequências na ingestão alimentar calórica.

Ai, eu achava tudo sem graça, ai, imagina, verdura (...) Uhhh!(...) não me atraía isso daí, não me atraía (...) agora não, agora eu faço umas saladas maravilhosas, não sei o quê, sabe, então (...) e outra coisa é muito mais fácil, você abrir uma geladeira e pegar uma lasanha é muito mais fácil do que lavar uma salada! (...) (13 F).

[...] assim um chocolate, um bombom, se tiver, mas se não tiver não me faz falta. Eu gosto muito assim de suco, refrigerante. Isso daí eu gosto, mas assim, fruta, também, eu não sou muito chegada. Eu acho que já veio da, de criança, da infância, não fui acostumada a comer esse tipo de coisa, então, hoje também não me faz falta (8 F).

No Brasil, uma pesquisa realizada por Levy Costa *et al.* (2005) sobre a disponibilidade domiciliar de alimentos evidenciou o preocupante aumento de 400% em relação ao consumo de refrigerantes e biscoitos quando comparado à Pesquisa de Orçamento Familiar anterior. Há evidências de que o consumo desses produtos esteja associado ao aumento da ingestão de calorias e ganho excessivo de peso principalmente na adolescência. Van Wymelbeke *et al.*, (2004) apontam que as calorias presentes nos alimentos líquidos são menos reconhecidas pelo organismo do que os presentes em alimentos sólidos, portanto pode ocorrer uma ingestão maior desses produtos. Esse hábito adquirido na infância ou na adolescência pode se estender até a idade adulta, acompanhando todas as refeições, seja junto à família, no serviço, em qualquer ocasião, colaborando para o aumento da obesidade.

É refrigerante, nossa, se era, se não tivesse era suco ou água, se não tivesse um suco, ia água. É, comprava uma garrafa de dois litros daí (...). É, enchia um copão para mim, o resto era da família, o meu copão era minha latinha. Comia, depois que acabava de comer e beber aquele lá, ia lá e tomava um copo d'água, um suco, era o normal meu, minha refeição tinha sempre... Na firma, em casa, em qualquer lugar (5 M).

“Nossa! Lanche, coca” (8 M).

Barbosa (2007) concluiu em seu estudo que o almoço traz um cardápio bastante homogêneo no Brasil. A ordem da descrição apresentada aqui acompanha a ordem da preferência nacional e consumo: 94% declararam comer arroz e feijão acompanhados de carne vermelha, galinha, salada, macarrão, verduras e legumes por último. O consumo de arroz fica acima de 90% em todos os grupos sociais e o mesmo acontece com feijão que só fica abaixo de 90% entre os segmentos de renda A em Curitiba e Belém. Da Matta (1987) lembra que o arroz com feijão é um prato síntese do estilo do brasileiro comer, que expressa a culinária relacional, que mistura o negro e o branco. Entre os sujeitos estudados, confirmamos também a permanência do consumo de arroz e feijão.

Ah, normal que nem eu como hoje. Arroz, feijão, carne, salada, legumes. Igual eu como hoje. Eu não gosto de massa, eu não sou chegada em massa. As minhas crianças adoram pizza, é lasanha. De vez em quando as minhas meninas falam:- “mãe a senhora é boba, a senhora nem sabe comer o que é bom, a senhora só sabe comer arroz feijão”. Eu falei “é o que eu gosto arroz e feijão bem temperadinho, arroz bem soltinho, sabe, feijão bem temperadinho”. Eta! é bom. Uma saladinha de tomate que eu gosto muito (10 F).

As recomendações médicas e nutricionais enfatizam aumentar o número de refeições e diminuir a quantidade, mas quase todos os nossos entrevistados referiram comer muito antes da cirurgia e na etapa da vida adulta. Mas encontramos algumas falas, principalmente de mulheres, que não relacionavam o ganho de peso com a quantidade de comida ingerida. Algumas pessoas referiram “comer pouco” em termos quantitativos, mas esqueceram do dado qualitativo, ou seja, o tipo de alimento consumido. O excesso de peso é justificado pelos

“hormônios”, “inchaço”, “depressão” e pela “identidade alimentar italiana e portuguesa”.

Eu acho assim no meu caso, no meu caso, a minha obesidade não era tanto relativo à alimentação, talvez fosse hormonal, porque eu não era de comer demais, demais, dizer que eu repetia, colocava duas ou três vezes, isso não. Eu vejo pessoas amigas minhas que comem muito mais que eu comia quando estava gordinha, então comer muito não (7 F).

A explicação para o ganho de peso pode trazer ambiguidades, contradições, pois o entrevistado citou que *comia um monte* e logo depois falou que *não era em quantidade*. Depois, no final do seu depoimento, citou que a quantidade era três vezes mais do que o normal. Considerou a natureza injusta quando comentou sobre a desconexão entre a quantidade de alimentos que seus colegas de trabalho consumiam em contradição com a magreza do corpo. A justificativa recaiu sobre o “alimentar mal”, “comer fora de hora”, “beliscar”, “comer muito errado”. Os depoimentos mostraram a rotina diária onde era frequente: “não ter limite”, “não ter horário para comer”, “beliscar o dia inteiro”, “comer o dia inteiro e até na hora de dormir” e gostar de pão, bolo, lanches, biscoito, chocolate e porcariadas.

Eu me alimentava muito mal, principalmente quando ia para casa da mãe, o almoço para mim era sempre fora de hora, eu não comia. Às vezes chegava aqui, ah, vamos jantar, aí eu comia um pouquinho, tipo oito horas da noite, ah, não estou com fome, aí eu ia lá e beliscava. Só que dava dez, onze horas da noite comia um monte de novo, comia pão, comia bolacha, comia, é pizza se tivesse, muitas vezes eu ia lá e fazia um pão de madrugada. Então, é eu comia muito errado, não era quantidade assim, às vezes eu até brinco, lá na firma que tem alguns funcionários lá, que são super magros e comem igual não sei o que, só que olha, a natureza é injusta, eu comia pouco e vivo gordo, os “caras” comem aquele baita “pratão”. Mas assim, eu acho que o meu mal mesmo era comer errado, por exemplo, eu trocava um prato de arroz por uma coxinha, um risole, um kibe, um pastel, adorava frituras, essas coisas. Então eu acho que isso, a quantidade que eu consumia era três vezes mais do que o normal. E nossa, eu não tinha, comigo não tinha tempo ruim, chamava para comer eu ia lá e comia (5 M).

É isso aí é relaxo, a gente fica relaxado, você não se preocupa (...). Às vezes eu falava “estou engordando”, você continuava comendo, era o lanche de sexta, sábado domingo, meio da semana. Estava na rua comendo um monte porcaria, você via que estava engordando porque as roupas não estavam servindo. A pessoa não está preocupada com o que vai vir depois e a hora que você vai ver já é tarde. Minha sogra ela é muito boa cozinheira, então eu almoçava todo dia lá, sempre tinha lasanha e ela sabia que eu gostava e fazia feijoada e às vezes eu falava:- “estou com vontade de comer uma lasanha” e ela fazia e eu comia, então você come bem nos dois sentidos comer bastante e comer bem (...) comida calórica (3 M)

A preocupação com a alimentação apareceu em alguns depoimentos em segundo plano. Na realidade, a preocupação primordial era emagrecer, porém como esse objetivo não foi alcançado efetivamente, a desesperança em relação à perda de peso definitiva justificou a continuidade de “comer muito”. Mas, às vezes, a aparente falta de preocupação podia ocultar a limitação econômica para o acesso a alimentos mais saudáveis.

Tinha épocas que eu ficava preocupada, sim, tinha épocas que não estava nem aí, comia, comia e acabou não esquentava muito não, quando dava aquele assim, nossa preciso emagrecer, aí sim eu ficava preocupada, mas depois que emagrecer não conseguia mesmo, então... (12 F).

Não se importar mais em fazer um controle alimentar e *comer muito, comer tudo, comer a toda hora* e foi uma citação frequente. A falta de resultados, de perspectivas de encontrar uma saída efetiva desse ciclo agravou ainda mais a situação alimentar e conseqüentemente a obesidade associada à inatividade física. A condição econômica é um fator que contribuiu muitas vezes para a definição do tipo de alimentação a ser consumida, além da falta de preocupação com as questões alimentares que pode ser consequência da primeira condição.

Aí, comia tuuudo e não fazia nada, nenhuma atividade física e comia “pra caramba” (...). Ah! comia tudo, comia chocolate, não estava nem aí, ah! estou gorda mesmo, comia tudo (...) qualquer hora, qualquer minuto, não sei o quê. Não tinha nenhuma regra, não fazia nenhuma atividade física, entende? Eu nunca fui de beber bebidas alcoólicas, mas bebia muito refrigerante, tomava coca, tudo que era (13 F).

Eu nunca tive uma preocupação de fazer uma alimentação educada. Porque, também a gente numa classe media baixa, a gente não tem como escolher tanto. Tem que comprar o básico mesmo para poder conseguir passar. Mas eu nunca tive uma preocupação não, de fazer alimentação direitinho (11 F).

4.2 O casamento, relação familiar e a alimentação

O evento do casamento ou do “morar junto” para alguns indivíduos foi apontado como um momento em que a alimentação adquiriu uma importância na vida do casal, seja pelo prazer de comer, pelo prazer de cozinhar, de “comer bem”, pelo prazer de estar em casa a dois, de preparar uma comida como forma de demonstrar o afeto, ou mesmo sair para comer ou comprar comida para comer em casa. E como citou uma entrevistada: “casar significa comer muito”. A associação do casamento com o ganho de peso corporal e obesidade foi apontada por vários autores como Kahn & Williamson, (1990); The & Larsen, (2009) e Ferreira & Magalhães, (2006^a).

Casei com 21, eu comecei a ficar sedentário. Nessa fase, era muita, a alimentação era muita massa, churrasco, eu adoro massa, eu adoro cozinhar! Eu gosto muito da gastronomia, então em casa vira e mexe eu estou fazendo comida, eu depois de casado comecei a entrar mais na cozinha, aí eu comecei a cozinhar, despertar sabor, gosto. A comida é um prazer e eu não tinha limite, eu comia um prato e ia lá repetia, então eu sempre comia muito bem, sempre comi muito bem, até depois que eu fiz a cirurgia caiu minha alimentação, mas ainda continuo comendo bem em pequena quantidade. Mas era isso aí, eu acho que o principal na minha alimentação de depois de casado foi massa, fritura, churrasco! E, que é o que mais me agrada (7 M).

Todos os animais comem, mas nós somos os únicos que cozinhamos. Então, cozinhar tornou-se mais que uma necessidade, é o símbolo da nossa humanidade, que nos distingue do resto da natureza cita Fox (2006)²⁵. Os sujeitos “gordos” evidenciaram o gosto pela cozinha, segundo os informantes.

²⁵ http://www.sirc.org/publik/food_and_eating_6.html.

Gordo adora cozinhar, adora mesmo, se você conhecer um gordo que fala que não gosta de cozinhar é mentira, eu sempre gostei, amo, meu pai também gosta. Então eu aprendi a cozinhar lá e aí até então eu comecei a trabalhar lá...(15 F).

Mesmo depois de adulto e casado, a mãe de um dos entrevistados ainda tentava controlar a sua alimentação, assim como a sua esposa, mas o que era controlado dentro de casa, ele buscava na rua como contou abaixo:

E era normal, a (...) minha mãe, ela falava muito assim: -“que eu não vou fazer tal coisa, porque se eu fizer, você vai comer muito e depois você vai (...)”, E eu falava: -“não, pode fazer, comigo não tem isso (...)”. Aí ela, evitava fazer massas, porque era o prato que eu mais gostava. Mas assim, quando ela fazia, eu mandava ver, mas aí ela começou cortar um pouco também para ver se (...). A minha esposa também maneirou um pouco de fazer essas coisas diferentes. Mas eu saía para a rua, comia coxinha, risole, essas coisas lá (5 M).

A família, aqui no caso, o companheiro passou a desempenhar o papel que anteriormente era executado pela família de origem, no controle da quantidade e qualidade dos alimentos que a parceira escolhia o que muitas vezes levou ao desentendimento entre o casal.

Teve uma vez que nós fomos lá para praia, lá em Itanhaném. A gente estava lá no restaurante, almoçando (...). E eu, nossa, eu tinha feito dois pratos, na bandeja. Eu coloquei algumas folhinhas de salada por cima (risos), nossa ele morre de raiva. Por cima das massas, peixe eu gosto muito, é tudo fritura. Dois pratos assim, um de salada, o outro de arroz, feijão (...). E ali eu comia aqueles dois, então ele brigava, “para que fazer isso, pega um pouquinho, depois vai lá pega, se sentir fome pega outro”, eu já ficava brava (...). Então eu queria fazer aquilo, e comer sozinha, numa mesa sozinha do meu jeito (...). Então, ele já falava e eu ficava brava (14 F).

4.3 Gravidez e alimentação

A gestação é alvo de crenças sobre a vulnerabilidade da mãe e do feto em todas as culturas. Estendendo-se até o nascimento, no pós-parto ou no período de amamentação. As noções culturais sobre a fisiologia da gravidez são evocadas após o nascimento para explicar qualquer problema com a criança, seja ela

doente ou deficiente. Muitas culturas associam o comportamento da mãe (atividade física, alimentação, conduta moral, estado de espírito, uso de bebidas, drogas ou tabaco) com a saúde do bebê, pela possibilidade de afetar a fisiologia da reprodução cita Helman (1994). Estudos foram feitos sobre as crenças leigas sobre a fisiologia e os riscos da gravidez, desenvolvidas por Snow *et al.* (1978).

Em muitos casos, essas crenças diferenciavam da opinião dos médicos que atendiam o pré-natal. Num estudo com gestantes, 77% acreditavam que o feto pudesse tornar-se deformado ou morto por fortes estados emocionais da mãe. Essa ideia é reforçada pelo discurso médico e psicológico, de que os incômodos a que mulher for submetida durante a gravidez poderão refletir-se no comportamento do bebê ou poderão interferir na evolução da gestação (Víctora *et al.*, 2000).

Snow (1978) ressalta que algumas dessas crenças sobre alimentação podem comprometer a gravidez saudável, ou podem oferecer motivação para hábitos alimentares inadequados. As crenças sobre a fisiologia e os perigos da gravidez têm tanto aspectos sociais como físicos e separam as mulheres grávidas como categoria especial de pessoa, cercada por tabus e costumes que, segundo a cultura em que vivem existem para proteger sua saúde e a de seus bebês (Helman 1994). Mais de 60% das mulheres americanas com recém natos estão com sobrepeso ou obesas cita Sarwer *et al.* (2006). Existe uma extensa literatura que relaciona obesidade e problemas de fertilidade, mas menos atenção tem sido dada para o manejo do excesso de peso durante ou depois da gravidez (Cogswell *et al.*, 2001). Muitas mulheres reportaram ganho de peso durante a gravidez como um catalisador e subsequente desenvolvimento da obesidade (Rooney & Schauberger, 2002).

No Brasil, Ferreira & Magalhães (2006a) também encontraram correlação entre obesidade e gravidez entre as mulheres do seu estudo. Em nosso estudo, as mulheres entrevistadas indicaram forte associação da gravidez com o ganho de peso, tanto entre aquelas que já estavam com excesso de peso, quanto para outras que iniciaram o ganho após a gestação. Na alimentação das grávidas os “gostos” e “desejos” tinham prioridade e deviam ser atendidos.

Mas quando eu engravidei, eu engordei vinte quilos e não consegui mais perder. Então aí, eu comecei a comer coisas que antes eu não gostava (...). Eu fazia cada coisa de absurdo, tipo (...). Eu pegava sorvete, colocava no copo e enchia de coca-cola, porque a minha gravidez foi naquela época de calor, porque o meu filho nasceu fevereiro (...). Então eu queria comer essas coisas. No começo, arroz, feijão, eu não comia, não podia sentir o cheiro, então era porcariada (...). Fazia sorvete com coca-cola, pizza, cachorro-quente (...), nossa (...) fritura, era tudo essas besteiras, então eu ganhei vinte quilos, até acho que um pouco mais de vinte quilos (...) (14 F).

O período de resguardo da parturiente obedece a um regime alimentar severo para garantir a recuperação da mãe e a qualidade do leite para a criança, então são indicados a canja de galinha, canjica e outros alimentos para restabelecer a parturiente e para produzir leite de alto teor nutritivo. Porque, segundo as representações, a mãe que não se alimenta adequadamente não terá leite forte para satisfazer a criança (Daniel & Cravo, 2005). E provavelmente a representação de que a mãe deve alimentar-se bem para ter leite “forte” durante a gestação as influenciaram a comer em quantidade e não em qualidade, desencadeando o aumento exagerado de peso, que ocorreu em grande parte das mulheres entrevistadas, independentemente da classe social pesquisada.

Porque a minha comida era doce. Eu não comia comida de sal. Era somente doce. E nisso foi engordando. Foi engordando, engordando, engordando, engordando, engordando, até a hora que não teve fim. De sessenta e um quilos, eu cheguei a pesar cento e trinta quilos. Então, foi, barbaramente, assim, que mexe muito com a gente, isso (5 F).

4.4 Trabalho e alimentação

Ao estudar as representações sociais e práticas de cuidados com a alimentação e saúde dos trabalhadores de São Paulo, Garcia (1999) encontrou dois eixos mobilizadores do discurso: “a alimentação saudável” e “os gostos, preferências e o prazer da comida”.

O trabalho pode interferir na alimentação, pois a comensalidade contemporânea necessita de adaptação dos indivíduos ao meio urbano,

encaminha o ajuste das suas práticas alimentares a questões de tempo, espaço e possibilidades financeiras. Assim, o indivíduo não tem tempo para voltar para casa e realizar sua refeição, para prepará-la optando por comer “fora de casa” levando-as a consumirem alimentos em locais que oferecem a “comida rápida”. Uma das alternativas mais rápidas e baratas está nos restaurantes que servem da forma *self-service*, em que o cliente escolhe o que quer e o quanto quer comer (Barbosa 2007), pois reproduzem a lógica do sistema alimentar brasileiro de forma rápida e eficiente nas grandes cidades onde se consome muito arroz com feijão. O restaurante à quilo permitia a expressão do gosto individual, seja por qualquer combinação, como *sushi*, arroz e feijão, e a quebra da rotina alimentar doméstica.

Acreditamos que essa forma de venda de alimentos geralmente favorece o ganho de peso corporal, pois as pessoas normalmente selecionam tipos de alimentos que não são consumidos habitualmente no cotidiano em casa, ou seja, os preparados especiais. Mais uma vez os alimentos destinados a ocasiões especiais fazem parte do cotidiano, como é o caso da feijoada, lasanha, carnes com molhos especiais. Outra opção para quem tinha pressa eram os sanduíches e salgados preferencialmente acompanhados por um refrigerante gasoso.

No depoimento abaixo, temos um entrevistado que trabalhava como motorista autônomo e, portanto, estava frequentemente viajando. As refeições geralmente eram realizadas sem horário fixo, pois ficavam na dependência dos horários dos clientes. Além disso, ele fazia quase todas as refeições “fora de casa” e como não existia rotina no seu trabalho, ele estava sempre buscando algum lugar para comer, sempre facilitado pelos lugares que vendiam “comida rápida”. Antes de implementar o sistema *fast food*, o momento da refeição e todo o seu ritual tinham outro significado, mas a partir de sua disseminação foi imposto um ritmo ao tempo e ao espaço dedicados à alimentação, que passaram a entrar em sintonia com as novas exigências da sociedade (Ortigoza, 1997).

Direto fast food (...). Eu tinha alimentação (...) e incluía como esse meu serviço eu estou na rua, eu comia muita porcaria, salgado frito, coca-cola direto, hoje não tomo mais refrigerante, mas o refrigerante, eu não tomo mais, eu tomo muita água, mas (...) nossa, era direto, era (...) eu saía de casa, tomava café, entre o café e o almoço eu comia salgado, almoçava e comia salgado, se eu

fosse para São Paulo eu comia pizza e voltava e jantava,então..comia bem mesmo (3 M).

Uma depoente casou-se com dezoito anos, depois teve duas filhas. Após cinco anos de casamento, separou-se do marido e pela primeira vez começou a trabalhar fora de casa. Ela apontou esse momento como uma transformação no seu hábito alimentar. Começou a “comer fora de casa” e passou a consumir *fast food*, entre eles os lanches e os salgados, a partir daí percebeu que começou a modificar o peso corporal também.

Comecei a comer sanduíche porque eu trabalhava na empresa das 15:00 às 21:00 então eu não jantava, então comecei a comer (...), eu nunca tive muito hábito de fast food, essas coisas, mas quando comecei a trabalhar nessa empresa para mim também era novidade, mas era novidade trabalhava a toda tarde, eu comia lanche, eu comia salgado, era enrolado de presunto, daí eu engordei (...) (13 F).

As manifestações abaixo esclareceram um dos motivos que levou as pessoas a diminuir o número de refeições ou substituí-las por outros alimentos, a falta de tempo para a alimentação, o tempo reduzido para as refeições já comentadas por Barbosa (2007). A fala da depoente abaixo mostrou como a falta de tempo no mundo do trabalho pode levar a supressão de uma das principais refeições diárias, o almoço. Para saciar a fome, acabava consumindo bolachas.

Aí, eu já não me alimentava mais não. Eu parei de almoçar, porque lá tinha dez minutos de almoço. Então, para almoçar, dez minutos. Subia aquelas dezesseis mulheres correndo, chegava lá tinha mais a faxineira, as enfermeiras que estavam lá na fila. Ali, você não comia. Você engolia e eu, como que eu dava três, quatro passo, travava a perna e eu já não ia, então eu nem, nem aguentava subir o morro correndo, aí eu parei de comer. Aí eu levava bolacha, deixava no armário e comia bolacha (8 F).

Totalmente desregulada, tudo na base de ah, não dá tempo, mais em função de tempo mesmo, é salgadinho aqui, eu nunca fui de comer muito, sempre comi porcaria, mas nunca fui de comer muito, sabe! (12 F).

Se por um lado, a questão do trabalho pode levar milhares de pessoas a optarem pela “comida de fora de casa“, pela “refeição rápida” ou pelo consumo de guloseimas no horário das refeições. Por outro lado, o desemprego também pode afetar a alimentação e gerar problemas de peso corporal, principalmente para pessoas que sempre trabalharam e passaram a lidar com a rotina doméstica. Aqui também se manifestou o “comer por ansiedade”.

Então, eu comia muito fora de hora e muito refrigerante, eu comia muito fora de hora. E eu comia muito doce. Era aonde eu descontava. No doce. Como eu fico em casa, eu não, eu não conseguia me limitar. Não, eu não posso comer agora. Eu não conseguia (...). Ah! é só (...). Então eu, eu não conseguia me limitar. Comia o dia inteiro. O dia inteiro comendo. Até de noite se eu levantasse, eu comia alguma coisa (15 F).

Uma entrevistada trabalhou nas plantações desde a infância, só migrou para a área urbana quando se casou. Depois que se mudou para a cidade, inicialmente trabalhou como servente de pedreiro com o marido. Após o nascimento de seus filhos, mudou de atividade laboral e começou a trabalhar com comércio. A partir daí começou a ganhar peso corporal. Conseqüentemente, a incorporação de uma alimentação mais “substanciosa” necessária para o trabalho rural, acarretou obesidade depois da sua migração para a cidade, também influenciada pela alteração no tipo de trabalho desenvolvido.

Eu trabalhava na roça, não tinha tempo para engordar não. A turma fala que engorda, engorda, eu falo: -“pega um cabo de enxada para ver se engorda, não engorda nada, é que tem vida boa, por isso que engorda”. Come, não faz nada. Vê se quem trabalha cortando cana trabalha com a enxada capinando o terreno dia inteiro, não tem barriga, não engorda não. É, eu comia muito mais do que hoje. Eu não entendo esse negocio de ah! Não pode comer pão, não pode comer guaraná. A gente comia de tudo e não engordava (10 F).

O que caracteriza um lanche como refeição é sua “portabilidade” e mobilidade, argumenta Barbosa (2007). A refeição é associada à mobilidade, seja comendo enquanto se trabalha na sua própria mesa de trabalho, no balcão de bar; completando a ideia da autora, é a manifestação simbólica da pressa também, do

pouco tempo, do comer rapidamente, distinta da que era há alguns anos atrás, onde o lanche da tarde era composto por café, leite, pão, manteiga, logicamente variando conforme a renda.

Eu sempre comia e bebia. Comia um lanche e tomava uma coca. Tinha dia que eu comia dois lanches. Dois de cachorro-quente, dois x-salada. Às vezes eu comia (8 M).

O trabalho noturno executado por dois sujeitos entrevistados pode ter causado ou mesmo exacerbado o quadro da obesidade e da pressão alta. Um sujeito do sexo masculino trabalhava em uma fábrica de eletroeletrônico como operador de produção e a mulher como cozinheira em uma cozinha industrial. É impressionante como os profissionais da saúde não relacionam o trabalho e saúde. É de fundamental importância o questionamento sobre o trabalho que o indivíduo executa, pois pode estar aí a causa ou o agravamento de determinada obesidade e do acúmulo de gordura abdominal (Yamada *et al.*, 2002). Além disso, a alimentação de um trabalhador também poder ser comprometida pelo trabalho noturno, principalmente em função da alteração dos horários da refeição, às vezes levando os indivíduos a suprimirem uma das refeições importantes como o café da manhã, o almoço ou o jantar. Outro fator que pode contribuir em assuntos alimentares ou mesmo corporais é a ausência ou o enfraquecimento da relação familiar. Enquanto a família toda estava em atividade, ele estava dormindo e o inverso também acontecia.

Os estudos de cronobiologia podem realmente contribuir para minimizar os problemas relacionados ao ciclo circadiano dos trabalhadores. O trabalho noturno nem sempre é indicado para todas as pessoas, é preciso estar de acordo com o ciclo circadiano individual. Por outro lado, percebemos que no relato abaixo, o sujeito tinha consciência de que o trabalho noturno prejudicava sobremaneira sua saúde e sua alimentação, mas provavelmente existia algum ganho secundário, que poderia ser explicado pelo adicional noturno.

Não, café, café da manhã eu nunca tomei. Eu trabalhava à noite, eu nem almoçava porque eu dormia de dia. Comia um lanche, antes de ir para fábrica,

eu sempre comia. Deve ser isso, salgados, comia salgado. Que tipo de manhã, eu saía andando pela rua. Se tivesse comia um salgado, doce eu comia. Depois comia na janta só. Porque tinha janta três horas da manhã, só. É por que nessa fase eu tive uns problemas lá. Foi mais problema de nervoso mesmo. Aí a minha pressão começou a subir, subir, subir. Comecei a fazer exame. Aí parece que eu comia mais porque eu ficava (...). Aí eu comecei a ganhar peso (8 M).

O trabalho noturno e a atividade de cozinheira foram dois fatores que contribuíram para o aumento de peso para uma depoente. Estudo realizado com homens e mulheres que trabalhavam na área da lavanderia e cozinha de vários hospitais evidenciou que as mulheres que trabalhavam nas cozinhas apresentaram maior prevalência de excesso de peso em relação às que trabalhavam na lavanderia e aos homens das cozinhas (Boclin & Blank, 2006).

Um fator que pode explicar a diferença entre os sexos no grupo de trabalhadores da cozinha está nas atividades do setor. As mulheres se ocupam do preparo dos alimentos e os homens nas atividades de higienização, armazenamento e pré-preparo. Em relação a “beliscar” alimentos entre as refeições no local de trabalho, mostraram-se condições dos trabalhadores de cozinhas, independentemente do sexo. A oportunidade diferenciada que possuem de usufruir do alimento pode contribuir para a alta ingestão de alimentos durante o trabalho (Boclin & Blank, 2006).

(...) eu trabalho em restaurante, a gente beliscava o dia inteiro. Então, de manhã, tinha pão, tomava leite, tomava café. Mas o pão que eu falo, é exagerado, não é um, comia dois. A gula era demais, comia dois. Até o almoço ali dentro da cozinha você já beliscava mais algumas coisas, sentava para almoçar, já catava tudo que via pela frente. Queria comer, queria experimentar tudo. O olho grande (risos). Na parte da tarde, geralmente você está em casa comia uma bolacha, comia uma fruta, comia alguma coisa. No jantar é a mesma coisa, você sentava e comia uma pratada de comida, parecia mesmo aqueles peões mesmo de roça. Naquela época eu trabalhava durante o dia e dormia à noite. Então, eu acho que era um exagero o tanto que eu comia, eu comia tudo errado. Era completamente diferente daquilo que eu comecei a acompanhar com a nutricionista. Porque a gente que não tem acompanhamento, a gente come tudo que vê pela frente. Aquela época era assim, tudo que via pela frente a gente comia (5 F).

Neste capítulo foram discutidas as maneiras de pensar e lidar com a alimentação nas diferentes fases da vida, a aquisição dos hábitos alimentares foram tecidos pela união daqueles herdados pela família, pelas preferências individuais, determinados pelos fatores econômicos, sociais, culturais, pelos aspectos emocionais, pelos conhecimentos do senso comum entre tantos outros fatores que moldaram a escolha e seleção da alimentação e que contribuíram para a obesidade.

CAPÍTULO III

O corpo nas fases da vida



O corpo é, sem dúvida, o mais natural, concreto, o primeiro e o mais normal patrimônio que o homem possui, portanto é estratégico estudar a sua apropriação social. Cada sociedade pressiona os seus indivíduos a fazerem determinados usos de seus corpos e a se comunicarem com ele de maneiras particulares. Imprimindo a marca da estrutura social sobre a própria estrutura somática individual, fazendo do psíquico, físico e do coletivo um amálgama único (Rodrigues, 1975).

Para Le Breton (1995a), o corpo se presta à análise antropológica, já que pertence à cepa da identidade humana. Sem o corpo e rosto, o homem não existiria. Viver consiste em reduzir continuamente ao mundo do corpo, através do simbólico encarnado. Cada sociedade esboça uma visão de mundo, um saber singular sobre o corpo. Muitas não possuem o modelo dualista entre corpo e homem encontrados na sociedade ocidental, em que o corpo moderno pertence a uma ordem diferente, implicada na ruptura dos homens com os outros (estrutura social individualista), com o cosmos, consigo mesmo. Nas concepções atuais, o corpo é signo do indivíduo, o lugar da sua diferença, da sua distinção e ao mesmo tempo dissociado dele mesmo, pela herança dualista.

Cada sociedade ou grupo social imprime marcas em seus membros, tanto em inscrições físicas (tatuagens, circuncisões, modelagem de determinadas partes do corpo, etc.), quanto estéticas (roupas e acessórios) e comportamentais (andar, sentar, repousar, etc.). Dessa maneira, o pertencimento social fica inscrito no corpo, podendo ser identificado pelos demais membros daquela sociedade. Essas marcas corporais podem mostrar diferentes situações tais como: classe social, faixa etária, etnia, posição social, entre tantas coisas (Vítora *et al.*, 2000).

A medicalização iniciada em meados do século XIX (Faure, 2008), apoiada pelos poderes públicos forneceu aos médicos o poder de intermediar a gestão dos corpos, doravante, não é mais fácil falar de normalidade. Moulin (2008) chama atenção para o paradoxo da grande aventura do corpo no século XX, no qual o exibicionismo da doença não é mais admissível, abreviado pelo ideal de decência, o corpo tornou-se o lugar onde a pessoa deve se esforçar para parecer saudável, apesar da medicina denunciar em todos nós uma desordem secreta.

Assim, a obesidade tornou-se o signo de um corpo desviante nas épocas modernas, carregado de informações sobre quem o possui.

1. Corpo ao nascimento

Para apreensão da história do corpo dos entrevistados no trajeto de vida, recorreremos tanto à sua lembrança quanto através dos familiares, das fotos das diferentes fases de vida e das histórias familiares, afinal, não se pode esperar que os sujeitos lembrem desses fatores, e temos que considerar os alertas de Bourdieu (1986) sobre a ilusão biográfica. Nem todos os entrevistados lembraram concretamente de seu corpo ao nascimento. Esse fato pode de certa forma informar o grau de importância conferida ao corpo, refletindo a condição cultural e socioeconômica daquele momento da história dos sujeitos.

Ah! Não lembro, eu sei que eu era bem gordinho desde bebê. Eu, minha mãe tem uma fotografia que eu era bem gordinho mesmo, mas não lembro quantos quilos, que a gente nasceu no nordeste, lá no sertão, então o pessoal não liga para essas coisas não, no dia seguinte a mãe já está na roça para trabalhar (6 M).

Não sei, (risos) quantos quilos nasci, eu não sei, mas eu era (...) sempre fui um bebezinho, pelo que minha conta, um bebezinho gordinho (7 F).

Entre aqueles que traziam alguma lembrança, apenas duas pessoas referiram ser “magras” ao nascimento. Houve leve predominância do corpo “gordinho” e não houve diferença importante entre os gêneros e entre o nível de escolaridade. Entre as respostas, encontramos três categorias relativas ao corpo: “gordo”; “normal” e “magro”. Várias metáforas dessas três categorias foram citadas, para a última apareceram: *magrela; só osso; caveirinha; magrinha e bambu de bater picado*. Para o “corpo normal”, encontramos: *normal; não tinha problema nenhum; bonitinho e certinho; nem mais, nem menos; não tinha nada de mais*. Por fim, para o “corpo gordo”, temos: *gordinho, cheinho, fofinho, grande, brutamente, um pouquinho fora do peso, sempre a mais e obeso*.

Que era um corpo muito bonitinho, muito certinho, eles falam que eu era tipo não tinha barriga nenhuma, de perninha grossa, mas não tinha nada de mais, não era gordo nem mais nem menos, eu lembro que até sete anos eu era magrinho (1 M).

Eu era magrela, só osso, só osso, só caveirinha. Só, chamavam até de pau de bambu de bater picado. Eu era muito esticada e muito magrela (8 F).

Quando eu nasci, eu não me lembro não, mas minha mãe fala que eu era brutamonte, que era grande e pesava em torno de três e oitocentos (quilos) (7 M).

Eu sempre fui fofinha, eu era a caçula da família, a diferença entre minhas irmãs é bem grande, de 10 anos, a outra de sete, eu sou a mais nova, então era a mimada, a chuchuchuca e tentaram outro menininho, não veio (1 F).

No Renascimento, a busca das formas pela harmonia das proporções levou os renascentistas a fixarem normas à anatomia, a plástica da mulher foi sistematizada. O corpo é retratado em formas redondas, a beleza está nas formas cheias. O Renascimento foi a época em que a gordura era sinal de formosura, a silhueta arredondada era considerada uma distinção social; a magreza era considerada feia, pouco saudável e sinal de pobreza. Os livros de receitas da época revelam o abuso de alimentos gordurosos, como manteiga, nata e doce. Tal corpulência as distinguiu das camponesas mal alimentadas, vítimas de doenças como escorbuto e raquitismo (Souza, 2004).

Em muitas culturas onde a comida era escassa, o alto status estava de acordo com quem apresentava mais peso porque isto indicava sucesso financeiro, lembra Kalish (1972). Na época atual, vivemos a lipofobia e a obsessão pela magreza, que rejeita a obesidade, reforça Fischler (1995b).

Em concomitância ao estilo e riscos de vida e dos corpos dos adultos, os planejadores propuseram também às crianças em cada fase da história, modelos de infância saudável (Chammé, 1996). Em 1957, surgiu o primeiro bebê brasileiro da Johnson & Johnson que era referência de criança bem nascida e bem cuidada que participava das propagandas de produtos da linha infantil. Observando a foto da criança eleita percebemos que ela era branca, loura, olhos azuis, com feições de anjo barroco e apresentava um corpo robusto com contornos arredondados

(Almanaque de Comunicação, 2008) ²⁶. Em 2007, o concurso foi reeditado, mas o bebê vencedor apresentou um corpo bem mais magro se comparado aos anteriores.

O processo da “construção social da saúde” intermediada pelo corpo provocou transformações nas maneiras de sentir, pensar e agir, contribuindo para a mudança dos padrões corporais através dos tempos. Esse fato foi citado por um dos entrevistados, evidenciando a transformação dos corpos na atualidade. Houve uma inversão da lógica anterior, na qual o bebê e a criança saudável tinham um corpo roliço, com dobrinhas nas pernas e nos braços, época em que muitas mães inclusive preparavam as mamadeiras com amido de milho para a engorda, pois o corpo magro poderia indicar a falta de saúde.

Não me incomodava muito porque era muito comum naquele tempo as crianças serem mais pesadas, naquele tempo, acreditava que gordura era sinal de saúde, então era muito comum a pessoa ser mais gorda, mais não era. E geralmente o magrelo sofria mais, muito mais, hoje em dia já é o contrário (5 M).

Minha mãe fala que eu nasci um nenê gordinho (...) assim, bem fofinho (...) tal, mas minha mãe diz que eu era muito bonita assim, um bebê muito bonito e gordinho porque naquela época todo mundo que era gordinho era bonito (13 F).

2. O corpo na infância

Quase metade das mulheres possuía um corpo “gordinho ou cheinho” nessa faixa etária. Destas, todas eram oriundas da área urbana. Entre os homens, metade relatou possuir um “corpo gordinho, um pouco acima do peso ou meio gordinho”, sendo três procedentes de área urbana e um que migrou do Ceará para São Paulo no início da infância. Portanto, quase metade dos sujeitos estudados apresentava um corpo gordo na infância.

No Brasil, situações de déficits de peso para altura foram encontradas em apenas 1,9% das crianças menores de cinco anos, apontando o virtual controle de formas agudas de deficiência energética no país. Por sua vez, o excesso de peso

²⁶ <http://www.almanaquedacomunicacao.com.br/artigos/416.HTML>

para altura entre as crianças menores de cinco anos foi encontrado em 6,6% das crianças indicando nesse caso a exposição da população ao risco de obesidade na infância (BRASIL, 2006) ²⁷.

Alguns sujeitos iniciaram o ganho de peso extra desde a infância e aprenderam muito precocemente o significado do discurso da sociedade contemporânea: “É por seu corpo que você é julgado e classificado” (Le Breton, 2003, p.31). Destes, alguns perderam peso em algum momento da vida e depois o readquiriram. Para a maioria desses indivíduos, o conhecimento da lida com corpo em excesso foi tecido na vida cotidiana, permeada pela relação com os outros. A experiência com a obesidade trouxe histórias marcantes. A obesidade na infância não pode ser ignorada, entretanto a significação da adiposidade moderada variou com a idade. Mayer (1968) comenta que crianças que são gordas aos quatro ou cinco anos de idade tendem a permanecer gordos caso nada seja feita sobre isso. E jovens que se tornam gordos aos 14 ou 15 tendem a ter dificuldades com seu peso, na idade adulta.

Os depoimentos abaixo tratam das alterações corporais relacionadas ao processo do crescimento, mas também da incorporação do peso extra. Entre os entrevistados, cerca de um quarto se tornaram obesos nessa faixa etária. Algumas pessoas associaram algum fato ou evento da vida importante ao ganho de peso.

Ah, não, eu (...) minha mãe diz e é verdade que até as fotos de sete anos eu era normal, não era uma criança magrela, mas não era gorda, depois eu já fiquei gordinha, (...) gordinha (...) na infância (...) (3 F).

Nas férias do meio do ano da segunda série, eu comecei a engordar, sai normalzinho e voltei meio gordinho e daí, eu lembro do desespero que eu sentia da tarefa, todas as férias, eu tinha medo que a professora mandava fazer um monte de tabuada nas férias, do um até o cem, dez cópias cada uma e eu tinha medo disso daí. Não sei se tem alguma coisa ver, mas tinha essa preocupação. Eu engordei bem, fiquei gordinho, aí fiquei bem gordinho, até os dez anos, eu tinha um corpinho bem redondinho (1 M).

Eu nunca fui magra, mas nunca foi obesa na infância. Mas aí eu acho que eu tinha oito anos, eu tive hepatite, eu fiquei muito magra. Aí depois do tratamento de saúde, depois que eu me recuperei desse problema da hepatite, aí eu

²⁷ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

comecei a engordar bastante. Não sei se foi excesso de medicamento que eu tomava. É remédio para abrir o apetite, estimulante, porque eu não comia (11 F).

Os estudos com crianças comprovam que aquelas com peso mais elevado apresentam maior risco de permanecerem com excesso de peso na vida adulta, com maiores riscos de desenvolverem outras doenças relacionadas conforme relatam alguns estudos (Cheung *et al.*, 2004; Daniels, 2006) apesar de que nem todos os adultos obesos terem tido esse padrão na infância. Sabe-se, no entanto, que crianças e adolescentes obesos, principalmente a partir dos cinco anos de idade, tornam-se adultos obesos (James, 2002). Santos (2003) apontou que na obesidade infantil, o aspecto corporal não é referência e estímulo para a luta contra a doença. E nos depoimentos das famílias com crianças obesas, foi identificada a dificuldade em lhes impor limites, questões como separações e descasamentos, nascimentos, dificuldades de controlar o estímulo da mídia sobre as crianças, transformações no trabalho, entre outras.

2.1 O corpo em excesso, as relações familiares e entre os pares

A família é um mundo de relações, portanto focar a família é ter em mente que se está tratando de relações e não de indivíduos. Trata-se de relações intersubjetivas que ocorrem no âmbito familiar. Para Sarti (2004) a família é referência simbólica fundamental para a população pobre, (acreditamos que não é exclusiva a essa categoria social) que ordena o lugar dos indivíduos no mundo como um todo, dentro e fora da família. Portanto achamos oportuno olhar os sujeitos dentro do seu contexto familiar durante o seu ciclo de vida, pois a família torna-se um campo privilegiado para se pensar a relação entre o individual e o coletivo. A relação familiar durante a infância para a maioria foi relatada como tranquila, mas com alguns conflitos entre irmãos. Percebemos, porém, que os primeiros apelidos ou impressões foram originados dentro da própria família.

[...] nunca briguei, nunca fui agressivo, nada disso, só que eu era teimoso, mas de brigar não. Disseram muita brincadeira do lado dos familiares, por eu ser nervosinho, retrucar com tudo, não brigar, mas retrucar na fala, eu sempre fui alvo de apelido essas coisas. É também pelo fato de eu ser gordinho, os

apelidos vêm com esse tipo de maldade. Vixe, isso me incomodava muito, não gostava não (faz sinal negativo com a cabeça) (1 M).

Apenas uma entrevistada citou problemas sérios no relacionamento familiar, o pai abandonou a família durante a sua infância, e logo após a mãe se casou com um homem agressivo e violento, o que ocasionou o desmembramento da família. A partir daí, ela passou a viver em diferentes lares, na casa das tias, dos avós e das vizinhas, corroborando com Sarti (2004) e Fonseca (2002) sobre a “circulação de crianças” entre as famílias pobres. Quando a família não consegue cuidar das crianças, independente do motivo, elas contam com uma rede de parentes ou não parentes que assumem as crianças temporária ou definitivamente, sem que ocorra o abandono das mesmas.

[...] e então eu com seis anos de idade, então aí tinham muitas brigas, separações, então eu ficava um pouco em casa, um pouco na casa da minha tia, aí voltava para casa, aí depois eu ficava na minha tia de novo, aí depois eu ficava só com o meu pai e então foi muito bagunçada a minha infância, tanto é que hoje eu tenho depressão por consequência disso (14 F).

A infância de alguns dos nossos entrevistados evidenciou a consequência alimentar das crianças com a saída da mulher (mãe) para o mercado de trabalho, principalmente quando criava sozinha, o filho. As avós passaram a cuidar dos netos, o que causou impacto na alimentação das crianças. No caso de um homem jovem, a avó mineira passou a cuidar da alimentação dele (já ilustrado nas discussões sobre a alimentação). Mas a cultura regional influenciou também a noção de “corpo ideal” o corpo magro não era considerado saudável, portanto houve um excesso alimentar. Assim, a afetividade extrema pelo neto era manifestada pelo estímulo ao excesso alimentar.

Depois de nove anos para frente, aí que eu comecei a ganhar peso, que no caso também, minha mãe trabalhava muito porque era só ela, ela teve uma separação com meu pai, aí ela tinha que trabalhar em dois serviços. Então eu ficava com a minha avó. Ela era mineira:- “gente magra não tem saúde, tem que ser gordo”, então comia o dia inteiro, não era porcaria, era comida normal, só que comia bastante, porque criado pela avó era tratado bem, eu fui criado como um filho dela, porque ela tem dez filhos e já estavam todos casados, então eu

acabei ficando como o filho dela, aí foi nessa época que eu comecei a ganhar peso, daí para frente só fui engordando mesmo (2 M).

O termo *estigma* foi criado pelos gregos para se referirem aos sinais corporais que evidenciavam algum fato extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem o apresentava (Goffman, 1988). A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e os atributos considerados como comuns e naturais. Quando conhecemos uma pessoa, os primeiros aspectos nos permitem prever a categoria e os seus atributos, “a identidade social”. A pessoa que estamos conhecendo, pode apresentar atributos, que a torna diferente de outras e pode ser incluída em uma categoria menos desejável, como uma pessoa estragada ou diminuída, tal característica é o *estigma* que está associado a um atributo profundamente depreciativo como o corpo obeso.

O gordo possui, portanto, uma identidade deteriorada, desacreditado, nos termos de Goffman (1988), tanto pelas abominações do corpo quanto pela crença da responsabilidade individual, cita Throsby (2007). As deformidades físicas visíveis afetam as relações sociais, tornando os obesos diferentes da forma corporal idealizada dentro de uma sociedade que valoriza esteticamente a esbelteza (Fischler, 1995b; Goldemberg & Ramos, 2002).

A citação de que o sujeito gordo vira *ponto de referência* foi recorrente nas falas de todos os entrevistados, independentemente da fase de vida, evidenciando a “diferença” estabelecida pelo corpo em excesso. A designação: *gordo*, como referência também pode informar que a palavra é por si só uma nomenclatura, porque ele não tem nome, a sua identidade é conferida pelo corpo gordo. O comentário abaixo apresentou muitas ambiguidades, a princípio um homem jovem demonstrou o seu desligamento sobre os apelidos, mas depois contou que ficou chateado pela discriminação sofrida, por se tornar ponto de referência, os depoimentos de mulheres também comprovaram essa informação.

(...) Não assim, é (...) apelido, eu nunca tive problema nenhum, eu sempre falo: “eu sempre fui um gordo feliz”, eu nunca liguei para apelido e tal. É lógico que tem situações que você fica chateado que você vê que você é um pouco discriminado também por ser gordo, nego tira sarro, nego fala: “o!”, você vira ponto de referência. Para mim, igual eu falo, gordo na época era ponto de

referência, para mim, porque tudo é relacionado a ele, as brincadeiras, tudo, tudo, então é isso aí, mas discriminação tudo (...) eu, não liga/ligava muito não, lidava bem, não ficava bravo, triste não (...) (2 M).

As crianças que apresentavam sobrepeso ou obesidade na infância, estavam de certa forma “protegida” dentro da família até o momento em que começaram a ter contato com outras crianças, principalmente através do início da atividade escolar.

Ocasão do processo de socialização na qual a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma ideia geral do que é possuir um estigma (Goffman, 1988; pg. 41).

O momento crítico em que o círculo doméstico não pode mais protegê-la da sociedade mais ampla varia segundo a classe social, lugar de residência e tipo de estigma, mas inicia-se uma experiência moral, sugere Goffman (1988). O processo de socialização da experiência corporal é uma constante da condição social do homem, que, entretanto, encontra em certos períodos como a infância e adolescência os momentos mais fortes confirma Le Breton (2007).

No Brasil, em consonância mundial, a partir do final do século XX e início do XXI, deu-se um movimento de valorização dos corpos, no qual o que era escondido passa a ser exibido. A redescoberta do corpo mostra uma mudança na moralidade e a determinação de um padrão estético denominado de “boa forma” (Goldemberg & Ramos, 2002). Os autores seguem o raciocínio de Norbert Elias (1994) para quem, a aparente liberação dos corpos, onipresente na mídia e na publicidade carrega um “processo civilizador”, ou seja, uma nova moral estética, que exige dos indivíduos o controle da sua aparência física. Antigamente, o decoro relacionava-se à não exibição do corpo nu, hoje é relacionado à aparência física, à sua inadequação aos padrões estéticos vigentes, que não se limita apenas a artistas e modelos, mas a todas as pessoas, desde a infância e em todas as idades.

A experiência da “vergonha” do corpo, referida à obesidade, lembrada por Boltanski (2004), talvez seja uma forma de marcar o lugar de pertencimento do

indivíduo na escala social. O corpo é um sinal da posição social, o mais íntimo e por isso mais importante de todos e que nunca se desvincula da pessoa a que pertence. Goffman (1988) identificou o leque de estratégias dos portadores de estigma para administrar as tensões surgidas durante o contato com as pessoas “normais”. Ele identificou três delas: 1) o indivíduo esconde a sua condição para ser aceito como pessoal “normal”, mas no caso da obesidade isso não se aplica pela condição de alta visibilidade; 2) ele procura reduzir o peso do estigma em vez de negar a condição, que no caso da obesidade foi uma possibilidade encontrada pelos sujeitos estudados como forma de administrá-lo; 3) ele decide retirar-se da vida social e abandonar as atividades que impliquem contato com as pessoas normais, atitude que também foi encontrada entre os sujeitos desta pesquisa. Os encontros no cotidiano com os “normais” causam grandes dificuldades e são causa de desconfortos para ambos (Comer & Piliavin, 1972; Kleck, 1969).

Alguns indivíduos experimentaram a terceira estratégia de Goffman (1988) através do isolamento social durante a infância. Algumas se tornaram vítimas do *bullying*, abandonaram a escola, necessitaram gerenciar as atividades físicas, toleraram piadas relacionadas aos seus atributos físicos e submeteram-se a uma gama de outras mazelas não dizíveis.

Eu me trancava, porque eu comecei a me achar feia, pelo fato de ser tão grande, de, ser acima do padrão normal. E eu me isolei um pouco (11 F).

O *bullying* ou violência moral tem sido frequentemente estudado. Na língua inglesa o termo usado é *bullying*, na França chamam de *harcèlement quotidien*, na Itália de *prepotenza* e no Japão de *ijime*. No Brasil, segundo Nogueira (2005), ainda não há palavra para designar o problema. O *bullying* escolar, ou violência entre pares, é um fenômeno tão antigo quanto prejudicial, que pode deixar marcas profundas na vida, mas os estudos sistemáticos ficaram restritos à Escandinávia nos anos 70 (Nogueira, 2005).

Olweus (2001) esclarece que o *bullying* entre crianças em fase escolar é uma forma de violência não física, através de insultos, apelidos cruéis e zombarias que magoam profundamente. As ameaças ocorrem nos recreios e na saída das

escolas, levando os estudantes à exclusão, ocasionando perda de autoestima, danos físicos e materiais. O *bullying* também acarreta um desequilíbrio de forças entre a vítima e o agressor. E, segundo esse autor, as vítimas preferenciais são crianças gordas, de cabelos vermelhos, ou seja, as que têm aparência diferente, assim como os alunos mais frágeis, que se sentem desiguais ou prejudicados. Em consequência dos “ataques”, eles podem demonstrar desinteresse, medo ou falta de vontade de ir à escola, apresentar alteração no rendimento escolar, dispersão ou notas baixas; podem ter sintomas de depressão, perda de sono e pesadelos, normalmente recebem apelidos, são ofendidos, humilhados, discriminados, excluídos, perseguidos e agredidos.

Refletindo um pouco sobre o termo *bullying* podemos concluir que esta manifestação incide geralmente sobre um indivíduo que carrega um *estigma*, que no nosso estudo se trata do corpo gordo. A ligação entre o excesso de peso corporal e a experiência do *bullying* entre meninos e meninas na interação social ocorrida na escola foi demonstrado por Griffiths *et al.*, (2006); Fox & Farrow (2009). Os meninos obesos tendem a ser vítimas declaradas comentam Farrow & Fox (2009), entretanto as meninas obesas tendem a ser vítimas relacionais, sem envolvimento físico ou verbal, a agressão é de forma indireta e a vítima não consegue identificar os agressores. Um exemplo seria espalhar rumores, tipo de comportamento que leva à exclusão social. Mas a declaração a seguir mostra como uma depoente foi uma vítima do *bullying* na escola pela insistência das agressões verbais diferindo, portanto dessa pesquisa. Essas manifestações que ela sofreu tornaram-se um agravante para o abandono escolar.

Então assim (...) era, eu lembro que a molecada falava: - “a gorda, baleia”, tem coisas que você nunca vai esquecer e então realmente na escola sempre foi assim/aí eu também nunca gostei de estudar. Eu nunca gostei de estudar, aí juntava isso, juntava aquilo, eu fui até (...) terminei um pouquinho (...), aí eu ficava enrolando no serviço, para dá o horário de ir para a escola e não ia para a escola. Então, isso aí sempre teve, sempre tem e sempre vai ter, entendeu (...) é a realidade entendeu, você vê suas colegas, aliás, não sei nem se tem, se eu cheguei a ter colegas nessa fase, fui sempre à gordinha (15 F).

As crianças manifestaram a sua discriminação, não porque eram “maldosas”, como cita a depoente abaixo, mas porque simplesmente verbalizaram

sem pudores os valores e preconceitos que são culturalmente determinados por intermédio do cinema, da televisão, da publicidade e de reportagens de jornais e revistas. Segundo Thompson (1995), os meios de comunicação de massa são agentes formadores de opinião e criador-reprodutores de cultura. Champagne (1998) considera que quando comprometida com a defesa de interesses, a mídia tece acontecimentos com a finalidade de representar a realidade que visa divulgar. Essas mensagens formam e transformam os modos de pensar e de agir de determinado grupo interferindo na cultura local.

A mídia é considerada o “quarto poder”, pois assume funções de difusora e de operadora de sentidos de reafirmação dos valores da ideologia da sociedade globalizada (Serra, 2001). Muitos estudos foram realizados a respeito da influência da mídia sobre a alimentação, o corpo e a saúde (Serra, 2001; Serra & Santos 2003; Amâncio & Chaud, 2004). A mídia impõe e estimula o padrão estético cada vez mais inatingível, discriminando o gordo de maneira agressiva, persuasiva e pouco sutil (Fellipe, 2009)²⁸.

Uma entrevistada também resgatou lembranças dolorosas da época da sua infância, por ser “diferente” dos demais. E também foi frequente o relato sobre as tentativas de proteção materna.

Ela comprava as brigas, ela ia brigar no meu lugar, (risos) ou na escola ou com as pessoas que no caminho puxavam meu cabelo, ficavam tirando sarro, ela ficava escondida, ela se escondia atrás de alguma coisa, a hora que a pessoa falasse alguma coisa ela ia e brigava. Por isso que eu falo, só ela mesmo, a gente quando é mãe acho que eu faria igual, eu não deixaria minha filha apanhar, é uma coisa assim, sem sentido, mas ela (...) (risos). Na escola eu sofria, ela sempre me defendeu, sempre ela ia para a escola, ela brigava (...). Porque eu sempre vinha de cabelo puxado, chorando, com o uniforme desajeitado, porque além das brincadeiras, as crianças pegam pesado, isso é da criança, maldosa que só ela, que é assim, é que são as diferenças que eles não são (3 F).

A experiência de possuir um corpo avantajado na infância foi também evocada pelas piadinhas relacionadas aos atributos físicos, como mostrou a entrevistada abaixo.

²⁸ http://www.projedoradix.com.br/dsp_assun.asp?id=36

Na escola, às vezes, quando alguém falava que eu era grande, que eu sempre fui muito alta. Me chamavam, uma época, de guarda-roupa porque eu era grande e forte. Foi de piadinha, eu só me lembro na escola mesmo (11 F).

Um dos sujeitos do estudo lembrou que a discriminação contra os obesos não era tão intensa na época da sua infância, comparado aos dias atuais, confirmando o estudo de Latner & Stunkard (2003). Os autores reaplicaram um estudo de Richardson *et al.*, (1961) para verificar se houve mudança nos graus de estigmatização entre crianças após quarenta anos do primeiro trabalho. As crianças tinham que escolher figuras de crianças por critério de preferência. Entre as figuras estavam: uma criança sem deficiência, outra era cadeirante, uma criança com muleta, outra sem a mão esquerda, uma com o rosto desfigurado e por fim uma criança obesa.

Os resultados mostraram a repetição da escolha para o primeiro lugar, que se tratava da criança saudável. Entre as outras que apresentavam alguma deficiência houve certa diferença no reordenamento entre as outras figuras, mas a última escolha pela criança obesa permaneceu. O mais importante achado desse estudo foi o de que as crianças estão mais fortemente preconceituosas contra a criança obesa em 2001 se comparado aos dados de 1961. Vários estudos sobre o estigma da obesidade foram baseados no trabalho pioneiro de Richardson *et al.* (1961), como este que mencionamos, além dos trabalhos de Latner & Stunkard (2003), Kalish (1972) e Dejong (1980) como veremos no desenvolvimento deste trabalho.

Ah! Faziam aquelas piadinhas assim de (...) Ah! Cuidado para não chutar ele no lugar da bola e essas coisas assim, mas pelo o que eu vejo hoje, no meu tempo era mais light, nem se compara, porque hoje em dia, a molecada judia da pessoa gorda, mas, naquela época, nem tinha tanta discriminação (5 M).

2.2 O gerenciamento do corpo em excesso

O gerenciamento se refere às ações empreendidas pelos adoecidos para “controlar” a obesidade e viver tão normalmente quanto possível, o que não exclui que tais ações se orientem em parte por representações sobre a obesidade e o

seu manejo. Busca-se entender a questão na perspectiva do adoecido e a autoregulação. Questionados sobre a atividade corporal na infância e o corpo, um dos nossos entrevistados emitiu o seguinte enunciado:

Tudo, normal, na infância, criança sempre jogando bola, todos os esporte, sem problema nenhum (4 M).

Já outros que apresentavam dificuldade para movimentar o corpo em excesso, encontravam a solução através de rearranjos nas brincadeiras, como assumir uma posição no jogo, que de certa forma acobertava as suas limitações físicas, pedir para ficar na “reserva“. Trata-se de uma técnica de acobertamento, em que a pessoa desacreditada manipula a informação sobre seu estigma empregando uma adaptação referente a segunda estratégia de Goffman (1988) tentando reduzir o seu estigma.

Não, jogar bola eu jogava, só que assim é no caso eu era goleiro, então já é um lugar que você já não se movimenta tanto, mas jogava normal, na época de escola, fazia educação física, conseguia fazer tudo, um pouquinho inferior a eles, mas conseguia (2 M).

Estudos prévios têm mostrado a existência de diferenças de gênero relacionada ao estigma da obesidade. Os meninos são menos tolerantes com as deficiências funcionais e as meninas com as relacionadas à aparência e demonstram forte estigma relacionado ao tamanho do corpo entre si, comparado aos meninos (Latner & Stunkard, 2003); Richardson & Royce, (1968); Richardson *et al.* (1961).

Era complicado, como sempre rolava um complexo, tinha preconceito velado, não falavam, nunca sofri explícito, sabe:- “sua bolo fofo”, eu acho que menino é mais complicado, a menina consegue ser mais falsinha nessa época, é um preconceito velado. Eu sempre era reserva na queimada, mesmo porque não tinha para correr, então eu mesmo me auto, sabe, eu era reserva, eu participava vendo. Eu nunca fui amante de esporte, era assim, elas me tiravam e eu aceitava. Era um bullying de me sentir, de ser excluída, mas eu mesma me excluía, entendeu? E eu percebia que era um bullying velado, porque era tudo muito velado, eu não chorava, entendeu. Porque eu entendia, eu não queria ferir as pessoas, que não queria atrapalhar a brincadeira delas, ah! eu sou gorda mesmo, ah, se der eu vou, só para fazer numero, vou lá e jogo, mas eu

ficava feliz da vida quando alguém pedia a bola, que eu era a dona da bola. Chamava eu para jogar e jogava meia hora brincava um pouquinho, algumas brincadeiras tipo betsy que não precisava muito de fôlego, não precisa correr (1 F).

Não tirava a camisa de jeito nenhum, nunca tirei, eu inventava que meu nariz sangrava se eu tirasse a camisa, não jogava bola porque meu nariz ia sangrar, isso a partir que eu engordei, antes eu andava sem camisa o dia inteiro, depois comecei a engordar aí criei peito, aí não tirava, do peito e da barriga, mais do peito (1 M).

Outra estratégia encontrada para burlar a atividade física na escola foi solucionada pela apresentação do atestado médico evidenciando mais um mecanismo de proteção materna que nesse caso, em particular, se estendeu por muitos anos.

Ah! Sim, na educação física eu era excluída, eu tinha que fazer, eu era obrigada. Muitas vezes minha mãe deu um jeito e eu não fazia educação física, eu levava atestado, eu acho que pouco fiz educação física na escola, mas quando eu fazia que era jogos, por exemplo. Eu sempre ficava sentadinha, não participava, eu só ficava aí, eu era a reserva, tanto é que eu tenho até um certificadinho de handball (risos). Mas é aquela coisa, você não atuava junto com as outras pessoas, mas você está lá, quando está aquecendo você aquece, mas na hora do jogo você era o reserva e eu amava isso, ter que ficar lá sentada (3 F).

3. A adolescência e o corpo

O adolescente é uma construção social moderna, que significa a possibilidade da emergência de subjetividade e novas referências e padrões identitários (Serra & Santos, 2003). Entre as transformações funcionais, hormonais, afetivas e sociais, as mudanças corporais adquirem importância fundamental (Fleitlich, 1997). De acordo com Muller (2001), um dos momentos mais críticos para o aparecimento da obesidade é o início da adolescência.

A incidência de adolescentes obesos brasileiros vem aumentando nos últimos anos no Brasil, em especial nos grandes centros urbanos, independentemente da classe social a qual pertence (Santos, 2003). A frequência de adolescentes com excesso de peso foi de 16,7% (em 2002-2003), sendo o

problema um pouco mais frequente em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%). Em ambos os sexos, a frequência do excesso de peso foi máxima entre adolescentes de 10-11 anos (cerca de 22%), diminuindo para 12% a 15% no final da adolescência. E há evidências de associação positiva entre renda familiar e excesso de peso. Em relação à obesidade, 2% dos adolescentes brasileiros foram diagnosticados como obesos, sendo 1,8% entre os meninos e 2,9% entre as meninas (BRASIL, 2009).

3.1 Alterações e permanências corporais

Entre os entrevistados, dez pessoas (cinco do sexo feminino e cinco do masculino) ganharam peso corporal, alguns acrescentando quilos a mais ao adquirido na infância já outros iniciaram o ganho de peso nessa faixa etária (três homens e três mulheres). Algumas mulheres e um homem ainda permaneceram magros. Encontramos apenas duas moças que emagreceram durante a adolescência; uma adolescente que manteve o seu peso pela incorporação da atividade física e outro em processo inverso que começou a ganhar peso pelo abandono das práticas corporais. A aquisição de peso corporal foi geralmente associada a algum evento significativo da vida, como parar de estudar, começar a trabalhar, deixar de praticar atividade física ou comer muito.

Para uma entrevistada, o início do ganho de peso aconteceu quando ela finalizou o colégio e começou a trabalhar, na fase entre a adolescência e o início da idade adulta.

(...) então eu pesava 55 quilos na época, até os 18, 19 anos, quando eu comecei a trabalhar que eu parei (...) acabei o colégio. Foi aí que comecei a engordar (...) (4 F).

Para a perspectiva antropológica, a obesidade como uma condição é diferentemente compreendida através das culturas, cita Renzaho (2004), tanto que nos países do Sub-Sahara Africano, a obesidade não é vista como doença. Aliás, em partes do Sub-Sahara africano o sobrepeso e obesidade tem sido historicamente considerado como um sinal de sucesso, boa saúde, riqueza e,

certamente otimismo e felicidade. No Brasil, o trabalho de Ferreira & Magalhães (2006a), concluíram que entre as mulheres da Favela da Rocinha vigoravam padrões próprios de corpo que pouco se vinculavam aos atributos estéticos, a obesidade era percebida de forma diferenciada entre essas mulheres. O corpo obeso era por vezes valorizado no grupo, vinculando-se ao trabalho e à condição social, às noções de suficiência alimentar, força e saúde, quanto ao julgamento de “pesado” e menos ágil. As autoras acreditavam que a obesidade assume contornos próprios nos diferentes contextos e grupos sociais.

O padrão corporal também é definido pela cultura regional, assim no nordeste brasileiro, o gordo era visto como sinônimo de forte, bonito, saudável e estava relacionado com a opulência, com posses, portanto, com uma boa alimentação. Esse depoimento difere dos demais porque o corpo obeso surgiu como um desejo pessoal durante esta fase da vida, como uma escolha que depois se tornou um problema muito sério.

(...) decidi que estava engordando e comecei a gostar de ficar gordo, eu era uma cara muito magro, a cara seca, chupada, eu achava legal ficar gordo, que lá no nordeste as pessoas magras são doentes e as pessoas gordas eram vistas como ricas. E eu quando comecei a engordar comecei a achar que estava vivendo bem, eles gostam de pessoas gordas, entendeu? Eles acham que a pessoa gorda lá no nordeste, pelo menos na minha época, ele era sinônimo de riqueza ou sinônimo de muita saúde e eu tinha isso na cabeça e eu queria ser gordo, então eu comecei a comer para engordar entende? E antes eu comia, mas não engordava e achava bonito e queria ser gordo de qualquer jeito, então comecei a comer de tudo para engordar, acho comendo, comendo, eu acho eu estava com 18 anos (6 M).

Algumas pessoas iniciaram o ganho de peso na infância mantendo ou exacerbando esse excesso durante essa faixa etária.

Olha (...), eu comecei (...) eu tinha (...) ah! eu não sei, eu tinha uns 15 anos e eu já era bem gordinha, eu já tinha, eu nem sei quantos quilos eu pesava, eu era bem gordinha, não lembro. E assim a adolescência toda, sabe assim. Uns dez, onze anos é que começou mesmo, sabe assim, que, que aumentou bastante, mas se eu disse para você que eu sei, eu não me lembro. A adolescência inteira, até uns (...) vinte, vinte e quatro, vixe (15 F).

Sempre para mais, na infância para adolescência sempre para mais, sempre fui aumentando. Sempre gordinho, na infância para adolescência, a partir da hora que eu entrei na adolescência com 13 anos, que eu comecei a engordar para valer, aí eu comecei a ficar obeso, eu sai do gordinho e comecei a ficar gordão, já (4 M).

Frutuoso *et al.* (2003) verificaram que a redução contemporânea no dispêndio energético apresenta-se como um fator determinante da epidemia de obesidade em centros urbanos. Para os adolescentes, a modificação intensifica quando se associa as atividades passivas como assistir televisão, brincar com jogos eletrônicos e usar a internet. Entre os entrevistados, o pronunciamento de um homem jovem evidenciou a causa do engordar pelo comportamento sedentário e pelo consumo de alimentos fartamente calóricos associados à rotina alimentar de um adolescente, que assumia a responsabilidade por alimentar-se por sua própria conta visto que a mãe trabalhava fora de casa.

(...) só comia, não fazia muita coisa, ficava deitado, dormia, tinha uma vida sedentário, daí engorda rápido mesmo (...) pão, coisa salgada, doce não, mais salgado eu comia bastante, assim sabe, sempre é (...) pão com presunto e queijo, essas coisas, maionese e catchup começa num pãozinho e termina num lanche (2 M).

Segundo um entrevistado, a redução das atividades corporais durante a adolescência, e a manutenção da ingestão de grande quantidade de comida levou ao ganho de peso. Outros fatores foram apontados, como o início da vida profissional e a aquisição de vida sedentária também.

Eu pratiquei esportes até uns doze anos de idade, eu acho que foi até bem puxado, eu levantava às seis horas da manhã em quatro dias da semana, eu ia para a Lagoa do Taquaral e fazia ginástica olímpica e vôlei, aí eu comecei a me interessar por basquete. Ai eu fiquei no basquete até os 12 anos de idade, praticando quase três vezes por dia, eu só voltava em casa por volta de 11 horas aí eu almoçava e ia para a escola à tarde. Eu fui ter problema de sobrepeso, logo depois que eu saí do quartel, (...) eu comecei a ganhar peso. Eu acho que depois que eu parei de praticar esse esporte que era em excesso. Eu comia muito bem, sempre comia muito bem, só que eu fazia exercício antes e depois parei, a partir dos 13 anos eu comecei a trabalhar, eu me tornei sedentário. Ai parei com esporte, aí começou a ter consequência para engordar (...) (7 M).

Num movimento inverso aos depoentes anteriores, uma entrevistada admitiu sobrepeso na adolescência, quando começou a trabalhar, mas conseguiu manter o peso corporal pela adesão à atividade física influenciada pela sua mãe.

Assim, na adolescência eu tinha um sobrepeso, mas não era obesa. Então, eu trabalhava, tinha a vida normal. Comecei a trabalhar na adolescência, fiz também capoeira, vôlei, coisas assim que a minha mãe me colocou para fazer para ajudar a não ultrapassar muito o peso. Mas foi uma adolescência normal, eu acho (11 F).

A preocupação com o corpo a partir dessa idade propiciou a procura por tratamentos para emagrecer, tanto para as meninas quanto para os meninos, associado às alterações corporais típicas da idade, em concordância com as informações encontrada no trabalho de Santos & Valle (2002). É então nesse momento que algumas pessoas iniciaram o tratamento para obesidade, ou seja, foi nessa ocasião em que foi definido o diagnóstico. Uma vez estabelecida a doença, foi necessário iniciar o tratamento através dos medicamentos. Infelizmente foi apenas o início de uma série de tratamentos, iniciando o seu itinerário terapêutico. Esse termo da literatura socioantropológica faz referência a uma rede complexa de possibilidades de escolhas cujo percurso é traçado na tentativa de solucionar os problemas de saúde (Gerhardt, 2006).

[...] aí eu comecei a engordar bastante, aí eu lembro que eu comecei a engordar que eu nunca fui magra, aí quando eu tinha 14 anos eu lembro que eu fui no médico, daí eu comecei a tomar remédio. Porque todo mundo, todo mundo, minha mãe tomava e minha irmã e eu queria também. Aí eu lembro que eu tinha 14 anos quando eu comecei a tomar e eu já tinha duas colegas também na escola que tomavam e eu via que dava certo, eu queria tomar também, aí eu fui e o médico deu (...) (9 F).

Mas eu comecei a engordar mesmo é no Senai, eu tinha, acho que dezesseis anos de idade já. Ah, porque eu comecei a engordar. Aí começa a engordar, eu não lembro mais. Eu lembro que passou do Senai, aí eu fui para academia. Emagreci. Tomei remédio, emagreci. Aí, voltei a engordar. Aí eu ia para academia, emagrecia. Fazia regime, emagrecia e engordava (3 M).

Alguns entrevistados ainda permaneceram com o corpo sem excessos, adquirindo peso na idade adulta, como veremos no prosseguimento do estudo.

Eu me lembro aos 15 anos eu era magrinha, magrinha, pesava 50, 52 quilos quando estava gorda (7 F).

E nessa fase de adolescência era peso normal, que eu trabalhava na roça (10 F).

3.2 As relações sociais e o corpo

A adolescência significa uma mudança no estatuto social do sujeito, revela Sarti (2004), mas na nossa sociedade existe a ausência de rituais compartilhados socialmente para simbolizar essa nova posição social. Em sociedades tribais e tradicionais, há os ritos de passagem com inscrições corporais e provas de coragem e força que permitem ao proponente ingressar no mundo dos adultos, segundo as regras vigentes. Na ausência de rituais, o adolescente deixa de configurar a passagem e não tem lugar definido, fazendo com que o jovem viva a contestação, como o “outro” lado do mundo adulto, já que ele é um não-adulto e frequentemente um problema para o mundo adulto.

A família pode ser um local de proteção, outras vezes de conflitos, de cobrança de comportamentos, pois há sempre uma expectativa familiar, já que na maioria das vezes os jovens têm os rumos de suas vidas traçados por seus pais. Os jovens se afirmam opondo-se, fazendo do conflito um instrumento imprescindível em seu processo de tornar-se sujeito, na família e no mundo social, analisa Sarti (2004).

O depoimento abaixo mostrou a ambiguidade entre aceitar as recomendações familiares sobre a alimentação e a rebeldia. De um lado, nos pareceu claro que existia uma cobrança pela atitude permissiva dos pais em relação à sua alimentação, marcadamente caracterizada pelas “porcarias” e por outro lado, o conflito quando os pais tentavam controlar a sua alimentação.

A minha mãe mesmo, ela é uma supermãe, mas ela não é um tipo de mãe controladora entendeu, assim que pega no seu pé (...). Meu pai falava mais raramente, mas essas pessoas assim, falam, falam, falam é fácil entendeu? Às

vezes eu pensava assim, se eles tivessem assim pegado no meu pé (...). Às vezes eles falavam assim, que eu ficava com raiva, que eles brigavam comigo, eu largava o prato, ficava com raiva, mas não escutava, entendeu? Então, assim, sempre foi liberado, refrigerante, era lanche, salgado, tudo, toda aquela porcariada (15 F).

Para o adolescente, a importância da família está na possibilidade de manter o eixo das referências simbólicas que a família representa como lugar de apego, de segurança, de rede de proteção, pondera Sarti (2004). Qual sentimento poderia ter uma mãe, cuja filha apresentava obesidade desde a infância? No relato abaixo, a mãe sempre tentou ajudá-la e protegê-la das pessoas, tanto intra quanto extrafamiliar. E até mesmo quando a filha ia fazer um regime alimentar, a sua mãe a acompanhava. Se na sociedade ocidental uma pessoa é responsabilizada pelo fato de ser obesa, quando se trata de uma criança, a acusação pesa principalmente sobre os pais. Além da responsabilidade atribuída à mulher pela seleção, preparo e distribuição dos alimentos da família, a educação nutricional também é a ela atribuída (Baião & Deslandes, 2006).

[...] porque em casa, minha mãe sempre me protegeu muito. Ai do meu irmão ou do meu pai se fizessem alguma coisa com relação a esse assunto, ela ficava muito furiosa, ela sempre fez regime junto comigo, ela virava Olívia Palito e eu continuava gorda, mas ela sempre fazia junto, o que ela fazia, fosse feito para que eu comesse, ela sempre fazia junto (...) sempre (3 F).

Apesar de a família ser um lugar de apego, como citado acima, às vezes é no ambiente familiar, que os apelidos, as brincadeiras, as cobranças e a estigmatização podem surgir (Crandall, 1995) na relação parental ou fraternal.

[...] assim, e o pior é isso para o gordo, quando você está lá fora e as pessoas tiram sarro é uma coisa, quando a sua família tira sarro isso dói que fere a alma, minha mãe nunca fez isso, mas o meu irmão quando ficava bravo, que a gente brigava, aí ele ia nesse ponto, mas só quando ele estava com alguma coisa entre a gente, ou que a gente brigava, porque irmão, um dia ou outro a gente briga por causa de bobeira (3 F).

[...] eu tinha vergonha, eu tinha vergonha. Eu tinha vergonha porque eu não me sentia bem em pôr short e eu sempre tive pernas grossas, eu tinha vergonha. Eu andava naquela época, que eu ganhei uma mobilet, eu tinha 13 anos, então

e eu andava para todo o canto, sozinha. E eu lembro que o meu irmão era bem sacana ele falava assim “cuidado para não andar e não balançar em cima viu”, mas não era assim (...) (9 F).

Os relacionamentos dos entrevistados com outros adolescentes mostraram duas posições: a primeira de sujeitos que não expressaram sentimentos negativos ou de restrições pelo fato de serem “gordas” (os). E a segundo, a necessidade do gerenciamento dos corpos adolescentes obesos nas suas relações sociais entre os pares.

Ah, eu nunca deixei de ficar em casa por causa da obesidade não, mas eu nunca fui uma pessoa de sair tanto, sempre fui mais caseiro, mas se aparecesse lugar para ir eu ia, não era a obesidade que me deixava em casa não (4 M).

Eu nunca fui ligada ao esporte, minha mãe incentivava muito para música, a gente fez violão, tudo, eu fui uma adolescente tranquila, eu era gordinha, mas era uma gordinha feliz, tranquila, assim não tinha complexo, sabia que não era a menina mais magra do mundo, mas também não era a mais gorda, então ficava no meio termo, ficava bem, entendeu? Eu só estudava, eu saía tal, sempre soube que eu era gordinha (1 F).

Os depoimentos abaixo evidenciaram claramente como esses sujeitos percebiam que não estavam em consonância com o padrão da normalidade e possuidores de um *estigma* relacionado ao corpo, mas mostrou também a ambivalência do gordo. Segundo Fischler (1995b), existe uma dupla imagem do gordo, de um lado como “*bons vivants*” atribuindo a eles a alegria, o bom humor, o gosto pela boa mesa e pelo convívio social, com o estereótipo de um homem roliço, extrovertido, de fácil convívio, o brincalhão que sofre por sua corpulência em seu foro íntimo sem nada transparecer, o gordo simpático como observamos nos depoimentos abaixo. Mas, por outro lado, o gordo pode ser visto como um doente ou depressivo, egoísta, um irresponsável sem controle sobre si mesmo, suscitando reprovação, quando não aversão. De um lado os bufões e de outro os obesos parasitas. O autor verifica a etimologia do termo adiposo e encontra fortes conotações negativas, do latim *crassus*, que significa espesso, grosseiro, deu origem à palavra *grasso* em italiano, *graisse* em francês, mas também *crasse* e

crass em inglês. Já a palavra *obese* de *obedere*, significa consumir, devorar, mas também o sentido de solapar e erodir (Fischler, 1995b).

Sempre tive bastante amizade, nunca fui de brigar, de ficar nervoso com ninguém por causa de tirar sarro, sempre, até então no caso era muito mais querido que outras pessoas que se diziam normais, porque eu sempre estava sorrindo, sempre estava feliz, nunca tive problema nenhum, em relação a isso, não. Aí começa uma idade que você começa a desencanar, quando você é criança, você não tem a cabeça muito aberta, não consegue enxergar as coisas, aí depois começa a crescer fica normal, comecei a acreditar mais em mim, a ver que eu que eu tinha outras qualidades. Olha, só gordo não sabe fazer nada, alguma coisa tem que ter, não tem jeito, eu até brincava, colega meu falava: -“ah, mas você é gordo”, “e você que é feio, você não tem conserto, eu sou gordo mas posso emagrecer”, fazia brincadeira, eu não ligava (2M).

Porque todo gordinho é feliz. Fala que o mal do gordo é ser feliz, eu não sei se ele sorri porque ele não pode chorar, ou se ele chora porque não pode sorri, mas que todos os gordinhos que você encontra, estão sempre contentes, sempre sorrindo. Você não vê eles passando por problema nenhum (8 F).

Ah! você é tão simpática”, eu sei eu sou legal, sou simpática eu sei, às vezes a gente tenta compensar uma coisa, assim, sabe assim? Talvez até-para ser mais aceito, ser o palhaço da turma, sabe assim, a mais é brincalhona, talvez assim é uma forma de você chegar para você ser mais aceita, aí o que acontece (15 F).

Os meios de comunicação, ao darem visibilidade a quem está inserida na estética do corpo esculpido, negligenciam os que estão à margem desse processo, ninguém quer ver as imperfeições, a deformação corporal que a obesidade traz. O sujeito obeso pode revelar o extremo oposto dessa busca e nem sempre quem está à procura de um corpo perfeito quer ser lembrado de que existe a obesidade. Nas revistas de circulação entre os adolescentes, artistas e pessoas famosas oferecem depoimentos sobre o cuidado com a alimentação e o corpo (Serra & Santos, 2003; Melo Silva, 2004). A televisão mostra os gordos apenas nos espaços cômicos, como personagens caricatos nos programas para agradarem ao público.

As dificuldades nas relações sociais, marcadas frequentemente pelas demonstrações de discriminação desde a infância, podem levar os sujeitos a

esconder o sofrimento causado pela sua corpulência, como cita Fischler (1995b), e na idade adulta o manejo através de práticas defensivas.

É, na escola de pequena é triste, na faculdade você cresce e aí você aprende um pouco a se defender, então do jeito que vem, vai, você aprende a (...) você não vai levar um tapa e dar o rosto para dar outro (...) do jeito que você recebe, leva (...) na hora (...). mas depois o seu eu, na hora que você sai de lá, machucou, mas na frente das pessoas você se defende, diferente de quando é pequeno que não sabe se defender e já chora ali mesmo, então na faculdade foi mais tranquilo, bem mais fácil (3 F).

Sant'Anna (2001) comenta sobre o livro do escritor Henri Béraud, o martírio de um obeso, que conta a história de um homem gordo apaixonado, mas desconfiado de que o amor estava “proibido ao hipotálamo”. Esse personagem gordo e apaixonado passava a imagem dos “bons gordos” já citados anteriormente. Esse romance é de 1922, mas a sociedade desde 1920 começa a nutrir aversão aos gordos e a paixão passa então a ser um bem exclusivo dos magros ou esbeltos. Os depoimentos a seguir demonstraram a exclusão da vida afetiva pelos outros ou por si mesmos.

Ah! Coisas de criança assim, na época de escola quando você gosta de uma menina, a menina não quer nada com você por que você é gordo, a única coisa que (...) que eu ficava mais triste e eu me bloqueava, porque eu tinha medo, eu não ia ter chance nunca, era única coisa (...) mas do resto (...) queria, só que ficava triste, eu ficava triste porque do resto eu tinha uma vida normal, normal (2 M).

Era um bullying velado, aquela coisa assim, todo mundo tinha um paquera, mas ninguém vinha falar para mim. Mais tarde, eu descobri que um menino gostava de mim quando ele estava indo embora da cidade, porque ele falava que gostava da Fulana, só que tinha duas Fulanas, eu não imaginava que era eu. Porque ele nunca falou que gostava de mim? Que eu nunca achei que alguém fosse gostar de mim, eu tinha 14 anos, eu sempre tive isso na minha cabeça, eu nunca fui complexada, eu sempre fui à luta, o dia que eu dei meu primeiro beijo, eu nunca achei que fosse ficar com o cara, mas a hora que eu vi que a pessoa olhava para mim, tudo bem, mas eu nunca fui de: –“ai, aquele menino é lindo, eu vou paquerar ele”, eu jamais fui de paquerar um menino bonito, eu sempre paquerava aquele que ele não era areia para o caminhão de ninguém (...) (1 F).

O pudor sempre foi recomendado como virtude, desde a infância e reforçado para as filhas na adolescência, mas na atualidade os corpos nus fazem parte do nosso cotidiano, como consequência da corrosão do pudor, cita Sohn (2008). A autora também relaciona esse recuo do pudor à exigência de sedução imposta pelo casamento; atualmente, homens e mulheres procuram sozinhos os parceiros, quando outrora a família e as relações auxiliavam, mas hoje é necessário o uso de trunfos pessoais, entre eles, o físico. Os depoimentos encontrados em nosso estudo relacionados à afetividade são cheios de insegurança, de receios e preocupações relativos à aceitação por outras pessoas no aspecto afetivo. Santos & Valle (2002) mostraram que as adolescentes obesas percebem a obesidade como obstáculo para a sexualidade, pois viveram situações na qual foram impedidas de se expressarem enquanto “seres sexuais”. Abaixo, o depoimento de uma mulher ao recordar de sua adolescência, momento em que considerou que não havia chances para uma pessoa gorda ter uma relação afetiva.

Ah! (...) sem chance (...) foi horri (...) assim, você fica mocinha, você quer arrumar um namor (...) imagine que, gordo namora? Gordo não namora, gordo (...) quem vai querer namorar gordo? E sofre, por que você sofre o preconceito (...) porque a sociedade (...). É mais, imagina que você namora alguém sendo gordinho assim, você sofre, você sofre (...) (3 F).

Um estudo sobre a “atração” entre os jovens apontou que pessoas altas, em melhores circunstâncias sócio-econômicas e com certo grau de maturidade são avaliadas como mais atraentes (Macintyre & West, 1991). Na maioria das sociedades industrializadas do ocidente, o sobrepeso foi considerado indesejado e socialmente estigmatizado (Dejong & Kleck, 1986). Em relação ao peso corporal, os julgamentos sociais entre homens e mulheres usualmente sugerem que é mais importante para mulheres serem magras se comparado aos homens, mas que o peso também é considerado importante para eles, pois permaneceram expressando insatisfação com seus corpos.

A grande importância do peso na classificação da atratividade feminina nessa idade, estava refletida pelo fato de considerar o sobrepeso feminino como gorda ou roliça (e, portanto não atraente); entretanto, alguns homens “pesados”

foram considerados musculosos (e, portanto atraente). Esses achados são equivalentes a outros estudos que mostram que garotas tendem a pensar que elas podem ser mais magras, enquanto os meninos querem aumentar seu tamanho e músculos reforçando a ideia da diferença entre os gêneros (Macintyre & West, 1991).

Uma entrevistada contou que teve um único namorado com o qual se casou. Apesar disso, ela demonstrou no relato abaixo a dificuldade e a incerteza que permeavam a relação afetiva na época de sua adolescência, traduzidas pela “insatisfação” pelo fato de não ter escolhido o seu companheiro. Ela foi escolhida, ou seja, ela não teve opção de escolha. No segundo depoimento observamos uma manifestação da auto-exclusão das experiências afetivas.

Eu comecei a namorar com (...) eu casei com o meu namorado, foi o único que consegui namorar uma pessoa gorda, acho que por desespero de causa na época, resolvi casar com ele. Foi muito complicado, namorei, a gente brigou, namorei 5 anos, não, 4 (...). Não que você não tenha paquera assim (...) hoje em dia fala ficar, não é! (risos). Não que você não fique, mas era muito complicado (...). Eu até tinha uns namoriquinhos aqui e ali, mas nada sério (...) é muito difícil isso, é muito difícil mesmo. É complicado, porque na realidade não que eu não gostasse dele, não (...). Se eu estou com ele até hoje (...). Faz 14 anos já que nós estamos casados, tem muito tempo, muito tempo, só que você não tem (...), eu não tive opção de escolha, gostava, gosto dele, hoje é um gostar diferente, a cirurgia acaba com qualquer casamento, eu acho (...) se não acabou ainda é porque estou lá firme (3 F).

No dia que eu conheci meu marido, foi engraçado, ele era bonitinho. Eu olhei para ele assim, ele estava totalmente bêbado, todo mundo reparou nele na boate, sabe aquele cara, que está “zoró”, cara de Mauricinho. E era assim na faculdade, eu sempre fui a fofinha da turma, então tinha amigas, eu era a gorda, a outra era a feia, a outra era charmosa, a outra era cocota, magrinha, cabelo grande, sorriso bonito e ela estava do meu lado e ele ficava olhando para cá, eu falava:—“esse cara estava olhando para Ângela” e nem liguei pro cara que estava olhando. Ele estava com uma turma, mas foi muito engraçado, esse amigo dele veio falar comigo: “meu amigo está tão bêbado, que ele quer falar com você, eu falei: “ai meu Deus, tem alguma coisa errada aqui”. Para você ver, eu não acreditei que ele por ser bonito, todo descoladão, pudesse se interessar por mim, isso foi a vida inteira (1 F).

Na fase da adolescência, alguns entrevistados, tanto homens como mulheres, já haviam iniciado os regimes e os tratamentos através de dietas ou com medicamentos para manter a aparência. A relação da oscilação do peso

corporal em relação à afetividade foi informada por dois entrevistados. Dufлот-Priot (1981) define a aparência de uma pessoa como o corpo e os objetos usados pelo corpo, ou ainda como um conjunto de características físicas constantes (ou que variam lentamente), de atitudes corporais (posturas, expressões, gestos) e atributos (roupas, penteados e acessórios). Ou seja, a aparência é parte visível que a pessoa oferece à percepção sensorial do outro e todo ato social que utiliza a aparência ocorre em um ambiente visual.

O meu marido, eu comecei a namorar ele, eu tinha 15 anos. Tive outros namorados antes dele assim (...) ficava (...). Aí quando eu namorava ele, eu tinha vergonha. Eu não era obesa assim, mas é que eu me cobrava, mas eu namorava, eu não tinha/no começo assim quanto, eu tinha uns 13, 14 anos, eu me sentia assim, depois eu tive um pouco mais de confiança em mim. Mas eu namorava, eu saía, ia em boate tudo normal, naquela época o meu problema maior era o peito, porque eu tomava remédio e fazia efeito, aí eu emagrecia e pronto, eu tinha outras colegas e tudo que tomava remédio aí (...). Então, eu me casei, eu tinha 19 anos (9 F).

Até meus primos brincava comigo que era largar da namorada eu emagrecia, aí eu arrumava namorada eu engordava, era largar da namorada, eu emagrecia. É porque eu fazia regime, quando eu largava, geralmente eu me cuidava, fazia regime, parava de comer e emagrecia, cheguei a emagrecer 30 quilos, 20 quilos, mas depois, aí chegou num ponto de sanfona vai e volta e você não consegue mais (1 M).

Ser gordo não afeta apenas os relacionamentos afetivos, namoro, como as relações sociais do sujeito no trabalho e alguns impedimentos sofridos por ele no exercício da função. Entre nossos entrevistados, mais da metade entre homens e mulheres entraram no mundo do trabalho na adolescência.

Um homem jovem, que apresentava peso excessivo desde a infância começou a trabalhar na adolescência, em uma universidade pública como “guardinha”, depois auxiliou o seu padrasto na função de calheiro. Nesse segundo emprego, ele ficou restrito a algumas atividades, pois não podia subir nos telhados das casas, mas era de certa forma protegido pelo padrasto. De acordo com seu depoimento, em quase todos os lugares em que trabalhou, ele foi vítima do preconceito pelo fato de ser ou ter um corpo gordo.

É na época de office-boy, como a gente tinha que andar a universidade inteira, todo mundo tirava sarro, só que por ser gordo ia mais devagar, mas aguentava, todo mundo tira sarro. E quando trabalhei com meu padrasto, tinha que subir nas casas, não, no telhado não podia por causa do meu peso, por precaução meu padrasto não deixava porque como eu era o filho dele, ele tinha medo. No caso ele é pesado, só que ele já tinha experiência, ele pode até cair, ele pode ser alto, mas tem agilidade eu já não (2 M).

A classificação de um obeso na categoria positiva ou negativa resulta não apenas de um traço em particular, mas da relação entre traços físicos e a imagem social da pessoa. Por exemplo, a partir de uma profissão, ou seja, no exercício de determinadas funções, a condição de obeso torna-se mais ou menos incongruente (Fischler, 1995b). O autor afirma que quando a profissão ou função do sujeito gordo implicava num trabalho ligado à força física, as pessoas não o viam como obeso e sim como forte. O mesmo entrevistado acima também trabalhou com carregamento e descarregamento de caminhões pegando peso e seu depoimento evidenciou essa afirmação.

É você nota que tem um pouco de preconceito, mas que nem no caso, eu estava trabalhando nessa empresa de carregamento e tinha muita gente, então faz piadinha, nego taca mais serviço encima. Te taca mais firme em cima de você e se você não aguentar, aí nego aproveita, fica tirando um sarro, fazendo piadinha. E no caso para descarregar caminhão, eu agüentava, eu aguentava peso. Ah! Você era burro de carga, o que jogar você aguenta, era uma vantagem minha, pelo fato de eu ser gordo, eu tinha força, então eu aguentava, daí ficava todo mundo falando que eu era forte (2 M).

O pai de uma entrevistada sempre teve comércio do ramo alimentício e desde a infância, ela ajudava-o informalmente. Na adolescência começou a cuidar de crianças e nessa época já estava com um peso elevado. Depois desse emprego, ela não procurou outros, devido ao aumento de peso corporal. O fato de trabalhar em uma atividade que não precisava ficar exposta a outras pessoas a protegeu de certa forma, dos preconceitos. Considerava-se “aceita” pelos empregadores, mas ainda restava a frustração por não conseguir se enquadrar numa imagem agradável ao olhar dos outros e aos seus próprios. As dificuldades para os movimentos corporais quando cuidava das crianças também foi relatado.

Ai eu conheci uma família e fui trabalhar para cuidar de uma downzinha, uma recém nascida. Trabalhei dois anos para ela, até então foi uma pessoa super legal comigo. Eles nunca se desfizeram de mim, justamente por que era um lugar fechado entendeu, era casa, então, eu não tive contato com o público, com pessoas e tal, talvez se fosse a um lugar que eu ficasse exposta, claro que eu teria aborrecimento, chateação, com certeza haveria assim vários tipos de preconceito. Eles me aceitaram como eu era, até então porque eles eram meus amigos, foram poucos, mas foram assim pessoas assim (...) excepcionais. Sempre que saía falavam: “vamos levar a 15 F, vamos chamar ela e tal, vamos ficar junto”. Nunca se desfizeram de mim, entendeu assim. Mas você sente que está te faltando algo, você nunca está completa, porque você sabe que tinha gente olhando e eu, você se sente frustrada com aquilo (...). Eu não tinha disposição e ainda mais criança, sabe tem aquela vitalidade, aquele ânimo, corre e eles queria correr brincar e eu não aguentava correr com eles, com a criançada, então, realmente, eu me sentia pior porque eles queriam correr, brincar e você não vai, porque você não tem condições (15 F).

3.3 O corpo em excesso e o estigma

O estigma e a obesidade são temas recorrentes nesse trabalho em vários momentos, na relação familiar, nas relações com os pares, no ambiente de trabalho e na relação afetiva, demonstrando inclusive o preconceito latente contra com o corpo obeso, independente da idade, do gênero e do grau de educação formal. O gerenciamento da condição de estigmatizado; a incorporação do estigma; o contato com suas limitações corporais e a necessidade de ser aceito socialmente estão presentes nos depoimentos que se seguem.

A incorporação do peso excedente desde a infância e sua manutenção na adolescência foi o caso de uma entrevistada. As relações sociais foram complicadas, principalmente com os colegas de escola, pois ela continuou sendo vítima do *bullying* na adolescência. Percebemos durante a sua entrevista, que até hoje o tema do estigma sofrido na infância, na adolescência e mesmo durante a idade adulta ainda traz lembranças dolorosas que deixaram cicatrizes profundas.

A questão do ser “diferente” numa sociedade que tenta de todas as formas massificar os indivíduos, principalmente se a diferença está relacionada a alguma abominação do corpo foi relatado por ela, porque o “diferente” fica evidente, chama atenção e precisava ser neutralizado. Portanto, ela não concordava com a política educacional que tentava incorporar os “diferentes” na mesma escola, na mesma sala de aula. Ela preferia viver junto à “seus iguais”, onde imaginava que

se sentiria melhor, mas, como diz Goffman, (1988), essa reclusão só a faria aprender que o mundo que considerava seu é bem menor. Se o estigmatizado consegue atravessar a infância ou parte da vida “protegida”, em algum momento a necessidade o fará estabelecer relações com outros grupos, que o colocarão frente ao momento da verdade.

Eles também não se (...) que nem, teve essa (...) agora as escolas tem que ter a inclusão, mas sei que são as crianças diferentes no meio das crianças (...) só que elas também não estão preparados para isso, então sofre os que não tem problema e sofre que tem problema, eu acho que não tem que ter (...) eu acho que sou completamente contra isso e acho que não tem que ter se tivesse uma escola só de gordo ia ser melhor, é muito complicado ser diferente, você é muito penalizado (...) (3 F).

Mesmo brincadeira assim, é aquilo que eu te falei, se você é magra demais tem uma piadinha, se você é gorda, tem piadinha. Então, aquilo que às vezes alguém falava alguma coisa, eu falava assim: gordinha, isso aqui é excesso de gostosura, menino. Então se distraía, virava o assunto, sabe, mas para gente sempre tem piadinha. Sempre, sempre, sempre (5 F).

4. A idade adulta e o corpo

No Brasil, entre as mulheres, o aumento da obesidade aconteceu nas décadas de 1970 e 1980, com certa estabilidade nos anos 1990, com exceção da Região Nordeste e entre as famílias de baixa renda, nas quais a obesidade feminina continua aumentando. Entre os homens, a trajetória da obesidade é explosiva em todo o país, com aumento de 50% a cada quinze anos, declara Monteiro (2005). O autor comenta que em ambos os sexos, quatro em cada dez adultos sofrem de excesso de peso no país. No Brasil, a obesidade é o segundo maior fator de risco para doenças e óbitos no Brasil, e o primeiro é o consumo de álcool.

4.1 Alterações e permanências corporais

Na idade adulta, entre os vinte e três entrevistados, encontramos sete pessoas, (seis mulheres e um homem) que atravessaram a infância e a adolescência com o corpo “normal” e que só se transformam em excesso nessa

idade. Alguns trabalhos evidenciaram a influência de um processo acumulativo no surgimento da obesidade na fase adulta resultaria não apenas da depauperação na infância, mas também de uma melhora ao menos quantitativa do padrão alimentar, tornando possível o aumento de peso ao longo da vida (Barker & Robinson 1993). Esse foi um fator que provavelmente colaborou para o ganho significativo de peso entre alguns entrevistados.

Nessa faixa etária, encontramos sujeitos que começaram a ganhar peso desde a infância, outros que iniciaram na adolescência e por fim aqueles que ganharam peso a partir dessa fase da vida. Alguns homens e mulheres relacionaram o casamento não só como o gatilho para o ganho de peso, mas também como um potencializador para tal, independente do nível educacional. Além disso, a gravidez também foi outro fator desencadeante e agravante do aumento de peso entre as mulheres. Entre os homens, a associação de ganho de peso e casamento só não foi citada pelos três sujeitos que eram solteiros. O engordar na idade adulta foi mencionado por vários entrevistados como um processo gradativo, contínuo, sem retorno e extremado. Assim, do ponto de vista dos adoecidos, “as doenças crônicas são de longa duração, incertas, múltiplas, desproporcionalmente intrusivas e requerem paliativos porque são incuráveis” (Straus *et al*, 1984, p. 16) e por vezes associadas aos eventos importantes como a transição no papel de estudante para trabalhador.

Com uns 20 anos mudou o meu corpo. Foi gradativo, foi sem sentir, na verdade, foi uma coisa assim (...), eu estava assim com 55 (quilos), aos poucos, (...) não foi assim, em um mês eu engordei 10 quilos (...) não, foi uma coisa, foi aquela coisa anual, aquele aumento foi anual (...) foi na época que eu comecei a trabalhar. Foi, saí do colégio, me formei (...) foi nessa época (4 F).

Meu maior peso foi 158 quilos, antes da cirurgia, foi por volta de maio, junho de 2007, o aumento de peso foi gradual, sempre de pouquinho, não é, teve sim aquela parte que você dá uma estabelecida, começa a entrar preocupações aí a gente acaba fazendo da ansiedade a comida para estar eliminando essa ansiedade, mas num (...) foi gradual (7 M).

Algumas pessoas referiram que não se importavam com o fato de ter um corpo gordo, eles só tomaram providências em relação ao peso após os alertas fornecidos pelo próprio corpo através de sinais ou sintomas; uma delas, apesar de

não apresentar nenhum problema de saúde, foi advertida pelo médico preventivamente. Relatos informam sobre pessoas que nunca se incomodaram com a obesidade, pois não tinham limitações significativas na sua vida, mas devido à hipertensão resolveram estabelecer uma meta: “vou entrar nos meus 40 anos magra” (7 F).

Percebi, mas não me afetava psicologicamente, eu não era um gordo complexado. Eu não gostava, mas isso não me incomodava, ser gordo, não me incomodava de jeito nenhum, era (...) um defeito que não me trazia complicação nenhuma. Até que num acampamento em 2006, onde eu fui para Serra Negra, com 210 crianças, foi aonde eu acordei. Só foi me incomodar o dia que eu tive uma pressão alta neste acampamento, que minha pressão chegou a 20 por (...) 16, eu sei que estava super alta, a enfermeira desse acampamento, me colocou remédio debaixo da língua, eu fiquei três dias com Captopril debaixo da língua. Aí quando a gente saiu de lá e vim para Campinas, minha pressão normalizou e eu comecei a correr atrás da cirurgia (7 M).

Na verdade nunca liguei, nunca liguei, é, o que aconteceu (...) eu comecei a me preocupar mais quando o doutor começou a pegar no meu pé nos periódicos, (exame médico periódico dos servidores): -“olha você pode ter problema, você pode ter problema“, não sei o que (...) então, essa preocupação veio com isso, de alertas médicos:- “Oh, você não tem, mais pode ter“ (...). Nunca liguei, (...) não considerava uma pessoa infeliz, do jeito que (...), mas acho que de tanto os médicos pegarem no pé, pegarem no pé, então a própria Beth (colega de trabalho), diz muitas vezes: “você come muito doce, você come muito açúcar“. Diferente de hoje, hoje eu me preocupo com a quantidade que eu como, a hora que como, como eu como, uma preocupação que eu não tinha (...) (4 F).

4.2 O casamento e o corpo

O casamento é uma instituição social reconhecida pelo costume ou pela lei, em que um homem e uma mulher estabelecem entre si uma união com a presunção de permanência. A função do casamento é proporcionar condições estáveis, socialmente sancionadas à união do marido e da mulher, afim de que eles possam produzir e criar filhos. O casamento é de fato, a principal instituição destinada a assegurar a continuação da família e de outros agrupamentos baseadas no parentesco. Na atualidade, em alguns países, os homossexuais também conquistaram o direito ao casamento.

O conceito de casamento adotado para esse trabalho inclui as formas oficiais e não oficiais de união, na formação de um casal. O casamento é associado à melhora da saúde, incluindo diminuição da mortalidade (Lund *et al.*, 2002) e decréscimo do hábito de fumar (Duncan *et al.* 2006). Mas também é associado com o ganho de peso e obesidade (Umberson, 1992; Rissanen *et al.*, 1991), e entre os brasileiros (Kac *et al.*, 2002; Lins, 1999).

Entre as mulheres entrevistadas, dez viviam com seus parceiros e/ou filhos e cinco não tinham parceiros. Encontramos uma mulher viúva que vivia com a filha mais nova; outra era divorciada e vivia só; duas viviam com a família de origem e nunca viveram maritalmente e a outra estava morando sozinha, mas já havia vivido com companheiros. Entre os homens, três estavam solteiros, (um vivia sozinho e os outros dois com os pais) e os demais eram casados e viviam com as respectivas companheiras e filhos. Entre os sujeitos pesquisados, a maioria associou o casamento ao ganho de peso, tanto homens quanto mulheres. Os depoimentos abaixo devem ser considerados levando-se em conta alguns fatores. Algumas pessoas realmente ganharam peso considerável após o casamento e gravidez (no caso das mulheres), mas deve-se levar em conta também a idade de alguns entrevistados como observamos no relato abaixo, cuja mulher estava com mais de sessenta anos, o acúmulo de peso foi temporalmente distribuído.

Quando eu casei, eu pesava cinquenta e três quilos, mas agora antes da cirurgia, eu cheguei pesar cento e dez quilos (6 F).

Através do relato que se segue, foi possível observar que, num intervalo de aproximadamente seis a sete anos depois do casamento e das gestações, uma mulher ganhou peso considerável necessitando da cirurgia. Já outros associaram o casamento à cessação da atividade física.

Eu acho que depois que eu casei, depois que assim, estava com meus (...) em questão de três anos, eu engordei mais de 15 quilos, eu estava com 65, depois de casada, eu engordei. Eu casei com 27 e operei com 33, 34, eu fiz 34 o ano passado, eu operei com 33, no finalzinho (1 F).

[.] depois que eu casei foi aumentando, só aumentando, não conseguia mais emagrecer, já tentei tudo quanto é coisa, regime de novo, aqueles diet shakes, regime de novo, não adiantou mais, aí só engorda, aí fui cento e cinco, cento e dez, cento e quinze, cento e vinte e dois, aí eu comecei a correr atrás, aí eu emagreci para cento e dezoito, aí eu sai de férias no final de ano e cheguei a cento e trinta, aí extrapolei (1 M).

Para alguns homens o casamento trouxe mais preocupações, caracterizando uma fase de muito estresse, de muita ansiedade. Para aplacar essa tensão, eles “descarregavam” na alimentação, associado ao fato de serem recém casados. Essas preocupações apresentam apóiam os estudos antropológicos que evidenciam as diferenças entre o papel da mulher e do homem. A mulher é ligada ao interior, à manutenção da casa e à moral (dos filhos e sua) e o homem é ligado ao exterior e a providência da família, na sua luta pela feitura ou pelo respeito do nome da família (Agier, 1990; Quiroga, 1982; Fonseca, 1988; Woortmann, 1982 e 1987; Telles, 1988). A capacidade, a força e a habilidade para o trabalho, nas classes trabalhadoras, são elementos importantes constituintes do “*ethos* masculino” (Duarte, 1986 e Sarti, 2004). Assim para o homem, uma causa de perturbação nervosa seria gerada por sua incapacidade de botar comida dentro de casa, reforça Duarte (1986).

Eu acho que com a responsabilidade do casamento, essas coisas assim, isso foi me dando um certo receio, é, problemas que vai decorrendo com o casamento, não com a minha esposa, mas tudo que envolve o casamento, nascimento de filhos e você acaba ficando preocupado com a vinda da criança. E por duas vezes antes da filha nascer, eu tinha perdido emprego aí a coisa, o stress veio à tona e aí quando a segunda nasceu, a mesma coisa, eu estava desempregado e aí eu acho entra esse fator aí do stress, eu acabei indo para a comida, comia...Eu sempre comi muito bem, mas acho que foi aumentando e com isso eu acho que eu não tinha limite, era dois pratos de comida, sempre foi (...) (7 M).

Assim, em relação à família, eu era muito assim de desesperar, de sofrer antes da hora, de colocar a desgraça sem ela ter acontecido, de prevenir ela sem ela nem ter acontecido, de achar que vai acontecer, então eu acho que isso/quando estou assim eu acordava de noite, comia, não dormia, passava noites e noites acordado, eu sou assim, depois da cirurgia melhorou um pouco, eu sempre fui assim eu acho que eu isso ajudava muito eu a engordar, eu comia (1 M).

Em sociedades ocidentais, um importante componente de manutenção da aparência inclui ter um corpo com peso saudável e para mantê-lo, as pessoas praticam atividades como os exercícios e preparam comidas saudáveis em casa. Os achados evidenciam que para os homens, o tipo de relacionamento doméstico tem pouco impacto no ganho de peso, mas para as mulheres legalmente casadas pode ocorrer ganho de cerca de dois, quatro quilos de peso corporal concluem Gneezy & Shafrin²⁹ (2009).

Porém, os homens que fizeram parte do nosso estudo não foram poupados de adquirir peso extra. Os mesmos autores citaram que em relação à separação, não existe evidência que a probabilidade da separação afeta o ganho de peso para o homem, mas para as mulheres, entretanto, a probabilidade de separação tem amplo efeito no ganho de peso. Os indivíduos casados ganham em média, mais peso que os não casados e esse fator é explicado porque o incentivo para a manutenção da sua aparência diminui e inicia o aumento do peso corporal, confirmando as ideias de um homem e também de uma mulher explicadas com recorte de gênero.

Tem pessoas jovens que não está, não é casado, sabe. Não tem o sossego de você estar casado e não tem essa preocupação, que nem uma amiga que veio aqui, falou assim: -"nossa como você está bem, está magrinho, que você está fazendo"? Eu falei: -"ela está à caça", porque é incrível, a pessoa que não tem motivação de chamar atenção de outra pessoa, ela se preocupada mais com a beleza, estética, se preocupa mais com o corpo, já quem casa, não tem essa preocupação. A preocupação dele é outra, é o bem estar familiar, então eu tenho que trabalhar por causa disso, eu tenho que fazer alguma coisa por isso. Às vezes se priva de fazer alguma atividade física para ficar junto com a família, assistir um filme e aí aonde você acaba migrando para o sedentarismo. Então, eu acho que no meu caso, tudo isso foi relevante, eu não tinha preocupação depois dos 21 anos, de estar me cuidando, do meu corpo como antes dos 19 anos. Eu tinha um corpo legal. Eu fazia academia, tinha uma boa musculatura, hoje eu tenho que fazer academia, mas me preocupando mais com a saúde do que com outros fatores. Então, eu acho isso, quem não tem essa preocupação de estar agradando os outros, ela acaba se deixando um pouco mais, o cuidado com o corpo, então, a pessoa acaba se desleixando, eu acho que é isso que ocorre (7 M).

Olha, é tanta coisa, primeiro a estrutura que muda tudo, eu sempre fui muito mimada sabe, eu era caçulinha, lá em casa minha mãe fazia tudo, depois eu

²⁹ <http://www.jasonshafrin.com/papers/Marriage.pdf>.

que tinha que fazer tudo, apesar de ter pessoas trabalhando aqui em casa. Eu acho que o casamento em si, aquela realidade nova, que eu não soube administrar isso e compensei na comida, que já era um problema que eu trazia. Segundo, eu acho que 60% era uma frustração profissional, que eu fiquei muito tempo fazendo a mesma coisa, sem perspectiva, virei meio escrava do salário, era um salário muito bom. Engraçado que eu incentivava ele [o marido] a fazer as coisas, mas eu não ia atrás. Eu falei para ele fazer pós-graduação e ele fez, eu não fiz. Mas eu não fazia nada, eu me acomodei, literalmente, eu fiquei sentada dez anos comendo, eu casei, eu não estou culpando ninguém, eu perdi o rumo, porque eu casei. Eu me acomodei demais, eu fui uma jovem, apesar de todo esse problema de peso, eu tive uma infância rica, uma adolescência riquíssima, eu tocava violão, eu tinha uma cultura muito grande, eu me achava uma jovem dinâmica. Sabia um pouquinho de tudo, não ficava parava em casa, não deixa a peteca cair (1 F).

4.3 A gravidez e o corpo

Moulin (2008) enfatiza que na percepção do corpo no século XX persistiram as desigualdades: social e entre os sexos, pois as mulheres durante gerações pagaram com a própria vida o seu papel na procriação. Entre as nossas entrevistadas, essa ocorrência não se limitou apenas às mulheres de camadas mais pobres. Outros autores também encontraram a associação entre gravidez e obesidade (Brilmann *et al.*, 2007; Warin *et al.*, 2008; Sarwer, *et al.*, 2006). A gestação, assim como o puerpério e a lactação são marcados por mudanças profundas que interferem na vida da mulher. As modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo são as mais reconhecidas. A possibilidade do quadro mórbido das gestantes se caracteriza pela díade do estado de saúde e nutrição. Se a mãe tem baixo peso e carência de micronutrientes, isso pode resultar em baixo peso do bebê, e, por outro lado, o sobrepeso e a obesidade podem associar-se a hipertensão na gravidez e a sérias consequências para a saúde materna e do concepto (Baião & Deslandes, 2006).

Para seis mulheres, a gravidez foi o estopim para a obesidade. Outras já haviam iniciado o ganho de peso anteriormente à gravidez, tendo este evento como reforçador. Entre as três mulheres que não informaram a associação de ganho de peso e gravidez, uma realmente foi adquirir peso, muito tempo depois do nascimento de suas filhas e duas outras não teve filhos.

Uma mulher relatou que ganhou muito peso desde a primeira gestação, o mais espantoso foi saber que ela fez pré-natal numa unidade de saúde e era acompanhada por uma ginecologista que a incentivava comer. Ela ganhou cinquenta quilos, mas não temos a informação de como foi o processo e o acompanhamento da gestação. Outra mulher ganhou cerca de trinta quilos e ela fez duas considerações a respeito de engordar após o casamento e depois da gravidez. Uma causa apontada foi biológica (uso de anticoncepcional), outro fator foi social e relacional (separação da família de origem e dos amigos depois do casamento; veio do Rio de Janeiro para São Paulo onde não conhecia ninguém e como ela trabalhava só em casa, a situação se exacerbou). Novamente, surgem relatos que indicam que o nervosismo e a ansiedade são causadores da obesidade associado ao uso de anticoncepcional.

Eu comecei a engordar quando eu fiquei grávida da minha filha. Eu estava com dezoito anos. Aí, não sei se foi alguma disfunção hormonal, não sei te explicar direito o que ocorreu. Era ginecologista do posto, ela sempre falava assim: “mãezinha, você tem que comer, porque a sua filha não está pegando peso”, sabe. Aí eu comia só que eu não comia uma comida certa, eu me entupia de doce. Comia muito doce. Eu não sei como que eu não tive uma diabete e não dei uma diabete para minha filha. Na gravidez eu engordei cinquenta quilos, para você ter uma ideia. Eu, a única coisa que eu perdi da gestação, foi três quilos, só. Estava com sessenta e um, fiquei com mais de cem quilos (5 F).

E isso foi até eu me casar, aí quando eu me casei, tinha anticoncepcional aquela coisa toda, eu comecei a engordar, aí na minha primeira gravidez eu engordei 30 quilos, eu acho que pesava uns 70 quilos no máximo, eu fui para cento e alguma coisinha, cento e um, cento e dois quilos e esses trinta quilos eu não perdi mais, continuei. Um ano depois, eu estava tendo nenê de novo. A gravidez foi um dos motivos que me fizeram engordar bastante, trinta quilos, que eu engordei tudo isso e não perdi mais. Não sei te falar, não sei se de comer ou mesmo por eu morar longe, meus pais longe, minha mãe longe, então sozinha, também eu acho que isso influenciou um pouco a ficar nervosa, ansiosa, acho que nem tanto na alimentação, no comer mesmo, mais ansiedade, do nervosismo. Eu acho que nem de comer muito, era mais ansiedade mesmo que foi me engordando, foram várias coisinhas (7 F).

Os motivos que levaram uma mulher a engordar muito na fase da gestação foram associados a parar de trabalhar e comer muito (*comer por dois*).

Mas quando eu engravidei, eu engordei vinte quilos e não consegui perder. Porque eu fiquei em casa, parei de trabalhar (...), sendo paparicada pelo marido, eu falava para ele, que eu (...) porque eu sentia muita fome. Então eu falava para ele que eu tinha que comer por dois. E ele acreditou na época (risos). Ele fala hoje, essa história de comer por dois é mentira. Então aí, eu comecei a comer coisas que antes eu não, eu não gostava (...). Eu já estava com uns noventa quilos e na segunda, eu engordei mais ainda, depois fui para cento e vinte e um (14 F).

Em alguns casos, o ganho de peso acima do esperado não aconteceu na primeira gravidez, mas nas subsequentes. Porém, em outros casos relatados, muito provavelmente o ganho de peso ocorreu principalmente pela migração urbana rural e pela mudança de tipo de trabalho. As duas trabalharam na zona rural até a idade adulta, depois migraram para a cidade. Uma delas ainda trabalhou junto com o marido como servente de pedreiro, mas após a sua última gravidez, parou com as atividades fisicamente extenuantes e abriu um comércio de venda de água, alterando assim as atividades corporais, de uma forma intensa a outra branda, o que contribuiu para o ganho de peso, mas esse processo não parece muito claro para ela que procura a justificativa em outros eventos como à cirurgia de “ligação da trompa”. No último relato, a ansiedade e o nervoso, comer muito e a outra gravidez não programada fizeram uma composição de explicações. No quarto depoimento, a ansiedade, a correria e o pouco cuidado com a alimentação foram citados.

Eu casei com vinte e seis anos, mas que eu engordei mesmo, que eu ganhei mais peso, foi depois que nasceu o meu menino, o caçula. É, não sei se foi devido à operação? Como que fala, é ligação que fala? Ligação de trompa? Não sei se foi isso que eu engordei, mas foi depois que ele nasceu que eu ganhei bem mais peso. Então, eu não sei. É, por que, que eu descobri a tireoide bem depois, mas na época que eu engordei, eu acho que foi da ligação da trompa que eu fiz. Eu acho que é isso, mas também, eu não sei se é. Depois da roça, eu trabalhei de servente de pedreiro. O meu marido era construtor, ele tinha a firma construtora. E depois que ele nasceu eu não trabalhei mais fora de casa, aí comecei a engordar (10 F).

Depois do casamento e depois das gravidezes também. Na primeira, eu engordei, não foi tanto, treze quilos. Mas aí depois que eu tive ela, eu engordei bastante. Aí na segunda gravidez, eu já engordei mais, eu engordei dezenove quilos. Da primeira gravidez eu perdi durante a dieta, mas, depois eu comecei a engordar antes da segunda gravidez. Na terceira eu já estava obesa, quando

eu engravidei. Eu não tinha planejado, foi uma gravidez que aconteceu, eu já estava bem obesa na terceira gravidez. Olha menina, no nono, no final da gravidez, eu pesei cento e vinte oito quilos e depois eu sempre fiquei em cento e dezoito, cento e vinte quilos (11 F).

Os relatos abaixo apresentaram a história do emagrecimento seguido da gravidez e ganho excessivo de peso na gestação e a frustração dessas mulheres. O primeiro relato, de uma mulher que queria muito engravidar, mas o excesso de peso era fator limitante. Ela então iniciou um programa de reeducação alimentar para perder peso e aumentar as chances de engravidar. Conseguiu perder trinta quilos, mas antes de completar um ano com o corpo normatizado, descobriu que estava grávida e a partir daí teve reganho de peso muito acima daqueles perdidos. Ficou muito frustrada, pois pela primeira vez conseguira perder consideráveis quantidades de peso, em virtude disso teve dificuldade para aceitar a gravidez e após o nascimento do bebê ficou depressiva, aqui um desejo foi sobreposto pelo outro. No outro relato, a gravidez foi apontada como um período “horrrível”, porque trouxe a incorporação de vinte quilos a mais no peso. Após a amamentação voltou a usar medicamentos para emagrecer até descobrir que estava grávida novamente retomando o ganho de peso.

Aí eu engravidei da minha filha, engordei na gestação 30 quilos achei que o mundo ia acabar e comi, não tive o controle porque assim, quando eu fazia a reeducação, eles falavam que se eu mantivesse meu corpo por dois anos, eu não engordaria mais, eu não mantive. Então eu estava fazendo a reeducação eu estava magra, linda maravilhosa, não foi um ano. Aí engravidei, minha filha nasceu, mas foi uma gestação difícil porque tinha ameaça de aborto, toda hora, nossa foi horrrível, então quando ela (...) O meu emocional é muito voltado assim para comida, então assim uma gestação complicada, eu comi (...) De 70 quilos, fui para cento e pouco, aí ela nasceu, e imediatamente depois do nascimento dela, eu tive uma rejeição, eu tive um “cite”, um curto circuito. Aí, eu sentia muito mal, tudo assim de ruim, eu tinha uma indisposição, aí demorou, ela nasceu em agosto e eu ruim, eu largada, é ... minha mãe de novo que ficou cuidando da gente, eu fiquei na casa da minha mãe, do dia que minha filha nasceu (3 F).

[..] eu engordei (...) uns vinte e três quilos na gravidez dela. Aí depois todo mundo falava assim: -“quando você tiver ela, você emagrece, dando de mama você emagrece (...)” imagina (...) eu engordava (...) nossa, aí foi um período horrrível para mim, depois que eu tive (...) que daí eu ficava gorda, (...) ficava feia. Foi até um período de quase um ano que eu amamentei ela, eu não podia

tomar nada que eu queria tomar remédio porque eu sabia que se eu tomasse remédio ia resolver. Nunca aprendi a comer, então eu fui (...) fui dar mamá (...) daí eu parei e comecei a tomar o remédio. E eu, a menina já ia fazer dois anos e eu ia operar o seio, aí eu descobri que eu estava grávida de novo, daí eu engordei de novo, bastante fui parar nos 100 kg. Daí eu tive um menino, aí já foi um pouco mais difícil de emagrecer (...) (9 F).

Talvez em outros tempos, elas estivessem satisfeitas com seu corpo, quando “a imagem médica da beleza feminina nos séculos XVIII e XIX se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, característicos da maternidade” (Rohden, 2001, p.16). A aparência nessa época era valorizada em algumas áreas médicas em virtude da função primordial que lhes cabia, comenta Poli Neto & Caponi (2007).

Depois da gravidez de gêmeos (a última), uma mulher começou a ganhar peso acentuado que agravou o problema na coluna vertebral e lhe trouxe limitações para o exercício pleno das atividades, principalmente em relação ao seu trabalho e nas atividades físicas, transformando-se num movimento circular com uma série de desdobramentos na sua saúde, provocando as licenças médicas, causando muita tristeza e depressão. Sua história será aprofundada na discussão sobre o trabalho e obesidade.

Foi depois que eu tive as gêmeas. É, e depois da coluna, porque antes eu fazia caminhada, trabalhava, eu tinha uma vida assim, agitada, eu tinha como praticar esporte tudo. Mas depois que eu ganhei as gêmeas, eu comecei a engordar, engordar, engordar e aí eu travei a coluna. Aí foi começando, das outras engordei, mas engordei pouco. Engordei três, quatro, cinco quilos, depois eu conseguia perder. Foi, foi assim instantâneo. Foi indo, foi indo, foi indo, quando eu fui ver, eu estava desse tamanho. Quando fui perceber tinha nem notado, já estava gorda. E por que? Ah, eu não sei, sinceramente eu não sei. Não sei se foi depressão, nesse intervalo que eu fiquei doente, eu perdi o ânimo, desanimei, me entreguei. Deve ter sido tudo isso (8 F).

Conclui-se nesse capítulo que o aumento do peso corporal ocorreu distintamente em diferentes fases da vida dos indivíduos entrevistados. Alguns começaram a engordar desde a infância e já foram tipificados como “crianças gordas” iniciando uma árdua tarefa de conviver e gerenciar o corpo em excesso e

a sua discriminação. Outros adquiriram peso em excesso na adolescência interferindo principalmente nas relações afetivas e na procura por tratamentos. O ganho de peso na idade adulta foi principalmente associado ao casamento, a gravidez para as mulheres e ao nervoso. O ganho de peso nessa faixa etária também interferia nas relações sociais em geral, mas principalmente relacionado ao mundo do trabalho.

CAPÍTULO IV
A obesidade, representações, causas e as
experiências.

Neste capítulo discorreremos sobre o processo de pensar, viver e lidar com o corpo obeso analisado através do olhar dos sujeitos, que comporta uma dimensão da experiência vivida (concreta) e da representação (ideativa) que são integradas, mutantes e reciprocamente influenciadas, sendo recolocadas no cotidiano, mediante as relações sociais. As representações são revistas em função da experiência e esta se sustenta nas ideias gerais sobre saúde, a doença e o adoecer. Assim, Adam & Herzlich (2001) comentam que as enfermidades de longa duração acompanham os sujeitos em todos os lugares da vida. Na dimensão das representações serão analisados os aspectos da concepção da obesidade, a causalidade e se era considerada doença ou não. E na dimensão da experiência, abordaremos os aspectos de ser ou não gordo, e as relações do sujeito com: familiares, amigos, seus afetos, trabalho, vestuário, lazer, cuidados corporais e problemas de saúde.

1. As explicações das causas da obesidade

Antes de considerar as explicações sobre as causas da obesidade na visão dos adoecidos vamos expor brevemente a visão da biomedicina, na qual a obesidade ocorre por uma interação entre fatores genéticos e culturais, assim como familiares, ou seja, o excesso de gordura corporal está determinado por uma herança cultural e genética. As bases genéticas da obesidade ainda estão apenas se definindo. A regulação do peso corporal sofre influências de determinantes genéticos e de alterações endócrinas, ambientais e regulatórios. Os fatores genéticos podem determinar o IMC e como a gordura vai se distribuir no corpo, porém acredita-se que a genética seja responsável por uma predisposição ao excesso de peso, para o qual os fatores ambientais podem desempenhar um grande papel no desencadeamento desta possibilidade. E com relação aos determinantes ambientais, podem-se citar: influência do maior status econômico, que incide no aumento da oferta de alimento, estilos de vida sedentários, assim como de aspectos culturais, que podem facilitar ou dificultar a manifestação de uma tendência (Consenso Latino Americano de Obesidade, 2005; Brillmann *et al.*, 2007).

A busca de uma causalidade na medicina se associa a uma prévia definição de um evento, (geralmente indesejável), que se deseja estudar e intervir e para tanto é necessário que a anomalia seja definida arbitrariamente como um problema a ser estudado pela ciência, se tiver sido primeiro sentido pela consciência, sob a forma de obstáculo ao exercício das atividades, sob forma de perturbação ou nocividade (Canguilhem, 2006). O autor diz também que a associação de uma causa à identificação de uma base anátomo-fisiológica representa o processo que leva à patologização de uma anomalia, ou seja, desde que se conheça a etiologia e a patogenia, o anômalo se torna patológico.

A opção de analisar as explicações sobre as causas da obesidade através da visão dos ex-obesos se deu pelo fato de que essas explicações concentram elementos de grande importância e diferem do sistema médico. Quando reconhecemos a compreensão das causas, podemos entender muitas atitudes e práticas do grupo em questão relacionadas ao fenômeno saúde-doença (Minayo, 1988). Para Scheper-Hugues & Lock (1987), as concepções biomédicas contemporâneas foram precedidas do dualismo cartesiano entre corpo e espírito. A concepção mecanicista do corpo e de suas funções sustenta uma visão reducionista do fenômeno saúde e doença. O olhar sobre a doença é visto como problema físico ou emocional, como biológico ou psicossocial, mas excepcionalmente como fenômeno com várias dimensões; essa fragmentação do olhar gera a fragmentação das abordagens (Uchoa & Vidal, 1994).

A observação do que acontece no cotidiano, a experiência do cuidado e do tratamento das doenças, a tradição familiar e de grupo fornece ao sujeito uma relação de causa-efeito que consiste no seu estoque de conhecimentos emaranhado e alimentado pela prática (Minayo, 1988). A doença objetiva uma relação conflituosa com o social, assim, as pessoas elaboram uma teoria causal constituindo um modelo explicativo da doença. E, para elaborá-las, o sujeito se apoia numa multiplicidade de elementos disponíveis no seu contexto sociocultural, mas que serão apropriados de diferentes formas em virtude da distribuição desigual e das singularidades da trajetória de vida de cada pessoa (Adam & Herzlich, 2001). Mas o fator cultural (costumes, princípios, significados, valores compartilhados e transmitidos tradicionalmente) também é afetado por um

contexto particular envolvendo contextos econômicos, políticos, sociais, geográficos e históricos (Frankenberg, 1980; Anderson, 1991; Helman, 1994).

A sociedade urbano-industrial dispõe de um mosaico de matrizes culturais de diferentes origens, sejam as religiosas, as enraizadas nas tradições, na tradição oral, no senso comum, as veiculadas pelos meios de comunicação e pelos serviços médico-assistenciais aos quais a população tem acesso. Esses últimos emitem prescrições, mensagens, informações, interpretações, conformando uma linguagem sobre as doenças, segundo o modelo biomédico, que se mescla com a abordagem e as formas de pensar e agir não eruditas, segundo Canesqui (2007a).

A explicação sobre a causa da obesidade foi entendida por um único fator: “comer demais”, segundo uma entrevistada, mas nos demais depoimentos, as explicações foram multicausais.

Tem pessoas que abusam, comem demais mesmo. Mas eu nunca fui assim, de comer muito, meu marido fala que eu comia bem, mas eu não comia muito assim (6 F).

Todos entrevistados dessa pesquisa relacionaram a alimentação entre as explicações da causa da obesidade, seja pelo consumo em “excesso” ou “carência” (quantidade), pela escolha entre “correta” e “incorreta”, pelo “apreço à comida” e pela “boa ou má alimentação”. Além da alimentação, foram sobrepostos outros fatores como os estados emocionais: “a ansiedade”, “o estresse”, o “psicológico” e o “nervoso”, categoria físico-moral segundo Duarte (1986). Abaixo, temos, no primeiro depoimento, que o “nervoso” a “ansiedade” engordavam; no segundo, foi apontada como gatilho a “vontade de comer”. Soma-se a esse depoimento, o fator “comer errado”. E na visão da terceira depoente, “o nervoso” atuava diferentemente nas pessoas, para algumas ele funcionava como um freio e para outras como um estímulo para comer sem que houvesse percepção da quantidade de comida ingerida.

Por comer demais, o nervoso engorda, a ansiedade engorda. Tem bastante coisa que engorda (8 M).

Por quê? Porque come, porque come, agora, desconta na comida, come como eu vou dizer assim, tem pessoas que ficam nervosas e não comem e outras comem sem perceber. Nem percebe e vai comendo, comendo. É porque come e o fator psicológico, tudo junto, mas é a comida, a comida que está engordando (9 F).

O sedentarismo associado ao fator alimentar também foi constantemente citado pelo grupo pesquisado, confirmando a estimativa de que 80% da população brasileira vive em regiões urbanas e dessa população, 70% apresentam hábitos de vida sedentários (Marcon & Gus, 2007). Retornando ao fator alimentar, encontramos pessoas que não se alimentavam corretamente mesmo depois da cirurgia. A obesidade também foi explicada pela associação de várias maneiras equivocadas de alimentação: “comer errado”, “comer o que não deve”, “comer em excesso”. As explicações metafóricas se baseavam no “modelo da poupança” (se o depósito for maior que o consumo acumula-se gordura). Entre as causas já apontadas, foi agregado mais um componente, o fator biológico (e hipotireoidismo problemas hormonais). A tireoide (em si) também foi indicada como causa da obesidade, mas houve prevalência do fator moral (relaxo), revelando novamente a responsabilização dos indivíduos.

Olha, é difícil assim de te falar assim o porquê, existe vários fatores. Hoje que eu trabalho aqui, a gente sabe de vários fatores, porque no meu caso, foi por excesso de comida, sedentarismo, mas hoje tem outros fatores que podem agregar a isso, tem hipotireoidismo, problemas hormonais, a pessoa pode engordar o stress mesmo em si. Tem vários fatores que podem levar as pessoas ao excesso de peso, sedentarismo, comida em abundância (...) difícil te falar olha, é isso, o meu foi excesso de comida. (7 M).

Ah, eu não sei, no meu caso assim eu acho que é tiroide. Mas as pessoas eu acho que é, é relaxo um pouco. Porque se a pessoa cuidar um pouquinho ela não vai ser, a menos que tenha um problema no organismo para engordar. Mas do contrário, se ela cuidar da alimentação fazer um pouco de exercício não engorda. Porque vê um trabalhador de roça e vê se engorda. Engorda nada. Faz exercício o dia todo. Eu trabalhava na roça. Mas eu sei que ficava pingando suor, blusa saía toda molhada, sabe. Então não tem como você engordar. Vai na esteira uma hora por dia para ver se não perde peso. Eu tenho certeza que perde. Eu não faço porque, eu quero fazer não, mas eu tenho certeza que eu perco peso se fazer isso (10 F).

Além dos aspectos ligados à alimentação e a hereditariedade, outros depoimentos acrescentaram os fatores psicológicos, a propensão individual incluindo os fatores biológicos e demais fatores mencionados anteriormente.

Um pouco pela genética e um pouco pela alimentação também. Não ter tido uma educação alimentar desde pequeno. Acostumou comer errado, muita coisa, comer muito na rua. Eu quando eu trabalhava fora assim, eu comia muito na rua. Na minha adolescência. Sempre comi errado. Ao invés de fazer um almoço, não eu quero um hambúrguer, uma coisa assim. Acabava fazendo tudo errado (11 F).

Aí, aí, eu não sei, não sei. Um motivo porque já nasce já é de família. Que nem o meu irmãozinho, [adotivo] gordo que nem, a gente não conhece a família dele. Não sabe de onde que ele veio. E ele veio magro e hoje ele está gordo. Vai saber, a minha avó, pode dizer que ela era gorda, porque antigamente a pessoa comia muito gordura de porco, não existia óleo, não existia nada. Era aquela gordurona mesmo. Ou era pão feito em casa, antigamente. Aí, depois da crise veio aí foi o contrário. Um pouco passava fome e outro comia demais. Eu acho que vem de família. Porque às vezes você pega uma irmã magrinha e em compensação a outra tem duzentos. E elas comem a mesma coisa, vivem na mesma casa, não é verdade?(8 F).

Numa pesquisa realizada na Inglaterra e na Escócia, os sujeitos obesos entrevistados por Throsby (2007) apontaram a hereditariedade como uma das principais explicações para as causas da obesidade. Na pesquisa dessa autora, a explicação foi quase unicausal, diferenciando dos nossos entrevistados que associaram a hereditariedade a outros fatores tais como: doenças relacionadas à tireoide, hormônios, problemas metabólicos, alimentação errada, “o nervoso”, entre outras coisas.

Para um dos sujeitos da nossa pesquisa, a questão da obesidade era decorrente de comer errado e, em alguns casos, de problemas metabólicos. Em relação à explicação que envolvia o “metabolismo”, Throsby (2007) criticou um artigo do British Medical Journal, “Obesidade na Inglaterra: Glotonaria ou Preguiça”. Os autores ironizavam com a frase: “doutor, esta é a síndrome do meu metabolismo”, argumentando que a pessoa obesa tende a dar esse tipo de explicação, mas na realidade ela come mais do que conta.

Nas explicações sobre a causa da obesidade, uma articulação de elementos religiosos foi elaborada, quando uma depoente questionou se a obesidade era um castigo de Deus por alguma coisa que ela havia feito.

[...] então, eu falava assim:- “Meu Deus por quê?”. Às vezes a gente pergunta “por que eu?”. Eu só queria ser um pouco mais leve ou, ou sabe assim, eu queria ser uma pessoa normal. Mas por que eu? Às vezes até, eu achava que eu não comia tanto assim para chegar a esse extremo, às vezes eu pensava assim “será que é um castigo, será que Deus está me castigando por alguma coisa?”. Às vezes eu via como um castigo, às vezes eu via (...). Minha vida não tinha mais sentido, eu não tinha vontade de viver, então você fica frustrada com aquilo, com aquela imagem, você vê aquela pessoa, não é normal aquilo. Você vê aquilo e fala: “Meu Deus”. Então é deprimente, bem deprimente (15 F).

Para os estudiosos da genética, a coexistência de obesidade em vários membros da mesma família confirma a participação da herança genética na incidência da obesidade (Lopes *et al.*, 2004). Segundo Orera (1997), a probabilidade dos filhos serem obesos quando os pais o são foi estimado em cinquenta e oitenta por cento. Já os estudos de segregação de núcleos familiares, de adoções e entre gêmeos, assim como de associação genética confirma a tese de que o risco de obesidade é superior nos descendentes de pessoas obesas (Chagnon *et al.*, 1997).

No entanto, essas informações não são suficientes para explicar sem equívocos a origem genética da obesidade, uma vez que as famílias compartilham outros fatores implicados, como o estilo de vida, os hábitos dietéticos e o meio-ambiente. A influência genética como causa de obesidade pode manifestar-se através de alterações no apetite ou no gasto energético (Lopes *et al.*, 2004). Kushner & Foster (2000) relataram que apesar de os dados apontarem para a importância do risco familiar como critério de vulnerabilidade, ainda não se tem clara prevalência entre genética molecular e fatores ambientais como desencadeadores da obesidade. No depoimento abaixo, verificamos que a obesidade e aos padrões corporais da família paterna foram consideradas como uma *herança*, então era possível prever seu “destino” ao observar outros corpos familiares.

Tem a família do meu pai. É uma parte da família dele ficou obesa, uma parte não. O meu pai não é obeso, é magro, mas a irmã dele faleceu com quase duzentos quilos. Então, eu olhava assim, para minha tia, eu falava: “Meu Deus, será que eu vou ficar assim? Porque eu já estava com cento e trinta, para duzentos o que faltava? Quase nada, aquilo me angustiava, eu falava assim:- “Nossa que herança que eu herdei”, a gordura! (risos). Então, eu ficava assim com muito medo de chegar às consequências que a minha tia chegou, eu não queria de jeito nenhum (5 F).

No discurso popular, os genes têm assumido um *status* de ícone cultural e o conceito de “gene para” (Nelkin & Lindee, 1995) tem significação social corrente nas considerações de um amplo âmbito de tratamento de desordens (Peterson, 2001). Alguns entrevistados apontaram outros membros da família paterna e materna os quais também eram apresentavam excesso de peso, inclusive, entre alguns, a cirurgia antiobesidade foi utilizada como tratamento para a obesidade.

Tem dois primos que operaram (cirurgia bariátrica). Da minha mãe, a maioria são obesos, da parte da minha mãe todos grandes mesmo. E irmãs, duas irmãs são magrinhas (...) (3 M).

Excesso mesmo tem meu irmão e dois primos gordos. Ah, tem bastante, que engorda e vive fazendo regime, não chega a ser obeso. Minha mãe, ela não é obesa, mas ela engorda, meu pai era magro chegou a 100 quilos. Mas os familiares são magros, do lado do meu pai. Do lado da minha mãe, são gordinhos. Desde criança eu lembro da minha mãe fazendo regime. Ela tomava alcachofra para emagrecer, comprimido redondo, marrom. Berinjela de manhã cedo batido com laranja, tomava isso aí também. Ainda, faz regime, come muito errado assim, povo bebe cerveja, a cerveja engorda muito e dá aquela famosa barriga, então é isso, são gordos, mas engorda, emagrece, no âmbito geral são normais. Eles também não gostam de ser gordos, a maioria das pessoas não gosta de ser gorda! Meu irmão, ele foi tentar fazer a cirurgia, mas ele desistiu. Falou que não queria ficar magrelo que nem eu, mas não sei se é verdade, o outro é gordo, é enorme, mais alto, ele deve pesar uns 160 quilos por aí (1 M).

A correlação intrafamiliar positiva quanto ao estado nutricional de pais e filhos, por compartilharem tanto informações genéticas, quanto condição socioeconômica e ambiental tem sido apontada por diversos pesquisadores (Engstrom & Anjos, 1999; Martins *et al.* 2007). A presença da obesidade entre os casais pode ser explicada também pelos fatores mencionados acima, com exceção da informação genética. E a presença de obesidade entre os casais

também pode afetar a relação dos filhos com a alimentação. Percebemos pelos depoimentos que o padrão alimentar familiar influenciava todos os componentes da família mesmo aqueles que não tinham a mesma ascendência (esposa/esposo). Em algumas situações, os filhos foram influenciados pelo comportamento alimentar dos pais. Apesar de a família ser um importante determinante na formação dos hábitos alimentares, não pode deixar de mencionar outros fatores, como a escola, a rede social, as condições socioeconômicas e culturais que influenciam o processo de construção dos hábitos alimentares da criança e do futuro adulto (Rossi *et al.*, 2008).

A minha esposa também está bem gorda. Ah, a minha menina está um pouquinho fora do peso. Pego super no pé dela, olha, eu falo: -"você tem que parar, tem que...". Ela via eu comendo essas porcariadas, ela começou a comer, eu comprava bolacha recheada. Comprava essas coisas, aí eu cortei tudo. É aí era dois pacotinhos por mês, só! Era aquilo para comer no mês, se acabou já era. Então é assim, ela agora também está fazendo exercício e já está abaixando o pesinho dela, mas ainda está bem gordinha, ela está com nove anos. Agora o menino não, o menino é o peso ideal para a idade (5 M).

Minha esposa, ela tem um excesso de peso, minha filha também. A mais nova não, ela é esbelta. Eu creio que a mais velha está assim, não digo obesa, mas já deve estar assim (faz gesto com a mão, indicando um círculo) (7 M).

2. Representação sobre a obesidade ser ou não doença

Segundo a visão da biomedicina, a obesidade é definida como doença, mas existem controvérsias, pois para alguns autores, ela se comporta mais como fator de risco para outras patologias. Porque a definição de doença requer a existência de um grupo de sinais e sintomas e alteração funcional de uma forma universal, mas ela é definida através de um valor antropométrico ou de gordura corporal acima de um ponto de corte. Entretanto, muitos consideram que ela pode acarretar uma ameaça à saúde e longevidade, mas não deveria ser considerada como doença (Anjos, 2006).

A obesidade não representa uma simples questão de balanço energético positivo (Monteiro *et al.* 2001). Esse tipo de definição de obesidade tem uma orientação determinista que traria em si a solução, assim ingerir menos ou gastar

mais energia, mas o aumento progressivo da sua prevalência na população impõe uma reflexão além dessas considerações (Carvalho & Martins, 2004). Segundo os mesmos autores, o corpo gordo não é uma máquina que ingere e excreta substâncias independente do ambiente. O corpo faz parte do ambiente em que vive e dele se apropria a cada momento interagindo e modificando os processos de transdução de energia. Assim é preciso debruçar o olhar para a construção do conceito de obesidade.

Até 1985, não era claro se a obesidade representava uma doença ou uma manifestação clínica comum de um grupo de desordens do metabolismo no homem (Bierman, 1985; Chang & Christakis, 2002). Neste mesmo ano, o *National Institute of Health* dos Estados Unidos determinou o pela primeira vez que a obesidade era a maior ameaça para a saúde pública (Brody, 1985).

A identificação do estado de normalidade ou saúde passou a ser feita através de referências a determinados parâmetros bioquímicos ou físicos, estabelecendo um “valor normal” para cada uma das medidas, sendo que valores superiores ou inferiores à faixa de “normalidade” indicam a presença de “enfermidade” (*disease*), considerada como um desvio da normalidade. Se este é o padrão médico que estabelece a norma corporal aceitável é preciso também considerar que o indivíduo é declarado doente conforme classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades fixadas por ela, portanto a noção de saúde e doença é também uma construção social e envolve valores e significados dados pela cultura (Feinstein, 1979).

O saber médico também está articulado com o social, construindo o diagnóstico através das sensações desagradáveis que o paciente informa, denominado de *sintomas*, (caráter invisível da doença, sensações que o indivíduo experimenta e verbaliza) e *sinais* que são os aspectos constatados pelo médico (manifestação objetiva, parte visível da doença, domínio médico através do exame físico) (Ferreira, 1994).

O modelo da biomedicina quando comparado com o modelo moral diminui a responsabilidade individual e a resposta social é caracterizada por uma terapêutica em lugar de um tom punitivo (Conrad & Schneider 1992). O modelo médico, entretanto é também criticado pelo seu reducionismo científico e um

compromisso teórico com o individualismo (Crawford 1980; Reissman 1983; Coreil *et al.*, 1985; Travers 1995). Problemas e doenças são situados no plano individual e o corpo humano individual é tomado como um lugar de explanação, percepção, diagnóstico e intervenção (Crawford, 1980).

Condições estruturais como o sociocultural ambiental e contexto material são sempre obscurecidos ou ignorados em favor dos fatores individuais como o estilo de vida e comportamentos pessoais. Problemas sociais então se tornam individualizados (Conrad & Schneider 1992). As campanhas médicas promotoras de estilo de vida saudável são freqüentemente subentendidos pela implícita assunção que comportamentos são voluntariamente e independentemente modificáveis e que restrições sistemáticas são subestimadas enquanto a ênfase é dirigida para a responsabilidade individual (Crawford 1980; Corei *et al.* 1985).

Castiel (2003, p.93) traz uma importante reflexão sobre a busca por “estilos de vida ativos” ao afirmar que uma crítica comum ao conceito “estilo de vida” é referente a seu emprego em contextos de miséria e aplicado a grupos sociais onde as margens de escolha praticamente inexistem. Muitas pessoas não elegem “estilos para levar suas vidas, pois não há opções disponíveis”. O que há nestas circunstâncias são **estratégias de sobrevivência** (grifo do autor). Mesmo quando não se trata de contextos miseráveis, os estilos de vida e comportamentos são fortemente influenciados pela pressão dos pares, propaganda, possibilidade de acesso alimentos saudáveis, espaços de lazer, entre outros (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

A relação entre obesidade e saúde, do ponto de vista antropológico, precisa ser relativizada, pois a ausência de saúde, o “estar doente” pode ser caracterizado de várias maneiras. O que pode ser considerado doença em determinada cultura ou grupo social não necessariamente pode ser estendida a outras. Lembrando Helman (1994, p.105), “(...) *as definições de saúde e doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais (...)*”. Nos países subdesenvolvidos, doente quer dizer desnutrido ou atingido por doença infecciosa, mas na Europa e na América do Norte, isso era verdadeiro há séculos atrás e hoje se pensa nos tumores, doenças mentais, cardiopatias, segundo Berlinguer (1988) e acrescentamos também as doenças crônicas.

Knauth (1992) reflete que se partirmos do pressuposto de que o real é sempre mediado pelo simbólico, a saúde e a doença possuem uma realidade independente de sua definição biomédica, pois são objetos de representação e tratamentos específicos em cada cultura. A doença pode ser vista como um fenômeno social, quando só pode ser pensada dentro de um sistema simbólico que lhe define, confere sentido e estabelece os tratamentos. Apesar de a doença ser individual, mobiliza um conjunto de relações sociais e nesse sentido, para Augé (1986), a doença é um objeto de investigação privilegiado, pois coloca ao mesmo tempo, o biológico e o social, o individual e o coletivo.

As doenças são tomadas como objetos concretos, sem significados social, cultural ou psíquico e fazem com que a leitura do médico seja diferente da dos pacientes. Apesar do discurso generalizante, o tratamento é uma instância individual, onde cada médico tem a sua conduta e para cada paciente a conduta de um médico pode ser diferente (Camargo Jr., 2003).

Em relação ao olhar dos nossos entrevistados, encontramos pessoas que não sabiam a resposta por elas mesmas, mas outras que estavam cientes de que os médicos a consideravam como doença.

Olha meu anjo, já se é uma doença, eu não sei se posso te dizer se é uma doença, perante os médicos eles falam que é então, mas a gente engorda, é um engordar, que você, eu principalmente, eu nem percebi que estava obesa, foi de repente. Para você perder demora um século, mas para você ganhar, você ganha do dia para noite. A hora que você vê você já tá gorda (5 F).

Apenas um entrevistado não considerou a obesidade uma doença, mas ele afirmou que ela pode trazer outras doenças.

Não, eu acho que não. Ah, porque, estar gorda ou não, não é uma doença. A gordura pode te trazer doenças. Você está gordo, se você fizer um esforço você emagrece, mas doença, eu acho que não é não (8 M).

A maioria considerou a obesidade como doença. E segundo a visão da biomedicina, trata-se de uma doença crônica. Ainda segundo Canesqui (2007a), sob o olhar da antropologia, a cronicidade é um conceito da sociedade ocidental para se referir a uma condição que só pode ser gerenciada, mas não pode ser curada. No primeiro depoimento, o sentido da doença é explicado porque “ser

gordo” não é escolha dos sujeitos. A obesidade foi considerada uma doença pela falta de controle, ligada à ansiedade e ao sofrimento.

É, porque de fato, ninguém quer ser gordo. Que é uma consequência, que causa muito sofrimento para muita gente. Todas as pessoas que eu converso têm problema de peso. Que não, não pode usar uma roupa que acha bonita porque não fica bem, porque não serve e acaba sendo ruim mesmo (11 F).

Eu acho que é porque a gente não tem controle sabe, por mais que meu marido falava para mim:- “ está errado, está errado”, sabe, você fica com raiva, você sai de perto, você não quer ouvir isso:- “ah para de encher” (...), sabe! Eu, eu acho que é doença sim e (...) você não tem fome àquela hora certa que tem comer. Então você come a hora que você tem a fome e a fome vem. Vem com muita, então você come aquele monte, então eu só almoçava aquele monte, depois eu só ia jantar aquele monte de novo. Entendeu?... Então, eu acho que é uma doença sim. É uma doença de ansiedade, principalmente a hora em que a gente está em frente da T.V., é a hora que a gente come mais, a hora que você está ali entretida, é a hora em que eu comia mais. E todos os obesos falam isso, eu vejo na TV, todos eles falam a mesma coisa e eu falo é verdade. Os coitados “puxa”, tenta perder peso, sabe, é um sofrimento, só eu sei o quanto é sofrido perder peso (14 F).

A obesidade foi considerada uma doença porque se opunha à normalidade e dizia respeito à esfera emocional, uma doença psicológica, porque o pensamento da pessoa obesa é diferente, o mundo dela é por causa da comida; é uma doença da cabeça; é uma fome psicológica. A obesidade foi considerada uma doença principalmente pelo fato de ter convivido com um corpo gordo desde a infância, ou seja, pelo tempo de acometimento dessa condição.

A ideia da incorporação do peso como um processo, (caracterizando a sua cronicidade) também esteve presente nos depoimentos. Não saber dizer se a obesidade é ou não doença, mas saber que ela desencadeia outras doenças também é uma dúvida compartilhada por muitos, mas com certeza o emagrecimento melhorou as condições de saúde e foi apontado como resultado de um descuido pessoal que foi permeando o cotidiano. Os depoimentos reforçaram a centralidade da comida na vida cotidiana das pessoas “gordas”, assim como a falta de controle.

Ah, eu acho que é uma doença, porque não é uma coisa normal. É um distúrbio que você vai, vai, vai crescendo e crescendo, aumentando, aumentando e parece que você vai explodir. E eu sinto ainda, realmente que eu preciso voltar com um tratamento psicológico, isso aí eu parei logo depois que eu fiz a cirurgia. A pessoa obesa ela pensa totalmente diferente, o mundo dela é por causa da comida, é verdade. Se parar para pensar, você acorda e pensa assim, o que tem para comer? Que eu vou tomar de café, daqui a pouco você está comendo ali, mas está pensando no que você vai comer daqui a pouco [...]. É 24 horas pensando em comida, é a cabeça de uma pessoa obesa, muitos não admitem, mas é vinte e quatro horas pensando em comida e isso é uma doença, sabia? É uma doença psicológica, mas é uma doença, eu acho que é (...). E a pessoa acaba levando a vida dela pelo que ela vai comer, se você falar para ela vamos viajar, o que gordo pergunta: -“tem restaurante próximo? O que nós vamos comer?” A preocupação do gordo é comida, nós vamos levar não sei o quê, pega já leva uma matula cheia de coisa, então eu acho que é uma doença (...) depois a pessoa chega num ponto que perde o controle (13 F).

Eu vejo como uma doença sim, claro que você é gordo, porque (...). Sabe que eu nunca me perguntei isso? Eu acho que é uma doença, mas que é uma doença de cabeça, é complicado, mas só o gordo que sabe isso, porque quem está fora não sabe, eu falo assim, só sabe quem vive. Eu posso dizer por que eu vivi e eu sempre fui gorda. [...] eu acho que o melhor caminho para tratar gordo é pelo emocional, no meu caso resolve, é igual à Maria-Fumaça tem que tacar lenha, lenha (...) (3 F).

A vontade de comer em excesso também foi vista como doença do hábito e vício comparada ao cigarro, às drogas. A obesidade foi justificada por se tratar de uma compulsão por comida, uma escravidão do corpo, uma dependência que causa comisseração. Segundo um entrevistado, “ser magro” deveria ser um direito para as pessoas não sofrerem, pois a obesidade foi considerada a pior doença *das dependências*. Comparações entre o comer e o hábito de fumar foram levantadas, assim como idéias ambivalentes sobre ser ou não vício, justificando a necessidade do corpo pela comida e não por uma falha no caráter. Uma das entrevistadas sugeriu que a obesidade e o alcoolismo são duas doenças novas.

Fome não, eu acho que eu nunca senti fome na minha vida, nunca senti fome, nunca cheguei assim, nunca parei assim, para dizer “Ai que fome”, porque não dava tempo, era uma coisa atrás da outra, eu nunca senti fome entendeu? Então é hábito, hábito, mania, vício, que vicia e se torna igual um fumante, um drogado, ele tem a necessidade de se drogar, é a mesma coisa o obeso, ele é compulsivo por comida, entendeu? Qualquer coisa assim ele está comendo, está mastigando, é uma compulsividade, entendeu, ela não tem noção, é uma doença! (15 F).

Eu acho, eu acho porque é ao contrário que os outros pensam, que é uma frescura, que come porque quer, não é! Você come porque seu corpo precisa, é uma escravidão do próprio corpo, eu tenho dó da pessoa gorda, eu vejo pessoa gorda na rua eu tenho dó. Todo mundo devia ter direito de ser magro, de não ser gordo e não sofrer com isso! Porque passar fome é pior coisa do mundo, o gordo sofre dobrado porque o magro não sente fome, quando as pessoas falam:- “ah! isso é frescura!”. Um dia até a diretora que trabalha comigo, ela falou assim: -“opera quem é fresco”, eu falei: -“então, porque você não para de fumar”? “Ah! Parar de fumar é outra coisa!”. Comer é um vício, cada vez se precisa mais, é igual a droga, quanto mais você lancia teu estômago, mais você tem que comer e ele te cobra isso! E não é igual o vício, porque é mental, aquela necessidade que o corpo precisa, porque a cabeça quer, que o teu corpo quer as toxinas essas coisas, o teu corpo começa a perder, você tem que repor um tanto de comida para manter aqueles cento e trinta quilos. É uma doença, uma doença pior que pode existir para o ser humano, é a gordura, não falo assim das doenças terminais, dessas doenças que a pessoa depende, dependência de comida é a pior (1 M).

Para uma depoente, a obesidade foi considerada uma doença física e social, caracterizada pelo preconceito e seus desdobramentos na relação afetiva, no trabalho, uma epidemia perigosa, causadora de outras doenças e do efeito “bola de neve” que envolve a alimentação, a atividade física e a obesidade, que se retroalimentavam.

A incorporação do termo “epidemia” de obesidade segundo Boero (2007) foi usada pela mídia, revistas médicas e pela política de saúde pública para descrever a sua prevalência nos Estados Unidos. Entretanto, a autora argumenta que esse termo faz parte de um novo gênero denominado de “epidemia pós-moderna”, na qual esse fenômeno foi medicalizado sem uma base patológica clara e faz parte do elenco da linguagem do pânico moral de epidemias “tradicionais”. Ela argumenta ainda que esse pânico moral, associado à responsabilização dos indivíduos, está atrelado ao desmantelamento dos serviços de saúde; à questão de gênero, pois a epidemia está associada ao corpo feminino e suas capacidades maternas que se tornaram alvos de manipulações; e também evocou as questões raciais, apontando para as mulheres não brancas. Dessa maneira, o discurso da epidemia oferece uma nova forma de oferecer explicações individuais para problemas sociais, ao mesmo tempo em que crescem as diferenças sociais.

Ah, é, é uma doença, é uma doença, é uma doença física e uma doença social também, porque tem preconceito, há restrições de emprego, assim, já ouvi histórias, de pessoas que perderam emprego na entrevista, foram super bem nas provas, mas que perderam emprego na entrevista. Arrumar namorado, ninguém te dá a menor bola, tem todo um preconceito e tem a questão física, porque é doença mesmo! A obesidade é uma epidemia, uma epidemia perigosa, até! Mas ela provoca, ou facilita uma série de outras doenças, que é a hipertensão, diabetes, sei lá, um monte de (...) infarto, tudo e aí vai criando essa bola de neve, porque você está gordo, não faz atividades físicas porque cansa demais, aí engorda porque não faz atividade física, aí senta e fica comendo, quer dizer é uma bola, mas é uma doença mesmo (2 F).

A obesidade pode ser considerada uma doença se ela afetar a atividade das pessoas, ou seja, como impedimento ao uso instrumental do corpo. A doença que tira a força do doente, impedindo-o de “viver normalmente” e de fazer de seu corpo um uso profissional principalmente (Boltanski, 2004).

Olha, em certos casos sim, em certos casos é. E depois, atividade de trabalho, que nem no meu caso, eu não conseguia nem andar por causa da coluna e mais o peso para andar, eu andava um pouquinho tinha que dar uma parada, uma respirada. (8 F).

Algumas pessoas não consideravam a obesidade como doença, antes da cirurgia, mas mudaram de opinião em razão dos contatos frequentes com a visão biomédica na fase de preparo para a cirurgia, na qual os indivíduos passaram por várias consultas médicas e com outros profissionais que os orientavam sobre o procedimento, influenciando e transformando as representações sobre a obesidade dos sujeitos. Nos depoimentos também se verificou a incorporação do discurso médico pela compreensão da oposição da doença frente à normalidade. Mas o discurso coletivo não é uma cópia do discurso médico elaborado através de sinais e sintomas. Em oposição, os sintomas e disfunções se organizam em doença a partir do momento que alteram a vida dos sujeitos e sua identidade social, enfatizam Adam & Herzlich (2001).

Eu encaro como doença hoje, na época, eu não enxergava na época. Isso porque além por ter feito cirurgia, eu acabei conhecendo que a obesidade é considerada uma doença e no caso, eu vou ser doente, obeso, o resto da minha vida, mesmo emagrecendo, porque eu tenho a célula da obesidade. É o que me

explicaram, por mim, acho que é doente sim, pelo seguinte: -“porque não tenho vida normal e quem tem não tem vida normal é doente”, você tem limite para tudo, para exercício, para tudo, até para se relacionar com as pessoas, querendo ou não você tem um pouco de vergonha (2 M).

Eu não achava antes de participar das reuniões, de fazer (...) de conhecer o que é (...) eu achava que não era, mas depois eu comecei a achar que sim. Por que? Porque ela acarreta muitas coisas ruins para você, te atrapalha na locomoção, dá problema de joelho, dá problema de varizes e (...) pressão alta, diabetes, tem muita gente que faz a cirurgia e sara tudo isso, então é uma doença assim (...). Ela acarreta várias coisas que transformam ela numa doença. Se a pessoa fosse gorda e não tivesse nada, se conseguisse jogar bola, mas não consegue, o duro que é gordo, não consegue. Uma vez eu vi um (gordo) jogando bola, ele foi virar e estourou o joelho (3 M).

Se a obesidade foi considerada doença era preciso tratá-la, assim a escolha pela cirurgia parece ter sido justificada. Seria a obesidade uma doença psicológica ou do corpo? Esse questionamento evidenciou uma visão do corpo fragmentado, dual, pois cada sociedade esboça uma visão de mundo, um saber singular sobre o corpo. Muitas sociedades não possuem o modelo dualista entre corpo e homem encontrados na ocidental, onde o corpo moderno pertence a uma ordem diferente, implicada na ruptura dos homens com os outros (estrutura social individualista), com o cosmos, consigo mesmo (Le Breton, 1995a).

Eu acho que é doença sim, eu acho. Ah, como vou dizer assim, a pessoa tem que tratar, senão ela não sara sozinha. Eu acho por isso, que nem eu, eu fiz uma cirurgia para ajudar a controlar essa obesidade, ou então tomava remédio, alguma coisa tem que fazer para a obesidade, quando está doente tem que fazer alguma coisa para melhorar aquilo (9 F).

Olha é uma doença, sabe psicológica ou não (...). Se ele não é uma doença psicológica é uma doença de corpo, que isso daí na verdade vai degradando o sistema da pessoa, no meu caso me levou a ter pressão muito alta e o medo de morrer foi inevitável (7 M).

3. A experiência cotidiana de ser “gordo”

A doença e a experiência que ela representa transcendem em muito a esfera do médico e cumprem um papel em todos os lugares da vida social

(Bazsanger, 1986). Serão descritas aqui as considerações sobre ser ou não “gordo”, as relações do corpo obeso nas relações cotidianas com a família, amigos, relações afetivas, vestimenta, lazer, cuidados corporais, cuidados com a moradia, problemas de saúde e trabalho, segundo a opinião dos sujeitos envolvidos.

3.1 Ser ou não “gordo”

Nunes (1997), ao pesquisar a influência da percepção do peso e do índice de massa corpóreo (IMC) nos comportamentos alimentares anormais em mulheres, observou que, quanto ao índice, oitenta e dois por cento da amostra era normal, dois por cento eram magras e dezesseis por cento tinham excesso ponderal. Quanto à percepção de peso, quarenta e seis por cento desejavam pesar menos e trinta e oito por cento consideravam-se gordas. A autora indica a existência de uma distorção cognitiva possivelmente determinada por pressões psicossociais e culturais que impõe, principalmente às mulheres, um padrão ponderal irreal.

Qual o significado de ser gordo para os nossos entrevistados? Ser obeso afeta a autoimagem e a identidade social dos sujeitos, além de afetar o corpo pelas sensações e pelas dificuldades de usá-lo socialmente e no cotidiano. Observa-se, contudo que apenas uma entrevistada não se considerava “gorda”, após ter começado a engordar na gravidez. Outros começaram a perceber-se gordo após certo tempo. A consideração de ter um corpo gordo para dois homens jovens após uma fase da vida quando as limitações físicas impostas pelo tamanho do corpo, as relações afetivas, a dificuldade para encontrar roupas do seu tamanho, foram elementos importantes na composição da autoimagem de ser gordo.

Outro sujeito somente se considerou gordo em decorrência da percepção dos outros, por problemas de saúde e através dos relacionamentos sociais. A “imagem do corpo” na definição de Fisher (*apud* Sills, 1968) engloba as atitudes coletivas, sentimentos e fantasias sobre o corpo e também a maneira pela qual a pessoa aprendeu a organizar e integrar as suas experiências com o corpo. A cultura a que pertencemos nos ensina a perceber e interpretar as modificações

que podem ocorrer em nossos corpos e de outras pessoas ao longo do tempo. Dessa maneira, aprendemos a distinguir um corpo “jovem” de um “idoso”, um corpo “doente” e um “saudável” e também um corpo “magro” e um corpo “gordo”.

Considerar, é (...) até uma época eu me enganava achava que não, olhava no espelho e não me via gordo, só aí teve uma vez que ocorreu um assalto comigo, eu tive que correr eu quase tive um infarto, porque eu não conseguia respirar. Passei mal cheguei quase a desmaiar e eu falei assim: -“nossa estou gordo mesmo“, porque o pessoal que estava comigo já tinha sumido e só eu fiquei. Daí eu comecei a prestar mais atenção em mim, olhava no espelho e ter o olhar crítico e não se enganar. Olhava e falava: -“Você está gordo, você está feio, não pode ser assim”. E desde uns 15 anos, eu já comecei a perceber, porque você já começa a trabalhar, a sair. Aí você percebe que assim, você vai na balada e tem menina que não gosta, tem menina que gosta, só que cada dez, uma gosta, ou nenhuma, de homem gordinho (...). O resto já quer aparência, tal, às vezes as pessoas não querem conversar, não têm aquele papo, às vezes o cara que é bonito abre a boca, dá vontade de sair correndo. Eu comecei a prestar atenção a partir de uma época. Chega uma hora que não serve nada, você vê uma roupa legal de um amigo e quer uma igual, aí você vai e percebe que não tem o tamanho para você, aí você se sente mal, essa parte você fica mal mesmo, você quer ter e não pode (2 M).

Ah, teve etapas. Teve assim, antes de começar me fazer mal a gordura, eu me sentia uma pessoa normal, não me sentia mal por ser gordo, nunca me senti mal, a gordura nunca me atrapalhou nada, nunca... Para jogar futebol, natação, nunca me atrapalhou para sair, nunca me atrapalhou para namoro, a gordura nunca me atrapalhou. A partir da hora que ela começou a me fazer mal, problema de ácido úrico tinha pressão altíssima. Fui internado por problema de pressão, aí a gordura começou a judiar, aí a gordura começou a me atrapalhar bastante. A partir da hora que (...) a partir da hora que ela começou a fazer mal de saúde fiquei depressivo, até comigo mesmo (4 M).

A grande maioria dos nossos entrevistados considerava-se “gordo”, comparando-se a outras pessoas ou porque conviveram com a obesidade desde a infância, integrando-a a sua experiência e sua conseqüente estigmatização.

Muitas vezes, eu sentava e chorava por me olhar, eu estar obesa. Eu me sentia muito mal, muito mal, eu não sei te explicar o mal que eu sentia. Eu me sentia muito mal, por dentro mesmo. Foi chegando o final assim, que eu já estava perdendo a vontade de viver, sabe! Eu não tinha vontade de fazer mais nada. Eu não gostava de sair de casa, nem com o meu marido, a gente nem saía. Eu não gostava de sair, porque eu chegava assim em festa, algum lugar, eu me sentia mal, olhava assim as pessoas, mas para mim parecia que, que eu estava

horrível, entendeu. Olhava assim as pessoas magrinhas, todas bonitinhas, tudo certinho, assim, aí, eu olhava para mim, principalmente para a barriga, nossa aquilo! Eu me sentia muito mal, muito mal, eu nem saía, porque às vezes a gente saía, a gente ficava discutindo, eu e meu marido, porque eu ficava num canto, de cara fechada, triste. Ele já chegava e perguntava, eu já se explodia, daquilo, dele ficar perguntando, havia muita discussão dentro de casa por causa disso (5 F).

Nooossa, eu sempre me considerei gorda (...). Sempre, desde que eu me lembro que isso era importante, entendeu, antes quando eu era mais pequena, que não, que eu vivia só dentro da minha casa com meus pais, meu irmão, tanto faz eu ser gorda ou magra o tratamento era igual. Quando eu fui à escola que eu comecei a ficar gorda, aí sim, você sente a diferença, porque aí tem as brincadeiras que as crianças fazem, a exclusão do grupo, você tem mais dificuldade de ter amigos e também quando adolescente, quando vai comprar roupa você (...). Mas em resumo, desde que eu me conheço que assim, eu acho que sempre fui gorda, na minha cabeça, sempre achei isso (3 F).

Outras mulheres ganharam peso na idade adulta, sem associação com a gravidez. A culpa pelo ganho de peso e a autopunição resultante contribuíram ainda mais para o aumento do corpo. Ganhar peso também foi associado aos problemas de saúde, que retroalimentaram o ganho ponderal. O fato de adquirir peso nessa fase da vida, não amenizou o problema da obesidade, principalmente quando estava associado aos problemas de saúde.

Já, já muito tempo, nesse período que eu engordei um pouco, a partir dos 70 quilos, eu já estava me achando gorda, mas mesmo assim, eu cheguei aos 100. É uma coisa que você acha e não controla e fica aquela coisa, uma hora dá aqueles ataques e come três pedaços de pizza de uma vez e depois fica com aquela super culpa, aí para sanar a culpa, você come mais um. É assim, depois de um tempo parece que você se pune um pouco. Ah! Estou gorda mesmo, então vou comer (risos) (2 F).

Eu me considerava gorda, quando eu (...) agora, depois, que eu entrei na universidade, que eu comecei e a engordar, depois de cinco, seis anos, que eu estava gorda, eu não me conformei com o estado, quando cheguei a 96 quilos. Quando eu tive problemas de coluna, eu engordei um pouco mais (...) (13 F).

O termo “war on obesity”, traduzido genericamente por “guerra contra a obesidade”, frequentemente citado em artigos científicos ou populares foi associado à ideia de uma “epidemia de obesidade”, que emergiu como um pânico

moral dirigida pela ideologia dominante inserida através das relações sociais de gênero, classe e raça (Campos, 2004; Aphramor, 2005; Gard & Wright, 2005; Boero, 2007).

Os relatos dos sujeitos da nossa pesquisa demonstraram como eles eram vítimas dessa “guerra contra a obesidade”. A ideia metafórica como a “luta para perder peso” e “a batalha”, surgiu diversas vezes no decorrer desse trabalho nas vozes dos sujeitos. As tentativas para emagrecer eram vistas como uma “luta” contra um inimigo: a gordura. Considerar-se permanentemente gorda, mesmo quando emagrecia, provavelmente estava associado a um dos aspectos mais perversos do processo de estigmatização do sujeito “gordo”, que é a noção da existência de um corpo perfeito e das “facilidades” de possuí-lo, bastando apenas querer, afinal só é gordo quem quer! Essas ideias são propagandeadas pelos meios de comunicação que contribuem para a deformação da autoimagem corporal apreendida pela comparação a outros modelos apresentados pela sociedade em geral (Sudo & Luz, 2007).

Alguns autores questionam quanto esse tipo de beleza fundado e práticas draconianas influencia e potencializa o fosso entre duas categorias a auto e hetero-percepção do corpo: o corpo de pertença e o corpo de referência (Silva, 2008)³⁰. Pode-se dizer que o monstro é o grande modelo de todos os pequenos desvios, é o princípio de inteligibilidade de todas as formas, circulando sob a forma de moeda da anomalia (Courtine, 2008).

Eu me achava um monstro, um monstro! Que nem eu falei para você, eu sempre lutei. Então eu sempre me achei gorda, mesmo quando eu emagrecia e ficava num peso bom, eu estava me achando gorda. Nunca estava num peso bom (9 F).

Numa sociedade em que a imagem pessoal é cada vez mais valorizada, os obesos não se enquadram nesse perfil pela impossibilidade de construir uma imagem agradável aos seus olhos e aos dos outros. Assim, os relatos de mulheres e homens indicaram a relação conflituosa com o espelho, cujo reflexo mostrava

³⁰ http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4616d79249458_1.pdf

uma imagem que desencadeava em algumas pessoas, uma reação de autodepreciação. Podemos usar o pensamento de Charmaz (1983) ao considerar que o obeso desenvolve uma autoimagem desintegrada, com simultâneas imagens associadas. Elas são decorrentes de um complexo de problemas advindos da exposição às experiências negativas na vivência com a enfermidade ou com condições crônicas graves. A autora mostra também que o sofrimento não é limitado ao desconforto físico em si e tem como fonte as restrições da vida, o isolamento social e o descrédito dos outros que geram humilhações.

Perceber-se gordo também se associa às dificuldades de adquirir roupas, de sentir-se “fora do padrão” das numerações disponíveis e pela dependência de casas especializadas em roupas para os obesos. Com isso, ser obeso implicava “ser diferente”.

Nossa claro que já! Eu não, o espelho! Jamais eu me olhava, coisa ridícula, eu me achava ridícula, eu falo:- “Nossa que coisa feia, você é ridícula, olha parece uma baleia! Olha, parece (...) nossa, ridículo!” Eu falava:- “nossa, como eu estou gorda, olha quando eu sento, assim”. Mas ah, depois eu emagreço, aí depois eu ia colocando uma roupa e não ficava mais legal. Aí eu vou comprar outra maior, nossa número maior. E eu ficava deprimida! Chorava muito, eu até achava que realmente eu, eu não iria conseguir um dia ser magra. Eu deitava assim na cama e falava:- “poxa eu nunca, acho que eu não vou conseguir”. Será que eu vou conseguir ser magra, não é, aí não sei. Aí me olhava no espelho, segurava aquela barrigona (...). Aí eu ficava muito deprimida, chorava (14 F).

Sempre, depois que eu comecei a ficar gordo demais, principalmente quando ia comprar roupa, nunca achei roupa, tinha que procurar aqui em Campinas eu tinha que procurar uma loja de gordo, porque eu me considerava um gordo, só Grande, era uma roupa especial, era uma loja especialista em vender roupa de gordo, somente L, os preços são absurdos, eu ia lá consciente que ia comprar roupa para mim, short, cueca, calça, até as donas são gordas, então você chegava lá estava no seu mundo (...), você se sentia bem, eu ia lá (1 M).

Considerar-se gordo foi também apontado porque o corpo em excesso limitava as atividades diárias, tais como: subir para o apartamento com as compras, ter dificuldade para amarrar o sapato ou mesmo caminhar, sentir desânimo e cansaço. Relatos ambivalentes também foram encontrados, na qual o sujeito relatou que sempre se considerou gordo, mas que a gordura não afetava em nada, pois o corpo em excesso era apenas uma questão de ser “diferente dos

demais“, apenas limitado à característica física, porém ao finalizar o depoimento apontou as limitações de um corpo obeso.

Jáaaaa, várias vezes, antes da cirurgia já me considerava bem gordo tinha muitas coisas que não conseguia fazer, eu morei em prédio quando eu fazia compra e tem escada, Há... para carregar os últimos sacos... hum! Eu não conseguia amarrar o sapato, só usava aqueles de colocar no pé (3 M).

Olha, eu me considerei gordo, depois que saí do quartel. É incrível, eu falar assim que a obesidade não me afetava, não me afetava, eu não tinha isso, é que nem aquela mulher que tem um nariz um pouco mais comprido. Não, eu preciso fazer porque isso me atrapalha, isso está me causando, não, o nariz estava ali, ela respira normalmente, mas é porque ele é um pouco maior ou um pouco achatado, ela precisa fazer, para ela se achar que está bem com ela e perante o resto da sociedade. Eu não, eu não tinha isso, eu não tinha esse trauma, mas às vezes eu sentava e sentia a barriga caindo (...) tinha dificuldade de amarrar um sapato. Tinha que andar sempre de perna aberta (7 M).

3.2 As relações familiares e afetivas

Para os adultos, a família continua tendo a função de dar sentido às relações entre os indivíduos e servir de espaço de elaboração das experiências vividas. Concepção que permite pensar o processo de “crescimento” que diz respeito não apenas às crianças, mas a todos os seus membros, ao longo de suas vidas, na medida em que as experiências podem ser constantemente reelaboradas (Sarti, 2004). Uma entrevistada optou por ter filhos independentemente de viver com os pais dos mesmos, o que posteriormente lhe acarretou problemas familiares. Um depoente declarou que durante a fase da vida que ele esteve severamente obeso também sofria com estresse no trabalho, fatores que culminaram em um infarto. Nessa época, a relação familiar também ficou muito difícil.

Eu acho que até por conta disso, melhorou muito, porque antes saía fãisca, ainda mais com o mais velho que é mais durão, saía muita fãisca, hoje não, hoje é tranquilo (12 F).

O relacionamento com a minha família ficou mais complicado, porque eu vivia muito estressado. Qualquer barulhinho que fazia na minha orelha, eu já ficava estourado, já brigava. A minha menina, ela via todo o sofrimento que eu passei, aí ela ficou muito chocada comigo. Ela chorava para ir para a escola, não queria ir para aula, o professor perguntava o que ela tinha, ela falava que ela queria

ficar em casa cuidando do pai e aquilo acabava comigo. Aí nós fizemos um tratamento com ela, graças a Deus ela melhorou. Mas nossa eu, qualquer coisinha me irritava, me tirava do sério, já chegava, já brigava, ameaçava bater, era um inferno. Com a minha esposa, às vezes assim, quando eu ficava assim reclamando muito das coisas reclamando da vida assim, aí ela escutava e ficava quieta, é nunca chegou assim e falou nada de mim (5 M).

O excesso de peso atrapalhou também as atividades de uma mãe e de seu filho pequeno e a relação com o esposo também ficou complicada, como veremos adiante com mais detalhes.

Eu não (...) o meu filho começou a, a engatinhar, não é. Eu não sentava no chão com ele para brincar, não conseguia. Sabe ficar sentada no chão brincando com seu filho (...). Ficar ali e eu não fazia isso (...). Eu tinha que correr atrás do meu filho, pegar agachado, tudo isso cansava muito, é (...). Com meu esposo, é relacionamento já ficou complicado, não é. Ficou difícil (...) (14 F).

A atitude dos familiares dos nossos entrevistados em relação a sua obesidade apresentou-se tanto por não fazerem menção sobre o corpo em excesso, quanto pela preocupação com a obesidade crescente.

(...) eles nunca foram de falar: -“mãe, você está gorda, nossa você está gorda, você precisa emagrecer”, nunca foram de ficar falando isso, então em casa eu não tinha esse problema (7 F).

Os familiares da maioria dos entrevistados, principalmente na relação entre pais e filhos, a preocupação e a cobrança pela falta de cuidado com o corpo foram frequentemente citados, mas não acatados. E mesmo de forma indireta percebemos a responsabilização individual pela condição da obesidade mesmo dentro das famílias.

Ah, eu vou falar assim para você, meus familiares não falavam assim diretamente, mas indiretamente, sim. Todos, mas indiretamente sim, falavam, sabe, assim, até alguns sugeriram a cirurgia, é como se você fosse vista como aquela coitada ou até mesmo como um bicho sei lá (...). Porque não era uma coisa normal, entendeu, era como ser anormal. Então indiretamente sim,

sempre tinha, era por todos os lados. Não adianta. Era por todos os lados (15 F).

A minha mãe falava sempre: -“qualquer momento você vai ter uma troço porque você bebe muito, come muito, você passa mal, você vai ter problema, vai ter problema”, e ficava blá, blá, blá e eu entendia como blá, blá, blá (...) entendeu? Entrava num ouvido e saía pelo outro. Meu irmão, só tinha um, não morava mais com a gente, mas ele sempre falava “você é muito gordo, isso aí não faz mal para você não?”, “ah! para mim, eu estou bem”, “você está muito gordo, muito gordo, quantos quilos está pesando 180, 190?” Até subia às vezes para parar de perguntar (6 M).

As pessoas obesas são retratadas na mídia através de sub-representações e estereótipos. Por exemplo, pessoas com sobrepeso, principalmente as mulheres são retratadas como objetos de humor como já citamos e são provavelmente menos retratadas nos relacionamentos românticos, ao contrário das magras (Chen & Brown, 2005). Entre os nossos depoentes, encontramos homens que contaram experiências semelhantes. Para os que estavam solteiros na época da entrevista, percebemos que a obesidade foi um forte fator limitante para viver as relações afetivas plenamente. Os relatos mostraram claramente dificuldade para lidar com essas questões, discriminação, ausência de autoestima e preconceito.

Pelo fato de eu sempre ter amizade mais com mulher, sempre tinha alguém, mas não exatamente o que a gente queria, mas tinha colegas que tinha um pouco de preconceito, mas nunca deixei de viver por causa disso não. Às vezes, eu ficava depressivo, lógico, chorava, falava assim: -“pô, não consegui ninguém porque eu sou gordo”, essas coisas, depois passava, dava dois ou três dias assim, depois passava. Eu acho que tipo, por eu ser tão brincalhão, eu acho que esquecia, aí acho que enfiava a cabeça em outras coisas e sara, dava um jeito, mas foi um pouco complicado sim, na infância, na adolescência (2 M).

O trabalho de Richardson (1961) sobre o estigma da obesidade entre crianças, já citado anteriormente, foi utilizado novamente como base para conhecer o estigma da obesidade entre os adultos. Novamente foi solicitada a ordenação de figuras de acordo com a sua preferência em relação aos parceiros sexuais. Duas figuras do trabalho original foram trocadas por um portador de doença sexualmente transmissível e um doente mental. As outras que mostravam

os vários tipos de deficiência e da pessoa obesa permaneceram. Apesar de a maioria da população dos Estados Unidos apresentarem sobrepeso, a última escolha recaiu novamente para a pessoa obesa e aquela sentada na cadeira de rodas (Kalish, 1972).

A presença próxima dos normais provavelmente reforçou a revisão entre autoexigências e ego, mas na verdade esses sentimentos podem ocorrer quando somente ela e um espelho estão frente a frente (Goffman, 1988). Portanto, pode-se entender a razão do depoimento abaixo que foi repleto de ambiguidades, evidenciou a baixa autoestima, o autoódio e a autodepreciação.

Ah também, outra coisa que eu sempre evitei, porque eu falava assim “eu não vou pagar o mico de ir lá chegar lá e falar, ai, eu”? Olha para mim, eu me enxergo:- “Eu se fosse ele não ia querer ficar comigo”, entendeu, entendeu, por mais que você esteja gostando de qualquer pessoa, assim, falei: -“ não, eu não quero”. Eu tive, eu tive namorados, assim, mas eles tinham que me aceitar do jeito que eu era, tem os que gostam e tem os que não gostam, entendeu, assim. Não, eu tive namorado sim, entendeu, assim, mas assim foram até relacionamentos duradouros, entendeu (...) não deu certo porque não tinha que dar, eu creio que não foi por causa do meu excesso de peso, mas assim (...). Então (...) se eu tivesse me interessado por outra pessoa, eu ficava na minha, eu nunca fui atrás, que aconteceu de eu ficar assim, foi porque eles correram atrás, não que eu fui atrás, imagina se eu chego lá e eles falam:- “se enxerga”, seria mais uma para me derrubar, então eu ficava sempre na minha, então eu sempre na minha, então ficava sempre na minha (risos) (15 F).

O fato de engordar apenas na fase adulta implicou em ter experiência de viver com o corpo socialmente aceitável, ou seja, a estigmatização aconteceu numa fase posterior da vida, portanto o aprendizado tardio de ser uma pessoa desacreditada envolveu uma reorganização radical da visão de seu passado. As pessoas que tem esse aprendizado tardio provavelmente ouviram tudo sobre os normais e estigmatizados muito antes de ser obrigada a se considerar como uma desviante, cita Goffman (1988). O autor cita que é provável que elas tenham um problema todo especial em identificar-se e uma grande facilidade para se autocensurar.

Teve períodos que eu não tinha nem vontade namorar, mesmo porque eu tinha vergonha de ficar nua na frente de alguém com a luz acesa, porque eu não estava gostando nada, nada do meu corpo, até por isso, eu não tenho um

histórico de gordura, eu engordei depois de certo tempo e eu achava isso um horror, me achava feia, pouco atraente, era muito ruim (2 F).

Entre os casais, quando um deles tinha o corpo em excesso, a relação apresentou algumas variações: a relação sem cobranças, reclamações ou vigilância sobre essa condição; relação com cobrança, reclamações e vigilância relacionada à alimentação e corpo e companheiros que “boicotavam” o emagrecimento da parceira. Mas também ficou claro que o corpo em excesso interferia na relação sexual dos casais, tanto em se tratando da obesidade masculina quanto da feminina. É interessante observar que não houve nenhum depoimento sobre esse assunto entre os homens mais formalmente educados. Segundo informação de duas mulheres e dois homens, seus (suas) respectivos (as) companheiros (as) nunca fizeram nenhuma referência à sua condição corporal, pelo menos não explicitamente.

Não, acho que por isso eu casei com ele, ele é muito tranquilo e isso hoje é um problema, mas ele nunca, nunca, nunca falou absolutamente nada, com relação a você está pesada, ou você está feia, acho que foi o que me fez casar (...) (risos) (3 F).

Nunca falou nada, ela observava, mas nunca falou nada, eu comecei por isso, eu procurei a cirurgia, eu comecei a observar que estava grande com o problema de saúde (3 M).

A obesidade extremada pode afetar a qualidade de vida sexual dos homens, seja pela disfunção decorrente de processos fisiológicos causados pela obesidade e suas complicações, pela falta de mobilidade causada pelo excesso corporal ou mesmo pela estigmatização social, revelam Araújo *et al.* (2009). Os autores citam que existem poucos estudos que relatem os efeitos na qualidade de vida sexual após a operação e que essa disfunção pode ser um problema frequente para os obesos mórbidos, mas suas manifestações clínicas são quase sempre omitidas e ao mesmo tempo pouco interrogadas pelos profissionais de saúde. Verifica-se que os comentários sobre a sexualidade antes da cirurgia entre os homens foram verbalizados de uma maneira quase velada, hesitante, talvez pela questão da diferença de gênero entre os entrevistados e a entrevistadora.

Apenas os homens que viviam com suas companheiras abordaram esse assunto, os demais que estavam “solteiros” nada referiram.

Estar com a esposa até, hoje eu acho que sim, poderia falar que sim, porque para o gordo tudo cansa. É tudo mais dificultoso, então, desde um simples amarrar até a intimidade com quem você vive na relação sexual assim te atrapalha, mas não me atrapalhava tanto, porque eu não sei te dizer, o atrapalhar com o excesso de peso a mais que eu tinha, que nem eu vejo pessoas, que realmente é um peso brutal, então eu tinha só 63 quilos a mais do eu tenho hoje. Eu não sei te dizer o peso que isso tinha antes, agora é muito melhor do que era antes (7M).

Não (...) só que eu não tinha vontade (...) não tinha vergonha, mas eu não tinha vontade de (...) isso aí! Fala até na reunião que afeta! (...) não que era vergonha (...) não procurava, não tinha vontade de fazer nada, (...) não tinha (...) não procurava mesmo, essa é a verdade (...) (3M).

As mulheres da nossa pesquisa também relataram problemas sexuais com seus parceiros, confirmando os achados de Brilmann *et al.*, (2007). Segundo Kolotkin *et al.* (2006), as mulheres obesas reportaram mais problemas sexuais se comparado aos homens obesos. Já o trabalho de Rand *et al.*, (1982) informou que mais da metade dos pacientes que se submeteram à cirurgia para perda de peso esperavam aumentar a frequência sexual e a dificuldade era mais significativa entre homens se comparado às mulheres. Entre as mulheres deste estudo, os motivos declarados foram a dificuldade com a mobilidade, a falta de estima própria e a vergonha do corpo gordo.

Sobre esse tema, Goldemberg (2003) enfatiza o estudo nacional a respeito da vida sexual dos brasileiros de todas as camadas sociais realizada por Abdo, onde um dos maiores problemas encontrados foi a ausência de desejo sexual, na qual 35% das mulheres ouvidas não sentem nenhuma vontade de ter relações. Um dos motivos centrais da falta de desejo é a angústia de não corresponder à imagem de uma jovem mulher com o corpo perfeito que é divulgado diariamente em todos os canais de TV, no cinema, na publicidade, nas passarelas e nas revistas.

Olha, já começa a ficar ruim, principalmente na relação entre homem e mulher. Não é a mesma coisa. É a pessoa obesa tem mais certa dificuldade, principalmente na relação, não sei se fui clara para você, na cama principalmente. É uma coisa meia, meio ruim. Eu me sentia mal, às vezes começava e nem terminava porque eu começava a me sentir mal, me achando feia, me achava horrível. Sabe, eu acabava desistindo. Muitas vezes aconteceu isso, entendeu. E a pessoa que está do seu lado, acaba se sentindo mal porque, ela não está entendendo que você está se sentindo mal, porque você está obesa, porque você está gorda. Está achando que é alguma coisa que está acontecendo com ela. Isso atrapalhava muito, muito, muito (5F).

A gordura interferiu no meu relacionamento com o marido sim, eu tinha vergonha, do peso, do meu corpo, interferiu bastante. Ai, eu não conversava, eu acabava assim, eu tratava ele bem, mas só que não gostava de muita intimidade. Eu ficava perto, sempre inventava alguma coisa, que não estava bem. Na verdade não estava mesmo. Não me sentia bem (11F).

Relatos mostraram também que entre as mulheres casadas, algumas não recebiam apoio e estímulo do companheiro para emagrecer, ao contrário, existia um reforço para a manutenção da obesidade, uma forma velada de “boicote” às tentativas de controlar a obesidade. Alguns companheiros preferiam que as parceiras permanecessem gordas, como se o corpo em excesso pudesse ser um obstáculo para a aproximação de outros homens. Provavelmente, os companheiros tinham receio de serem abandonados, como mencionam Neill *et al.*, (1978). E, em virtude do ciúme, o casal passou a ter uma vida restrita, numa rotina a dois, trocando um prazer por outro. Mas depois da separação, elas não tiveram mais envolvimento com outros homens, pois não se sentiam atraentes, acentuando a diminuição da autoestima.

(...) eu já estava gorda quando eu conheci o Pedro e começamos a morar juntos e aí eu engordei mais ainda. Ele não dava muito incentivo para eu emagrecer, eu acho que ele se sentia mais seguro comigo gorda, é verdade (risos). Então era: -“não, não faz dieta, não”. E ele era super magro, então acho que ele se sentia mais seguro de eu estar gorda, ele não se sentia ameaçado, então estimulava mais para eu ficar gorda. Não dizia isso diretamente, eu começava a fazer regime, ele começava a fazer pão, coisas assim, ele cozinhava bem. Eu acho que isso teve a ver com casamento sim, porque o Pedro era muito ciumento e tinha muita briga quando a gente saía. Atividade social acabava dando confusão, porque eu não podia conversar com ninguém, então restringe a vida a dois para evitar confusão. Aí qual que era a programação? Chega em casa, senta na frente da televisão, fica comendo e bebendo, sem atividade física, exceto sexo, aí é inevitável. Acho que engordei mais por isso, a coisa de

não estar muito bem emocionalmente, se restringe, se limita com outro prazer. Mas depois dele, eu não tive mais nenhum relacionamento, não tive nenhum envolvimento maior, antes de emagrecer. Eu não sei se eu retraí também, eu realmente não estava atraente, não sei se era uma coisa das outras pessoas, ou se eu me retraía, mas o fato que não teve nada, eu voltei a ter outros relacionamentos depois que eu emagreci (2F).

O início da obesidade no ciclo de vida de um relacionamento marital pode ser de crucial importância para o relacionamento. Neill *et al.*, (1978) observaram que a obesidade existente desde o namoro e o começo do casamento é associada com estabilidade na relação. Entretanto, se um dos cônjuges começa a engordar durante o curso do casamento, o outro pode ter dificuldade em aceitar. E isso pode ocorrer se a esposa ganhar peso, pois as mulheres são mais severamente estigmatizadas pela gordura. O relato de uma entrevistada ilustra essa afirmação:

Porque minhas irmãs depois engordavam, meus cunhados falavam assim que era golpe, antes de casar eram todas magrinhas porque depois elas engravidavam, elas engordavam (risos) (13 F).

Ganhar peso depois da sua gravidez talvez tenha sido um dos motivos pelo qual o marido de uma entrevistada mantinha uma postura de vigilância e controle. Além disso, ele fazia comentários sobre seu corpo e sua alimentação, que a magoava muito. Desse modo, num esforço defensivo e de adaptação com o corpo gordo, ela se isolou com intuito de evitar ou neutralizar possíveis situações discriminatórias. Quando estava obesa, ela nos contou que não ficava nua na presença do marido.

Desde daí ele, não viu não de jeito nenhum, nem ele gostava de ver (o seu corpo). Ele não gostava de ver, nossa, comentava (...). Comentava sim, me magoou várias vezes, por causa da obesidade (...). Era terrível, não é bom não (14 F).

Na maioria das vezes, a imagem que se faz do feminino segue o estereótipo perseguido pela mídia: magra, alta, bonita, o que é bem distante da realidade, em que as mulheres “naturais” com seus corpos esculpidos pela gestação de seus filhos, pelo trabalho, acabam reduzindo ou extinguindo a sua

autoestima (Del Priore; 2000). Ocultar-se dos olhares de outras pessoas passou a ser uma rotina na vida de algumas mulheres que se escondiam para evitar a apresentação às outras pessoas, principalmente aos amigos do marido. O depoimento abaixo mostrou também uma das fases da carreira moral na qual o indivíduo aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo as crenças da sociedade em relação à identidade e uma ideia geral do que significa ter um estigma (Goffman, 1988). No depoimento seguinte, uma mulher tentava ocultar do marido o peso real do seu corpo por sentir vergonha.

O meu marido falava assim que eu roncava muito, acho que devido à gordura, eu roncava. Eu falei assim: “Vocês estão mentindo que eu ronco de noite”. Eu acho que eu roncava, acho que depois que eu operei eu acho que diminuiu um pouco. Meu marido reclamava do meu ronco, reclamava que eu estava muito gorda, parecia uma baleia:- “É, está pesando mais que cem quilos”. Eu falava:- “Estou nada”. Estava mesmo, mas eu não queria que ele soubesse que eu pesava mais de cem quilos, ele falava assim: -“Você está muito gorda, uma baleia”. Então, eu tinha vergonha porque ele falava que eu estava muito gorda, eu tinha vergonha sim (6 F).

3.3 O trabalho

As relações do mundo do trabalho e sua implicação com o corpo em excesso assumiu uma centralidade importante na vida dos sujeitos entrevistados e, portanto mereceu um espaço maior, pois os depoimentos sobre essa questão se adensaram. Talvez essa profusão de experiências esteja relacionada ao pensamento de que classificamos as pessoas pela aparência, inclusive habilitando-as a determinados empregos ou não, e surpreendemo-nos quando uma pessoa de boa aparência é identificada como uma transgressora das normas sociais, uma criminosa. Não nos surpreende o fato de sermos atendidos por garçom de pele negra, mas nunca esperamos ser atendidos por um médico negro (Rodrigues, 1975).

A corporeidade é subsumida nos indicadores ligados aos problemas de saúde pública ou de relações específicas do trabalho. A relação física do trabalhador com o mundo que o cerca, sua aparência, saúde, alimentação, moradia, sexualidade, sua procura pelo álcool, a educação das crianças, são

consideradas para fazer um levantamento das condições de existência da classe trabalhadora, informa Lê Breton (2007). Entre as informações importantes sobre o mundo do trabalho encontramos: algumas pessoas contaram que as relações no ambiente de trabalho foram tranquilas, não ocorrendo discriminação; em alguns casos o corpo em excesso tornou-se um limitador para as atividades no trabalho e alguns comentaram sobre as discriminações no ambiente de trabalho.

Para duas mulheres e dois homens entrevistados, as relações no ambiente de trabalho transcorreram sem nenhuma dificuldade ou discriminação. Provavelmente isso não ocorreu porque essas duas mulheres e um dos homens trabalhavam em empresas que pertenciam às famílias. Uma era proprietária de uma distribuidora de água, a outra trabalhava em um escritório da família. Entre os homens, um rapaz era proprietário de uma barbearia e o outro trabalhava com fotografia em serviço público.

Eu acho que não tive nenhuma fase que eu tive algum tipo de problema até por conta que durante muito tempo eu trabalhei no escritório, eu era contadora, então o escritório era nosso mesmo, então não tinha nenhum tipo de (...) tem lugares que tem discriminação, então já é mais complicado, na minha situação eu não sofri tanto isso por conta disso, era ambiente familiar (12 F, assistente administrativa, 41a).

Olha, eu acho que eu nunca, eu acho pelo menos não foi transparecido pelas pessoas a não me contratarem pelo excesso de peso, tanto que meu excesso de peso não era só de barriga, era mais distribuído, sabe, então não me sentia discriminado, nunca percebi que alguém tinha me discriminado pelo excesso de peso. Nunca, nunca ninguém falou nada, nunca teve tirção de sarro, o bullying, nunca tive esse problema. No trabalho, não, porque sempre os meus trabalhos não eram na maioria de esforço físico ou era sentado. Reconhecimento profissional, não, eu sempre fui muito competente na minha vida profissional, é, eu sempre me superava, eu nunca fui deixado de ser mencionado numa empresa (7M, Técnico de Laboratório, serviço público, 38 anos).

Devido os efeitos da obesidade na saúde, Himes & Meyer (2004)³¹ citam que se pode esperar que os indivíduos obesos sejam mais limitados pelas desabilidades ou por perder trabalho por sua *illness*. A combinação de baixos salários e discriminação no trabalho se associou com a menor estabilidade da

³¹ <http://paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=41272>.

história do trabalho e pode ter um significativo impacto na economia securitária desses indivíduos na idade tardia. Os mesmos autores citam que a obesidade afeta os trabalhadores de duas formas: a) a relação da obesidade com doenças agudas e crônicas significa que quem é obeso tem mais probabilidade de ter que manejar problemas de saúde e trabalho; e b) o estigma e discriminação significam que quem está obeso pode ter menos probabilidade de ser contratado, promovido ou ter aumentos.

A obesidade é relacionada com a diabete, hipertensão, altos níveis de colesterol, artrites e asma. Pessoas que são obesas também têm maior probabilidade de sofrer limitações funcionais e de mobilidade (Ferraro & Kelley-Moore, 2003; Sturm & Andreyeva, 2004). Essas manifestações explicam em parte os problemas encontrados pelos sujeitos com o corpo em excesso que trouxe limitações para as atividades do trabalho para alguns dos nossos entrevistados, principalmente pela exigência de um “*corpo para o trabalho*”. A dificuldade para executar algumas atividades laborais estava intimamente ligada ao tipo de trabalho, ou seja, pela exigência dos usos do corpo.

Ah! Meu corpo, ele me atrapalhava é, para certas coisas, assim, o meu serviço, por exemplo, como eu sou barbeiro, eu trabalho de pé, então cortando cabelo, eu cortava tipo seis ou sete cabelos, aí eu já começava a não aguentar cortar. Porque ficava de pé, porque começava a doer meu pé, meu joelho, começava sentir muitas dores nas costas, eu parava um tempo, meia hora, tomava coca-cola, comia pastel e voltava cortar outro cabelo (risos). Na minha profissão, o meu corpo atrapalhava nesse sentido (...) (4M, barbeiro, 28 a).

Já no outro trabalho, que era correria era um pouquinho mais difícil, porque lá você é um pouco mais lento, não tem jeito, você trabalha com coisa que é perigosa, não pode errar a medida, tem que ser ágil e como você é obeso, você não dorme direito e toda hora você acorda. Durante o dia fica sonolento, dá apneia essas coisas, então é ruim, aí você fica indisposto sempre, sempre, todos os lugares assim como eu sempre tive. Outra coisa assim que eu falo, por eu ser gordo eu tinha um pouco de vergonha e era indeciso com as coisas, então às vezes eu tinha chance de abrir a boca e me antecipar, eu conseguiria até ganhar uma promoção e eu ficava quieto, eu achava que (...) então tinha muito problema assim (2M, inspetor de qualidade, 28 a).

Na sociedade ocidental, capitalista, de acumulação de bens, o tempo tornou-se um elemento precioso, então a velocidade adquire valor primordial. A

história conquista a velocidade e acaba criando novas lentidões, como se fossem seus opostos, o peso material tende a ser percebido como obstáculo a ser ultrapassado, aniquilado, o peso do corpo é um deles, cita Sant'Anna (2001). Numa sociedade que aprecia a rapidez, a leveza, o corpo gordo evoca uma imobilidade angustiante, que é facilmente associada à improdutividade e que parece antagonizar com as questões frenéticas do trabalho.

É até um pouco antes de eu passar mal, eu estava criando problema com a minha profissão, porque, devido ao inchaço e aquele problema todo assim, eu não tinha a agilidade necessária para trabalhar naquelas máquinas, eu acabava perdendo muito tempo (...). É tanto é que, quando eu enfartei, foi uma discussão que eu tive com um encarregado (...). Se referiu a mim de uma maneira que eu não gostei, quis dizer que eu não servia para o serviço (...). E nós discutimos, tanto é que eu tenho intenção de entrar com ação contra essa pessoa, por assédio moral por causa dessa discussão, eu enfartei. O nervoso que eu passei lá, eu já saí muito vermelho e cheguei na máquina, eu caí. Você acaba se sentindo (...), você se sente mal, porque essas coisas assim parecem que você está inválido, então atrapalhou muito, os últimos meses que eu trabalhei assim obeso mesmo. Eu estava me atrapalhando muito. Perdi o convívio assim em relação à jogos, churrasco na firma, eu não ia mais, me atrapalhou muito assim no convívio social também. E para executar o trabalho (...), é porque você tinha que abaixar muito, você abaixa levanta e eu com aquela barrigona, então você ia abaixar assim e depois para levantar é que dá trabalho (5M, Operador de máquinas de indústria de pneus, 38 a).

Segundo Herzlich (1986) a associação entre trabalho/saúde e corpo/doença não correspondeu a um processo natural, mas um processo sócio-histórico que fez emergir no campo da medicina uma nova conceituação de saúde, em que seu contrário, a doença, tornou-se “uma condição socialmente reconhecida e legítima de inatividade”. Assim, a partir de então se criou a necessidade de um cuidado médico para restaurar o corpo-trabalho. Duas mulheres tiveram problemas de saúde implicando a necessidade de afastamento do trabalho por licença médica. A segunda entrevistada acabou aposentada por invalidez por volta dos quarenta anos. Três homens também tiveram que se afastar do trabalho, o primeiro teve um infarto, o segundo teve que fazer cirurgia na coluna e o terceiro por tentativa de suicídio. É importante frisar que três dos nossos entrevistados tentaram suicídio quando estavam obesos, duas mulheres e

um homem. E entre eles, um homem e uma mulher relataram esse evento no momento da entrevista.

Retomando a questão do afastamento do trabalho, se por um lado a licença médica “protegia” os sujeitos do seu ambiente de trabalho, por outro lado, o peso corporal exacerbou-se durante o seu afastamento e interferiu ainda mais no processo saúde-doença, desencadeando uma sequência de eventos em cadeia, em alguns casos.

Sentia muita dor na coluna, dor na coluna, dor no joelho, dor no braço, sabe (...) eu era Maria das dores, tomava anti-inflamatório todos os dias para vir trabalhar, inclusive assim (...) ultimamente se eu punha o pé para fora da cama, eu já sentia dor, então era um sacrifício eu tomar banho, vestir roupa, entende? Eu não estava legal. Daí quando eu caí que eu acabei entrando de licença, daí foi ladeira abaixo, daí não teve mais jeito. Eu fiquei afastada um ano e meio, mas eu fiquei um ano fazendo tratamento daí quando a médica viu que eu estava engordando, que não adiantava, eu ficava de licença, com muita dor, tomando remédio. Foi daí que ela falou para mim: - “se você não emagrecer não vai adiantar, ou você emagrece ou você vai para a cadeira de rodas, porque não vai ter jeito”, daí eu nem sabia que podia fazer a cirurgia, daí que ela me alertou (...) (13F, técnica administrativa de serviço público, 54 a).

O depoimento abaixo é um registro de uma entrevistada que trabalhou desde a infância, galgando outros empregos com melhores salários até tornar-se metalúrgica. A história de vida de dela se entrelaçou à história da doença de caráter ocupacional agravada pela obesidade. Por muito tempo ela trabalhou manuseando uma britadeira elétrica que desencadeou inicialmente uma tendinite pelos movimentos repetitivos. Seu sonho era poder se aposentar por tempo de serviço, como sua mãe, da qual tinha muito orgulho e respeito. Ela já estava com tendinite e problema na coluna, acompanhada por intensas crises de dor quando saiu da metalúrgica. Iniciou trabalho numa instituição filantrópica com tele marketing, onde sua situação de saúde se agravou ainda mais, pois o mobiliário era totalmente inadequado. Não existia nenhuma preocupação com a ergonomia, as cadeiras eram velhas e quebradas que contribuíram para lesionar ainda mais a coluna e os braços em decorrência da inadequação postural.

A partir daí, ela passou a sentir dores acentuadas nas costas, nas pernas e submeteu-se a cirurgia de varizes que não solucionou seu problema, pois não

era esse o motivo das suas dores. Como sentia muitas dores, teve depressão, pânico e tentou o suicídio. Passou por vários médicos:

Eu já passei por todos os médicos e nenhum descobriu o meu problema, passei por todos: ortopedistas, cardiologistas, neurologista, ginecologista, clinico geral, endoscopia. Tudo eu já fiz. Não dá nada (8F, aposentada, ex-operadora de britadeira elétrica, 42 a).

Canesqui (2007a) apontou que a literatura sociológica e antropológica tem examinado um conjunto de “síndromes” desprovido de comprovação etiológica e diagnóstica da biomedicina, como aconteceu com uma entrevistada que desenvolveu doença osteomuscular relacionada ao trabalho, cujos sinais e sintomas foram permanentemente deslegitimados pelo saber médico. Essas experiências permanecem no “limbo diagnóstico”, segundo Corbin & Strauss (1985), ou na incerteza existencial (Adamson, 1997), na “experiência deslegitimada” (Kleinman, 1991) ou ainda na doença “irreal e imaginária” (Ware, 1992). Como não havia um consenso no diagnóstico, ela foi encaminhada a um psiquiatra que lhe receitou calmante. Passou por alguns médicos negligentes que complicaram ainda mais a sua condição, um deles a encaminhou para a atividade física porque achou que seria a melhor forma para emagrecer, sem sequer correlacionar as suas queixas de frequentes e intensas dores, contribuindo mais um pouco para piorar sua situação.

Segundo Verthein & Gómez (2000), existem várias estratégias articuladas com o objetivo de dissociar corpo-doente e trabalho, via concessão/negação do nexos entre eles. Certo dia, ela recebeu indicação para realizar consulta com uma médica que a examinou cuidadosamente, solicitou alguns exames para confirmação do diagnóstico de hérnia de disco. E ela comentou:

Aí de madrugada eu levantava e ia andar na rua, tive depressão, tive crise, tive pânico, medo da morte, tudo que acontecia para mim eu ia morrer, quando não, eu tentava suicídio, então foi aquela coisa, aquela coisa, aquela coisa, até que eles descobriam que era a coluna (8 F).

Essa depoente passou por duas cirurgias na coluna, estava hipertensa, com depressão muito grave que piorou após o seu afastamento do trabalho. A pressão alta impediu um entrevistado de praticar exercícios físicos, além disso, comer exageradamente para serenar a ansiedade foi um dos mecanismos que o levou a engordar cada vez mais. Esse sujeito trabalhava na indústria de pneus, em turnos (o que pode ter agravado a sua pressão alta e a ansiedade, assim como a obesidade). Depois de um tempo, iniciou um tratamento com medicamentos para perder peso, que por um lado subtraiu alguns quilos e por outro lado serviu como potencializador para aumentar a sua hipertensão ocasionando um infarto. Depois desse episódio, ficou afastado do trabalho, o que gerou uma depressão intensa.

Circulatório, de inchaço, descontrole total da pressão, não aguentava chegar no final da rua aqui. Não andava de bicicleta, o pessoal ia jogar bola, não posso, porque eu tinha muitos problemas, dores nas costas, dores nas pernas, por causa do problema de circulação, é, eu só sei falar, eu posso explicar, é você começa a ficar com vergonha de si mesmo (...). Então você acaba se isolando e surgindo mais um monte de problemas, depressão e outra coisa. É, eu comecei o tratamento para depressão, mas eu ouvi uma coisa do meu médico, aquilo foi como um, balde de água fria para eu acordar. Ele veio assim e falou:- “olha você tem quantos filhos?”, eu falei: -“dois”, ele falou: -“você está admitindo que você está doente”, eu falei: -“é”, e ele : -“você está suportando, está aguentando e vai se curar e se fosse com os seus filhos?”, naquele dia é que eu parei com o antidepressivo, parei com tudo e comecei a encarar as coisas de frente. Engordei, eu emagreço, se eu consegui chegar até aqui, eu consigo chegar, eu consigo vencer e (...). Depois parei com antidepressivo, parei com aquele monte de coisas e comecei a (...) vou dizer assim, eu tomei as regras da minha vida de novo. Quando eu tive o infarto eu comecei a me tratar com esse médico que me falou isso. E (...) daquele dia em diante, eu falei: -“não, eu não sou, não sou um fraco, não é, eu sou capaz de me reerguer” (5M, operador de máquina de indústria automobilística, 38 a).

As “brincadeiras” maldosas realizadas no ambiente de trabalho em relação aos “desviantes” são apresentadas nos depoimentos abaixo. A partir desse fato, as pessoas gerenciavam esses eventos, muitas vezes ocultando o ressentimento com a intenção de minimizar o estigma. Na realidade essas “brincadeiras” eram formas veladas de discriminação em relação às pessoas desacreditadas pelas suas características pessoais e que perderam a sua identidade segundo uma

entrevistada. O estigma contra o portador de obesidade também teve implicação no momento de procurar um emprego.

Teve um amigo secreto lá do trabalho, não falei nada, fiquei na minha, mas assim, tinha lista de pedidos de presente, eu não tinha escrito nada e tem um grupo de, de espíritos de porco grande lá, aí eles colocaram os presentes de cada um, as coisas mais absurdas, agressivas, com um monte de gente, não só comigo, mas assim uma peça de fazenda para fazer um vestido, sacanagem! Para o outro estava uma cara nova, que a minha era horrorosa (risos) tinha assim, não foi só comigo a maldade, mas uma coisa que me pegava forte, eu fiquei muito brava, não falei absolutamente nada, porque senão eu vou dar mais artilharia, se eu bem conheço, mas no mais foi tranquilo, assim, tranquilo, eu sentia incomodada por estar gorda e não conseguia dar uma (...) (2F, jornalista, 52 a).

Era indireto, mas é muito claro, muito forte isso e quando eu (...) aqui na universidade tem as brincadeiras sim, existe todos os dias uma brincadeira nesse sentido, sempre, eu falo que o gordo, o careca e o gago, ele perde a identidade, ele perde. Só que o gordo ainda pode mudar, o careca e gago é mais difícil (risos). Aqui tinha os três exemplos (3F, Técnica administrativa de serviço público, 41a.).

Atrapalhava, atrapalhava, ah (...) principalmente que a gozação era o principal. O pessoal! O pessoal falava:-“ai vai quebrar a cadeira”, aquela gozação toda, mas dentro da empresa, eu nunca vi nenhuma discriminação em relação a mim como gordo, eu também sempre levei tudo na brincadeira, quando eu saí do grupo fui procurar emprego numa outra empresa, lá sim eu senti discriminação. Eu fui lá nas duas empresas, aí eu senti que pelo meu físico não me aceitariam. Senti claramente isso, na voz e no olhar do entrevistador, tanto que eu nem passei pela segunda vez (...) (6M, ex-gerente de hipermercado, 40 a.).

Ao lado dos efeitos na saúde, a obesidade é conectada com salários baixos para o trabalho, baixa acumulação de riqueza na idade tardia. A construção social de um tamanho de corpo ideal, na qual o sobrepeso é associado com fraqueza e preguiça, pode conduzir à discriminação contra pessoas pesadas em contratações ou promoções (Himes & Meyer, 2004). Muitas evidências indicam que este erro sistemático na contratação pode ser particularmente forte para mulheres (Roehling 1999). Pesquisas têm documentado um efeito negativo da obesidade para trabalhos de prestígio e a existência de um “salário penalizado para o obeso” (Pagan & Davila, 1997). Particularmente como um resultado deste efeito no tempo de vida no trabalho.

Você tem muito preconceito, viu! É tanto que é, que uma vez eu fui fazer uma entrevista, tinha uma moça que tinha menos experiência que eu no trabalho e eles olharam para mim e falaram que o meu perfil não se enquadrava ao da firma. E ficou com a moça e me dispensou por eu ser gorda, entendeu, porque o uniforme tudo era maior, a firma não tinha. Eu saí aquele dia da agencia chorando, chorando e vim para casa chorando (5F, cozinheira industrial, 33 a.).

A normatização presente na corporeidade contribuiu para que os corpos fora dos padrões socialmente aceitos tivessem dificuldades em situações de interação humana em várias situações, como nas atividades profissionais quando há preconceito por parte dos colegas, da chefia e às vezes dos clientes em alguns casos de contato. O emprego público foi a solução encontrada por uma entrevistada, pois ela considerou que apesar de ter boa formação escolar e fluência na língua inglesa, o corpo gordo não era um “bom cartão de visita”. O estigma relacionado à obesidade traz uma importante questão, que é a visibilidade, diferenciando-se de outros que podem ser ocultados. Então, como diz Goffman (1988), o simples fato de entrar em contato com outras pessoas já torna aparente, o corpo em excesso, trata-se de um estigma imediatamente perceptível diferente de outras condições, como a epilepsia, estudada por Scambler & Hopkins (1986), em que o sujeito pode ocultar a sua situação, pelo menos a princípio. A identidade social do obeso está estampada na sua forma de existir no mundo, ou seja, no corpo.

Eu me lembro quando fui fazer entrevista de trabalho antes de entrar na universidade, que eu tinha o inglês, eu tinha uma carta a meu favor, eu não consegui, eu sempre fui gorda e gorda não é um cartão de visita para trabalho, então eu acho que se eu não entrasse aqui na universidade eu tinha que fazer alguma coisa, porque é humilhante. A minha sorte foi ter feito concurso e entrei aqui na universidade, ou seja, vou falar que nem o Zagalo: “vão ter que me engolir, gorda ou magra, eu fiz um concurso público e eu estou fazendo minha atividade eu estou no jogo”. Porque antes disso eu fiz um estágio no banco, quando terminou o meu estágio que eu tinha que arrumar um trabalho, aí eu fui fazer teste em alguns lugares, lá dava para sentir o que era um gordo fazendo uma entrevista de trabalho, ele já era descartado, você já se sentia (...) é ruim, é uma sensação muito desagradável e muito fácil de perceber. Agora aqui na universidade (...) brincadeira sempre teve, sempre, até hoje tem (risos). Sempre teve, mas aí você lida (...) tranquilo, (...) tranquilo é aquilo que eu te falei não é? Tem umas pessoas que dói depois você fica lá, mas passa, é que eu falei,

maturidade, idade, ensina muito para a gente (3F, técnica administrativa de serviço público, 43 a).

O corpo em excesso dos nossos entrevistados por muitas vezes interferiu nas atividades do mundo do trabalho, pois a obesidade é negativamente avaliada na sociedade moderna, e o excesso de peso pode ter deletérios efeitos nas oportunidades de emprego, lembram Sarlio-Lähteenkorva *et al.*, (2004). Os empregadores consideram os adultos obesos impregnados de atributos negativos, como preguiçosos, indisciplinados e menos competentes (Paul & Townsend, 1995). Pessoas obesas são provavelmente menos promovidas, tem baixos salários e são provavelmente menos contratados se comparados com pessoas magras com qualificação semelhante (Register & Williams, 1990; Rothblum *et al.*, 1990). Alguns entrevistados comentaram sobre problemas no ambiente de trabalho: relacionamento com a chefia, discriminação contra a obesidade, até o limite do desrespeito entre as pessoas, conforme relatado no primeiro depoimento.

O nervoso que permeia as relações de trabalho foi apontado como detonador do consumo alimentar e conseqüente aumento de peso. O excesso de trabalho, a pressão, contribuiu para o início de um ciclo seguido do aumento do consumo alimentar, exacerbação da obesidade, das condições de saúde, da insônia, estresse, consumo de bebida alcoólica, tentativa de suicídio, internação em hospital psiquiátrico e desemprego apareceram na história de um entrevistado.

Nessa empresa que eu estou no dia que eu cheguei lá o dono é rígido, é chato, ele olhou para a minha cara e falou: -“Olha, você vai me desculpar, eu não vou te mandar embora, mas você não vai aguentar uma semana aqui, eu não tenho nada contra você não, é que você é gordinho, você não consegue subir a escada aqui e eu sou chato. Gosto de rapidez e eu quero você aqui já, em cinco segundos, você tem que estar e eu grito bastante”. Então está bom, vamos fazer um teste. Aí ele gostou porque eu não desanimei, aí ele se arrependeu tanto que eu fiquei quatro anos com ele. Aí, ele falou assim: -“você entrou era gordo” e no começo foi difícil porque ele era chato, ligava no meu celular de dentro da empresa. É cinco segundos, se você não chegar (...). Ele gritava, assim de me desrespeitar: -“desse jeito eu vou mandar você embora (...),” você fica com medo, no começo eu ficava perdidinho. Cheguei até cair na escada, porque eu fui descer, ele chamou, eu fui querer voltar, as pernas foram para um lado e eu fui para o outro e caí. Eu senti esse preconceito lá, depois eu entrei aí todo mundo falou:- “nossa! não vai aguentar o serviço” (2M, inspetor de qualidade de empresa de órteses e próteses, 28 a).

O excesso de trabalho, o stress no trabalho, a pressão que eu sofria no trabalho que levou para a bebida e que me levou para a comida. Isso era uma válvula de escape, era uma rota de fuga minha, era extremamente nervoso, a pressão era muito forte, o resultado era uma coisa fora do comum, fiquei doente, muito doente, tanto que em 2004 eu saí dessa loja direto para um hospital psiquiátrico com tentativa de suicídio. Fiquei internado quatro meses em hospital psiquiátrico, num sanatório chamado Sanatório Alan Kardec, saí porque melhorei (...) preocupei (...) voltei atrás, porque não era aquilo que eu queria para mim, voltei. Fiquei mais um tempo fora. Voltei a beber novamente, voltei a beber, beber, beber, voltei com dependência química, pedi para sair e pedi licença do INSS, quando eu voltei, eles me mandaram embora, aí foi que vi que estava tudo errado na minha vida aí eu comecei tudo outra vez. Passei por necessidade financeira tremenda, votei a morar com minha mãe, só tinha ela, só tinha eu e minha mãe, ela cuidou de mim um tempo, que tinha que mudar, aí eu mudei (...) (6M, ex-gerente de hipermercado, 40 a.).

3.4 As roupas

Entre os nossos entrevistados, a vestimenta se tornou um item frequentemente citado, tanto pelas mulheres quanto pelos homens, o que a princípio nos causou certo estranhamento. A citação surgiu na abordagem de temas sobre a lida do corpo obeso no cotidiano, o estigma, aos problemas causados pelo excesso corporal e em vários outros apontamentos. Mas ao aprofundar a análise sobre essa questão, entendemos que a valorização da roupa é relacionada à simbologia que ela traduz, pois é ela o invólucro do corpo e se o corpo foi repadronizado, a roupa também segue a mesma normatização. A aparência passa a depender cada vez mais do corpo e da sua silhueta e não de vestes que simbolizem status ou hierarquias, enfatizam Coelho & Severiano (2007).

Sob a moral da “boa forma” um corpo bem cuidado e trabalhado, sem marcas indesejáveis e sem excessos é o único que mesmo sem roupas está decentemente vestido (Goldemberg & Ramos, 2002). E quando o corpo está em excesso e não deve ser mostrado, a roupa pode ser a única opção para ocultá-lo. A roupa também traduz o pertencimento a determinado grupo social e a ocupação. Helman (1994) lembra que o jaleco branco do médico, além do senso prático de higiene, também tem uma função social indicando o pertencimento a um grupo

profissional prestigiado. Assim como o uso de joias e casacos indicam a riqueza e as roupas mal costuradas a pobreza.

O vestuário sempre foi um dos componentes básicos que ornamentam o corpo e com o advento da sociedade industrial surgiu o conceito de “moda”, que cresceu em proporção direta ao aumento das pompas rituais. E os rituais crescem na proporção do aumento das máscaras sociais, pondera Santin (1990). Os prazeres do corpo e do bem-estar passaram a alimentar a sociedade de consumo, como a moda. O jeans dos anos de 1940, os biquínis dos anos 1950, a minissaia da década de 1960, os trajes esportivos dos anos de 1970 e 1980 que eram verdadeiros desfiles de revoluções de hábitos e costumes no qual o corpo ganha leveza e visibilidade, e a indústria da moda fatura pesadamente (Prost & Vincent, 1992). Para Baudrillard (2008), nunca se consome um objeto por si mesmo ou por seu valor de uso, senão em razão do seu valor de troca, em razão do prestígio, do status e da posição social que lhe confere. A moda oferece negociação permanente de novos estilos e nichos de consumo não restrito ao vestuário, mas incluem a gestualidade, a forma do corpo, tom de voz, roupas, discurso, escolhas no campo do lazer, da bebida ou do carro, diz Villaça *et al*, (2007)³².

A dificuldade de encontrar uma roupa que sirva ao corpo fora dos padrões normatizados pela sociedade contemporânea ou mesmo a constatação da necessidade de aumentar o número do manequim a cada compra foi uma experiência que causou transtornos para os sujeitos da pesquisa. Era ali o confronto entre o espelho e o corpo através das roupas também normatizadas, como disse uma das entrevistadas: “*hoje em dia eles fazem roupas para cabide, não para pessoas*” (9F). Muitos entrevistados citaram que foram discriminados pelos vendedores quando iam comprar roupa em lojas não especializadas: os vendedores se antecipavam em informá-los de que a loja não vendia roupa para tamanhos especiais. Todos citaram que evitavam ao máximo comprar roupas, só o faziam em última necessidade, pois sentiam vergonha. E passar a comprar roupas em lojas especializadas era de certa forma admitir que estivessem realmente muito acima do peso.

³² http://www.pos.eco.ufrj.br/docentes/publicacoes/nvillaca_6.pdf

Então, isso doía muito em mim. Cansei de chegar numa loja e sair chorando, por querer uma roupa e lá não tinha para mim. A pessoa olhava na minha cara e:- “Infelizmente aqui não tem roupa que serve para você”. Isso dói na gente, sabia? Dói bastante. Sofri bastante. Para você ter uma ideia, eu ia assim de última necessidade, eu via assim, que com aquela que eu tinha, já não dava para usar mais, eu tinha que ir na loja comprar. Aí eu ia, senão eu não ia, de jeito nenhum. Ia em último caso. Tinha que ir na loja de obeso, porque eu já era obesa e não ia achar em outra loja, para não passar raiva, já ia direto no obeso. Tinha uma loja especificada, eu ia lá e já saía, mas para mim, eu sentia na hora que pisava na porta, já me sentia mal ali dentro. De olhar aquele monte de roupa daquele tamanho assim. Ai, nossa, horrível de lembrar, viu, horrível (5F).

E nas lojas especializadas em tamanhos maiores, as roupas não agradavam e foram caracterizados como: “cafona”, “feio”, “roupa de velho”, mesmo as roupas íntimas. Além disso, o preço é proporcional ao tamanho, porque as roupas dos “gordos” são bem mais caras. Durante o período em que o corpo estava em excesso, não havia nenhum prazer em comprar roupas, tornando-se uma atividade definida como um sacrifício. Não havia opção de escolha, como se as roupas para os obesos não pudessem ser ao mesmo tempo grandes, confortáveis e bonitas. Afinal, quem se preocupa com as roupas para o obeso? Então as vestimentas disponíveis e escolhidas à contra gosto eram aquelas que conseguiam de certa forma “ocultar” ou pelos menos diminuir a evidência da forma corporal, que eram as túnicas retas, calças de malha com camisa larga, sem muitas opções de modelos e cores.

[...] eu, eu falava que gorda é um lençol, você rasga, “bota” a cabeça e pronto. Não tem roupa que fique bem em gorda (...) não tem, entrou, abotoou, está bom, infelizmente (risos) (15 F).

Eu achava ruim porque eu não conseguia comprar roupa, porque as roupas de gordo é roupa de velho, eu odiava aquelas estampas lá, aquelas coisas lá (...). Eu não achava roupa naquela época, eu não tinha nenhum prazer, só comprava assim em extrema necessidade do contrário, eu não comprava roupa não, porque eu não tinha o menor prazer em entrar na loja e comprar roupa, então não me sentia mal nesse ponto, eu aceitava, entende (...), porque não adianta você ficar se matando por causa disso, mas que é complicado era (...). Ah (...) porque você vai comprar, você não acha, só acha número 54, tudo enorme, como sou baixinha, tinha que arrumar, tinha que encurtar a perna, você está entendendo? Só roupa jacú, só roupa de velha, eu não gostava de comprar nem calcinha, só ia comprar por necessidade. Os modelos 52 são pavorosos,

tudo feio, hoje eu uso calcinha M, calcinha bonita, com bordado, com aquela renda, antigamente eu só usava calça da malha, não usava outra coisa que me incomodava muito, me cortava, sabe, agora não, agora eu uso outros modelos bonitos... (13 F).

Uma forma de gerenciamento para aquisição de roupas foi a adoção do uso exclusivo de roupas pretas para camuflar as formas corporais e as roupas de malha. Outras pessoas optaram por não comprar roupa pronta e passaram a procurar as costureiras, porque era muito difícil encontrar roupas do seu tamanho, não agradavam, sentiam discriminação da vendedora, portanto não era uma atividade agradável.

Comprar roupa era uma coisa que eu evitava ao máximo! Tinha as coisas básicas, umas lojas que eu sabia que tinha roupa para gordo, não exatamente só para o gordo, mas algumas que com a modelagem maior e tal que dava certo, só basicamente roupa de malha, calças de malha e tudo preto (risos), tudo preto, era um guarda roupa de roupa preta, o que mais eu sentia mesmo era a atividade de comprar roupa, que é uma atividade super gostosa, consumista, de comprar roupa, mas quando eu estava gorda era um suplício entrar numa loja e comprar roupa (2 F).

Porque, quando eu era gorda, uma que você já tinha preconceito de entrar numa loja para comprar uma roupa, porque nada te servia a vendedora já te olhava com a cara torta, eu mesma já nem entrava para comprar roupa para mim. Tudo eu mandava fazer (8 F).

Fazemos parte de um mundo cheio de discriminações: deficientes físicos, idosos, negros, mulheres, gordos, entre muitos outros. As diferenças do corpo são muito difíceis de serem aceitas pela nossa sociedade. O corpo é uma construção cultural e não algo “natural” e nesse sentido também é roupa, máscara, veículo de comunicação carregado de signos que posicionam os indivíduos na sociedade, cita Goldemberg (2003). A indústria da moda modificou até mesmo as noções de decente e indecente quando se refere às roupas. A utilização de uma indumentária que deixa à mostra determinadas partes do corpo, ou mesmo a exibição do corpo nu, não é considerada, muitas vezes, tão indecente quanto à exibição de um corpo “fora de forma” ou o uso de roupas supostamente não condizentes com a forma física afirma Goldemberg & Ramos (2002).

3.5 O lazer

O lazer tornou-se direito inalienável de homens e mulheres comuns de todas as idades e profissões, principalmente após a segunda guerra mundial. A necessidade de momentos de prazer foi transformada em promessa banal da mídia, então *sport, sun, sea and sex* formam os “quatro S” das férias consideradas ideais, comenta Sant’Anna (2001). O repouso, o descanso, a evasão e a distração talvez sejam “necessidades”, mas não definem por si mesmas a exigência do lazer, que é o consumo do tempo. O tempo livre consiste em toda atividade lúdica com que se cumula, mas é a *liberdade de perder o seu tempo* e eventualmente de o “matar” e dispensá-lo em pura perda, segundo Baudrillard (2008). Para os sujeitos da pesquisa, as atividades de lazer estavam ausentes ou eram mínimas durante a fase em que apresentavam o corpo obeso. Entre vinte e três pessoas, oito referiram que não tinham lazer, não saíam para evitar a exposição aos olhares dos outros e serem o centro das atenções, porque sentiam vergonha. O isolamento foi característica desse grupo como forma de proteção da discriminação real ou antecipada e a ausência de “ânimo” para outras atividades que saíam da esfera do trabalho por vezes somado aos problemas de saúde.

Ah, eu gostava de sair, mas depois foi passando o tempo e eu já não saía mais. Eu não me sentia bem na rua. Dava a impressão que você vai andar na rua, os outros estão te olhando, dá... te dá mal estar. Ali, eu já não me sentia bem, eu me sentia bem só dentro de casa. Antes eu não ia, porque eu chegava lá, se eu sentava e alguém olhava para mim, eu já...Eu me sentia mal, me sentia muito mal. Eu não gostava da impressão que se você é obesa, você senta em algum lugar, parece que você é o centro das atenções. Parece que não tem outras coisas do seu lado, parece que só tem você, você ali. É, então parece que você senta num lugar, parece que você é o centro das atenções (5F).

(...) não tinha, nada, nem teatro cinema, essas coisas. Era sair do serviço ia para casa tomar cachaça, eu trabalhava segunda a domingo. Folgava uma vez na semana, não tinha dia certo para folgar e nesse dia de folga que eu bebia o dia inteiro, no domingo só bebia (6M).

E mesmo entre os que apontaram alguma atividade de lazer, essas eram relacionadas à alimentação (ir ao restaurante, cozinhar), ir ao cinema (apontado como boa opção pela escuridão), brincar com as filhas, um passeio, ir à casa dos

pais, irem à casa do compadre. Todas as atividades de lazer apontadas ficaram restritas a um pequeno círculo de pessoas, preferencialmente familiares, conhecedores dos seus problemas corporais. Os passeios a determinados lugares como ir ao clube e andar de moto, implicavam o gerenciamento da exposição do corpo, através da combinação de uso de roupas para tentar esconder ao máximo às formas corporais. E no caso dos homens evitavam tirar a camisa.

Ah sim, cinema, restaurante (enfática)! A gente ia muito a restaurante, quase todo final de semana, a gente saía bastante, assim depois de uma fase. E restaurante, cinema, essas coisas é tranquilo, sem problema, ainda mais cinema, porque ficava tudo escuro, ninguém via minha gordura, melhor do que esse passeio só dois desse. Ah! eu sempre gostei de viajar, passeios assim familiares mesmo, só ia na praia, com a minha família. Família quando eu falo é pai e mãe, mesmo. Ia a Serra Negra, Poços de Caldos, a gente ia muito para esses lugares. Claro que eu nunca usava biquíni, sempre usava maiô e um shortinho, uma bermudinha que eu odiava. Odiava se tivesse algum churrasco de empresa de marido, eu odiava, eu não ia de jeito nenhum, nunca fui, eu tinha muita vergonha, muito (...) isso me incomodava muito, era muito difícil (3 F).

No lazer, andava de moto, ficava na rua conversando. Só. Eu tinha vergonha. Tipo assim, se ia num lugar assim, se ia tirar a camisa, eu não tirava, entendeu. Sentia nesses termos (8 M).

O lazer também foi prejudicado pelo peso do corpo gordo, restringindo até o caminhar. Havia o receio das limitações de imobiliários, como cadeiras, poltrona de avião, tudo isso também pode se tornar um empecilho para a corpulência. Nóbrega (2005) também comenta que tudo é projetado para o magro, o gordo foi excluído. A rejeição explícita é percebida nas roupas, nos provadores das lojas, nas catracas dos ônibus, nas cadeiras de cinemas e teatros. Nos aviões é grotesca a exclusão: as cadeiras, o cinto de segurança, o banheiro e a mesa da refeição não são compatíveis com pessoas com o corpo além das curtas medidas do padrão social.

Eu não gostava de sair de casa, eu não queria sair, não queria sair, não queria fazer nada, eu não tinha vontade, para andar era ruim, era difícil, é a mesma coisa que você pegar uns 60 quilos a mais e ficar andando, dá um certo desânimo, até levantar da cama era cansativo, então (...) (1M).

Lazer não, cinema, não é todo cinema que eu me encaixava direito na poltrona, certos cinemas era horrível ir, sabe, ficava preso na cadeira, nunca viajei de avião, mas morria de medo de viajar, porque falavam que a poltrona era muito pequena, então eu tinha medo, eu fugia disso. Tem que ter poltrona para obeso (4M).

3.6 Cuidados corporais e a moradia

A construção da imagem corporal vai sendo realizada como parte do aprendizado dentro de uma sociedade, conferindo-lhe uma moldagem normatizada pela cultura e pela sociedade. Essa expressão para Fischer *apud* Sills (1968) engloba tanto “as atitudes coletivas, sentimentos e fantasias sobre o corpo” quanto “a maneira na qual a pessoa aprendeu a organizar e integrar suas experiências corporais”. Uma jovem contou sobre o encontro do seu corpo com o reflexo proporcionado pelo espelho que trazia a imagem de uma mulher de formas arredondas que ela não aceitava. Apesar dos seus vinte e poucos anos, ela se enxergava velha ao olhar para o espelho e não gostava do que via, pois a “imagem do corpo” é expressa por todas as formas com que um indivíduo conceitua e experiência o próprio corpo, consciente ou inconscientemente, segundo Helman (1994).

Eu me via como uma velha, uma pessoa velha, entendeu assim, minhas roupas eram todas mandadas para fazer, saias e blusa (...). Calça, uma camisetinha, você não pode usar isso nunca, a gente tem que ter o senso do ridículo, tem gente que põe uma calça e uma saia, tem gorda que sai assim e eu sinto vergonha por ela e não está nem aí! Claro que as pessoas têm que ser felizes do jeito que é, mas eu não me aceitava, eu me olhava no espelho e via aquelas formas redondas e falava:- “meu Deus isso é horrível”. A imagem do espelho é a pior coisa, ah, é aquilo ali é frustrante para você se ver, conviver com aquilo, entendeu. Porque é uma imagem que queira ou não queira, é você (15F).

Os sujeitos que portavam um corpo obeso tiveram também uma diminuição da própria estima. Algumas mulheres mantinham os cuidados básicos com: a higiene pessoal, cuidados com os cabelos, unhas, uso de hidratantes, mas sem muito entusiasmo. Observamos no depoimento de uma mulher certa ironia e autodepreciação, duvidando sobre os comentários maternos sobre a sua beleza,

como se uma pessoa “gorda” não pudesse ser bonita. Como diz Sant’Anna (2001, pg. 108):

Mas aquilo que ainda não é boa forma e que o indivíduo considera “apenas” o seu corpo torna-se uma espécie de mala por vezes incomodamente pesada, que ele necessita carregar, embora muitas vezes ele queira escondê-la, eliminá-la ou aposentá-la.

Nas outras coisas, assim, a higiene pessoal mantinha, cuidava do meu cabelo, da unha, esses cuidados de passar óleo, de hidratar, isso tudo eu sempre mantive, mas eu não tinha muito pique, porque eu odiava mesmo era comprar roupa (2 F).

O Gordo vai arrumar o quê? Só tem o cabelo, vai arrumar o cabelo, quando eu era mais nova, hoje não, hoje eu estou com a autoestima um pouco baixa, mas mais nova, meu olho claro, o olho e o cabelo arrumado, sem olheira, sem (...) (risos). Sempre o que destacava em mim era isso, sempre e não tinha (...) como diz a minha mãe, o gordo é bonito, eu acho gordo horrível, não sei como gordo pode ser bonito. Sempre quando eu era juvenzinha, não passava um dia que alguém não falava do olho, isso sempre teve, tanto faz homem, mulher, nossa, que olho lindo, sempre (...) então assim, o cabelo estava sempre em dia, porque é o cartão de visita. Tirando isso não tinha mais nada (...) (3 F).

Mas outras mulheres relataram que quando estavam gordas deixaram de se preocupar com a aparência, mantendo apenas os cuidados básicos de higiene. Deixaram de usar cosmético, trocar os brincos, não podiam usar salto alto, não mudavam o cabelo, não tinham a preocupação com a roupa, não tinham vontade de se arrumar porque não saíam mais de casa. Havia a lembrança de tempos de magreza conectados à beleza e depois a gordura associada à perda da capacidade de se embelezar.

[..] eu não usava mais salto, porque doía muito o meu pé, o cabelo passava a tinta só, mas não fazia mais nada. Eu usava sempre o mesmo brinco, não mudava nada. Estava sempre normal, do mesmo jeito, sempre o sapato baixo, quase sempre as mesmas roupas, assim. Eu não tinha vontade, eu não achava as coisas que gostava, porque nada ficava bom (9 F)

Não, você vai perdendo a vontade, sabe. Você já não sai de casa. Era muito difícil sair. Então, aquilo vai se perdendo aquela vontade de se arrumar, aquela coisa que hoje eu tenho. Na obesidade eu não tinha não, antes de engordar eu era, bastante, eu gostava muito de me arrumar, nossa eu adorava (5 F).

Para as pessoas que não tem um corpo em excesso, as atividades cotidianas relacionadas aos cuidados pessoais fluem sem que se perceba, mas para as pessoas obesas, até os movimentos mais simples do cotidiano se transformaram em limitações e restrições da mobilidade e flexibilidade do corpo, apesar do esforço para o desempenho. Às vezes, o peso do corpo colocava em risco o próprio equilíbrio; assim, uma entrevistada contou que havia caído algumas vezes no banheiro, apesar disso, mantinha os seus cuidados básicos com a higiene e embelezamento, só se queixou novamente das roupas. Outros tinham dificuldade para os cuidados pessoais desde os mais simples, como lavar os pés, dobrar a perna, abaixar, cortar a unha do pé, cruzar as pernas, depilar, calçar um tênis. Movimentos que foram limitados pelo corpo em excesso que necessitava de um gerenciamento para o seu cuidado pessoal ou da ajuda de outras pessoas da família. Os sujeitos estudados por Gonçalves (2004) ³³ também evidenciaram essas limitações.

A associação entre feminilidade e beleza não é nova, a ideia que a beleza está para o feminino e a força está para o masculino atravessa séculos e culturas (Perrot, 2007). O estudo de Sant'Anna (1995) sobre a história do embelezamento feminino fala que nos anos 50 havia uma valorização da higiene feminina. Os conselheiros de beleza do passado insistiam nas qualidades do corpo limpo, se estendendo aos pertences femininos e para o espaço doméstico. Então, junto à higiene do corpo, se prescreve a limpeza minuciosa do espaço doméstico, que continua sendo o termômetro da alma feminina e mantém a tendência de colocar a casa sob a responsabilidade da mulher.

Muito desanimada, mas o meu banho eu nunca deixei. Só que eu tinha muito medo, medo de cair no banheiro, porque eu caía muito, escorregava, muito peso. Tomava banho, não podia nem trancar o banheiro, eles não deixavam, até hoje eu tenho medo de trancar. Eu levantava de manhã tomava o meu banho, lavava o meu rosto, penteava o meu cabelo. Eu sempre gostei de passar um batonzinho. Usar um desodorante, isso eu nunca deixei de fazer. Eu não saía assim. Sair para rua não, só que eu tinha raiva quando ia comprar roupa. Porque era difícil, roupa (6 F).

³³ <http://www.seol.com.br/mneme>

Ahm! Dificuldade para lavar os pés. Tinha que dobrar a perna, lavar pé, tinha que abaixar, é (...). Lavar as partes íntimas essas coisas todas, mas eu tinha as minhas táticas! A gente sempre arruma um jeito, a gente tem dificuldade sim, mas a gente sempre dá um jeito (14 F).

Sentia, quando eu era gorda eu sentia dificuldade, às vezes eu ia me depilar eu não conseguia me enxergar, eu nem me depilava. Não tinha como me depilar. Era gordura em cima de gordura (8 F).

Do mesmo modo que havia dificuldades para a movimentação do corpo, para os cuidados pessoais, o mesmo ocorria com os cuidados da casa. Que pode ser entendido aqui como as atividades básicas no espaço doméstico tais como: realizar ou auxiliar na limpeza, varrer, lavar louças, cozinhar, tomar conta das roupas, fazer compras para casa. É interessante observar que em relação aos cuidados com a casa, nossos entrevistados responderam contrapondo passado e presente, para refletir sobre esse assunto, o antes com o corpo obeso e o depois com o corpo normatizado. É importante relatar que entre as mulheres entrevistadas a maioria estava inserida no mercado de trabalho, mas também cuidavam da casa, dos filhos, da alimentação da família, entre tantas coisas, exercendo a famosa dupla jornada de trabalho que Gonçalves (2004) lembra sobre a tendência de a mulher trabalhar mais do que o homem. As mulheres que trabalhavam fora de casa, em geral, contavam com a ajuda parcial de uma faxineira para os serviços domésticos.

Eu fazia, mas era de (...) devagar. Tipo limpar casa passar pano no chão, hã (...), para abaixar nossa! Meus pés inchavam demais, no final da tarde, meu pé estava grande, todo inchado, aí eu parava um pouco, colocava os pés para cima, nossa era terrível, eu tinha que fazer devagarzinho mesmo. Eu sentia muito peso, mas conseguia fazer (14 F).

Muita, eu não podia subir em lugar alto que eu tinha medo de cair, às vezes tinha um armário para botar alguma coisa, minhas filhas: “pelo amor de Deus, mãe”, eu caí várias vezes: - “pelo Amor de Deus, não sobe em cadeira”, então minha vida ficava limitada (13 F).

3.7 Problemas de saúde

Segundo a visão da biomedicina, a obesidade é apontada como fator de risco para outras enfermidade e condições associadas. Dessa maneira, outro parâmetro que foi usado para expor os problemas decorrentes de ser gordo foi baseado nos problemas de saúde associados à obesidade tais como: dor no pé e nas pernas, problema de coluna, a hipertensão, depressão, tentativa de suicídio e alcoolismo. O corpo torna-se uma carga penosa enquanto seus usos são atrofiados e transforma-se em um móvel permanente de mal-estar. Na vida diária, o corpo toma a atenção dos indivíduos na forma de sintomas (Le Breton, 1995b).

O corpo humano para todas as sociedades é mais do que um organismo que oscila entre a saúde e a doença, também é alvo de crenças sobre o seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento (Helman, 1994). Segundo Fischer *apud* Sills, (1968), a cultura de cada grupo nos ensina como perceber e interpretar as mudanças que ocorrem com o nosso corpo e dos outros, durante o passar do tempo aprendem a distinguir as diferenças entre corpos jovens, idosos, doentes, saudáveis, e a definir dor, febre, entre outras sensações. Após a instalação da obesidade, as dificuldades inerentes ao excesso ponderal, assim como as outras doenças que vão surgindo, passam a fazer parte do dia-a-dia.

Descartar as consequências pessoais e tratar somente os danos clínicos tem se mostrado ineficiente, basta observar os resultados epidemiológicos, comentam Brillmann *et al.*, (2007). Os adultos obesos são considerados mais expostos a risco para o desenvolvimento de comorbidades, ou seja, para o desenvolvimento de outras doenças crônicas. A obesidade é fator de risco para as enfermidades: cardiovasculares, *diabetes mellitus*, cerebrovasculares, câncer, hipertensão, osteoartrites, colelitíase e doença coronariana. Além disso, as condições associadas são: aumento do colesterol, dislipidemia, diminuição do HDL, intolerância à glicose e hiperinsulinêmica, segundo o Consenso Latino Americano em obesidade (2005) e exposto no ANEXO 3.

Nem todos os depoentes que estavam gordos apresentavam problemas de saúde, mas foram orientados a se submeterem a cirurgia, como forma de prevenir futuros males associados à obesidade. Apesar de as mulheres citarem

que não tinham problemas de saúde, em momentos anteriores deste trabalho, pelo menos três delas contaram que apresentavam dores nas pernas, nos pés, vários problemas emocionais relacionados à obesidade, isolamento social, entre outras manifestações já apresentadas. Afinal, qual seria o conceito de saúde para elas? Provavelmente essa representação estava relacionada à ausência de doenças. Entre os homens, todos tinham alguma patologia associada, desde aqueles que controlavam apenas com a dieta até pessoas que tinham infartado anteriormente. Ainda que as mulheres percebam mais pressão social para manter-se magra, são os homens que tem maior risco de padecer de enfermidades, cita Chiprut, *et al* (2001). Essas mulheres não tinham nenhuma doença associada, mas apresentavam o índice de massa corpórea (IMC) suficientemente alto para a indicação da cirurgia, ou seja, maior ou igual a 40. Inclusive, uma delas apresentava o maior IMC de todos os entrevistados, tanto entre as mulheres quanto entre os homens.

Assim mesmo antes da cirurgia, eu não tinha problema de saúde, nenhum, colesterol, nada (...) pressão, nada (...) a opção foi fazer mesmo para evitar problemas, eu não tinha, mas os médicos diziam que eu poderia ter, mas assim (...) sempre tive saúde, nunca tive problema de saúde, nunca tive problema de saúde (4F, 40 anos, IMC= 45).

Eu não tinha nada. Eu era uma gorda saudável digamos assim (...). Eu não tive nada disso, entendeu assim, mas futuramente eu ia ter com certeza, mas pode ser que eu ainda venha a ter, entendeu, mas assim, isso ia (...) está adiantando para mais cedo entendeu, essa situação, mas graças a Deus (...) (15F, 30 anos, IMC = 51).

Em adultos jovens de 20 a 45 anos, a prevalência da hipertensão é seis vezes maior em obesos do que em não obesos (Blumenkrantz, 1997) ³⁴. A obesidade está associada a algumas das mais prevalentes doenças da sociedade moderna, o maior risco é para o desenvolvimento de *diabetes mellitus* (Francischi *et al.*, 2000). Problemas psicológicos foram associados ao ganho de peso, como o estresse, ansiedade e depressão que influenciam o comportamento alimentar (Stunkard & Wadden, 1992). Em relação aos sujeitos do nosso estudo, além da

³⁴ Disponível em: URL: <http://www.quantumhcp.com.obesity.htm>.

obesidade, a pressão alta foi um dos problemas mais citados entre homens e mulheres.

Entre as mulheres, nove queixaram-se de hipertensão, sendo que uma delas não necessitava de remédio, duas faziam uso de várias medicações por dia (de três a cinco). A procura pelo hospital se tornou frequente para outras duas mulheres, seja na internação ou no serviço de urgência. Como observamos nos depoimentos, as enfermidades crônicas conduzem a viver “com e apesar da obesidade e outras doenças a ela associadas” (Conrad, 1990). A depressão também foi relacionada e apenas uma mulher citou o início de diabetes em nosso estudo.

Eu trabalhava, mas chegou uma época depois que eu tive que parar de trabalhar, porque aí foi o decorrer da pressão alta, eu ficava muito internada por causa disso. Porque o engordar, eu tenho a impressão que foi engordar do dia para noite assim que eu nem percebi que já estava gorda, entendeu? (5F, 33 anos, IMC= 37).

Tinha, estava com pressão alta, estava começando com (...) aquele que faz teste no dedo, como que chama? Diabete. Estava começando o diabetes, era comecinho, mas já estava dando. Estava com problema no coração, a veia aorta estava abaulada, o coração estava grande (...) (10F, 66 anos, IMC= 44).

A hipertensão também foi mencionada por quatro homens, incluindo os mais jovens, um deles já estava fazendo uso de medicamentos e com frequência era internado com crise hipertensiva, principalmente depois dos finais de semana em que “abusava” nas churrascarias. Outro entrevistado contou que além da pressão alta também estava com o nível de colesterol alto; um deles teve um infarto em decorrência do seu estresse no trabalho, da obesidade e do tratamento que iniciou para perder peso, abordado anteriormente.

Tinha pressão alta, a minha pressão variava em 17 por 14 e quando eu ficava internado por causa da pressão ela girava em torno de 24 por 20, 24 por 19, aí eu ficava internado uns três dias, de dois a três dias, sempre. Geralmente era sempre depois do final de semana, sempre que abusava um pouco em restaurante, churrascaria subia a pressão, geralmente era comida, excesso de comida em restaurantes, churrascaria. Eu comecei a ter pressão alta com 18

anos, próximo da cirurgia, eu já tomava remédio, atenolol, 50 MG (4M, 28 anos, IMC = 49).

Eu tinha pressão alta, eu tinha um pouco de colesterol, mas só um pouco, já tomava remédio, hoje continuo tomando porque a minha pressão ainda não estabilizou, o meu cardiologista acha que (...) é hereditário, é de família. O meu médico acha, ele pediu para voltar em março para ver como está, mas acho que vou tomar para sempre. Mesmas quantidades (...), mesma coisa, agora colesterol, triglicérides que era um pouco acima, normalizou tudo, isso quando eu fiz exame antes do natal eu fiz estava tudo baixo (3M, 37 anos, IMC= 43).

Além da pressão alta, “problemas na coluna” também foram referidos pelos entrevistados, tanto homens como mulheres. Duas mulheres tiveram sérios problemas, que foram relatados no capítulo que abordou o trabalho. Uma delas, ainda não se encaixava no critério do IMC para realizar a cirurgia, mas em virtude da pressão alta e do seu problema de coluna precisou ser submetida à cirurgia de obesidade para perder peso. E uma das mulheres, além do problema de coluna, também estava com problemas renais. Um homem apresentava escoliose e havia feito cirurgia na coluna anteriormente à cirurgia de obesidade, mas mesmo assim, ainda apresentava crises de dor até o momento da entrevista.

Eu tenho pino na coluna e até quando eu operei, eu tenho escoliose. Até eu travei na semana passada, depois da cirurgia nunca mais tive problema, mas eu travei, tive que ir ao hospital, aí eu tomei injeção, diz que inflamou a vértebra torácica. Eu deitei, quando fui levantar, não aguentava, ai dói demais, aí quando eu fiz ressonância, eu tinha que colocar mais 12 pinos, eu coloquei 4 aqui na cervical, aí graças a Deus não tinha doído mais, eu falei acho que eu vou para a minha neuro de novo, o que está acontecendo, se vai ter que mexer (...) (1M, 31 anos, IMC= 40).

[...] foi a neurologista, foi, quando eu cheguei nos 96 quilos, ela falou: -“Você não tem jeito, ou você faz alguma coisa e emagrecer ou você vai (...)”. Que eu estava piorando com o excesso de peso: -“ou você vai para cadeira de rodas, o que você quer da sua vida”? Daí eu falei: -“eu não sei se eu posso” (...). “Mas você vai” (...). Eu não cheguei bem até 40 (IMC) lá, mas, como eu tinha esse problema de coluna, eu fui encaminhada pela minha médica de coluna e ela escreveu uma carta lá para eles dizendo, contando assim o que eu tinha e que eu tinha dificuldade para emagrecer e que só o emagrecimento me ajudaria a fazer, que não era caso cirúrgico nem nada. E como eu já tinha isso, a minha pressão mínima não baixava de 10, era 10 por 14, 10 por 15, estava com essa pressão alta, o cardiologista aprovou daí eu pude fazer. Porque parece que pessoas de 35 (IMC) que não chegam aos 40, mas se tiver duas patologias eles deixam fazer, e eu tinha a coluna e a pressão (13F, 54 anos, IMC= 39).

Entre os homens mais jovens, um deles já estava apresentando alterações no nível de triglicérides e tinha insônia, mas ainda não fazia uso de medicamentos. O seu índice de massa corpórea justificou a cirurgia. É importante lembrar também da história de um entrevistado, que estava obeso, hipertenso, alcoolista e havia tentado suicídio, pois estava desempregado e sem esperanças de conseguir outro trabalho, até que recebeu apoio de um amigo, como observamos no capítulo que trata do trabalho e corpo.

Eu estava com triglicérides de 950, eu estava explodindo, tudo alterado, era ácido úrico, colesterol, era pouca coisa que estava salvando e eu me preocupei porque trocava dia por noite, tinha insônia ficava quatro dias sem dormir, para dormir, então, não estava uma pessoa (...) mas não precisava tomar remédio, só dieta (2M, 28 anos, IMC=44).

Depois da internação pela tentativa de suicídio e pelo alcoolismo, que eu fui internado, também fui demitido da empresa, então eu achei que estava tudo acabado com esse excesso de peso eu não ia conseguir nada, nem de porteiro, não tinha poupança, não tinha como viver, ia ter que viver na aposentadoria, a minha mãe ia ter que ser um dependente e que estava tudo acabado. Depois o meu amigo que é empresário, ele se dispôs a me ajudar, aí eu percebi que estava batendo a segunda chance e foi quando eu decidi mudar tudo (6M).

3.8 A acessibilidade

Os problemas com a infraestrutura urbana, como os assentos dos transportes urbanos, do cinema, dos espaços públicos em geral causaram constrangimentos para alguns dos entrevistados, pois não eram adaptadas para os diferentes padrões corporais. As cadeiras de plástico que se quebravam facilmente era motivo para culpar o sujeito “gordo” que nela se sentava, reforçando novamente a representação acerca do “ser gordo na atualidade”, figurado por uma pessoa sem controle sobre a sua alimentação e seu corpo. A frase “escravo do seu corpo” informou como a condição da obesidade determinava e restringia a vida cotidiana. Encontramos nos relatos as estratégias para viver frente à reprovação alheia, entendida como modalidade de ajustamento, como cada pessoa age diante das dificuldades geradas pela enfermidade. Essas

estratégias não são estáticas, se alteram no tempo, nas interações sociais e são fundamentais para evitar o isolamento social, promover a comunicação e mobilizar recursos de autoajuda (Robinson, 1988).

E fora a vergonha que eu tinha, sabe de, ter a sensação que está todo mundo te olhando e (...) realmente acho que tinha mesmo, é de você pegar um ônibus, várias, muitas e muitas vezes você entra num ônibus, as pessoas te olham e já olham para o lado (...). Será que ela vai sentar aqui, será que ela vai sentar aqui? E eu já ficava com raiva, já fazia aquela cara feia, sabe! Ou eu sentava num lugar vago ou ficava em pé, mesmo que tenha aquele lugar ali, onde tinha uma pessoa e tinha outro lugarzinho. Eu não sentava, eu ficava de pé e com o meu filho no braço, a pessoa falava: -"você quer sentar?" ou então, muitas vezes: -"você quer dar ele para mim, você quer que eu segure ele?", eu falava: -"não, obrigada". Pois eu ficava em pé, gorda e com meu filho nos braços. Então, nossa, eu chegava em casa e chorava, chorava. Era horrível (14 F).

Aí comecei a desanimar da vida, não queria sair me sentia mal, parecia que eu não cabia (em) lugar nenhum, tinha cadeira de cinema que não podia sentar, cabia, mas era constrangedor, tinha medo de sentar em algum lugar e quebrar, ficar preso, você fica escravo do seu corpo, você fica preso em volta dele, chega num ponto que você perde a vontade de fazer tudo (1 M).

Neste capítulo abordamos de um lado que as explicações dos entrevistados sobre a obesidade e suas causas são múltiplas e por outro lado questionado se os sujeitos consideravam a obesidade doença ou não. Abordamos as representações e a experiência com o fato de "ser gordo" mostrando as várias dificuldades não circunscritas somente à questão estética. Pode-se afirmar que se trata de sofrimento e não apenas de doença, segundo a definição biomédica, que afligia homens e mulheres de forma diferenciada tais como: pela dificuldade em se locomover; dependência de outras pessoas; problemas emocionais; problemas de saúde; constrangimentos sociais provocados por olhares e palavras discriminatórias, estigma e preconceito, que os acompanhava.

CAPÍTULO V

As tentativas de emagrecer



Neste capítulo serão discutidas as tentativas dos entrevistados realizadas para emagrecer antes da decisão pela cirurgia entre as dietas, atividade física, medicamentos, além do uso de outras racionalidades. E quais foram os motivos que levaram os entrevistados a optarem pela cirurgia.

A visão biomédica recomenda o manejo integral da obesidade em seus aspectos preventivos e de tratamento, incluindo os seguintes aspectos: manutenção do peso saudável, prevenção de ganho de peso, estabilização do peso e manejo das comorbidades e perda de peso apresentados no ANEXO 4. A terapêutica da obesidade tem como objetivos: tratar o indivíduo obeso por apresentar riscos de enfermidades e morte precoce. O tratamento deve ser realizado com o objetivo de prevenir ou tratar as enfermidades associadas e não exclusivamente para o tratamento do excesso de peso. Porém o tratamento da obesidade vem se constituindo em um desafio para diversas áreas que tratam da saúde, em virtude do constate fracasso em se alcançar êxito duradouro (Tauber, 1998).

O sedentarismo é apontado como uma das causas para o favorecimento e manutenção de alguns tipos de obesidade, assim como o papel da atividade física na prevenção e tratamento. A alimentação saudável, definida como aquela baseada em alimentos de baixo conteúdo energético de gordura e pouco estimulante do apetite é recomendada. Outra recomendação é a psicoterapia, do tipo cognitivo-comportamental, com objetivo de modificar o repertório de comportamentos que o indivíduo apresenta (Consenso Latino Americano de Obesidade, 2005). Quando as medidas nutricionais e atividade física, não são cumpridas com a constância e duração adequada, é necessário, o uso coadjuvante de medicamentos no seu manejo. A introdução dos medicamentos deve ser considerada nos pacientes com IMC igual ou maior de 30; IMC igual ou superior a 25 se acompanhada de outros fatores de risco, como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* 2, hiperlipidemia, e outras; ou quando o tratamento convencional não obteve êxito. Os medicamentos antiobesidade em geral produzem muitos efeitos colaterais (Silva & Silva, 2004).

1. Atividade Física

O termo “atividade física” é definido como qualquer movimento corporal que resulta em substancial aumento do gasto energético acima dos níveis de repouso (Bouchard, 1994; Manifesto de São Paulo, 2003). Assim, existem dois tipos de atividade física: (i) a que se circunscreve no mundo do trabalho, como o desenvolvido por um lavrador, um carregador, uma faxineira e entre outras várias ocupações; e (ii) a atividade não diretamente determinada pelo mundo do trabalho, como caminhar na praia, nadar, jogar futebol, entre outras atividades que se circunscrevem no âmbito do lazer; esse segundo tipo de atividade se coloca enquanto produção e consumo de um produto e enquanto “prática” no tempo disponível (Carvalho, 1993).

Os médicos têm um papel importante enquanto conhecedores de saúde e uma grande interferência na Educação Física, mesmo antes da implantação do curso no país. Por isso, a Educação Física ela foi incorporada à área biológica remetendo às instituições militares e à ordem médica constituídas no século XIX. Ambas, identificadas com a visão positivista, partiram com o pressuposto da higienização e da eugenia da sociedade entendidos aqui como saúde e vigor dos corpos, reprodução e longevidade, aumento da população e “melhoramento” dos costumes e da moral (Costa, 1983). Na década de 1980, as atenções e o reconhecimento do valor do exercício regular como benefício para a saúde começou a ser sentido pela sociedade.

Até pouco tempo atrás, a tônica do discurso enfatizava a atividade física como promotora da saúde, mas hoje, em paralelo a esse discurso, convive-se com a disseminação que vincula atividade física ao poder de remediar a doença, mas pouco existe de conclusivo no meio científico relativo a ela propiciar a saúde (*American Academy of Physical Education*, 1983). Por outro lado, as sociedades contemporâneas estabelecem um padrão de vida sedentário e, nesse sentido, a atividade física seria um “santo remédio”, que vem sendo vendida e comercializada como mais uma droga, vistos como: “tranquilizantes naturais”, agente para melhoria do nível do colesterol protetor, arma na luta contra as doenças do sistema cardiovascular, devidamente propagadas pelos veículos de comunicação (televisão, rádio, jornal e revistas). Entre os entrevistados foi

possível observar como a ideia da atividade física estava associada a um local específico para tal prática. Nesse caso, numa academia, gerando custos aos que resolveram se beneficiar das boas práticas corporais legitimadas pela própria medicina. Assim, a atividade física tem sido o mote para a venda de produtos e serviços associados à boa forma física e, portanto elitizadas excluindo os grupos desprivilegiados (Palma, 2000).

Atividade física nenhuma, nenhuma, eu não conseguia andar 100 metros em linha reta que dava tontura, me dava cansaço. Falta de vontade, falta daquele estalo de decisão, eu quero fazer isso, eu não tinha essa força de vontade e não tava decidido a mudar o que eu ia ser aquilo, por isso eu não fazia nada, eu queria ser aquilo que eu era (6M).

Não, porque eu não aguentava, a única coisa eu podia fazer, era uma caminhada. Antes das minhas filhas casarem, nós fizemos academia, ginástica lá, hidroginástica, mas eles faziam um carnezinho, então a gente pagava por mês, aquele carnezinho sabe. Mas agora não faz. Faz só aquele pacote, é o meio deles se a pessoa vai, ou não vai, o deles está garantido. E fazer caminhada ultimamente eu não aguentava, é já muita dor nos tornozelo, no joelho (6 F).

A preguiça, a falta de vontade e a falta de ânimo foram apontadas como um dos fatores que contribuíam para a não realização plena da atividade física. É importante lembrar que a maioria dos entrevistados eram obesos consideráveis, portanto conseguir fazer atividade física com excesso de peso, provavelmente era extremamente difícil, pois se acredita que quanto maior o índice de massa corporal, mais afetada será a aptidão física, assim como a agilidade e a resistência aeróbica (Marcon & Gus, 2007).

Preguiça, preguiça. Eu acho que todo mundo tem, não adianta fugir da realidade. Eu tenho excesso preguiça, mas um pouquinho, eu fazia (10 F).

Só caminhada, às vezes eu praticava, não era diariamente, não era regular. Aí, eu, quando dava vontade, quando alguém me convidava, não era todos os dias, eu não tinha mesmo vontade de fazer, eu não tinha ânimo. Daí acabava não fazendo (11 F).

Alguns entrevistados comentaram que apreciavam a atividade física, mas para o seu desenvolvimento era necessária a disponibilidade de tempo, fator esse que reproduziu as diferenças sociais de classe. Sabemos que a vida de muitos brasileiros é determinada pelas jornadas de trabalho extenuantes (e se soma aos deslocamentos, jornada de trabalho propriamente dita e afazeres doméstico), assim, o sujeito não teria tempo ou “energia” para o engajamento em atividade física lembram (Carvalho, 1993; Carvalho, 2009). Mourão (1999) estudou as trabalhadoras domésticas-diaristas e constatou que elas tinham que realizar as tarefas domésticas como segunda jornada; que para chegar ao trabalho levavam três horas, depois quatro horas para retornar à residência e elas saíam de casa de madrugada e voltavam entre nove e dez horas da noite, trabalhando seis dias na semana; portanto, no tempo livre ou no lazer, só conseguiam dormir e assistir televisão.

É importante situar também que as questões que envolvem o cuidado com o corpo muitas vezes encontram barreiras decorrentes de preconceitos e constrangimentos relativos ao pretensível caráter “supérfluo” dessa preocupação (Boltanski, 2004; Porter, 1992) diante da miséria que vive grande parte da população do planeta. Paralelamente ao aumento do excesso de peso, análise do quadro epidemiológico da atividade física no Brasil é preocupante se comparada aos países desenvolvidos, a atividade física de lazer praticada por adultos é bem inferior (Monteiro *et al.*, 2003; Dias-da-Costa *et al.*, 2005). O estudo de Salles-Costa *et al.*, (2003) observou que as mulheres referiram praticar significativamente menos atividade física se comparado aos homens. E uma possível justificativa consiste nas múltiplas jornadas de trabalho das mulheres, que limita seu tempo (Aquino, 1996). Essas informações também foram confirmadas entre as nossas depoentes.

Quando eu comecei a engordar, eu já tinha pelo menos um filho, mas a coisa piorou mesmo depois da segunda, então assim, eu já tinha um tempo restrito, que eu já tinha minhas crianças pequenas. Atividade física eu já não fazia porque não tinha tempo. Trabalhava o dia inteiro chegava em casa, aquela coisa toda. A atividade física eu sentia muito ter que parar porque eu sempre fiz, sempre gostei muito, sempre dancei muito. Eu senti bastante ter que parar, mas sei lá, acho que a gente vai se conformando com as coisas. Não tem tempo, não tem tempo! Fazer o quê? Tem outras coisas que preenchem aquele tempo,

no começo você sente e depois aquilo vai ficando no esquecimento, daí sua rotina já é outra (11 F).

Ah! tempo e força de vontade, você tem aquela correria do dia a dia, você chega em casa, você fala: “pô eu estou cansado, eu não vou fazer caminhada, eu não vou, eu vou descansar que eu ganho mais”, é onde você acaba se ferrando, porque você, se você insistir um pouco no começo, você acaba acostumando com aquela rotina de fazer um exercício., Eu acho que se eu tivesse insistido mais, não teria chegado nesse ponto (5M).

Alguns entrevistados justificaram a ausência da prática da atividade física porque *não gostavam* e, portanto não adquiriram o hábito. Observando os sujeitos que fizeram essa citação verificamos que são pessoas que começaram a apresentar obesidade desde a infância ou no início da adolescência, dificultando ou mesmo impedindo essa prática corporal. Portanto, o “não gostar” pode significar “ter muita dificuldade para”.

Eu nunca fiz atividade física, só quando era obrigada, eu não (...). Eu não tinha o hábito e achava que não gostava disso e (...). Talvez falta de vontade própria mesmo. Falta de vontade. O incentivo sempre tive, é o que eu falei, minha mãe coitada, ela sempre lutou e uma luta que ela nunca venceu, é, mas eu acho que talvez eu não tivesse maturidade, ou talvez, sei lá, exatamente o porquê, eu nunca fiz, eu nunca gostei de fazer (3 F).

Atividade física, nunca fui de fazer muito, nunca gostei de praticar esportes, nunca gostei de praticamente nada relacionada a isso. É gosto meu mesmo, nunca fui fã, eu jogava uma bolinha de vez em quando, mas depois não joguei mais. Fui engordando demais, perdi a vontade (1M).

No caso dos nossos entrevistados, a atividade física tinha como principal objetivo a perda de peso corporal. Realizar atividade física e não emagrecer rapidamente também foi um dos fatores que levaram algumas pessoas a desistirem da sua prática. Nos dois depoimentos, percebemos que a associação de terapêuticas como o exercício físico, medicamentos e dietas promoveram o emagrecimento esperado, mas a perda de peso não era a finalização do problema, a questão mais importante era não ganhar peso novamente.

Não fazia nada, não, eu cheguei a fazer academia quase dois anos (...). Fazia até bem, só que depois eu relaxei de novo, um dia eu falei:- “vou parar”. Para quem é gordo se fosse fazer academia, exercício físico, você não vê resultado rápido, porque você continua comendo (2M).

Então, a dificuldade era assim, quando eu tomava remédio, tomava remédio muito forte, então era fácil, aí ficava fácil, eu punha junto uma atividade física tomava o remédio e comia mais ou menos direito. Aí eu emagrecia, só que tinha que parar de tomar o remédio e aí voltava todo o peso de novo. É me dava assim, uma ansiedade muito forte, você acabava comendo mais aquilo que você não comia, quando estava tomando remédio, aí você volta muito rápido e a atividade física já tinha ido para o bebeléu... (4M).

Carvalho (1993) cita que numa sociedade em que a estética é sinônimo de boa forma e se tornou sinônimo de saúde, o consumo de atividade física, de determinados alimentos, de vitaminas, de equipamentos, de material tornou-se a saída que se coloca na sociedade de consumo. E o indivíduo que não “se afina” a essa lógica é considerado uma pessoa preguiçosa, negativa, sem força de vontade, fraco, sem ânimo, sem autoridade, poder, importância, influência e expressão. As políticas de saúde também reforçam a idéia de que o indivíduo é o responsável pela degradação de sua qualidade de vida, pois as mensagens se fundamentam no pressuposto de que as enfermidades são causadas pela negligência do indivíduo com relação ao seu corpo. O sujeito é constantemente lembrado sobre o seu compromisso com os cuidados alimentares, o excesso de bebida, o fumo e a necessidade de atividade física na promoção da saúde (Carvalho, 1993). Alguns entrevistados também incorporaram esse discurso sobre falha moral quando a atividade física foi negligenciada, como podemos observar nos relatos abaixo.

É isso aí é relaxo, a gente fica relaxado, você não se preocupa. Às vezes eu falava: - “estou engordando, você continuava comendo”. Era o lanche de sexta, sábado domingo, meio da semana estava na rua comendo um monte porcaria, você via que estava engordando porque as roupas não estavam servindo, por (...). A pessoa não está preocupada com o que vai vir depois e a hora que você vai ver já é tarde (3M).

Foi uma coisa tão sem sentido que eu não sei te explicar, foi (...) não, foi uma coisa assim, não sei te dizer (...) estava trabalhando e estudando, depois eu parei e fiquei só trabalhando, aí depois eu voltei a estudar. Depois eu parei de

novo, mas eu não culpo o trabalho não. Foi mais relaxo, eu acho que foi mais relaxo (4 F).

2. Outras tentativas de emagrecer

As pessoas que sofrem de algum desconforto físico ou emocional possuem muitas maneiras de buscar ajuda de outros ou se autoajudarem. Elas podem procurar um médico, tomar um remédio caseiro, tomar um conselho de um amigo ou de familiares, assim como consultar um curandeiro ou um pastor. Podem usar todos os recursos ou parte deles, mas segundo Helman (1994), quanto maior e mais complexa a sociedade na qual o sujeito vive, maior se torna a disponibilidade das alternativas terapêuticas, desde que as pessoas tenham condição de pagá-las. E é frequente a existência do *pluralismo médico* nas sociedades modernas urbanizadas que oferecem sua maneira particular de explicar, diagnosticar e tratar as doenças e embora esses métodos terapêuticos coexista, muitas vezes são baseados em premissas distintas, podendo ser originárias até de outras culturas.

Procuramos, então, saber se os entrevistados já haviam feito outras tentativas para emagrecer, antes de optar pela cirurgia, quais foram as escolhas e suas considerações a respeito. Apenas uma entrevistada relatou nunca ter feito nenhuma tentativa anterior para emagrecer: *Não, nunca, nunca fiz nada, nadinha* (7 F). Para a maioria dos entrevistados, muitas foram as tentativas para emagrecer através de uma variedade de alternativas terapêuticas disponíveis. As pessoas usaram medicamentos de várias classes; regimes baseados em dietas com baixas calorias e de variados nomes; dietas baseadas em grupos alimentares; reeducação alimentar; *shakes*; injeções; chás diversos (branco, verde, carqueja, porongaba); jejum prolongado; uso de injeções; fisioterapia; homeopatia; acupuntura; florais; sabonetes; cremes; produtos da *Herba-Life*; participação nos grupos: Vigilantes do Peso, Amigos do Peso, Meta Real; psicoterapia e atividade física. Se analisarmos qualquer sociedade complexa, é possível identificar três alternativas de assistência à saúde, sobrepostos entre si, a informal, a popular e a profissional, segundo Kleinman (1988).

A cultura do “cuidado de si”, nas últimas décadas, na qual os indivíduos principalmente da classe média buscaram cuidados terapêuticos como consumo prioritário, foi um dos pilares da criação de um mercado de cura “alternativo”, com novos terapeutas não médicos (Luz, 2007). É provável que o pertencimento a uma realidade social mais favorecida entre alguns entrevistados, possa ter privilegiado o acesso a outras formas não populares de escolhas terapêuticas. Foram procuradas as clínicas de estética, fisioterapia estética, participação em grupos de reeducação alimentar, seja da universidade, da igreja ou participação nos grupos privados como: Meta Real, Vigilantes do Peso e Amigos do Peso.

O uso de algumas terapias integrativas e complementares (acupuntura, homeopatia, fitoterapia se tornaram práticas reconhecidas e implantadas nos serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde em 2006) foi apontado apenas por alguns sujeitos. Mas nem mesmo as possibilidades diferenciadas foram suficientes para abrandar ou solucionar os pesos extras adquiridos na trajetória de vida.

Tinha uma medicação da prefeitura, que o neuro deu, a Sertralina. Não era assim tirava a apetite não, daí eu fiz na saúde mental, eu fiz bem duro, assim comendo só uma coisinha grelhada, um legume. Eu consegui emagrecer um pouco. Perdi treze quilos, depois quando eu fui no neuro, que ele falou que a minha vida estava mal, eu fiz por conta, sem remédio sem nada, antes da cirurgia. Ah, com remédio eu fiz muito, eu fiz muita coisa. Tomei até remédio tarja preta. É, tudo, porque, você fazer regime de alimentação na lata assim, sem tomar remédio nenhum, é difícil, é difícil, então eu achava muito difícil. Olha, eu acho que uns quinze anos atrás ou mais, eu consegui emagrecer bastante também, acho que uns dezessete quilos, porque eu fazia caminhada e o médico daqui, ele me deu, eu tomei sessenta e cinco injeções (...) e eu tava fazendo caminhada, daí eu emagreci bastante. Ah, mas é, chamava Tiomucase, a injeção. Tinha sabonete para banho, creme para passar no corpo, na barriga, tudo assim, mas eu tomei só a injeção. E tomava um remédio para soltar a urina, naquela época eu emagreci bem, mas naquela época eu era bem mais nova e facilitava. Tomei muito chá, porongaba, tomei chá de sete ervas, sei lá eu! Só sei que eu comprei o chá verde, um monte de chá. Tomei chá de carqueja, porongaba (6 F).

Entre a profusão de possibilidades terapêuticas para emagrecer, apenas sete pessoas mencionaram algum tipo de atividade física, como coadjuvante nas tentativas para emagrecer, demonstrando a baixa aderência a essa modalidade.

Houve o predomínio masculino na adesão à atividade física, entre as sete pessoas em questão, quatro eram homens. É importante lembrar que a população masculina do nosso trabalho é composta por apenas oito sujeitos. Outro fator relacionado ao gênero pode ser observado: as mulheres efetivamente buscaram outros recursos (uso de chás, dietas, remédios, programas de reeducação alimentar, homeopatia, atividade física, florais entre outras coisas) se comparado aos homens, que em sua maioria se mostraram mais restritos nas suas escolhas. Metade deles optou pela atividade física acrescida das dietas (regimes alimentares) e os medicamentos.

A busca frenética pelas terapêuticas para emagrecer apresentado pelas mulheres reforça novamente a tese de que “a gordura é um problema feminino“, como disse Orbach (1978). É sabido que a frustração feminina com a própria imagem e a busca por uma aparência mais próxima dos padrões repetidos à exaustão pela mídia alimenta uma poderosa indústria (Melo & Sanematsu; 2006; Wolf, 1992; Souza, 2004). Para Mauss (2003) é através da imitação prestigiosa que os indivíduos de cada cultura constroem seus corpos e comportamentos. Assim, para o autor, o conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracterizam uma cultura também se referem ao corpo. Os indivíduos imitam atos, comportamento e corpos que obtiveram êxito, que foram bem-sucedidos.

Apenas três pessoas relataram não utilizar remédios nas suas tentativas para emagrecer, o que mostrou que os médicos sempre “querem fazer algo” para seus pacientes, além disso, as drogas proporcionam uma solução para os diversos problemas que eles encontraram (Busfield, 2006). As drogas também ajudam a manter a poderosa aura científica do médico, além de a facilidade de prescrevê-las ajudar a reduzir o tempo dispensado aos pacientes (Weiss & Fitzpatrick, 1997; Wilkin *et al.*, 1987). Para o controle da obesidade, tomar uma pílula pode ser prático, mas não necessariamente eficaz, nem tampouco destituído de riscos. Resultados do uso isolado de medicamentos são pobres, demonstrando a falácia assertiva “gordura tem remédio”, segundo a qual um medicamento pode resolver o problema de sobrepeso e obesidade, sem os sacrifícios da dieta e do exercício físico.

Embora evidências científicas apontem em sentido oposto, os médicos continuam a prescrever, de forma indiscriminada, medicamentos para controle da obesidade e a defendê-los publicamente, talvez como autodefesa para uma conduta sem embasamento racional, pois mesmo na literatura especializada se encontra um discurso expectante, mas não desaprovador em princípio, supostamente justificado pelo fato de a obesidade associar-se à comorbidades e representar fator de risco para mortalidade, informa Wannmacher (2004). Esta autora ressalta ainda que os medicamentos promovem perdas de peso modestas (cerca de 10%) e transitórias (de um a três anos).

Fiz regime de boca, é só remédio que eu nunca tomei remédio sempre tive medo porque eu via muito caso de pessoa que ficava doente, ficava alucinado, por causa de remédio, isso aí não é para mim e até então bebia e tinha medo de misturar uma coisa com outra e passar mal, mas regime assim de boca tentava (2M).

Os demais entrevistados fizeram uso de medicamentos para abrandar a obesidade. Na maioria dos depoimentos, a procura pelos médicos, já estava implicada diretamente ao consumo de remédios informando claramente a opção terapêutica adotada e foi várias vezes associado às outras recomendações como o regime alimentar e/ou atividade física. Apesar de ou por conta disso, os sujeitos passaram a consumir medicamentos com ou sem receita médica. A utilização sistemática de medicamentos apresentados pelos nossos depoentes confirma a informação do Relatório Anual da Junta Fiscalizadora de Entorpecentes (*Jife*), que apontou que o Brasil é o maior consumidor mundial de remédios para emagrecer, e que houve um aumento de mais de trinta por cento em relação à década anterior (Folha de São Paulo, 2006).

Dentre essas substâncias, as mais frequentes são as anfetaminas, que viciam e produzem uma série de efeitos adversos. As anfetaminas têm uso médico legítimo. Reduzem o apetite, portanto fazem parte de fórmulas emagrecedoras, muitas vezes prescritas por médicos, mas também vendidas irregularmente pela internet e por farmácias de manipulação. Em teoria, qualquer preparado que contenha anfetaminas só poderia ser vendido com receita médica. Nascimento (2005), ao analisar uma série de reportagens sobre medicamentos

mais consumidos no país, observou que os mesmos são consumidos cada vez mais com o objetivo de moldar o corpo ou o comportamento a padrões estéticos e de conduta rigidamente estabelecidos na cultura. O discurso que favorece o consumo se caracterizou pela associação de informações científicas a símbolos de poder, beleza, juventude e força sustentada que ao mesmo tempo reforçam valores dominantes tais como o individualismo, a competição acirrada e o consumismo.

Entre os sujeitos da pesquisa, os medicamentos consumidos, com ou sem receita médica ou mesmo indicados por outras pessoas, pertenciam a uma gama de classes diferentes: diuréticos (para eliminar a urina), ansiolíticos (para diminuir a ansiedade), outros para eliminar a gordura ingerida, moderadores do apetite, antidepressivos e inibidores do apetite. É importante lembrar que quase todos os medicamentos usados produzem *reações adversas*. Apesar de promover perda de peso, pelos seus diferentes mecanismos, a descontinuação da medicação levou ao ganho de peso, como indicam os nossos entrevistados.

Regime com remédio e de alimentação. Não lembro o nome do remédio, porque era uma fórmula que mandou fazer que era vários remédios junto, sabe, para ansiedade, é para tirar a apetite, para queimar a gordura, sei lá. Era uma fórmula que dava e a gente mandava fazer, eu não sei direito. A minha menina comprava chá, tomava assim, mas eu nunca habituei a tomar direto, eu não habituei. Eu aconselho as minhas meninas não tomar sem receita, eu sei que não é bom tomar, não (10 F).

Tomava muito remédio. Às vezes chegava na farmácia e comprava remédio por conta e tomava. Tudo que eu via pela frente eu comprava. Se era para emagrecer, então era para eu tomar. Passava no médico, ia na farmácia e comprava. Era tudo cápsula mesmo, em comprimido. Tudo comprimido. Chá, chá eu tomava. Comprava chá também tomava, mas nunca resolveu não. Que você tem que fazer a coisa certa, não é? Eu fazia tudo errado (5 F).

O Clinical Guideline on Obesity (2007)³⁵ cita que muitas medicações utilizadas no tratamento da obesidade foram retiradas do mercado nos Estados Unidos e internacionalmente, pois apresentavam baixa eficácia e não eram seguras. Além disso, em geral, os medicamentos promovem uma perda menor

³⁵ <http://guidance.nice.org.uk/CG43>

que 5 Kg/ano e todas elas produzem efeitos colaterais. Os nossos entrevistados utilizaram vários medicamentos: femproporex, diopropiona, anfetamina, sibutramina, xenical, magrim, fluoxetina, dualibe, desobe e fórmulas manipuladas. O depoimento de uma mulher informou que a empresa onde trabalhava, preocupada com a crescente obesidade entre seus funcionários e suas consequências, como o absenteísmo, oferecia um medicamento com a função de eliminar a gordura presente nos alimentos.

Já tinha tomado Xenical, já ouviu falar? Um tal de Xenical? Lá na indústria começaram a dar para os obesos, o tal de Xenical. Peguei amostra grátis para acompanhamento da obesidade. Daí passei no médico, falei para ele, aí eu perdi muito mesmo, porque também comecei a fazer regime. Nessa época eu tava com noventa ainda, não é, não tinha passado dos cem não, não é?(8 F).

Amâncio & Chaud (2004) informaram que menos de 25% das dietas para perda de peso anunciadas em periódicos não científicos de grande circulação no Brasil apresentavam distribuição adequada de macronutrientes e predominavam níveis inadequados de cálcio, ferro e vitamina. Da mesma maneira, Segatto & Azevedo (2006), analisam a explosão de informações sobre dietas em revistas, jornais, internet e televisão. Os autores comentam que muitas reportagens são levianas e a “usina de bobagens” cresce por várias razões: pela ganância das indústrias alimentícias, por cientistas e por médicos que querem ser vistos e por pressa dos jornalistas. Os autores citam que nem sempre a imprensa averigua o financiamento da pesquisa que vai virar manchete e geralmente são reportagens pagas por empresas comprometidas com o resultado. São várias as informações e muito contraditórias, as dietas surgem com várias propostas mirabolantes, com nomes variados, normalmente suprimindo algum grupo alimentar e causando danos à saúde. A lista do que se pode ou não comer muda com frequência, gerando modismos e confundindo os consumidores. E, nessa confusão, a população acredita nos absurdos das dietas, mas, logo depois, novas reportagens surgem contradizendo o que foi dito antes.

A dieta alimentar foi uma alternativa encontrada pelos nossos depoentes, pela restrição a determinados grupos alimentares tais como: carboidratos, proteínas; tipo de fruta (limão); baseados em parâmetros do cosmos (dieta da lua,

do mar); culturais (japonesa e mediterrânea); universitárias; religiosas (católica, espírita), aquela relacionada a um só tipo de comida (dieta da sopa) e o jejum prolongado como uma alternativa aparentemente infalível, se seguirmos a conhecida e simplista recomendação: *coma menos e exercite-se mais*.

Ah! Várias, todas as dietas malucas, da lua, dieta do arroz integral, dieta de só proteína, é, só proteína, sem carboidrato, mas assim, tentei algumas vezes seriamente com médico, tal, mas pouco tempo, e tenho uma tomei algumas bolinhas, uma coisa, mas era péssimo também porque dá depressão, eu ficava muito mal, aí eu acho que fazia um efeito contrário até, então eu tentei várias, várias, dietas. Toda segunda feira entrava de dieta e saía na quarta (risos) (2 F).

Tudo que você imaginar eu já fiz, vi2Mantes do peso, amigos do peso, dieta espírita, dieta católica, dieta japonesa, dieta do carboidrato, dieta da lua, do mar, todas as dietas que se pensar, tudo que você imaginar, dieta do limão (risos). A dieta do limão é assim: você tem que tomar limão em jejum todo dia (1 F).

Muitas tentativas deram resultado, ou seja, houve uma perda de peso após a adoção de terapêutica isolada ou combinada, mas não com a efetividade esperada. Um quadro comum aos nossos entrevistados desenhou-se na alternância entre perdas e ganhos de peso sem conseguir uma estabilização, ou seja, “a batalha não termina após a perda peso” concluiu Sarlio-Lähteenkorva (2000). A autora cita que os resultados sobre a permanência do peso corporal em longo prazo entre os obesos que emagrecem são pobres e inadequadamente compreendidos. Além disso, é pequeno o conhecimento sobre essa manutenção.

Estudos prévios sugerem vários assuntos comportamentais, como a restrição dietética, hábitos de exercícios regulares e frequente monitoração do peso como importantes para a manutenção do peso em longo prazo. Todavia, pouca atenção é dedicada ao estudo de como essas mudanças de comportamento são incorporadas na vida diária, como as pessoas enfrentam situações problemáticas, como elas experienciam sucessos e quais são as considerações sobre essas mudanças. Além disso, fatores psicossociais e ambientais podem ter um papel no sucesso da manutenção da perda de peso.

Segundo Greenway & Smith (2000), as pesquisas voltadas para os tratamentos têm privilegiado aquelas que alcançam a perda de peso, com ênfase menor no estudo dos determinantes responsáveis pelas sucessivas recaídas e o aumento gradual do peso. Salientamos a presença de uma forte indústria do emagrecimento (alimentícia, de medicamentos, de serviços, vestuários, revistas, de produtos de beleza) que promete promover a perda de peso enquanto enriquece às custas das inúmeras tentativas dos sujeitos para perder peso, como nas palavras da própria entrevistada:

Efetivamente nada, eu emagrecia 3 a 4 quilos, aí parava, relaxava e engordava tudo de novo, então assim ter perdido emagrecido legal com algumas dessas dietas não. Acho que não tenho força de vontade, mesmo, eu começava comprava todos os remédios de manipulação gastava muita grana, muita grana (risos). Até chegar no final de semana e descambar, aí já parava. Eu nunca fiz assim, tentei várias, várias, mas num...(2 F).

Eu tentava emagrecer, mas, é quando você vai por médico, tenta emagrecer, você emagrece, você descuidou engorda. Você vai no medico você pode ver todo mundo que é gordo é assim, parece uma sanfona, emagrece e engorda, emagrece e engorda. Então é assim, mas vai ver esses regimes sempre tentando emagrecer, emagrecia mas relaxava um pouquinho, e engordava (10 F).

A adoção temporária de alguma dieta que supre determinados grupos de alimentos promoveu a redução de peso, assim como o uso de medicamentos, mas quando foram abandonados promoveram o retorno do peso corporal. A velocidade da perda de peso parece ser proporcional ao reganho.

... Ruim, justamente essas, a sopa não sei o que, que você faz, perde uns pesos, rapidíssimo, depois para a sopa, então você toma sopa para o resto da vida, aquelas coisas, eu acho pior por causa do efeito sanfona. Você vai e volta muito rápido, tanto é que o resultado disso hoje. Que isso daqui não é da cirurgia, coisa que já vinha piorou com a cirurgia, (mostrando as estrias) porque você perde muito tempo, mas esse monte de estrias. Já estou vendo as plásticas e então assim, eu acho que esse tipo de tratamento relâmpago, que você faz, emagrece aquele montão depois engorda todo de novo, acho que esse é o pior (11 F).

Miller (1999) aponta que desde que a dieta e o exercício tornaram-se os métodos mais frequentemente citados para perda de peso para homens e mulheres, esses programas deveriam ser examinados para saber como eles têm produzido a perda de peso a longo prazo. Stunkard & McLaren-Hume (1959) foram os primeiros a concluir que a dieta foi ineficiente para o controle do peso para 95% de pessoas de uma clínica nutricional, mas outros autores citaram que essa taxa de falha é baseada em dados de quarenta anos atrás. Porém, uma revisão de pesquisas sobre obesidade revelou que não nos tornamos mais eficazes no uso da dieta e exercício para terapia da obesidade nesses quarenta anos, e que a maioria das técnicas e dietas populares que circulam dentro e fora da popularidade pode ser prejudicial à saúde, conclui (Miller, 1999).

Uma revisão sistemática sobre a associação entre atividade física e ganho de peso entre adultos brancos verificou que a maioria dos estudos encontrou uma associação inversa entre atividade física e ganho de peso em longo prazo, mas a adesão aos programas de exercício continua um enorme desafio. E o papel da atividade física prescrita na prevenção de ganho de peso permanece modesta cita Fogelholm & Harjula (2000). Smith (1995) cita que dados da comunidade científica indicam que programas de dietas e exercícios não são efetivos para o controle de peso após um período de três a cinco anos, por outro lado, há informação substancial mostrando que pessoas que seguem uma alimentação prudente e um plano de exercícios pode obter uma *performance* mais saudável, apesar da obesidade persistente.

Concordamos com a recomendação do autor supracitado sobre a necessidade de ser prudente ao adotar um paradigma de peso saudável, no qual a saúde deve ajudar pessoas, de todos os tamanhos, a se sentirem saudáveis, no lugar de querer transformar pessoas gordas em magras.

Como observamos no presente estudo, os entrevistados por vezes conseguiam perder peso quando adotavam determinadas terapêuticas, o problema que persiste é manutenção do peso a longo prazo. Quase todas as terapêuticas promoveram a perda de peso, umas mais, outras menos, mas nenhuma de caráter definitivo e quando havia reganho de peso, todo o esforço, a

esperança de emagrecer e as privações enfrentadas foram sobrepostos por quilos a mais.

3. A relação dos sujeitos com os serviços e profissionais de saúde

Nas sociedades industriais contemporâneas, estar doente implica contato com a Medicina oficial, portanto, procurar um médico e seguir suas prescrições é a atitude comum a pessoas que estão doentes ou sentem alguma coisa diferente no seu organismo (Adam & Herzlich, 2001). Os autores citam que a procura pelo médico chega a ser uma obrigação, pois é preciso ser um bom “paciente”, é preciso cuidar de si.

E como a obesidade é considerada uma doença crônica pela biomedicina, a maioria dos sujeitos desta pesquisa já haviam procurado diversos profissionais e serviços de saúde para tratamento da obesidade, então objetivamos conhecer como foi a relação estabelecida entre eles.

Os pacientes e os médicos vêem os problemas de saúde de maneiras distintas, mesmo possuindo o mesmo *background* cultural (Helman, 1994), assim o encontro com a medicina e com os médicos é sempre um momento dramático para os dois lados (Adam & Herzlich, 2001). Se o objetivo é fazer com que os pacientes obedeçam às prescrições, segundo os autores é preciso levar em consideração as opiniões dos pacientes, pois a principal causa de reclamações de usuários dos serviços de saúde refere-se à “comunicação” entre os médicos e pacientes.

Apenas sete pessoas entrevistadas citaram que foram bem atendidos pelos serviços de saúde, que foram bem tratados, que nunca tiveram problemas de relacionamento com os profissionais nem mesmo com as instituições e que gostavam do tratamento oferecido. Um depoente enfatizou que não havia sido discriminado, pois ele não era tão gordo. Essa informação parece corroborar com o estudo de Kaminsky & Gadaleta (2002) sobre a discriminação sofrida pelos obesos inclusive nos serviços e pelos profissionais de saúde. Assim, esse estudo revelou que alguns pacientes entrevistados por esses autores mudaram de médico na assistência primária, pois perceberam a indiferença, a falta de respeito,

ou atitudes negativas em relação à cirurgia bariátrica. Alguns médicos como os gastroenterologistas e ortopedistas promoveram mais apoio, enquanto os assistentes sociais e psicólogos atuaram em direção inversa.

Eu sempre fui bem atendido. Assim eu acho. Eu nunca vi discriminação assim, não, porque também não era, vou ser bem sincero, eu não era tão gordo assim. Que se pegava uma pessoa assim, aí não sei... (8 M).

Os pacientes que vão se submeter à cirurgia bariátrica continuavam se sentindo incompreendidos pelo pessoal médico e não médico envolvido com o tratamento de sua obesidade. Provavelmente, é a falta de compreensão da obesidade a raiz do maltrato médico. Os autores supracitados recomendam uma educação continuada para médicos e comunidades não médicas, como essencial para quebrar barreiras no lugar da ignorância e indiferença, os grupos de apoio continuam a desenvolver um importante papel para corrigir os efeitos negativos dessas atitudes sobre os pacientes com obesidade mórbida. Uma entrevistada sofreu com o descaso de vários médicos, quando teve sérios problemas de saúde e que culminaram na sua aposentadoria precoce por invalidez.

Illich (1975) sustenta que a Medicina contemporânea, além de controlar micro organizações, pretende também controlar o comportamento da população, pela “medicalização” do comportamento desviante, por isso, apesar de ter sido bem tratada, uma depoente relacionou o médico a um militar, afinal de contas, ele restringiu e normatizou o seu comportamento alimentar, assim como a nutricionista que trabalhava com a reeducação alimentar.

Sim, sempre foi... assim, sempre tratam bem, não é sempre foi um bom relacionamento. Ah! Médico de emagrecer é sempre militar. Imagina duas colhes de arroz, duas de feijão, grelhado, um negócio, é sempre muito pouco, o prato de salada, sempre achei (...) se bem que esse curso de reeducação alimentar, aqui eu também brincava com a nutricionista falava que ela é uma carrasca. Nossa, ela é muito ruim também, ela é toda... (3 F).

A procura pela consulta médica para tratar a obesidade nem sempre foi considerada satisfatória, por vários motivos: devido à ausência de ética, na qual um médico se valeu da sua profissão para indicar e vender produtos para perda

de peso num serviço público; pelo desrespeito de um médico diante das várias tentativas frustradas de um entrevistado que tentava emagrecer, encaminhando-o “para morrer em casa” e pela descrença no tratamento fornecido, pois segundo Sampaio³⁶ (2004, p. 35) é frequente ouvirmos que “gostar e ter confiança no médico equivale à meia cura”. A estigmatização dos indivíduos obesos também foi encontrada entre os profissionais de saúde que insistiam em denominá-los como “sem-vergonha” (o preocupante em relação à essa atitude é sabermos que essa crença interfere no tratamento); pelo modo grosseiro e impessoal de “produzir consultas médicas”; e, finalizando, deparamos com a postura autoritária assumida durante a ausência da relação médico-paciente, em que um entrevistado se sentia agredido, como se ele tivesse “apanhado” durante a consulta médica.

Uma vez que eu fui no médico e ele era da prefeitura aí pelo SUS. Que eu fui, mas depois eu descobri o que ele queria. Ele falou assim:- “Eu sou médico de fazer cirurgia, mas eu não vou operar estômago de ninguém, porque a senhora já fez todo tipo de exame, a senhora não tem nada, a senhora já tomou remédio para emagrecer, a senhora engorda”. Daí ele falou assim:- “Eu não faço cirurgia em ninguém porque esse pessoal que está fazendo cirurgia do estômago, daqui quatro, cinco anos, vai ver o resultado, o que vai matar gente de câncer”. Mas daí ele perguntou se eu já tinha feito tratamento com herbalife. Daí eu descobri que ele vendia o herbalife. Ele falou:- “Oh! fica trezentos e poucos reais por mês para a senhora alimentar com herbalife, a senhora emagrece”. Eu falei:- “Mas eu não posso, eu não posso gastar um tanto desse de, de coisa para mim, por mês, trezentos e poucos reais, eu não posso, eu não tenho condições.” Daí ele pôs tanto medo em mim que eu tava disposta a fazer, depois que ele falou isso, daí eu parei de novo. Ele era do SUS, daí ele até foi embora daí (6 F).

Tinham vários médicos e a maioria assim, muitos chegaram a falar para mim: - “olha, faz o seguinte vai para casa e morre, porque você não tem conserto” (5M).

Os médicos, o que eles fazem? O cara já bate em você, eles só batiam, batiam então eu sabia tudo o que o médico ia dizer:- “precisa emagrecer, precisa comer menos sal”, dava uma dieta para comer peixe, fruta, blá, blá, blá, blá, blá, blá (...). Eu evitava ir, aliás, 99, 9% dos médicos faziam isso, só batem na gente, só isso. Na época diziam:- “você está gordo, está suando porque você está gordo, está com dor no joelho, está com problema sexual porque que você está gordo”, então eu evitava ir ao médico, porque eu sabia tudo o que eles iam falar (...) (6M).

³⁶ <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/SampaioArt.pdf>.

Devido ao caráter crônico da obesidade, as várias tentativas para perder peso, e conseqüentemente, da procura por vários serviços de saúde e várias consultas médicas, alguns sujeitos da nossa pesquisa começaram a perceber que a maioria das tentativas se tornou infrutífera, as pessoas que tinham recurso financeiro recorreram também a outras racionalidades médicas, como a ortomolecular, mas que também não atingiu o esperado. As doenças associadas à obesidade, como a hipertensão, também determinavam a presença frequente nos serviços de urgência e o estabelecimento de uma relação constante com esses profissionais de saúde. O depoimento de um entrevistado também mostrou que a cronicidade da doença leva os acometidos a desacreditarem da conduta médica, e ao mesmo tempo descobrirem que a abordagem de outros profissionais pode ser efetiva, como a de uma nutricionista.

Tinha um médico lá em Volta Redonda e esse médico estava trabalhando com Medicina Ortomolecular e eu perguntei: -“emagrece“? Ah! emagrece, então estou indo, marca consulta que eu estou indo. Paguei tudo particular, fiz um tempo de tratamento, realmente foi muito bom assim, durante o período que eu tava, mas é aquela coisa, ou eu continuava com a medicação, para consegui manter, emagreci, mantive por um bom tempo, ou eu continuava com a medicação e se eu parasse eu voltava a engordar (11 F).

Na verdade, uma coisa que eu aprendi com minha irmã e meu cunhado: nutricionista, isso é muito legal, eu nunca dei valor, na verdade você não acredita nele, na verdade meu cunhado, o irmão dele e a cunhada perderam 20 quilos fazendo tratamento de nutricionista, andando, nem assim caminhando, mas comendo o que ela prescrevia e você perde mesmo, se você seguir o que ela passa é impressionante. Ela não te obriga a comer, ela põe um grelhado, põe um queijo de manhã com bolacha, faz você comer à tarde, que nem hoje eu tenho que comer por causa da falta de proteína. Tem que ter um bife, o arroz o feijão e uma salada, você não está comendo mal. A gente pensava a nutricionista vai dar só capim para comer, salada e água, ela o dia que eu fui, na última vez que eu fui, não na última vez, uns meses antes, que eu já tinha feito cirurgia, ela me liberou (3M).

4. Porque decidiu emagrecer e porque escolheu a cirurgia?

A obesidade é uma doença que por muitos anos esteve fora do âmbito das intervenções cirúrgicas, contra-indicadas anteriormente, porque requeriam o emagrecimento prévio para a sua realização. Até à metade do século passado, os

cirurgias iniciaram a intervenção cirúrgica para aliviar o sobrepeso, eliminar os riscos para a saúde assim como enfermidades associadas à obesidade. As primeiras cirurgias se iniciaram na década de cinquenta (Cordero, 2003). São candidatos à cirurgia bariátrica, pessoas com IMC maior de 40 independentemente da presença de comorbidades; aqueles com IMC entre 35 e 40 na presença de comorbidades e com IMC entre 30 e 35 na presença de comorbidades que tenham classificação “grave” por um médico da respectiva especialidade. É também obrigatória a constatação de “intratabilidade clínica da obesidade” por um endocrinologista (Consenso Multissocietário em Cirurgia da Obesidade, 2008)³⁷.

Segundo Fandiño *et al.* (2004), as cirurgias são classificadas como disabsortivas e/ou restritivas. A seleção de pacientes para cirurgia, requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade sem êxito com tratamentos convencionais. No nosso estudo não diferenciamos as técnicas cirúrgicas, mas é importante comentar que são reconhecidas três técnicas de tratamento cirúrgico: gastroplastia vertical com bandagem, desenvolvida em 1982 por Mason.

Trata-se de uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura gerando um compartimento fechado. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento deste “pequeno estômago”. Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução de 30% do peso total nos primeiros anos. Porém observa-se uma queda na velocidade de perda de peso para menos de 20% após 10 anos de segmento. Uma das razões para este fato é o aprendizado realizado pelos pacientes. Eles passam a selecionar e ingerir alimento líquido hipercalóricos com uma passagem rápida pelo “estômago estreitado” (p. ex. *milk shake*, leite condensado, etc.) comentam Fandiño *et al.* (2004).

Segundo os mesmos autores, a *Lap Band* é uma outra técnica cirúrgica restritiva, relativamente recente. Consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. Este artefato fica conectado a um dispositivo colocado sob a pele, o que permite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico criado. Esta técnica ainda carece de uma melhor avaliação.

³⁷ www.walterfranca.com.br/home/pdf/consenso_brasileiro_multissocietario_em_cirurgia_da_obesidade_2006.pdf.

Nos últimos anos vem predominando a terceira técnica que reúne a restrição à disabsorção, chamada de cirurgia de *Capella*. Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado e conexão com uma alça intestinal. Com este procedimento, os pacientes obtêm perdas médias na ordem de 35% a longo prazo, é considerada uma técnica segura e com baixa mortalidade (Fandiño *et al.*, 2004). Essa modalidade cirúrgica foi a mais frequentemente adotada entre os nossos entrevistados.

Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso, melhoria das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida (Fandiño *et al.*, 2004). Segundo esses autores, no estudo *Swedish Obese Subjects* de 1998 foi encontrada uma melhora da qualidade de vida, dos parâmetros cardio-respiratórios (dor torácica, dispnéia, apneia do sono e hipertensão) e metabólicos (diabetes e distúrbios lipídicos) associados a uma perda substancial de peso induzida pela cirurgia. A mortalidade perioperatória está em torno de 0.3 a 1,6% acrescentam Fandiño *et al.*, (2004). O manejo cirúrgico da obesidade deve ser multidisciplinar: cirurgião bariátrico; médico clínico: geral, endocrinologista, intensivista ou cardiologista; psiquiatra; psicólogo e nutricionista (Consenso Latino Americano de Cirurgia Bariátrica, 2005).

No Brasil, a primeira experiência com a cirurgia bariátrica ocorreu no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1978 (Garrido, 1998). Desde 1999 encontra-se inserida na tabela de procedimento do Sistema Único de Saúde (SUS), quando foi instituída a rede de atendimento ao paciente portador de obesidade mórbida, com a criação dos Centros Nacionais de Referência para Cirurgia Bariátrica/Gastroplastia. A partir de 2001, o financiamento do procedimento de gastroplastia foi incluído entre aqueles considerados estratégicos e passou a ser custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), segundo Oliveira (2007) e em 2005, existiam 52 hospitais cadastrados em todo o país.

Esse procedimento foi regulamentado através da Portaria no. 628/GM, de 26 de abril de 2001³⁸, que considerou como fatores preponderantes em sua justificativa, a transformação nos últimos anos dos padrões nutricionais da população brasileira; a relevância da obesidade na saúde pública; a prevalência da obesidade mórbida e a verificação dos casos que não respondem aos tratamentos convencionais levando a um aumento da morbimortalidade nesses indivíduos; a necessidade de ampliar a oferta de serviços na área da gastroplastia e de proporcionar mecanismos que facilitem o acesso dos portadores de obesidade mórbida (BRASIL, 2001). Em 2003, foram realizadas 4000 cirurgias, tanto no setor público quanto privado no Brasil, mas em 2007 foi realizado cerca de 20 a 25 mil cirurgias de obesidade mórbida, sendo apenas 10% delas, pelo SUS. O estado de São Paulo é responsável por 40% das cirurgias realizadas pelo SUS (Oliveira, 2007).

Pesquisas têm demonstrado que a maioria das pessoas que estavam com sobrepeso ou obesas e perderam peso tiveram ganho num prazo de cinco anos e como resultado do pobre sucesso e alto risco de morbidade e mortalidade, a indicação da intervenção cirúrgica tornou-se corriqueira para o tratamento de obesos (Wysoker, 2005). Assim, todos os nossos entrevistados também informaram que a cirurgia foi o último recurso, depois de tantas tentativas frustradas, como já vimos anteriormente, porque não houve êxito nenhum a longo prazo com as dietas, medicamentos, assim como para os entrevistados de Wysoker (2005).

Por quê? Porque achei que era o melhor para mim, entendeu, assim, como eu disse, eu não tinha outra alternativa, mas como dizem a cirurgia ela é o último caso. Ela é o último caso de uma pessoa obesa, é o último fator, a última decisão a tomar, a última coisa a recorrer, já tentou dieta, já tentou fórmulas, você tentou outra coisa e não se obteve resultado nenhum, então a cirurgia para mim foi o último caso, um último recurso, então a cirurgia para mim, foi o último caso, o último (15 F).

Inquiridos sobre os motivos de escolha da cirurgia, os informantes mencionaram: os problemas de saúde em si ou associados aos problemas

³⁸ <http://www.gm/01/gm-628.html>.

estéticos, a melhora da autoestima e da aparência. Entre os problemas de saúde referidos, estavam: a hipertensão, frequentemente mencionados por homens e mulheres; o diabetes; o alto nível de colesterol; o cansaço; os problemas de coluna; as dores nos pés e pernas; os problemas emocionais e o isolamento social. Entretanto, o critério médico fundamental para a indicação da cirurgia era o índice de massa corpórea maior ou igual a 40, que atingia quase todos os entrevistados.

Os depoimentos são bastante expressivos e enfáticos quanto à necessidade de escolha da cirurgia, que se mostrou a única opção aconselhada por médicos, por pessoa da família (irmã, filho, primo), por influência da televisão ou por autoconvencimento da impossibilidade de continuar obeso (a) devido aos diversos problemas mencionados e até atentar contra a própria vida, como foi relatado.

Para mim ter a saúde melhor, porque nos últimos tempos não estava vivendo mais, eu estava muito ruim mesmo. Que eu dormia muito, sabe, de dia, onde sentava, eu estava dormindo. Que eu não dormia de noite, passava a noite inteira sentada. Sentava no banheiro, no sofá para deixar o meu marido dormir. Sentava na cama, ele reclamava que eu roncava muito por causa da apneia. Daí ele reclamava e eu brigava com ele. Então eu não queria dormir, para não roncar. Para ele não reclamar. Eu fiquei internada no Natal de 2005, me pegaram e levaram no hospital direto. As minhas pernas aqui assim, estava preta, minha perna assim (6 F)

Porque eu cheguei num ponto que ou eu emagrecia, ou eu ia, que eu pensei em até morrer. Uma vez eu tomei um monte de comprimido, falei que eu não queria mais viver. Ai meu marido me pegou me levou para o hospital e acabou provocando vômito e não aconteceu nada. Mas eu estava sem vontade de viver. Isso foi antes da endocrinologista me indicar para o tratamento da cirurgia. Aí, eu tomei calmante misturado com antibiótico, vários remédios que eu tinha aqui. Daí ele percebeu, (o marido) eu não lembro, que eu fiquei tão assim (...), eu não me lembro direito. Eu também nem fiquei tocando no assunto depois, que eu fiquei com vergonha (11 F)

Para um dos sujeitos entrevistados, os motivos relatados merecem apresentações. Antes da cirurgia e depois de tantos problemas (alcoolismo, tentativa de suicídio, internação em hospital psiquiátrico e perda do emprego), ele resolveu que a primeira mudança seria física, para adquirir outra aparência,

começar tudo de novo, nascer de novo, fisicamente, mentalmente e espiritualmente para poder viver até o envelhecimento. Ele foi ajudado por um amigo que o empregou. Para esse homem, a obesidade e suas consequências associadas ao alcoolismo vieram inicialmente de forma destrutiva, desorganizando a sua vida, em todos os sentidos. Mas depois do emagrecimento ocorreu um movimento de libertação, que lhe permitiu reencontrar o “verdadeiro sentido da vida” segundo Adam & Herzlich (2001), um “renascimento”.

Porque você, eu precisava mudar, ou eu mudava, porque se eu continuasse daquele jeito para mim estava tudo acabado com 38 anos, estava acabado, minha vida profissional, se eu quisesse viver até sessenta anos, setenta anos eu tinha que mudar. E a primeira mudança era física, mudar o meu corpo, tinha que emagrecer para adquirir disposição para adquirir uma outra aparência, para começar tudo de novo, eu decidi nascer de novo, fisicamente, mentalmente e espiritualmente. Eu deixei para trás um homem antigo e comecei um homem novo, eu comecei a lutar para essa vida que estou levando. Ainda está só no começo, ainda falta muita coisa, está com um ano e não comecei a fazer nada ainda (...). Acho que estou só nas homenagens, as pessoas que me ajudaram a chegar no livro, eu não comecei a escrever ainda (...). Eu fiz a cirurgia estava trabalhando lá na empresa, ele me empregou porque quis me ajudar como pessoa, ele abriu uma vaga para me ajudar. Deus colocou essa idéia na cabeça dele, dos filhos dele e me encaixou lá, ele abriu essa vaga para me ajudar, aí eu vi aquilo como oportunidade, agarrei e estou agarrado até agora (...) 6M.

As mulheres historicamente se preocupavam com a sua beleza, mas hoje elas se tornaram responsáveis por ela. De dever social, a beleza tornou-se um dever moral. O fracasso, não se deve mais a uma impossibilidade geral, mas a incapacidade individual. A moralização do corpo feminino nos leva a encarar a ditadura da beleza, da magreza e da saúde como se fosse uma escolha pessoal. Dessa maneira, todos os mecanismos de regulação social transformam o corpo em uma prisão ou em um inimigo a ser constantemente domado (Baudrillard, 2008). Assim, entre os entrevistados, duas mulheres narraram o desejo de recuperar a autoestima, que foi se diluindo proporcionalmente ao ganho de peso. Elas estavam envergonhadas e se considerando feias, portanto essa foi a justificativa para a escolha cirúrgica.

Ai, por mim, por mim, porque eu me sentia feia, onde eu ia, sentia vergonha de mim. Por isso, porque eu acho assim, se eu tivesse conversando com você

antes, eu achava que você estava olhando em mim, que você não estava prestando atenção em nada do que eu estava falando, só olhando “Ai que gorda, ai que gorda”. Era isso. É eu estava feia, eu já não me sentia bem, não conseguia por uma roupa. Nem tudo o que põe (...) sufoca, sente até falta de ar. Assim, por mim, pela beleza mesmo (9 F).

Dois entrevistados não apresentavam peso suficiente para a cirurgia, então, foi necessário engordar. Encontramos aqui um paradoxo, pois para conseguir emagrecer foi necessário engordar para ser “encaixado” dentro das recomendações médicas cirúrgicas. Então, foi preciso “engordar para conseguir emagrecer”.

Estava com a pressão alta, eu já não estava me sentindo muito bem. Olha foi mais pela saúde, eu estava preocupado com o físico, mas mais pela saúde. Eu já estava me tornando uma coisa intolerável para mim. Dor de cabeça, todo dia, cansaço. Passando nervoso, aí eu decidi fazer. Eu procurei o cardiologista fui fazendo os exames. Ele viu o que estava de errado comigo era decorrente da obesidade, entendeu? Cheguei até numa época engordar mais, eu por mim, engordei mais para poder fazer a cirurgia, entendeu (8 M).

Aí eu cheguei à conclusão que não ia conseguir mais, eu pedi água, eu falei:- “eu quero operar”. Eu falei com o doutor e ele falou:- “olha, essa é uma decisão sua, não é uma brincadeira, é uma coisa extremamente séria, eu não posso te omitir nada disso, você sabe, sua irmã já operou”. E realmente é um risco absurdo a cirurgia bariátrica. Aí tive que engordar, mas não foi difícil, eu precisei engordar quatro quilos, fácil, eu estava com 101 e fiquei com 105 (1 F).

4.1 Apoios e opinião dos vínculos sociais

Adam & Herzlich, (2001) argumentam que a maioria das pessoas enfermas apoia-se na rede social. A função de apoio geralmente é baseada em relacionamentos entre as pessoas que estão próximas, que podem assumir total responsabilidade sobre um doente, como no caso de uma cirurgia para perda de peso. Praticamente a maioria dos entrevistados contou histórias semelhantes, que inicialmente a família ficou receosa devido aos riscos cirúrgicos, mas finalmente os sujeitos conseguiram convencer suas respectivas famílias a aceitarem a intervenção. Para a realização da cirurgia bariátrica era necessário a assinatura de um familiar no consentimento informado que trazia explicações sobre o procedimento cirúrgico e seus riscos. Porém, observamos que em

algumas situações a família resistiu em assinar o documento, pois estava de certa forma consentindo também as possibilidades do risco cirúrgico e suas complicações. E, no caso dessa cirurgia, a responsabilização dos riscos tornou-se compulsória.

Em alguns casos, a família consentiu por perceber que era realmente necessário emagrecer, devido às complicações que a obesidade estava acarretando. A mãe de um entrevistado ficou com receio da cirurgia inicialmente, mas depois aceitou porque percebeu que era uma possibilidade de grande mudança na vida do filho, para ele “matar” o sujeito que havia dentro dele, já que ele havia conseguido parar de beber. Uma mulher considerava que a cirurgia era a sua única saída, porque estava com um sério problema na coluna que a estava incapacitando. Já estava com a autonomia comprometida, precisava de ajuda para as atividades da vida diária e essa dependência dos outros afetou muito o “perceber-se doente”.

Para falar a verdade, a minha mãe no começo ela ficou receosa. -“Se é para você mudar, se é para você matar esse 6M que está dentro de você, pode contar comigo”. É isso que eu quero, quero mudar tudo na minha vida, antes da cirurgia eu já tinha parado de beber, um ano antes, depois que saí do hospital eu saí definitivamente (...). Ninguém foi contra, todo mundo... eu quero nascer outra pessoa (...) (6M).

Da família toda, nossa... todo mundo, a família toda, de amigos, todo mundo, lógico que tem gente que fala: -“ ah!... você tem coragem?” Mas eu pensei assim: -“ ou faz ou faz”, porque eu não queria ficar na cadeira de rodas, eu não imaginava... sabe, eu sou muito independente, eu odeio depender dos outros, odeio, então para mim já estava uma situação muito ruim, eu tinha medo de morar sozinha, eu tinha vontade, mas eu falava: - “ai, e se eu passar mal e se eu não sei o quê” (13 F).

Na primeira tentativa, o marido e a irmã de uma entrevistada não quiseram assinar o termo de consentimento, apesar do seu desespero. Foi aconselhada a tentar novamente a emagrecer pelos métodos convencionais, que em nada resultaram, até que um dia levou seus familiares a uma reunião promovida pela equipe cirúrgica, onde ouviram os depoimentos de outras pessoas e assim conseguiu convencê-los. Mas, por outro lado, teve que esperar quatro anos até

convencer a equipe que estava preparada para submeter-se a cirurgia e enfrentar todas as suas consequências.

Aí tem um termo que a família tem que assinar, tem isso, tem aquilo, nossa saí do consultório arrasada (...). Aí eu falei para o meu marido:- “não, não, você não vai fazer não, você não vai fazer”. Falei para minha irmã:- “de jeito nenhum que eu assino esse termo, você não vai fazer isso, cria vergonha na sua cara e faça regime”. E minha mãe: -“Não, nem pensar e se acontecesse alguma coisa? Como eu vou ficar?”. Aí não teve jeito, eu entrei com fórmulas, com academia, não sei o que, mas eu fracassava. Daí meu marido ligou para uma nutricionista, aí ela me convidou para assistir uma palestra da equipe, sem compromisso. Eu fui lá junto com meu marido e meus dois filhos. Nossa, eu fiquei assim deslumbrada, falei:- “gente, será que essa barrigona minha vai sumir, como que vai sumir essa barrigona vai murchar para onde?”. Eu não acreditava nisso e aí no final da palestra, parei o doutor, conversei. E aconteceu que o doutor operou várias pessoas e eu fui ficando, quatro anos, quatro anos nisso tudo. Aí o doutor até brinca comigo, ele fala assim:-“ é demorou quatro anos para você me convencer a te operar, foi você que veio me convencer”, ele até brinca comigo... (14 F).

Os relatos que se seguem mostraram o sofrimento e a preocupação de dois maridos cujas esposas necessitavam da cirurgia por problemas de saúde. O primeiro mostrou que o marido acabou concordando com a cirurgia, mas estava muito preocupado com os quatro filhos, pois havia três pequenos. Como a esposa teve várias complicações após a cirurgia, ele já havia até pensado em distribuir os filhos entre os familiares, pois julgou que a esposa pudesse morrer. O marido de uma entrevistada também ficou muito preocupado, pois tinham um filho que ainda era pequeno. Portanto, a opção pela cirurgia para perder peso em alguns casos trouxe muita preocupação para os familiares, pois o período posterior à cirurgia é bastante trabalhoso, principalmente nos primeiros meses e exigiu muita colaboração, principalmente quando havia filhos pequenos que também necessitavam de cuidados.

Eu falei que ia fazer, ele falou: -“Ah, você sabe o que faz você acha que é melhor para você, eu só te apoio, seja o que Deus quiser”. Ele falava: - “você vai ser feliz? Vai ser bom para você?”. Se eu for contra, você vai ficar com raiva de mim para o resto da vida e vai ficar jogando na minha cara. Meu marido não falava nem que sim, nem que não, só veio falar depois, que ele veio chorar. Ai ele sentou e chorou, chorou, chorou. Ai ele começou a falar tudo o que passava pela cabeça dele, o medo, se eu morresse o que ele ia fazer com as crianças.

Quem ia cuidar das gêmeas para ele, que ele não podia separar elas. Aí o mais velho, ele já está grande, ele se vira. A Jurema, eu vou mandar ela para o Paraná, com a minha cunhada, ela cuida dela. E a minha mãe fala a mesma coisa. Eles já estavam planejando que eu ia morrer, já estava querendo separar os meus filhos, acha? Pensando que os meus filhos é divisível? Não, não, não, eles são quatro irmãos. Aí ele falou:- “Aí era o que passava na minha cabeça e eu não falava nada disso que você ia ficar preocupada” (8 F).

Eu já estava decidida, meu marido não queria de jeito nenhum, ele sofreu demais com a operação, eu pensava que o meu filho era pequeno e se acontecesse alguma coisa ele não iria sofrer tanto, a lembrança da mãe ia ficar gostosa, não dolorida, ele iria superar melhor a perda. Eu falava para ele que eu queria, porque eu não ia ser uma boa mãe, porque eu vou ser a neura, entendeu? Aí eu decidi e ele me apoiou, mas ele ficou dias sem dormir preocupado comigo e com o filho se eu faltasse (1 F).

Muitas famílias ficaram receosas devido à novidade da terapêutica escolhida e também devido ao risco que uma cirurgia desse porte poderia proporcionar. Alguns conflitos foram gerados dentro de algumas famílias alimentadas pelas diversas histórias de insucessos e mortes que povoaram o imaginário familiar reforçado pela mídia.

É engraçado, quando você fala: - “vou fazer a cirurgia bariátrica“. “Ah! Não acredito, você vai fazer isso? Será que vai valer a pena, mesmo?”. “Eu conheço uma pessoa que fez a cirurgia que morreu e não foi uma só, uma pessoa não“. Sempre tinha duas ou três pessoas que a pessoa conhecia, mas o outro que vinha conversar comigo devia conhecer a mesma pessoa, porque não é possível, todo mundo morre? Então teve, tive muito mais os contras, as pessoas falando: -“oh, não faça, é um risco muito grande“, então eu tive muito mais pessoa contra do que a favor. Meus familiares eles tinham medo porque a mídia falava também do risco de morte, muita gente morreu, algumas pessoas morreram, quer dizer o que geralmente vai para a mídia, é o negativo que as pessoas começam a pegar, ela passa o negativo, desgraça em tal lugar, então a mídia gosta muito de sensacionalismo, isso mesmo. Minha família ficou muito preocupada, até briguei com eles (7 M).

5. Os acontecimentos após a decisão de fazer a cirurgia

Os depoimentos trazem informações sobre as providências tomadas a partir do momento em que resolveram submeter-se à cirurgia para perda de peso. Mas trouxeram também os relatos sobre as experiências com as expectativas

frente à cirurgia, os medos e os desafios. Alguns foram à procura do serviço médico para receber informação sobre a cirurgia, o objetivo, os riscos relacionados tanto ao procedimento quanto à permanência do corpo obeso. E, em geral, o resultado da avaliação indicava que a cirurgia apresentava menos risco se comparado à obesidade e a outras doenças que a ela estavam relacionadas. Em prosseguimento ao atendimento médico, também foram realizadas várias consultas com outros profissionais, como a nutricionista e a psicóloga. Outros foram procurar referências sobre o cirurgião e informação sobre a cirurgia informalmente. E um dos relatos a cirurgia foi explicada pela “prima” fornecida numa linguagem leiga, em oposição à linguagem médica.

Ele falou assim:- “Dona, a gente não opera a pessoa por operar, opera pra dar uma vida melhor para a senhora, uma saúde melhor, então, nós vamos fazer uma série de exames, a senhora vai achar que é um bicho de sete cabeça, mas depois que começar a encaminhar a senhora vai ver que vai dar tudo certinho”. “Se der alguma coisa, algum problema da senhora nos exames, a gente não opera, se der normal a gente opera, toda operação corre risco”. Ele não engana ninguém não, toda operação corre risco, é arriscado: -“mas a senhora está correndo muito mais risco do jeito que a senhora está, do que na operação, a senhora (...) pode dar um infarto na senhora, pode dar um derrame, pode dar uma trombose e ter que amputar as pernas”. “Do jeito que a senhora está gorda assim, é, a senhora está correndo mais risco do que na mesa de operação”. Aí eu comecei a fazer aquela série de exames e consultas com a nutricionista, com a psicóloga, aí foi indo. Foi desenrolando tudo certinho, deu certo. Aí ia operar, ia demorar um pouco, aí uma pessoa desistiu da operação, eles me encaixaram (10 F).

Eu tenho uma prima que é médica, ela é cirurgiã e ela participou de muitas cirurgias desse tipo. Aí eu liguei para ela e conversei com ela, então ela me explicou tudo o que ele havia me explicado só que de uma outra maneira, como prima. E aí, ela me explicou tudo, me apoiou:- “não vai mesmo, ele é muito bom”, aí eu criei confiança e encarei. Porque era o que todo mundo falava, você conhece esse médico? Já ouviu falar dele? Ela conhecia, ela falou: - “nossa, ele é ótimo”. Então é com ele mesmo que eu vou (7 F).

Procurar outras pessoas que já haviam realizado a cirurgia, para coletar mais informações sobre o processo operatório, também foi uma ação realizada. Seja através de pessoas próximas ou mesmo das reuniões promovidas pela equipe cirúrgica, em que existia uma troca de experiência entre os sujeitos que já realizaram ou que iriam se submeter à cirurgia para perda de peso.

Aí, eu fiquei bem motivada que daí já na primeira consulta no consultório, eu já conheci outras pessoas que já tinham feito a cirurgia e me deu bastante ânimo mesmo. Participei das reuniões, eu perdi um pouco de peso sim, eu acho que uns quatro quilos, não foi muito, porque foi assim, bem rápido! Assim do dia que eu marquei a consulta, fiz os exames, quando os exames ficaram prontos, aí eu já fui pro centro cirúrgico, basicamente. A primeira consulta com o doutor foi, acho que em abril, em junho eu já estava operada (11 F).

Expressões e dúvidas frequentemente usadas pelos entrevistados informaram a incerteza diante da cirurgia, tais como: “ganhar na loteria”; “ficar na expectativa”; “como será que vou ficar?”; “será que vai dar certo?”; “será que vou ter uma vida normal?”; “será que vai funcionar comigo?”; “será que estou fazendo a coisa certa?”. Outras expressões relacionaram-se diretamente ao medo: “de morrer na cirurgia”; “de não emagrecer”; “que aconteça alguma coisa ruim”; “de complicação”; “de sentir fome”, que indicaram as inseguranças diante do procedimento cirúrgico e suas consequências. Observamos no terceiro depoimento que as explicações médicas a respeito das possíveis complicações recaíam sobre o comportamento errôneo dos operados.

Salant & Santry (2005) criticam os conteúdos dos *web sites da internet* sobre a cirurgia para perda de peso, pois desenham discursos contraditórios de medicalização, que insistem nas causas externas da obesidade (genética e meio ambiente) para legitimar a cirurgia, mas quando a cirurgia não se tornava efetiva ou mesmo quando ocorriam mortes, apontavam para os comportamentos individuais.

Fiquei na expectativa. Fiquei naquela expectativa, de como vai ser, de como seria. De como eu ia ficar, se ia dar certo, se não ia dar. Se realmente eu ia perder peso ou se eu não ia. Será que eu ia fazer e continuar gorda do mesmo jeito? Tudo, só isso, ficava naquela expectativa, que nem ganhar na loteria (8 F).

Eu falei:- “nossa que legal, todo mundo fez deu certo, comigo vai dar também”. As dúvidas, eu tirava com a nutricionista ou com o doutor mesmo. Ou a pessoa que fez, eu perguntava como que era, como que não é aí depois sentia. A minha preocupação era de sentir fome, não era nem com o risco da cirurgia, da anestesia nada, não era nem com isso que eu me preocupava, meu medo era sentir fome depois (14 F).

Para alguns depoentes, a expectativa de fazer a cirurgia foi motivo de “alegria”, de “contentamento” e de “felicidade”, embora pudessem enfrentar novos problemas como os estéticos (sobras do excesso de pele), risco de voltar a ganhar peso e de melhorar a saúde e de obter o “corpo bom” e a boa forma corporal. E também a consciência de que se tratava do último recurso para o emagrecimento.

Fiquei alegre, estava animado, porque queria logo fazer (...) ver como que era, porque você começa a ir nos grupos e começa a ver pessoas magras, você vê pessoas que fizeram a cirurgia e ficaram horríveis por causa das peles, no meu caso eu procurei academia. Eu conheci um cara que está completamente flácido, ele tem pele na cara. Eu tenho, mas é na barriga, braço essas coisas, eu consegui voltar fazendo exercício e ele não. Depois tem outra frustração também da pele, as coisas, queira ou não, depois você faz as plásticas, eu não quero ter essa dúvida, como sei que vai arrancar, é o único lugar que me preocupa, você fica querendo saber como é fazer a cirurgia e perder (2M).

Eu tive contato com quem é gordo e quer fazer a cirurgia, eles me procuram para saber sobre a cirurgia, aí eu falo tudo o que eu passei toda a experiência que eu tive. Antes da cirurgia e pós-cirurgia isso que a gente está fazendo, então eu explico pra ele, mas eu falo: “tenha isso como último recurso”, para mim foi muito bom, está sendo muito bom, eu perdi peso, minha pressão caiu, entendeu? Melhorou tudo para mim, para andar. E hoje se eu tenho que ir na padaria, que está a três ou quatro quadras, eu vou a pé, eu vou a pé, não vou de carro, tenho uma motivação para estar andando (7 M).

Esse capítulo ilustrou que as variadas tentativas para emagrecer foram várias e baseadas na alimentação, através das dietas, regimes e reeducação alimentar. Outras racionalidades médicas também foram utilizadas, mas houve predominância do uso de medicamentos, como se apenas o seu consumo fosse suficiente para a perda e a manutenção da perda em longo prazo. Esse comportamento justifica porque o Brasil tornou-se o maior consumidor mundial de remédios para emagrecer. Quanto maior o leque das alternativas, mais poderosa se torna a “indústria do emagrecimento” sem proporcionar o que promete, a perda de peso efetiva. Discutiram-se também a decisão pela cirurgia, as incertezas e medos gerados, assim como o envolvimento do grupo familiar, cujo consentimento era imposto gerando ao mesmo tempo dúvidas sobre o procedimento cirúrgico. A opção pela cirurgia também despertou esperanças e alegrias e a certeza de emagrecer.

CAPÍTULO VI

Alimentação após a cirurgia



Neste capítulo continuaremos a abordar a história de vida desses sujeitos que se submeteram à cirurgia para perda de peso. Discutiremos brevemente a experiência e as representações relativas ao processo cirúrgico, as consequências cirúrgicas, as dificuldades e os apoios recebidos. O foco será dado a questões sobre a vida cotidiana após a cirurgia em relação às representações e experiências relacionadas alimentação: as alterações no processo alimentar; o reaprendizado para comer; a reeducação alimentar imposta pela cirurgia; as restrições e adaptações; a dieta, a relação familiar e o trabalho; as dificuldades e facilidades para o seguimento das recomendações médicas.

As mudanças relacionadas aos comportamentos alimentares e ao corpo configuraram a gordura corporal como representante de um signo de transgressão e resultado do que não se deve fazer: comer demasiadamente e ser ocioso. Essas concepções fazem parte de um processo histórico de normatização da dieta e do corpo iniciada na Antiguidade Clássica e que retorna com força no século XX, no qual foi estabelecido tanto um modelo nutricional baseado no que se considera uma dieta equilibrada, e um padrão de peso baseado no Índice de Massa Corpórea que, associado a outros indicadores, padroniza a normalidade do corpo (Arnaiz, 2009).

A regulação da dieta e do peso é articulada sobre a base da responsabilização individual, da culpabilização e da exigência de uma verdadeira competência nutricional. O processo é duplo, de moralização e de medicalização, o primeiro diz respeito às mudanças relativas aos maus alimentares e à necessidade de transformá-los em novo conjunto de práticas segundo regras científicas da nutrição. Pretende-se substituir as motivações de ordem dietética e racional pelas econômicas, simbólicas ou rituais que condicionam os comportamentos alimentares em qualquer cultura. Para motivar o seguimento de práticas mais saudáveis se recorre à ideia da responsabilidade individual com um objetivo principal: comer de forma saudável não apenas produz satisfação ao paladar, mas também permite sentir-se melhor consigo (física e psiquicamente), com os demais (aceitação social) e com a sociedade (disciplina e controle). Tais argumentos, comumente usados em comerciais, estão na base biomédica da obesidade (Arnaiz, 2009).

1. A cirurgia para perda de peso.

Enquanto a criação de corpos totalmente artificiais ainda permanece nos filmes e na ficção científica, os parcialmente sintéticos são comuns, como são aqueles que contêm partes ou órgãos de outros corpos. Esses fenômenos são resultados de cirurgias de “peças sobressalentes” e mostram uma tendência do aumento na medicina moderna. Há dois tipos de cirurgia de “peças sobressalentes” disponíveis: transplantes órgãos, tecidos ou fluídos de outros corpos, vivos ou mortos e implantes de órgãos artificiais ou partes corporais de plástico, metal, *nylon* ou outros materiais sintéticos. Ambas têm influenciado as imagens da própria sociedade e as mudanças nas relações sociais (Helman, 1988).

Avanços na cirurgia têm possibilitado o transplante de uma série de partes corporais de um corpo doador para um receptor, que incluem: osso, cartilagens, córnea, coração, joelhos, fígado, pulmão, nervos, pele, tendão, assim como sangue, plasma, etc. Nos últimos quarenta anos, ocorreu um dramático avanço nas cirurgias das “peças sobressalentes” e frequentemente os noticiários da televisão comentam sobre os transplantes como uma nova batalha de um médico cientista como super-herói contra as forças do tempo, idade ou doença. Implantes e transplantes podem ter se tornado parte da vida diária, mas tem efeitos sociais, pois implicam uma mudança na imagem do corpo na sociedade industrial e a violação dos seus limites por objetos externos (Helman, 1988). Dessa maneira, também podemos pensar na cirurgia de gastroplastia como uma tendência da medicina que não acopla partes de outras pessoas, mas alteram o tamanho e função de órgãos como o estômago e o intestino, interferindo na ingestão e absorção dos alimentos. Essas modificações anatômicas e dos órgãos alteram a sua fisiologia transformando o corpo.

A imagem do corpo e do *self* coerente podem sofrer fragmentação. Primeiro, parece óbvio que o corpo foi reconceituado como uma “máquina” e a tarefa da medicina é agora trocar novas partes pelas velhas. Desse modo, o corpo é uma coleção de partes ou peças que são avaliadas e trocadas quando finalmente desgastam (Helman, 1988). No caso da cirurgia para perda de peso, a ideia de dividir o estômago em duas partes e utilizar apenas metade do órgão tem

a intenção de causar sensação de saciedade precoce, resultando numa ingestão limitada de alimento como já discutimos anteriormente. Esse procedimento leva a uma mudança corporal e no *self* dos indivíduos.

O século XX foi um momento de extensão sem igual do poder de normalização, de reforços sem precedentes das normas burocráticas, médicas e publicitárias do enquadramento do corpo individual. O corpo anormal foi objeto de um *imenso esforço corretivo* que os desenvolvimentos da medicina levaram a um estágio final, pondera Courtine (2008). Um exemplo dessa correção da anormalidade do corpo em excesso foi a utilização da cirurgia para perda de peso que está sendo largamente utilizado e tem demonstrado sucesso na perda de peso. A suposição é a de que o comportamento alimentar é modificado através do consumo de pequenas quantidades e deve ser vagarosamente ingerida. Em adição, os pacientes devem ser encorajados para desempenharem exercícios diários como parte de uma grande mudança no estilo de vida (Oliveira, 2007). Uma revisão sistemática produzida por Colquitt (2004) mostrou que quando comparada com tratamentos convencionais, a cirurgia resultou significativa perda de peso (23-28 quilos de perda de peso) após dois anos e como consequência houve uma melhora na qualidade de vida e das doenças associadas à obesidade.

A cirurgia antiobesidade é um procedimento complexo e assim como qualquer cirurgia de grande porte apresenta risco de complicações. O período imediatamente após a cirurgia foi relatado pelos depoentes como um dos mais difíceis. É a fase de recuperação do ato cirúrgico, de maior desconforto e de adaptação à nova dieta. Associado a esses fatores, somam-se a ansiedade e a insegurança do novo período. No pós-operatório aconteceram as rápidas mudanças tanto relacionadas aos hábitos alimentares quanto às mudanças do próprio corpo. Por se tratar de obesos mórbidos, convém recordar os problemas que esses sujeitos traziam na sua biografia em decorrência ou em associação ao peso corporal.

Entre os nossos depoentes, a maioria realizou a cirurgia através de planos de saúde privados. O único entrevistado a acessar a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde foi operado em um hospital universitário. Em relação ao tempo decorrido entre a cirurgia e a coleta de dados desta pesquisa, encontramos o mínimo de um

ano e dois meses e o máximo de quatro anos, mas é importante relatar que houve concentração na faixa compreendida entre um ano e dois meses a um ano e cinco meses. A variação do índice de massa corpórea antes da cirurgia foi de 37 kg/m² até 53 Kg/m². A perda de peso verificada no momento da entrevista variou de 25,2 quilos até ao espantoso valor de 78,8 quilos, sendo esses dois parâmetros encontrados em mulheres. A maioria dos nossos entrevistados apresentou complicações após a cirurgia e segundo Fandiño *et al.* (2004) as complicações pós-operatórias podem ser precoces ou tardias.

Inicialmente, quase metade dos depoentes relatou que não apresentou complicações decorrentes da cirurgia no pós-operatório precoce e no tardio. Porém, ao examinarmos os relatos que se seguem, verificamos que apenas três pessoas, duas mulheres e um homem, não apresentaram complicações até o momento da entrevista. Uma delas não apresentava doenças prévias associadas à obesidade e os outros dois sofriam de pressão alta. Não houve também correlação entre menores índices de massa corporal e ausência de complicações.

Não, não tive nenhuma, graças a Deus não tive nenhuma complicação não, foi tudo certinho tudo ok, não tive problema nenhum, sabe assim, a cirurgia foi ótima. Não, eu tive problema com a vesícula não, graças a Deus eu não tive problema nenhum (15 F).

1.1 Cirurgias com complicações imediatas

Quanto às complicações imediatas, entre os nossos informantes ocorreram: problemas com a anestesia após o procedimento cirúrgico, hérnia incisional, insuficiência respiratória, litíase biliar, abscesso, infecção generalizada, infecção nos pontos da cirurgia, aderência intestinal, obstrução intestinal, pneumonia, hemorragia e cálculo renal. Algumas pessoas apresentaram várias outras complicações, como será apresentado nos depoimentos. Quatro mulheres e dois homens apresentaram complicações imediatas à cirurgia. Entre as mulheres, foram relatados: problemas com a anestesia; estado de coma seguido de “complicação”; necessidade de retirar a vesícula biliar associada à cirurgia bariátrica (uma condição muito frequente). Uma entrevistada citou que além dessas duas operações precisou fazer uma terceira devido a uma obstrução

intestinal que acarretou um quadro de infecção generalizada, problema respiratório e infecção nos pontos cirúrgicos. Além disso, após alguns meses dessa terceira intervenção, surgiu uma hérnia, levando-a para a quarta cirurgia. Algumas pessoas tiveram complicações tanto a curto quanto a longo prazo.

Eu passei muito mal da minha cirurgia, eu fiquei dois dias entubada e em coma. A minha família disse que era uma choradeira só, meus filhos, meu marido [...]. Mas é porque eu tinha apneia e depois quando terminaram de fazer a minha cirurgia, a minha língua recolheu. Então daí, eu fiquei sem respiração, daí puseram eu mesmo entubada, daí fiquei com aqueles aparelhos. Dois dias, eu fiquei como morta, a minha cirurgia foi muito bem. Foi por causa da apneia, eu fiquei sem a respiração, atacou o pulmão também e a pressão. A minha pressão subiu muito, daí eu fui para o quarto na quarta-feira. No sábado começou a dar (...) eu não sei como que chama aquilo, que dá uma batadeira na gente assim, eu comecei sentir mal, sentir um calafrio, arrepiar tudo, um frio. Nossa, em dois minutos, encheu o meu quarto de gente, cinco médicos, um monte de enfermeiro. Daí eu fui para a UTI de novo, eu fiquei uma semana, só que eu não fiquei entubada, assim inconsciente fiquei bem. Que estava com todos os aparelhos assim [...]. Fiquei mais uma semana, eu fiquei duas semanas. Daí a minha irmã estava comigo e eu falei: "Oh, se eu não voltar, eu estarei com Deus e se eu voltar Deus está comigo" (6 F).

Depois que eu acordei da anestesia no segundo dia, eu fiquei muito nauseada, muito... No terceiro dia, eu estava com náuseas e cheio de líquido aqui dentro, cheio de líquido! Então eu queria sentar, aí subia um pouquinho de gases que cheiravam muito mal (...). No quarto dia, o doutor falou que ia me dar alta, aí, de manhã, eu tinha começado com vômito, mas era uma água branquinha, água límpida, incolor, mas cheirava muito mal aquela água cheirava literalmente fezes. Aí o doutor veio no meio da tarde e foi aquela correria, tive que fazer raio X. Eu via no rosto dele, que ele estava super preocupado, eu via que o sentimento dele por mim, não era só de médico. E ele falou que tinha dado um probleminha tinha que abrir de novo, para ver o que era. Aí operaram de novo e fiquei sabendo que, quando eles abriram, que o meu intestino, estava obstruído, meu intestino torceu. E quando o anestesista estava me acordando, eu acordei com falta de ar muito forte, eu não conseguia respirar [...] Eu fiquei três dias na UTI! [...] Eu sei que ao todo, uns dez dias internada, aí eu comecei a ter febre, aí o doutor já veio, olhou e falou:- "é, já sei da onde que é essa febre!". Aí ele pediu uns instrumentos lá para a enfermeira, ele deu dois picos aqui nos pontos, aí aquele negócio vazou, estava cheio de pus aqui por fora dos pontos. Aí depois disso, apareceu a hérnia (...). A hérnia, eu fiz a cirurgia em outubro do ano passado. De dois mil e oito, eu fiz a cirurgia da hérnia. E eu tirei a vesícula na primeira cirurgia bariátrica (14 F).

A responsabilização e culpabilização imposta culturalmente ao portador de um corpo "gordo" surgiu até no momento em que as dores do corte cirúrgico se

manifestavam no corpo de uma mulher, que precisou de transfusão de sangue em decorrência de intensos vômitos. Uma hemorragia interna após a cirurgia bariátrica associada à retirada da vesícula biliar levou um homem jovem à terceira cirurgia, que foi acompanhada de infecção hospitalar e pneumonia. Os relatos dos entrevistados sobre as complicações “imediatas da cirurgia” demonstraram que o ato cirúrgico em si sempre traz risco às pessoas, principalmente por se tratar de uma intervenção complexa e invasiva.

Aí aquela dor, é uma coisa que dói demais, tudo dói, dreno e corte enorme na barriga, então era muita dor. Eu falava:- “aí sua idiota, aí, sua tonta porque você não fez um regime, sua vagabunda”. Eu fiquei puta na primeira noite:- “porque não fez um regime sua tonta, idiota”. No segundo dia, a coisa só piorou porque meu intestino não funcionava e eu comecei a vomitar sem parar, eu vomitava sangue, muito sangue. E só depois acho que no terceiro, dia, que você come um caldo de nada, mas eu estava vomitando sangue sem parar. Era sem parar mesmo, literalmente, eu fiquei dois dias vomitando, porque o intestino não funcionava, aí eu tive que fazer duas vezes a lavagem intestinal. E eu tive que tomar sangue, por conta disso, que eu estava vomitando puro sangue, tomei duas ou três bolsas de sangue (2 F).

Eu tive problema com a cirurgia, eu operei numa 2ª. e junto com a cirurgia aproveitou e tirou a minha vesícula que estava com pedra. Deu hemorragia, aí só que o médico não sabia. Eu voltei para o quarto na segunda, aí na 4ª feira tive que voltar para o centro cirúrgico para estancar a hemorragia, tive que voltar para a mesa de cirurgia. Aí deu outro problema, mas eles não comentam muito, aí eu peguei alguma coisa hospitalar. Tive muita febre, diarreia, muita febre, coisa eu era para fica no máximo três dias, acabei ficando quase 20 no hospital. Eu tive uma infecção hospitalar junto com uma pneumonia, eu fiquei na UTI depois da segunda cirurgia, eu fiquei três a quatro dias na UTI, mas saindo do hospital também não tive mais problema nenhum, até hoje só alegria, eu estou no céu (4 M).

1.2 A cirurgia e complicações tardias

Mais da metade dos entrevistados apresentou complicações tardias, entre mulheres e homens. As complicações tardias relacionadas à cirurgia não foram lembradas pelos nossos depoentes no momento em que falávamos sobre esse assunto. Só no decorrer da entrevista é que elas foram sendo reveladas de forma dispersa e sutil. Esse detalhe nos chamou a atenção, pois entre os familiares, esse assunto foi imediatamente lembrado no momento em que realizávamos a entrevista. Talvez o “esquecimento” sobre as complicações oriundas da cirurgia,

seja uma forma de amenizar o peso da “escolha”, já que sabidamente ela trouxe benefícios.

As complicações mais frequentes foram: necessidade de outras cirurgias em decorrência da primeira; retirada da vesícula biliar; hérnia abdominal; aderência intestinal; e “abscesso na costela”. Uma mulher se submeteu a quatro cirurgias, entrou em estado de coma e no momento da entrevista ainda estava com problemas intestinais e com úlcera nervosa. A anemia também foi recorrente tanto para homens quanto para mulheres, mas, para elas, a menstruação agravou a situação; a queda de cabelo, unhas quebradiças e ressecamento da pele também foram citadas em diferentes intensidades. A pouca ingestão de água depois da cirurgia foi apontado como o causador do cálculo renal. Ocorreu também a necessidade de reinternação devido à desidratação decorrente de vômitos em grande quantidade após o primeiro mês depois. A hipoglicemia foi relatada, principalmente entre aqueles que não se alimentavam adequadamente. Uma entrevistada que apresentava obesidade desde a infância informou que enfrentou e ainda enfrentava muitos problemas decorrentes da operação, pois ela teve “problema de aceitação”, de dissociação entre a “cabeça e o corpo”.

Não tive problema da cirurgia bariátrica, só após. E várias, depois da cirurgia, passou seis meses, deu hérnia e pedra na vesícula, aí o bicho pegou. Daí eu fiquei três dias em coma induzido. Fiquei dez dias internada no hospital, eles ficaram tudo perdido (a família). Aí lá, eu achei que eu ia morrer, meu marido achou que eu ia morrer. Aí abriu de novo tirou a vesícula e amarrou a hérnia, mas ainda não me arrependi de ter feito a minha cirurgia. Nem naquele estado, eu não me arrependi. Fiz de novo. Porque daí, dez meses depois tive que abrir de novo, porque deu aderência no intestino, o intestino colou, aí abriu de novo. Aí no outro dia, parei no hospital de novo e fiquei mais oito dias internada. Aí fez a endoscopia e a colonoscopia, para ver por que estava acontecendo. Eu estava desnutrida, tinha dado desidratação, eu comecei a vomitar, vomitar e vomitar. Aí enfim, eu consegui segurar um pouquinho no estomago era o Gatorade e água de coco. Aí na endoscopia deu úlcera nervosa (8 F).

*Eu chorei muito, tive muita dor, muita dor e vomitando, dor e vomitando, mas depois, não naquele momento, depois eu descobri que é porque o meu corpo (...). Eu fiz no “oba-oôba” e eu tive um problema de aceitação, eu fiz a cirurgia, aí que caiu a ficha, que eu tinha aí que eu tomei ciência que eu (...) eu tinha feito a cirurgia, mas não tinha tido o entendimento, a aceitação na minha cabeça, então estava tendo problema **entre cabeça e corpo**, sei lá, eu sei que*

deu um curto-circuito. E olha que eu tive que passar pela psicóloga. Fiz uma série de cinco consultas, imagina! (3 F) (grifos nossos)

Os indivíduos que são grandes obesos, devido ao tamanho do corpo encontravam dificuldades para realizar as atividades diárias, como constatamos através dos depoimentos. A soma desse fator e da limitação imposta pela própria cirurgia levou esses sujeitos à dependência completa de outras pessoas para atividades simples, como a movimentação na cama, as necessidades fisiológicas e demais cuidados corporais. Para tanto, a maioria dos hospitais preferiam admitir a presença de acompanhantes após a cirurgia, caso contrário teriam que deixar um profissional à disposição dos pacientes. Alguns hospitais inclusive investiram em acomodações adequadas ao tamanho de seus pacientes, como camas, cadeiras, banheiros maiores.

Nossa excelente! Porque lá no hospital (...). Tem um quarto que é que é só para, para obesos (...). A depois que faz a cirurgia, aí tem um quarto mais confortável. Sabe uma cama mais larga, é um, o banheiro mais assim. Tudo feitinho para, para obesos mesmo Então assim, os cuidados assim não senti preconceito de ninguém, ah os enfermeiros, todos, todos são excelentes. Foi muito bom (14 F).

1.3 O processo cirúrgico e a necessidade de apoios

A literatura sobre o apoio social desenvolveu-se na década de 1970 no contexto norte-americano, deslocando-se das perspectivas psicológicas às sociológicas e menos frequentemente para as antropológicas, sob o predomínio das abordagens realistas e empíricas e sua aplicação à sociologia médica (Scambler, 1987). Adam & Herzlich (2001) argumentam que há mais de um século a sociologia constatou com o estudo de Durkheim, que os indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados são mais vulneráveis ao suicídio do que os casados. O apoio e as redes sociais para os doentes crônicos são associados à redução do estresse, às condições de saúde, promoção da saúde e prevenção de riscos, com ênfase na morbi-mortalidade, na integração social e sociabilidade e no gerenciamento das doenças, segundo Canesqui & Barsaglini (2006).

Todos os entrevistados contaram que receberam apoio, mesmo dos familiares que inicialmente contestaram a cirurgia. Depois do procedimento cirúrgico, a preocupação de alguns familiares (principalmente dos que coabitavam a mesma casa) estava relacionada aos problemas decorrentes desse processo, (em especial àqueles que apresentaram complicações), à alimentação e aos problemas que ocorreram durante o reaprendizado alimentar. É importante citar que o apoio no cotidiano das pessoas cirurgiadas foi fundamental, devido ao porte cirúrgico e aos cuidados inerentes a esse processo, principalmente nos primeiros meses, mas não só. No geral receberam apoio de amigos, profissionais da saúde, do companheiro (a) e até de pessoas que não eram conhecidos. E alguns entrevistados passaram a apoiar (aconselhamento e troca de experiência) outras pessoas que queriam fazer a cirurgia. E, segundo relatos, a escolha pela cirurgia como opção terapêutica estava bastante difundida. Sujeitar-se a essa cirurgia sem o apoio de outras pessoas é uma tarefa muito penosa.

Demais, demais, todo, todo mundo chegava, os meus irmãos vieram eles moram em São Paulo, eles vinham aqui para, para me visitar. Nossa chegavam aqui e tal: -"nossa você está diferente", não sei o que, essas coisas assim, dá ânimo. No serviço, um amigo aqui na rua, que nem nessa rua aqui tem uma moça aqui, uma mulher que ela, também operou, tem um rapaz que trabalha nessa fábrica de pneu que também é operado (...). Aqui nesse bairro deve ter mais ou menos, que eu conheço, deve ter uns cinco ou seis que operaram. Tem uma mulher que mora na padaria, ela operou bem depois de mim, eu cheguei com ela na reunião de apoio, "não, vamos lá que eu dou". E hoje as pessoas que vão operar vêm assim falar comigo, eu procuro incentivar, procuro explicar o que aconteceu, como é que foi, aí eu ajudo do jeito que eu posso (5 M).

Os seguimentos através da consulta médica, nutricional e psicológica após a cirurgia são importantes para a adequação do novo gerenciamento em relação ao comportamento alimentar, atividade física e questões relacionadas à esfera emocional exigidos pela nova vida. Os exames de controle eram realizados também nesses retornos. As orientações nutricionais eram reforçadas a cada encontro, pois a partir da cirurgia um novo processo de aprendizagem para lidar com a alimentação e com o corpo. A periodicidade dos retornos dependia muito da equipe escolhida pelos pacientes. Praticamente todos elogiaram a atuação da equipe em relação ao apoio e assistência oferecidos após a cirurgia, que

passaram a ser um acompanhamento “marital”, ou seja, o acompanhamento deveria ser por um longo tempo. Para alguns foi determinado cinco anos de seguimento para a suposta “alta”. E quando surgiu alguma dificuldade ou algum problema relacionado à cirurgia foram em geral bem apoiados.

O acompanhamento que eu faço é semestral, tem endoscopia, nutricionista, é o acompanhamento marital que eles falam (1 F).

Foi sem problema, você liga na clínica, quando eu estava com problema de refluxo, eu passei muito mal, então liguei, cheguei a vomitar sangue, por causa do ácido do estomago, daí não deu dez minutos o médico estava me ligando, então assim, eles são muitos atenciosos (12 F).

2. A alimentação após a cirurgia

A dieta tornou-se uma preocupação crescente das sociedades desenvolvidas nas quais alguns indivíduos ansiosos ou até mesmo obsessivos, principalmente na presença de um diagnóstico de difícil tratamento, orientam-se pela dietética “vulgar” sempre mais difundida e em função do conhecimento biológico, sempre mais sofisticado, como as temáticas da “celulite”, do “colesterol” e depois da sua distinção em “bom” e “mal”. O saber dietético se escalona do mais científico ao mais heterodoxo e encontra um terreno social caracterizado pelo aumento da obesidade. Numa sociedade em que a fome e a penúria desaparecem, a distinção pode passar pela exibição da silhueta esguia, que se relaciona com a classe dominante e média. Em paralelo a essa emancipação da dependência nutricional, seus membros necessitam cada vez menos de grandes esforços físicos nas atividades de trabalho, mas consomem proteínas, glicídios e lipídios em excesso (Ory, 2008). Dessa maneira, a preocupação do século XXI está focada ao mesmo tempo na “autoimagem” individual bem como de saúde pública, principalmente nos países precocemente hipercalorizados, como os Estados Unidos e, mas recentemente, a China e o Japão (Cassel, 1999).

Para os entrevistados, a fase de readaptação alimentar após a cirurgia foi frequentemente associada à “fase do bebê” e parecia indicar um processo de “renascimento” para viver com um estômago e um intestino “modificado”, que

proporcionaram um “corpo também modificado” e normatizado pela intervenção cirúrgica, cujo objetivo foi o emagrecimento e, conseqüentemente a princípio, a recuperação da saúde. Mas, curiosamente, para essa finalidade foi necessário mudar os “hábitos” ou no “estilo de vida”, não alcançados anteriormente, apesar do auxílio das dietas, dos medicamentos, da atividade física e de outras formas de tratamento.

Então, o processo alimentar passou por uma grande mudança e foi necessária a reaprendizagem para comer, como os bebês, os renascidos (que tinham dentes, mas estômago pequeno) permaneceram durante uma semana apenas consumindo dieta líquida, sucos de fruta com soja, bebida isotônica e água de coco. Na semana seguinte, os sujeitos passaram a tomar caldos de legumes e de carne cozida, tudo peneirado para garantir apenas a parte líquida restrita ao máximo de 150 ml. Assim foram gradualmente incorporando as dietas pastosas até chegar ao alimento sólido após um mês, para a felicidade e alívio de todos, processo no qual “*o estômago tem que aprender a comer*”.

[...] Aí depois daquela água suja é igual bebê, aí depois você bate no liquidificador, você bate a carne, os legumes, sempre igualzinho bebê, você põe uma mandiquinha e não sei o quê, aí você bate aí no começo você cõa, depois você não cõa mais, depois você engrossa a papa. Então, agora não é assim igualzinho a alimentação de um bebê que está aprendendo a comer, porque o estômago tem que aprender a comer, então você dá o líquido, primeiro ele mama o leiteinho, depois toma o líquido, depois você entra com o purezinho de abobrinha, de chuchu, depois que você vai entrar com macarrão, depois o arrozinho molinho. Nossa, o sólido quando você come, é a melhor coisa do mundo, no começo não, quando você sente cheiro de comida você vomita, mas isso é todo mundo, não é eu não, é todos os pacientes que eu conheci, da minha época eles tiveram, os sintomas é igual para todos. O cirurgião fala que é interessante porque o que um paciente fala, todos falam [...] (3 F).

Comprava água de coco, suco, suquinho, assim de fruta, mas no começo tomava assim, era aquele copinho de café pequenininho nem cheio ainda, só que não dava fome sabe, só que dava vontade de comer, não fome, fome não dava (10 F).

Após o período mais difícil da readaptação alimentar, da passagem dos alimentos líquidos aos sólidos e em paralelo aos cuidados com um corpo operado, o cotidiano também sofreu alterações importantes frente às várias imposições geradas pela cirurgia. Para alguns entrevistados, essa readequação alimentar

apresentou fatores positivos, para outros as restrições foram mais acentuadas que as aquisições; houve a necessidade da adequação frente às variadas alterações tanto no tipo quanto na quantidade e qualidade da comida, modo de comer, quando comer e quantas vezes. Portanto, o processo alimentar deveria ser diferente daquele padrão adotado antes da cirurgia.

Alguns depoentes mencionaram os fatores positivos sobre a alimentação após um mês da cirurgia, pois passaram a gostar da alimentação, que sofreu grande mudança no padrão, baseados em legumes e verduras, além de alguns complementos. Outros sentiam mais leveza ao saírem da mesa; podiam comer de tudo; passaram a “comer melhor” do que antes; adquiriram o hábito de tomar café da manhã; aprenderam a comer fracionado; aprenderam quais alimentos “entalavam” e os que engordavam; aprenderam a comer um prato “normal”; a comer menor quantidade; comer salgados aos pedaços; e diante da impossibilidade de comer tudo nas refeições, alguns entrevistados passaram a eleger apenas um tipo de comida a ser consumida. Mas alguns apontaram que ainda precisavam ingerir mais frutas e que encontraram dificuldade para a ingestão de líquidos, o que os levou à desidratação.

Eu como bem melhor que antes. Como porcaria sim, é claro, ninguém é de ferro, mas como eu te disse antes, eu tomo café da manhã. Mas o que eu preciso comer mais é frutas, isso daí ainda estou pisando na bola, mas verdura e legumes assim, eu estou comendo sim. Então hoje eu pego um prato normal, só o fundinho dele, eu posso comer um pouquinho, depois mais tarde eu pego mais um pouco. Meu marido fez lasanha outro dia, comi um pedaço, aí que raiva, já encheu. Mais tarde, vou lá consigo comer mais um pedaço, não vou comer só a lasanha, eu fiz uma salada, arroz, feijão. Só que não dá para você comer tudo aquilo, então a lasanha eu quero comer, mas eu como ali toda hora um pedaço. Eu consigo hoje comer uma fatia de pizza, mas só a massinha fininha que eu como, a borda eu não como, entendeu? Então tem coisas que você vai aprendendo. Deixa eu aproveitar mais isso que é melhor para mim, isso aqui engorda, isso aqui vai entalar, não quero. Se dá vontade de comer uma coxinha, eu compro a coxinha, eu começo a comer e paro na metade, não consigo comer uma coxinha com aquela massa. Líquido não descia, eu tinha que tomar dois litros de água por dia, eu não conseguia, várias vezes eu tinha que ir para o hospital, tomar soro, porque eu estava desidratada, entendeu? (14 F).

Você acredita que eu gosto da minha comida? Eu como salada, atum, você pode comer um pedacinho de carne, depois você pode comer ou batata ou arroz, feijão, três vezes por semana, mas o básico é legumes e verdura. Adoro, não fico sem, sinto falta, às vezes vou no churrasco. Nesse final de

semana fui na casa da minha irmã e tinha um strogonoff, hoje eu estava louca para comer uma salada (13 F)

A reeducação alimentar exigida pela cirurgia levou ao aprendizado que envolveu vários aspectos tais como: consumir alimentos em pequenas porções; fracionar as refeições ao dia (seis refeições); obedecer aos horários regrados; aprender a mastigar bem e comer devagar, pois a inadvertência podia ocasionar o aprisionamento do alimento no anel e desencadear mal estar e vômitos; aprender o que podia ou não comer; conhecer a quantidade de comida que podia ser ingerida; tomar cuidado com a ingestão do doce; tomar cuidado com as cascas dos grãos; saber que o arroz tem que ser bem cozido; que comer a carne vermelha nem todos conseguiriam; que não se deve beber líquido e comer ao mesmo tempo, entre tantas outras coisas. Cada indivíduo na sua singularidade foi experimentando e adquirindo conhecimentos à respeito da alimentação e da relação com seu novo corpo.

O processo de aprendizagem foi sendo tecido no cotidiano, através de experiências individuais e os conhecimentos foram adquiridos principalmente pela reação do corpo. Houve necessidade também de aprender a gerenciar a fome, pois não se podia ficar muito tempo sem comer, porque a fome poderia levar à ingestão apressada e à tendência de comer em excesso, causando vômitos. Os alimentos mais fáceis de serem consumidos eram os mais pastosos, como o feijão com mais caldo, legumes cozidos e sopa, que foi bastante citada pelos entrevistados.

Se minha esposa atrasar muito na hora do almoço, eu cato uma bolacha para comer, porque eu não posso estar ansioso para comer também, eu tenho que estar em estado normal, não posso estar alterado, não posso comer depressa, eu tenho que mastigar a comida. Então carne, é um pedacinho de carne, eu quase não aceito muito, pela pressa, comer uma carne assim, eu tenho que mastigar muito bem a carne. A maior facilidade da gente comer, eu comer assim são coisas mais pastosas, então por isso que dou preferência ao feijão com mais caldo, porque é uma comida mais líquida, é melhor. Sopa, eu como muito bem, sopa eu tenho condições de comer meio litro de sopa, quanto à comida mais seca, 200 gramas. Como legumes, abobrinha essas coisas refogadas eu como (7 M).

Pelos relatos prévios foi possível verificar que a maioria dos nossos entrevistados não consumia saladas, legumes e frutas, antes da cirurgia. Esse grupo alimentar não fazia parte das suas preferências alimentares, muito pelo contrário, fazia parte das “não preferências”. Mas depois da operação, parte importante dos depoentes passou a consumir frutas, legumes e verduras, mas não ocorreu necessariamente a inclusão dos três elementos. Em relação às frutas, para não correr o risco de “entalar” e também para não pesar no estômago, alguns aproveitam o caldo, mas não engoliam o bagaço. Ao mesmo tempo, outras pessoas evitavam a salada crua, sob a alegação de que pesava no estômago ou porque não gostavam mesmo. Houve também casos de inclusão das frutas no cotidiano, mas sem muita convicção.

Estou fazendo bastante salada e legumes, eu odiava, salada e legumes, hoje eu adoro (2 M).

[...] e as frutas que vem, é, por exemplo, hoje tinha é tangerina, aí eu chupo a tangerina, mas não engulo o bagaço, laranja, abacaxi, tudo no geral, eu não engulo o bagaço a não ser o mamão. É (...) frutas assim, eu como mamão, melancia assim, eu como, mas as outras eu não como, eu só, só tomo o suco e estrago o bagaço, para não ter problema de entalar e também porque pode ficar pesado (5 M).

Eu como arroz, feijão, legume e carne, a salada eu evito, porque a salada, por experiência própria minha, ela enche, ela enche e depois se eu comer salada, é assim, eu como salada, não como bife e como o arroz! (7 M).

A cirurgia de obesidade parece ter trazido mais restrições alimentares que incorporações, pois alguns alimentos se tornaram mais difíceis de serem consumidos por grande parte dos entrevistados, como a carne vermelha, o leite, o macarrão tipo “spaguetti”, as massas e o prato que Da Matta (1987) denominou como a síntese do estilo brasileiro de comer, a dupla tradicional, arroz e feijão, também se tornou suspeito para o consumo. O feijão só foi bem aceito quando consumido em forma de caldo, assim como outros grãos. O arroz, para quem conseguia comê-lo precisava ser bem cozido e a rejeição pelo leite também foi apontada por alguns.

Ah, eu agora, eu posso comer tudo se mastigar bem, só que tem dia que eu não consigo comer arroz e feijão assim, eu não consigo comer. Eu como mais o caldo do feijão, eu amasso no caldo assim, um purezinho. O arroz mesmo

assim é difícil, não consigo comer. Macarrão também, se eu quiser, só se for aquele macarrão miudinho. Aquele macarrão assim espaguetinho assim, só se eu fizer e cortar assim com o garfo e com a faca bem pequenininho, senão eu não consigo (6 F).

[...] É uma fase que se passa meio apertada, até conhecer os limites, porque mesmo você sabendo, um organismo reage de uma forma, outro reage de outra forma, tem coisas que eu não consigo comer mais, por exemplo, massa me faz mal, eu não consigo comer mais, minha prima não consegue comer arroz, é uma descoberta, é igual criança, se acaba aprendendo (12 F).

A maioria dos entrevistados relatou que a carne vermelha tornou-se difícil de ser consumida por ser muito fibrosa. Além de ser preciso cortá-la em pequeninos pedaços, seu consumo exigia uma mastigação caprichada, sem pressa, pois o grande risco de consumi-la era a possibilidade de enroscá-la, além de ser considerada um alimento “pesado” para o “novo estômago”. Os médicos recomendavam insistentemente o seu consumo, em virtude da fonte importante de ferro e proteína, então, algumas pessoas contaram que mastigavam a carne, sugavam todo caldo e depois jogavam a fibra. Outra solução foi consumi-la moída, bem cozida ou optar pela costela que apesar de ser uma carne gordurosa era macia. Quanto à carne de frango, parte do grupo aceitava desde que não fossem as partes mais secas como o peito, por exemplo. O peixe tornou-se muito apreciado por ser uma carne fácil de comer. A predileção da maioria dos operados eram alimentos de consistência amolecida, fáceis de comer, como a sopa, por exemplo, e os legumes cozidos. Quanto aos salgadinhos, os assados, apesar de pouca gordura, tornaram-se secos demais, então os preferidos, eram os fritos pela sua maciez, principalmente os recheados com catupiry ou requeijão.

Carne às vezes, eu entalo ainda, por mais que eu mastigo, parece que às vezes o bife principalmente. Às vezes eu tenho vontade de comer, mas eu como e eu vejo que parece que não faz digestão, fica muito pesado. Consigo comer, mas não é sempre que eu como, eu como mais frango, mais frango (11 F).

Carne moída se for comer carne, se eu comesse, por exemplo, um bife fico que nem criança. Sabe, o doutor estava falando para mim comer mesmo assim, para mim mastigar a carne, mastigar, mastigar, que nem criança que come a carinha, mastiga, mastiga, a carne fica branquinha, tira e joga. Mas a gente pega o suco da carne, é proteína. O médico falou que eu não posso ficar sem carne, para mim comprar fígado de boi, molinha, picar bem miudinho e comer.

Carne de frango, eu também desfio assim e como bem. Bife mesmo, eu corto um pedacinho e como assim as faisquinhas sabe, que nem criança (6 F).

Entre os nossos depoentes, alguns não podiam mais comer doce, enquanto outras não apresentavam esse problema desde que não fosse em excesso, já para outras dependia do tipo de doce e da quantidade de açúcar presente ou da quantidade que se comia.

Tem doce que dá, tem doce que não. Eu não sei o que, que é isso. Por exemplo, se eu tomar aquela coca-cola normal, nossa eu passo mal, passo mal e (...). Se eu tomar zero não, eu não sinto nada, se eu como esse bolo de chocolate, com recheio e cobertura, eu não sinto nada. Se eu como esse doce branco com, sei lá, passo mal. Depende do doce. Se eu chupo esse sorvete branco, preto, passo mal, se eu chupo esse misturado não. Mas é doce, entendeu, eu não sei o que é isso (14 F).

O doce eu tenho que tomar cuidado, um negócio que chama dumping, que dá na gente, se eu acordar de manhã e comer um chocolate, eu desmaio. Só depois da refeição, você pode comer doce e depois da cirurgia tenho vontade, ele falou para mim que doce tem fonte de energia rápida, realmente, você come chocolate, você fica elétrico. Tem semana que dá vontade de comer, mas tenho que controlar senão pode engordar, tem vezes que eu passo 15 a 20 dias sem vontade de comer doce. Em relação à comida eu estou comendo de tudo (2 M).

Como o consumo de carne vermelha ficou difícil depois da cirurgia, pelos motivos já explanados. Mas, paradoxalmente o churrasco podia tornar-se um bom momento para o consumo da carne, pois como o hábito de comer churrasco é ritualizado, ou seja, em geral as pessoas dedicam várias horas nesse tipo de refeição, alguns entrevistados citaram que podiam comer vagarosamente, em pequenos pedaços, mesmo que seja um único bife.

Depois que eu tinha operado uns quinze dias, eu fui num churrasco. Eu sabia que eu não podia comer lógico, mas eu fui. Eu fui eu levei a minha comida, é igual criança, eu levava a minha papinha. Saía comia e pronto. Levava o meu suco, nos horários e tomava. Agora também, eu frequento churrasco, mas hoje eu já não levo a minha comida, só que lá eu como, eu não como linguiça, eu não como carne de porco. Eu como carne, como pouco, a carne eu consigo comer cozida. Frita, não, assada também. Eu consigo comer todas as carnes, só o de porco (...) só um pedacinho assim, para experimentar. A carne você precisa ter tempo, você precisa mastigar. Por isso que em churrasco, eu como bem carne, você come um pedacinho agora, depois você aos poucos, eu acho

que chego a comer um bife num churrasco, porque você tem um período grande para ficar lá, de comer, mastigando (9 F).

A ingestão de líquidos foi apontada como um fator que se tornou problemático, pois a maioria dos nossos entrevistados não conseguia tomar líquido junto às refeições, pela restrição do tamanho do estômago, então era necessário optar por beber líquido ou comer. Os refrigerantes em geral, pelo conteúdo gasoso, também não eram bem tolerados, já que aumentavam o volume do estômago. A coca-cola foi indicada para ser consumida apenas nos momentos em que enroscava algum alimento, ela funcionava como um “desentupidor”.

*Não tomo nada no almoço, aprendi a não tomar nada e pronto (9 F).
Não pode beber nada 40 minutos antes e uma hora depois, senão eu vomito, mas eu tomo água o dia todo, o dia todo (13 F).*

2.1 A reeducação alimentar e o “mal estar”

Quase todos os entrevistados contaram histórias sobre a reeducação alimentar e os momentos em que “passaram mal”, quando o corpo respondia em forma de sinais e sintomas da falta de obediência às novas regras. Essas manifestações “ensinaram” aos operados quais eram as novas exigências desse estômago diminuto. O reaprendizado de todo o processo alimentar modificado pela terapêutica cirúrgica impôs todas as normas a serem seguidas. Burlar essas regras podia causar mal-estar, dor, náuseas e vômitos. Assim, através de conhecimentos adquiridos pela bricolagem composta pelas orientações dos profissionais da saúde, das experiências trocadas entre os iguais e por tentativas, acertos e erros foram sendo configurados um novo conhecimento à respeito da alimentação.

Não, eu falhei duas vezes só, uma vez, na fábrica, uma carne que estava seca, eu não consegui, entalou, dói (...) e é uma dor insuportável, começou a doer, doer. Fui no banheiro vomitar, não tem jeito, você fica sofrendo. E uma outra vez foi um croissant de manhã que passou do horário, me dá tremedeira, eu comi, sorte que a nutricionista me ensinou quando acontecer isso, tomar coca, porque ela desentope pia, você toma coca, ela vai empurrando. Mas daí, eu não passei mais mal para fazer o teste, porque é horrível, a dor é uma coisa, você

sente sufocado, sabe a saliva não vai passando então ela vai enroscando e ela vai subindo, ela vai doendo, então você começa ficar assim, aí você não consegue fazer nada (...). Só da carne em si, o resto é tudo tranquilo (3 M).

Um dia eu acho que esqueci engoli um pedacinho assim de carne, das onze horas do dia que eu almocei, eu fui melhorar, eu acho que era quase meia noite, eu estava vomitando ainda, daí eu comecei a chorar. Falei:- “eu vou morrer, eu vou morrer, eu não aguento mais vomitar”, de tanto que doía assim. O meu esposo e as minhas filhas queriam até levar eu para Campinas lá no doutor, mas eu não fui não quis ir. Daí enquanto eu, daí eu acho que era umas onze e meia da noite ou mais daí eu consegui vomitar, daí que eu fui perceber que eu estava melhorando. Enquanto eu não vomitei aquele pedacinho de carne e era um pedacinho assim, oh. Então agora eu sei, eu não engulo carne, pedacinho assim, só (6 F).

O “passar mal” também foi relatado por uma mulher quando descobriu que era “viciada em comida” através da descrição de uma “síndrome de abstinência”. Além disso, o depoimento retratou também a estratégia de mercado junto ao público infantil usada pelas empresas alimentícias através da distribuição de “brindes” junto aos alimentos. As experiências da relação entre a alimentação e o “corpo modificado” também ensinou que é melhor não variar muito a alimentação, pois a novidade podia trazer riscos. Além de todas as necessidades referentes ao novo processo alimentar, também se tornou importante a necessidade de “prestar atenção” no momento da refeição para evitar consequências desastrosas. E se havia algum alimento que provocasse mal estar, a tendência era não repetir novamente a mesma experiência. Assim como descobrir mecanismos que atenuavam ou remediavam as crises de mal estar, como provocar vômitos, tomar coca-cola e consumir alimentos salgados no momento em que ocorria a “síndrome de *dumping*”.

Eu tinha vinte dias de cirurgia e fui levar meus filhos ao Mcdonald’s que eles vão todo mês, tem que ir, senão, sabe como é criança. Mas eles vão por causa dos brinquedinhos, aí peguei o lanche para eles, eu era recém operada. Eu comi a tremer, minha mão tremia assim, eu não conseguia controlar e aí naquele momento, eu descobri que eu estava tremendo porque eu queria o lanche, naquele momento eu descobri que eu era viciada em comida. Daí eu fui no psicólogo eu falei: -“eu menti para você, que eu não sabia que era viciada em comida”, daí ela falou assim:- “que interessante, eu já sabia, mas eu não podia contar” e daí ela perguntou: -“você já assistiu algum filme de viciado em droga”? E daí ela falou: -“você teve a mesma reação de uma pessoa que está

tirando a droga”. Eu relatei o restante do que aconteceu, ela falou que era igualzinho (3 F).

Entalei uma vez com arroz e feijão e uma vez com peixe grelhado, fica ruim mesmo, passo mal, aí eu fiquei meio receoso então eu como, mas assim, eu evito comer coisas, variar bastante. Às vezes quando eu sinto que está meio ruim, para evitar que o negócio doa, eu vou lá e provoço o vômito para aliviar logo. Mas assim ter o excesso de comer, eu só tive uma vez, eu tinha viajado, na estrada, eu conversando com o pessoal peguei um espetinho de frango comprei um para dividir com ela, esqueci coloquei um pedaço inteiro na boca e comecei a mastigar, a mastigar depois eu engoli (...). Eu estava em Atibaia fui melhorar quando estava chegando em Campinas. É,, tampa aqui, dói o peito, dói o estômago, aí eu fiquei cabreiro com esse tipo de lembrança, então, eu como, mas não como muito não (5 M).

2.2 “Sentir fome” e “não sentir fome”

Um relato recorrente entre alguns entrevistados foi “*não sentir fome*” ou “*não conseguir comer*” depois da cirurgia. “*Não sentir fome*” e “*não conseguir comer*” provavelmente estava associado aos mecanismos fisiológicos relacionados à redução de tamanho do estômago e a todas as suas consequências, mas acreditamos que também tenha conexão com o aprendizado imposto pela experiência de se “sentir mal”. Aparentemente, esses relatos sobre “*não sentir fome*” e “*não conseguir comer*” poderiam ser compreendidos como um comportamento até certo ponto “esperado” após a cirurgia, mas com certeza causou muito impacto na vida dessas pessoas, pois há pouco, a comida ocupava um espaço central no seu cotidiano como observamos nos capítulos anteriores. “*Não sentir fome*” e “*não conseguir comer*” também ganhou relevância nos discursos como sinais indicativos de algum mal-estar ou problema de saúde (Canesqui, 2007b), e pode ser motivo de preocupação se estiver associado a transtornos alimentares, como a anorexia.

Uma outra possibilidade aventada estaria relacionada à alteração radical do tipo de comida consumida antes e após a cirurgia em alguns casos. Essa alteração alimentar pode ter influenciado também o paladar; Cascudo, 1983 [1963] argumenta que as modificações do paladar dependerão da mesma fonte de sua formação: o tempo, pois qualquer sociedade elabora alguma forma de distinção entre a fome e o paladar. Segundo esse autor, o paladar desempenha função

dominante, enquanto a fome, função subordinada. Nessa perspectiva, são as regras culturais e as trocas sociais que definem a natureza humana e não a necessidade biológica. Um sistema alimentar funciona não apenas para satisfazer essas necessidades, mas para expressar um paladar cultural e historicamente formado. Como uma necessidade natural, a fome vem a ser satisfeita por qualquer tipo de alimento, do mesmo modo que a sede é satisfeita pela água. Mas o paladar está associado a modalidades distintas de comidas e bebidas, às formas específicas e particulares de preparação, apresentação e consumo. Por intermédio do paladar, os indivíduos e grupos distinguem-se, opõem-se a outros indivíduos e grupos.

Por essa razão, o paladar situa-se no centro das identidades individuais e coletivas. Dessa maneira, tanto o “paladar” quanto a “fome” podem ser pensados como categorias mutuamente opostas. Alterar o padrão alimentar pode não estar em concordância com o paladar, pois não se trata de uma simples questão de escolher racionalmente os alimentos considerados saudáveis para o nosso corpo, mas nem sempre palatáveis.

Só que assim, eu não tenho fome, então eu seleciono muito aquilo que vou comer aquilo que eu tenho vontade mesmo de comer. Não tenho vontade de comer muito, no começo tinha e só que você tenta comer, só que se você come muito, o que acontece, não cabe dali a pouco você está se sentindo mal, é horrível, tem um peso, parece que tem uma coisa te pressionando o estômago, ele para no anel. Você vai enchendo, vai enchendo, aquilo vai subindo, subindo, preenchedo o esôfago, chega uma hora que aquilo te sufoca tanto que você não aguenta. Você acaba provocando vômito, que você não aguenta aquilo te pressionando. Porque aquilo vai digerir só que ele vai devagar, só que quanto tempo você vai ficar com aquilo te pressionando. E acho que tem fase que eu tentava assim, eu queria, estava acostumada a comer metade, queria comer metade e às vezes até comia metade, só que depois passava mal, então com isso, você vai aprendendo a se comportar, a não fazer mais extravagância, tem que se controlar (2 F).

É uma tristeza, você faz a comida com amor e carinho põe na mesa e vê os outros comer e a gente não consegue comer. Mas também eu não tenho fome, sabe. Hoje as minhas filhas almoçaram, eu não consigo almoçar, mas eu não, não tenho mais fome (6 F).

A inapetência referida após a cirurgia, assim como a dificuldade para comer, aconteceu tanto logo após a cirurgia, quanto após alguns meses, como citaram os entrevistados. O nervoso que desencadeava a vontade de comer anteriormente passou a frear esse desejo. Para Turner (2006), o corpo humano tem sido uma metáfora persistente para as relações sociais e políticas através da história da humanidade; nesse sentido, diferentes partes do corpo tem historicamente representado diferentes funções sociais. Por exemplo, o coração tem sido uma rica fonte de ideias sobre as emoções e a vida, a cabeça tem sentido de comando e vários outros exemplos. Um homem jovem comentou no seu depoimento que o “*estômago tem essa, tem dia que desce bem e tem dia que não*”. Esse depoimento trouxe a ideia da autonomia e da importância desse órgão, nesse momento, já que ele, por si (estômago) ocupava o lugar do controle sobre a aceitação ou não da alimentação.

Outro aspecto interessante foi o relato sobre a relação entre o cérebro e o ato de comer. Uma entrevistada apontou que a origem dos episódios de “mal estar” durante a alimentação seria fruto de uma confusão cerebral, pois ele (o cérebro) estava acostumado a determinada quantidade de comida, depois da cirurgia recebeu ordens contraditórias tanto para “parar de comer”, quanto “para voltar a comer”. Assim, a resposta a essa ambiguidade viria em forma de tontura e mal estar, entretanto nesse relato, o “cérebro” assumiu a posição de comando.

Tem dia que eu (...) tem semana que eu consigo comer bem. Tem semana que não. O estomago tem essa, tem dia que desce bem e tem dia que não. Tem semana, que enche rápido, você come em menos quantidade. Aí já sei, vou lá, cato o regime. Cato o regime e já sei o que eu posso comer que supre as energias em relação às atividades, inclusive por causa de fazer a academia, eu quero perder um pouco de peso (2 M).

Eu já não tenho aquele apetite e eu acho que agora o cérebro, porque o difícil, o que vai fazer, tem que perguntar agora. É difícil no começo, porque o cérebro tem que acostumar a não comer. Por isso que eu falo, é muito importante passar no psicólogo. O cérebro está acostumado a manter aquela quantidade de comida ali dentro. E ele para, porque você não pode, você vai ter que passar para ele:- “Oh, fulano, você não pode” (risos). Aí depois, quando você pode, você vai falar:- “Fulano, agora você vai ter que comer”. Aí ele não vai querer, você vai falar “você vai ter que comer”, aí você vai passar tontura, vai passar mal, até você mandar ele comer (8 F).

Entretanto, parte dos entrevistados teve que aprender a controlar a vontade de comer, assim outra expressão encontrada foi: “a *cirurgia é só no estomago, o cérebro continua de gordo, de comilão*”, para justificar a continuidade do desejo de comer em quantidade, apesar do pequeno estômago. Essa frase também estava interligada ao depoimento de uma entrevistada sobre sua amiga, que apesar de operada teve um ganho de dez quilos. Ao explicar esse fato, ela citou: “*Porque o cérebro dela só pensava em comer, comer e comer, igual está até hoje, entendeu?*”. Ou seja, não houve mudança no seu comportamento, não houve alteração no seu “estilo de vida” nem mesmo com o auxílio da cirurgia foi possível uma readaptação. Qual seria a diferença entre vontade de comer e fome? Provavelmente a “vontade de comer” estava ligada a um *hábitus* e a “fome” a uma necessidade do corpo. E segundo Mauss, (2003: 404).

Esses “hábitos” variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam, sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios. É preciso ver técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, lá onde geralmente se vê apenas a alma e suas faculdades de repetição.

O mais difícil é você controlar a gula mesmo, porque a gente é gulosa, come muito além da necessidade. Essa coisa dessa medida tem que parar, não tem que ficar comendo, o mais difícil acho que foi isso, sabe. Eu adoro pizza, aí teve um dia, sei lá, já tinha uns seis ou sete meses, aí falei: -“eu vou passar e vou levar uma pizza para casa e ótimo”. Uma delícia peguei a pizza, eu estava sozinha, aí comi o primeiro pedaço, na metade dele não dava mais, já deu a cota, mas eu queria comer mais, então assim, você chegar e comer e satisfazer. Assim porque a cirurgia é só no estomago, o cérebro continua de gorda, de comilão e eu nem era tão comilona, então não sofri tanto, mas assim, já li coisas de pessoas que criam outra compulsão, eu não sei, eu acho que um problema é que o líquido desce muito fácil (2 F).

A minha amiga fez a cirurgia e engordou dez quilos. É, antes de fazer a cirurgia, no lugar dela fechar a boca e fazer as coisas certinhas, ela falava assim:- “Eu vou fazer a cirurgia mesmo e eu vou emagrecer, então eu vou comer tudo o que eu tiver vontade agora, porque depois da cirurgia eu não sei que eu não vou poder comer”. Então ela engordou dez quilos a mais, entendeu? Então ali, ela já passou por um processo que ela já, ela não estava adaptada, ela não estava pronta para fazer a cirurgia ainda. Porque o cérebro dela só pensava em comer, comer e comer. Igual está até hoje, entendeu? Eu não, eu fiz as coisas certinhas e faço até hoje, para não se prejudicar amanhã ou depois (5 F).

Alguns entrevistados citaram que passaram a “comer com os olhos“, já que “não sentiam mais fome” e pelo fato de que o estômago não conseguia mais conter toda a comida desejada. Segundo uma depoente, aprender a controlar a quantidade de comida foi um processo que envolvia o cérebro e o hábito arraigado de comer em grande quantidade.

Aquele negócio, eu sou muito agitada, então a minha maior dificuldade com a cirurgia é o comer devagar. Tem coisas que eu ainda como rápido e depois fico com aquilo pesando e enquanto não colocar para fora, não resolve não, não tem jeito. Quanto ao tipo de alimento, uma vez ou outra você come alguma coisa mais forte, mas depois da cirurgia você não tem mais fome, você come com os olhos. Meu tio que fala, esses médicos deveriam operar o cérebro, não o estômago. Você olha aquele monte de doce na vitrina que você estava acostumada a comer a metade dele, teu cérebro continua querendo comer a metade dele, mas quando você vai colocar aquilo para dentro, não cabe um terço, então aí começa a complicar, aí começa a provocar a situação dos vômitos constantes (12 F).

2.3 A normatização de a rotina alimentar e as relações sociais

Um aspecto de fundamental importância quanto à alimentação humana relaciona-se *com quem* comemos. O *com quem* envolve partilha, comensalidade, o que transforma o ato alimentar em um acontecimento social. A palavra companheiro (em francês *compagnon* e *companion* em inglês) provém do latim *cum panem*, “os que compartilham o pão”. Portanto, a comensalidade, o “comer juntos” é o momento de reforçar a coesão do grupo, pois ao partilhar a comida repartem também as sensações, portanto torna-se uma experiência sensorial compartilhada (Maciel, 2001). A refeição familiar é um potente símbolo de felicidade na vida familiar (Lupton, 1996; Murcott, 1997).

A alteração radical da alimentação logo após a cirurgia, trouxe problemas para alguns entrevistados, principalmente no horário de refeição junto à família. Logo após a cirurgia, quando os operados só podiam tomar a dieta líquida, enquanto os demais se serviam da refeição “normal” foi um momento difícil. Nessas ocasiões, alguns optaram por se isolar no quarto, já outros resolveram tomar a sua dieta junto à família, sem problemas. A comemoração natalina talvez seja a maior festa de consagração familiar em nosso país, momento em que a mesa se tornava farta e diversificada, então operar próximo a essa data e não

poder festejar junto aos familiares irritou bastante um entrevistado que fez a sua ceia sozinho na cozinha.

Porque depois os caldinhos eu consegui tomar, ah, aí eu sentia o cheiro da comida, eu queria comer a comida deles. No café da manhã, eu queria comer o pãozinho de água e sal e não podia. Então era assim, eles comiam aqui e eu ficava lá no quarto, eu assistia lá no quarto, eu comia lá, minha tigelinha, meus caldos. Aí eu ligava para a nutricionista, eu falava:- “doutora, eu não aguento mais, o que, que eu posso comer?”, ela:- “ah, pode engrossar mais um pouquinho”, meu marido que fazia tempero ele fazia tudo, o que a nutricionista pedia para pôr, ele que fazia tudo. Tem uma carne que chama ossobuco, conhece? Não posso ver até hoje... Nossa não posso nem ver isso... Tanto que enjoa, sabe, mas eu tinha que comer isso aí... Tomar o caldo disso. Aí foi engrossando a minha comida, depois eu fui já comendo pedacinhos, aí foi melhorando (14 F).

A mãe de um entrevistado ficava muito triste ao ver seu filho comendo tão pouco, pois a história familiar trazia muitas dificuldades financeiras no passado que comprometeu muito a alimentação. Muitos familiares passaram a ficar preocupados com aqueles que se submeteram à cirurgia, seja pelo fato de presenciar episódios de “mal-estar”, pela dificuldade para comer ou pela restrição a determinados alimentos. O relato de uma mulher reproduz o diálogo entre ela e o marido num momento da refeição na qual ela estava encontrando dificuldade para comer um simples bife. Ela argumentou que as pessoas não tinham que “viver para comer” e sim “comer para viver”, duas situações apontadas por Da Matta (1987) como implícitas ao ato de comer. A primeira ocorre quando a própria comida e o ato de comer estão cobertas de aspectos morais e simbólicos, a segunda é considerada apenas instrumentalidade da ingestão de alimentos, ou seja, levam-se em conta todos os aspectos universais da alimentação (manter o corpo, obter energia e proteínas).

Minha mãe tinha aquele pensamento, ela sentia prazer em ver a gente comer bem, ela não se importava não, tanto que hoje ela me vê comendo pouquinho ela chora, porque ela fala:- “meu filho passou tanta fome quando pequeno e agora que tem dinheiro, também não pode comer” (6 M).

Acho que eles tem dó, quando eu vou comer e passo mal, ele fala:- “não vai mais, não desce?” Eu falei:- “Não”. Ele olhou que eu tinha posto um pedaço de

carne, um bife assim no meu prato, um pedaço. Ele falou:- “Não vai?” Eu falei:- “Não vai”. Ah, mas também a gente não tem que viver para comer, tem que comer para viver. Se pensar assim no que comer, só assim. Eu comia assim, bem. Não é que eu tinha tanta fome, mas eu tinha vontade de comer, tinha apetite, eu tinha vontade de comer. Mas agora não sei, não tenho tanta, não tenho nem fome nem vontade de comer. Às vezes eu como assim, parece que você come e acho que vai fazer mal (6 F).

Para todos os sujeitos operados que viviam com suas famílias, a alimentação não era diferente dos demais membros da família. Fato curioso, é que parte das mulheres que se submeteram à cirurgia relatou que não conseguia mais provar a comida quando elas a preparavam.

Sou eu mesma, mas não experimento as comidas não, agora não. Não porque eu sei, se eu experimentar eu não vou comer depois (8 F.).

Nem sempre o momento da refeição era um momento de satisfação, principalmente para aqueles que encontravam muita dificuldade para comer. Dependendo do dia, o ato da alimentação se tornou complexo e difícil. Não era mais um ato mecanizado do cotidiano, era preciso ter calma, comer devagar, escolher o que comer, então envolvia toda uma racionalidade e gerenciamento que ainda por cima podia causar dor, mal estar, então, o que antes era prazeroso passou a ser um sacrifício. O fato dos entrevistados consumirem a mesma alimentação dos familiares em vários casos foi positivo, pois a família toda passou a comer de forma mais saudável. Como era necessário comer devagar, os entrevistados passaram a perceber como as pessoas comem apressadas, principalmente nas refeições junto à família.

Não, eu faço uma comida só. Não, eu sento na mesa junto. Às vezes a minha menina:- “mãe você não vai almoçar agora”? “Não daqui a pouco eu vou”. Às vezes eu estou torcendo uma roupa, falo:- “pode almoçar, daqui a pouco eu almoço”. “Vem mãe almoçar com a gente”. Eu venho pego a comida no prato um pouquinho, meu estômago começa a doer, embolar. É uma sensação muito ruim que dá quando a comida faz mal, não desce bem, que além de doer aqui no estômago, dá uma fadiga, que chega assim até aqui na gente, sufocante. Você quer arrotar, não arrota, você quer soluçar, quando você come e faz mal e começa a arrotar bastante, daí passa rapidinho você fica bem. Mas quando sobe aqui e você não consegue soltar, daí prende da uma sensação que está

fadigando a gente, sabe. Até aqui, mas, do contrário, de viver é bem melhor (6 F).

Não posso sentar que eu não consigo comer. Tem hora que eu vou passar mal, então eu ponho um pedaço de pizza no prato de cada um. A minha, eu não coloco no meu prato que se eu ficar olhando ela, eu não consigo. Só fico beliscando ela, é que nem pizza de palitinho. Aí eu pego um, como e saio, sabe. Aí depois, esses dias, eu dei risada. Peguei um pedaço maior tentei comer e não consegui. Aí eu sentada ali mesmo, passou acho que uns dez minutos, eu comi. Então, demoro muito. Eles comem, eu fico sentada na mesa, às vezes, pensando na vida, ou reclamando, tão longe (...). Agora eu fico pegando no pé dos outros que comem muito rápido, agora tem que comer igual eu:- “Nossa, vocês comem tão rápido desse jeito, nossa, já acabaram de comer, que horror, come mais um pouco, mastiga essa comida”. Eles olham para a minha cara e dão risada. Eu gosto de sopa, gosto de legumes, verdura, tudo isso eles gostam. Eu gosto de Yakut, Danone, mas não sou chegada em fruta. A fruta que a gente mais gosta aqui é melancia e maçã, só. Mamão assim, eu como porque tem que comer de vez em quando. Mas se deixar na geladeira estraga (8 F).

O fato de compartilhar a mesma alimentação com a família pode ser extremamente interessante, pois caso contrário poderia dificultar o processo alimentar. Mas por outro lado, em alguns casos, os entrevistados passaram a consumir alimentos com poucas calorias, as outras pessoas que vivem junto tiveram prejuízos, como relatou uma entrevistada: o seu companheiro que já era magro passou a comer as mesmas coisas que ela e emagreceu muito, a ponto de necessitar de consulta médica.

Quando estava com o meu companheiro, a gente cozinhava, ele já teve um reflexo, que ele entrou no meu pique. Tomava uma sopinha, uma bolacha, tomava um suco e estava bom. E ele achou que ficava com preguiça de fazer, sei lá, já era magro, aí estava muito magro, foi no médico e ele falou:- “não entra no esquema dela de comer, não entra, o seu é diferente, você não tem que comer do mesmo jeito que ela”. Então tem umas coisas, mas ele também exagerava, eu comprava tudo light para mim e tinha que comprar o não light, outro dia eu falei para ele:- “não faz mal, você não precisa, mas não faz mal, pode tomar um suquinho light, você não vai perder peso, só por isso, só não vai ganhar”, mas o médico dele não achou isso não (2 F).

Questionamos sobre a rotina alimentar dos nossos entrevistados e concluímos que até o momento da entrevista, algumas pessoas conseguiam seguir as orientações, tanto em relação à quantidade de comida quanto à

adequação dos alimentos. Na descrição sobre a quantidade de comida, alguns entrevistados citaram que eles comem como as “pessoas normais”, ou que comem “um prato normal”, mas que “não era como antes” ou que comiam como “alguém que não é gordo”, mas como diferencial, apontaram o fracionamento da alimentação. Os entrevistados de Throsby (2007) também citaram que após a cirurgia passaram a “comer como os normais”. Porém, alguns entrevistados da nossa pesquisa citaram que comiam “muito pouco”. Acreditamos que o tempo de cirurgia proporcionou uma melhora no gerenciamento sobre quantidade e qualidade dos alimentos, assim como a técnica cirúrgica a qual alguns se submeteram também influenciavam esses fatores. O fato de as pessoas relatarem que “comiam como os normais” reforçou mais uma vez a ideia de que os “ex-gordos”, apesar do emagrecimento promovido pela cirurgia, ainda não se consideravam normais.

No almoço, no máximo, no máximo dá 200 gramas, como um prato bem colorido, eu coloco uma fatia de beterraba, tomate, alface, cenoura, aí eu ponho tudo um pouco de cada (6 M).

Olha salada não tem limite, você pode comer, eu devo comer duas folhas de alface, duas de rúcula, porque não como o talo, então eu tenho que tirar todo talo, depois como um pouquinho de cenoura, um pouco de pepino na salada, eu gosto de kani. Eu agora, eu gosto muito mais de peixe, não gosto mais de carne, você pode botar duas colheres de arroz e de feijão, um bom prato (13 F).

Ao analisarmos a rotina alimentar dos entrevistados, observamos que algumas pessoas passaram a comer mais legumes e verduras, a alimentação estava bem fracionada, mas percebemos uma monotonia alimentar, o que pode ser preocupante a longo prazo. Outros não seguiam horários corretos para comer, não comiam entre as refeições principais, não se consideravam um “exemplo saudável” e ainda gostavam de comer doce e “besteiradas”. A recomendação de alimentar-se seis vezes ao dia e procurar a alimentação mais saudável não fazia parte da rotina alimentar de algumas pessoas, que por vezes suprimiam o café da manhã e no almoço comiam “alguma coisa”. Deixar de gostar de carne vermelha, devido a sua consistência e passar a apreciar uma carne de costela, por ser mais macia, provavelmente não fazia parte das recomendações e nem mesmo

consumir linguiça e batatinha frita. A oscilação entre as recomendações dos profissionais de saúde e as preferências alimentares foi constante.

Como a maioria dos entrevistados encontrava-se na faixa de um ano e alguns meses de cirurgia, acreditamos que eles ainda estavam atentos à sua alimentação. Portanto, seria necessário estudar pessoas com vários anos após a cirurgia para compreender melhor a permanência ou não do seguimento da dieta a longo prazo.

Eu ainda não tenho aqueles horários para comer. Se eu levanto, tem dia que eu pego meia xícara de café com leite, meio pãozinho com margarina e tomo café da manhã, não era de frutas tal. Às vezes eu como uma fruta, no intervalo, mas geralmente eu pulo. Aí eu vou almoçar, eu pego um pouco de arroz com feijão, sempre a gente tem legumes e salada. Assim, é um prato, não é como antes, é um prato normal. É às vezes eu pulo para o almoço, às vezes eu belisco alguma coisa. Então depois do almoço, eu já fui lá e comi um pouquinho de doce, duas colheres de arroz doce. Aí tem tarde eu como um pãozinho, tomo um café com leite ou um cappuccino, mas eu tenho que comer alguma coisa de sal. Às vezes eu pego uma fruta ou um iogurte, qualquer coisa, minha alimentação não vou dizer é um exemplo saudável, não é não. Então eu gosto muito ainda de comer doce e essas besteiradas. Aí, eu vou para lanchonete no final da tarde [da família], eu como, eu procuro jantar em casa para não ir para lá e ficar tentada a comer. Às vezes eu quero comer salgado, eu pego um quibe começo a comer e aí meu pai dá umas mordidas. Eu começo a comer e não termino, eu nunca acabo de comer sozinha, mas assim eu não deixo de beliscar, que é aquela certa mania que a gente tem! (15 F).

Normal, infelizmente normal (...). Como qualquer coisa, qualquer coisa como café, leite, pão, manteiga, normal. Só mexeu em quantidade, eu como muito de uma pessoa normal, mas não igual eu comia antes. Como arroz, feijão, carne, macarrão, pizza e pão! Eu adoro pão! Não consigo deixar de comer pão! O pessoal da reeducação alimentar ensinou, que se a gente quiser comer pão tem que ser o integral! Tudo bem, eu até gosto, mas (...) é diferente. O pãozinho francês é bem mais gostoso, é desse que eu gosto, sabe fazer o que? Mas como de tudo, de tudo (...) mas como agora como uma pessoa normal. Meu prato é de uma pessoa normal. Assim, como agora, como come alguém que não é gordo, sabe! Só que é diferente, assim, como mais vezes, várias vezes por dia, como cinco vezes por dia, café da manhã, almoço, à tarde, jantar e antes de dormir como também (...) (3 F).

Outros não seguiam as recomendações devido às dificuldades inerentes ao cotidiano, principalmente devido a fatores relacionados ao trabalho, como: horário; quantidade de horas trabalhadas; tipo de ocupação; local de trabalho;

presença ou não de refeitório; possibilidade de realizar pausas durante a jornada; falta de tempo, fator esse apontado como problema para uma alimentação “saudável” antes e também após a cirurgia. Como havia necessidade de realizar várias refeições por dia, também era preciso comer devagar, então, quem não tinha tempo antes, continuou tendo problemas depois também. As rotinas alimentares relatadas também informaram como cada pessoa foi se adequando conforme a suas condições sociais, econômicas e culturais. Alguns nem sempre conseguiam almoçar ou jantar, outros não comiam nos intervalos das refeições principais. O respeito à pequena quantidade de alimento a cada refeição também foi observado na maioria dos depoimentos.

A rotina alimentar relatada por duas mulheres seguia as prescrições da nutricionista: uma dieta muito *light*, *certinha* e *controladinha*, seguir a quantidade de refeições, *comer parcelado* e incluir as frutas. Além disso, havia associação da dieta e da atividade física. A disciplina de comer pouco a cada refeição, por vezes foi incorporada com muita seriedade, tanto que às vezes os operados esqueciam que nem todas as pessoas estavam de dieta.

Eu levanto aí tomo o café da manhã, de preferência eu procuro tomar desnatado, uns 150 ml, hoje eu posso tomar até o leite integral. Eu tomo com sucralose, de preferência eu tento acrescentar arroz integral, depois com o arroz normal, pão eu tento comer o integral, o sete grãos, como cereais, chama Jasmine, eu gosto de comer com mamão. Eu sempre tento ter uma fruta, uma fatia de pão integral. Eu tento seguir uma dieta mais natural possível. Depois do café eu como uma fruta, uma barrinha e almoço geralmente assim, eu dou o almoço para ele (filho) e como um pouco também ou como sanduíche natural. Na janta, eu como uma sopa, um pedaço de carne porque quando você chega da ginástica, você não tem fome de comida. No meio da tarde, eu como uma fruta ou barrinha. A maioria das vezes eu uso produtos light/diet. Eu tomo H₂O, no começo você nem suporta (1 F)

Olha, eu de manhã cedo, como uma fruta de época, tudo pequeno, daí eu não tomo café em casa, porque eu venho tomar no serviço. Às 9:30, eu estou tomando café aqui, eu como uma torrada e um café preto, só. Às vezes eu como duas torradas ou uma torrada e um pedaço de bolo, isso é normal. Quando é lá pelas 11 e pouco eu tomo um pouco de iogurte, que eu tenho que tomar três porções de leite por dia, eu aproveito nesse intervalo antes do almoço, eu tomo assim, nem 100 ml, 80 ml, aproveito para tomar minha vitamina com iogurte, com suco de laranja, tal para fazer certo, que é o que eu vou fazer antes de comer. Lá por 12:30 eu almoço, com salada, é (...) alface, um pouquinho de rúcula e tem repolho, tomate cereja que eu gosto. Daí

geralmente ou eu como arroz e feijão ou como uma fatia de pão que eu faço, pego o atum e misturo atum, passo no pão com salada, é isso que eu como. Ou eu como arroz e feijão, duas colherinhas de cada ou como feijão com batata. O carro chefe é a salada, daí minha sobremesa, eu não como doces, essas coisas, eu como metade de uma fruta ou salada de frutas. Daí lá pelas 14:30 por aí, que nem hoje de manhã, eu tomo um iogurte com granola, que eu gosto, viu! Daí lá pelas 16:00, eu tomo café de novo, como pão, alguma coisa e quando chega lá pelas 18:30 da tarde em casa, eu janto salada de novo. Salada de novo, mas muito parecido com o almoço ou então outra coisa que eu gosto é o sanduíche light, com uma fatia só de pão, faço salada e boto no sanduíche light. Depois na hora de dormir, eu tomo um copo de leite de soja, uma torrada, alguma coisa assim, o que eu não como mais é bolacha, refrigerante essas coisas nem tem na minha casa (...) (13 F).

Antes da cirurgia, a alimentação era central na vida cotidiana dos entrevistados, mas devido à sua normalização depois da cirurgia, essa mudança de atitude não foi acompanhada pelo olhar sobre o alimento. Dessa maneira, foram frequentes os depoimentos sobre a perda de referência da quantidade que podia ser comida por eles e pelas outras pessoas, principalmente nos primeiros meses.

Não, mas a gente faz isso e não é intencional. No aniversário da minha avó, eu cortei os pedaços de bolo para servir para as pessoas e minha avó me chamou atenção: - "parece que você não quer que as pessoas comam bolo, credo". Porque você perde um pouco (...) para o meu estômago só cabe aquilo (...). Você tem que tomar o maior cuidado, porque as coisas ficam muito pequenas, quer dizer as coisas ficam muito grandes. Às vezes eu olho, as coisas parecem muito (...) não cabe, às vezes eu olho as coisas e parece muito. Quando eu tenho que servir alguém, eu percebo isso, eu sempre coloco menos e as pessoas reclamam. Outro dia nós fomos viajar, minha mãe pegou um potinho de salada de frutas eu achei aquilo um absurdo (...). Porque hoje eu como salada de fruta, uma colher de sopa aquele pote para mim é um mês de salada de fruta, eu tenho que tomar cuidado! (4 F).

Através desse relato podemos conhecer uma rotina diária de alimentação, as escolhas alimentares baseadas nas orientações recebidas pelos profissionais de saúde que se fundiram com o conhecimento adquirido pelas experiências pessoais. O gerenciamento da alimentação no cotidiano do trabalho, o reaprendizado sobre o que pode e quanto pode ser comido, comer devagar, não ficar muito tempo sem comer, uso de recursos quando o alimento pesava no estômago.

Tomo muito Yakult, iogurte de manhã, eventualmente como uma fruta, uma fatia de pão, leite, qualquer coisa assim. Iogurte que é prático, meu intestino é meio preguiçoso, então quero tomar muito iogurte, ponho fibra, às vezes eu ponho aveia no iogurte, linhaça, ponho um pouquinho de linhaça, de farelo de trigo, como isso junto para ter um pouquinho mais de fibra. Como fruta, mais algumas coisas, por exemplo, abacate é uma fruta que eu adoro, ele não dá mais muito certo porque fica muito pesado. Banana, melhor comer a maçã pequenininha, a nanica tem que estar muito madura, mas é melhor comer em etapa, como uma metade, espera dez minutos, depois como outra metade, se comer direto fica pesado. Mas aí eu como sempre bolacha integral, eu levo leite, café. De manhã, eu vou fazer Yoga, às 7:30, eu chego no trabalho às 9:30, aí assim uma bolachinha e tomo um copo de leite, ou como um iogurte no meio da manhã, aí almoço. Almoço normal, salada, tento comer um feijãozinho, aí carne depende do dia. Como alguma coisinha, mais legume, verdura. Pego um pouquinho de arroz com feijão, então, eu almoço normal. No meio da tarde, como alguma coisa, ou um suco, uma bolacha com café. Eventualmente você sai para fazer uma matéria fora, aí não dá para comer nada. Tem que ter barrinha de cereal, você nem sente muita fome, mas aí quando come passa mal, tem o risco da hipoglicemia. Eu tive poucas vezes e aí você come um pouquinho, que você fica pesado, às vezes passa mal, às vezes acaba vomitando é um reaprender, de comer devagar, não ficar período muito longo porque aí fica uma queimação, que dá quando come não dá certo também. Se comer depressa fazendo as coisas aí trava, parece que para aqui no anel. Para, você não respira, é como se você tivesse com muita vontade de arrotar e não consegue, fica aquela coisa assim, aí a melhor alternativa é enfiar o dedo na garganta, coisa que eu sempre faço. Eu adoro milho, mas tem que ser uma dosinha, por causa da casquinha, sei lá. O feijão não, dificilmente faz mal, se eu comer o feijão e o milho já não dá certo, eu não posso misturar os dois. Quibe, que eu gosto muito, tem que ser piquitinho, não sei se é por conta do trigo, que fica pesado. Como o abacaxi, é digestivo, eu cato e levo para comer mais tarde, porque na sequência da refeição não dá, não tem espaço (2 F).

A realidade da vida das pessoas, os seus compromissos e horários foi um impedimento para realizar uma rotina alimentar segundo as recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde. O trabalho noturno e a alteração completa dos horários da rotina diária foi fator impeditivo para o cumprimento do fracionamento e da qualidade das refeições. O trabalho no horário vespertino que se estendia pela noite contribuía também para alterar todos os horários de alimentação, principalmente o almoço, além do jantar ser baseado em lanches. Um professor trabalhava nos três períodos, condição que também inviabilizava o seguimento dos horários para alimentação, mas foi auxiliado pelas cozinheiras da escola que separavam um pouco da refeição destinada às crianças e considerada

por ele como ideal, pois era tudo “certinho, balanceado e com vitaminas”. Ele informou também sobre a “inconstância de conseguir comer”.

Seguir as recomendações de comer entre as refeições principais dependeu muito do tipo de trabalho que o sujeito desempenhava, porque requeria uma pausa das atividades, algo que nem sempre foi possível para um metalúrgico, portanto, quando não havia tempo disponível, o fracionamento da alimentação não ocorria. E como a pressa imperava no ambiente de trabalho, certas comidas foram preteridas em função das mais fáceis ou difíceis de serem consumidas. Um motorista também se queixou da falta de tempo, pois nessa atividade, não havia rotina e muito menos locais fixos para se alimentar. Em oposição a ele, para outro homem, a rigidez dos horários facilitou o controle da alimentação.

Eu como descontrolado, porque trabalho à noite, então é meio difícil. Durante o dia, eu geralmente não como comida, que nem hoje eu comi um bolinho de chuva, como bolacha, tomo um copo de leite, estou me entupindo na coca que não pode (risos). Essas besteiras assim, mas a minha comida mesmo, é à noite. Na parte da tarde, eu vou dormir até oito e meia, aí eu levanto e vou trabalhar. Aí eu vou jantar que é a minha janta ou o meu almoço é duas horas da manhã, eu como arroz, feijão, peixe, eu como a salada crua, o legumes cozido. Mas assim, muito pouquinho, porque o arroz mesmo que eu como. Aí, eu vou comer cinco horas da manhã, eu tomo café e venho embora para cá, como pão e leite. O único pão que eu consigo comer é o de iogurte e granola, o resto parece que ele enrosca, que é seco, vira aquele trem e eu não consigo comer. Aí eu chego em casa, aí eu vou dormir, eu levanto meio-dia para fazer o almoço para as meninas. Faço o almoço e volto a dormir de novo, mas antes de dormir, eu como uma bolacha, como uma torrada.. É totalmente descontrolado, eu não estou seguindo certo o jeito da nutricionista, se ela souber disso, ela me esgana mesmo, eu sei que está errado, mas eu não consigo comer, levantar da cama e já comer (5 F).

Tenho dificuldade de comer tudo certinho, é o problema do mundo moderno, a falta de tempo, não dá para fazer as coisas. Se eu tivesse tempo, eu comeria certo, que depois da cirurgia, eu comecei a adorar legumes e frutas. Como muito pouco, tem dia que você consegue comer, tem dia que você não consegue comer, se tiver ansioso fabrica muito suco gástrico, então não dá para entrar mais nada. Mas eu não como tão certinho não, não vou mentir não. Falo de qualidade, de horário, sabe, eu trabalho em três períodos, então você não tem tempo, eu sempre brinco muito com as moças da cozinha da escola, elas guardam meu pratinho lá, elas falam: -“você está muito magro, tem que comer” e geralmente comida de criança é bem balanceada, eu estava comendo certo por causa disso, tudo certinho, tem legumes tem vitamina tal, tudo balanceado, então comia certo (1 M).

Eu levanto, eu só tomo o café com leite na firma, daí eu como meio pãozinho e lá pelas dez e meia, eu procuro tomar um suco ou então um Yakult. Mas não é muito comum fazer isso, porque eu trabalho com as máquinas, me sujo muito de graxa, então, aquela correria, às vezes não dá tempo, às vezes você está tudo sujo, não tem como pegar a toalha. Às vezes não dá tempo de você ir lá e comer, mas aí quando isso acontece, eu procuro almoçar mais cedo. Mas geralmente, quando dá certo, eu começo tomar café onze horas, aí eu vou almoçar uma hora. Aí quando eu chego em casa, eu volto às quatro horas da tarde, aí eu tomo um café. O meu almoço na firma é frutas, grelhado, uma saladinha de tomate ou folhas, um bifinho pequenininho. É na firma, eu não como arroz e feijão, porque é demorado e aí atrasa o serviço lá e depois se der problema (...). Então eu deixo para comer arroz e feijão em casa. Ah, eu tenho orientação para fazer seis refeições por dia, mas geralmente eu não faço nem quatro pela questão de horário. É, eu não vou negar para você, não é sempre que eu como arroz e feijão não (5 M).

2.4 Dificuldades e facilidades para seguir a dieta prescrita

Alguns entrevistados citaram que não tiveram nenhuma dificuldade, entre eles, uma mulher e três homens. Entre as considerações apresentados por eles, o primeiro mês após a cirurgia exigiu mais cuidados e adaptações, mas depois ficou normal. A determinação de alguns homens ajudou a minimizar a dificuldade das recomendações que foram encaradas como um tratamento, portanto era necessário cumpri-lo.

Não tive dificuldade para seguir as prescrições devido àquilo que eu falei para você, é, de ter complicação, de acontecer alguma coisa fora do que você está esperando que aconteça, então quanto a isso, quando eu estou dentro de um tratamento, senão eu vou morrer, é eu sou bem criterioso quanto a isso (7 M).

Alguns apontaram que encontraram dificuldades na fase do pós-operatório imediato devido às dificuldades relativas ao próprio processo cirúrgico, ao corte, aos drenos, às dores, à tosse e ao “medo de machucar por dentro”; a dificuldade para se movimentar na cama, para sair da cama e a rotina hospitalar.

No pós-operatório, nessa fase a minha mãe ajudou um pouco, mas assim a maioria das coisas eu que preparava, porque eu estava em casa sem fazer nada, era um tédio e você vai se virando, eu acho que nessa fase mais crítica, que é primeiro mês da cirurgia. Eu tive dificuldade só com corte, com a dor. Eu

acho que pelo medo, que seu estômago está em fase de recuperação que ele foi cortado, se você abusar ele pode dar algum problema, então você vai se policiando, mas eu não tive problema nenhum, nessa fase, mais crítica, aí depois que você vai se sentindo bem que começa (...) (risos) (12 F).

Alguns entrevistados apontaram que consideraram difícil acostumar a “comer pouco”, a nutricionista orientava para comer o suficiente para se alimentar, mesmo a quantidade da salada deveria ser restrita, pois havia a cobrança de mudar os hábitos alimentares como um todo e não apenas relacionada a determinados tipos de comida. Para quem comia mais de um quilo e meio de comida por refeição e passou para 100 a 200 gramas houve realmente uma mudança radical. Para pessoas que consumiam basicamente carnes, massas e doces, a mudança do tipo de alimentação foi também uma grande dificuldade apontada.

Eu era uma pessoa que não comi nada, não comia alface, tomate, legumes nenhum, minha comida era carne, muito rodízio, churrascaria, muito doce e muita massa, essa era minha alimentação. Depois da cirurgia, a nutricionista me passou a alimentação adequada para eu comer. No começo eu tive muita dificuldade, mas eu comecei a experimentar todos os alimentos e comecei a gostar, uma que não é ruim e outra que é mais fácil de comer também, muito mais fácil de comer que uma carne vermelha. Então eu dou preferência para esses tipos de alimentos, como bastante, alface, tomate, repolho e coisas que eu comia antes, mas hoje eu como menos, como menos (4 M).

Dificuldade nenhuma não, a não ser a quantidade, no começo, você assusta, nas primeiras semanas, você está acostumada a comer três quilos de comida e passa para 100, 200 gramas, é muita coisa! Até hoje na empresa, quando eu entrei lá, a gente levava marmita, para economizar. Minha marmita pesava um quilo e meio, então eu comia e às vezes o do lado não queria alguma coisa, eu comia. A última vez que pesaram a minha marmita tinha 100 gramas, eles ficam com dó:- “você vai morrer”. Tem pessoas que assustam porque não entendem, só isso mesmo (2 M).

Algumas mulheres apontaram a dificuldade para seguir as novas regras alimentares, como o respeito à quantidade de comida e ao esquema de comer parcelado a cada três horas. Elas contaram que às vezes omitiam uma refeição, mas na refeição seguinte estava com muita fome, o que por vezes ocasionou o aprisionamento dos alimentos. Através de uma resposta ambivalente, uma mulher jovem procurou alguma resposta sobre as facilidades, mas acabou por informar

que o processo alimentar atual não era nada fácil, pois exigia muito tempo e muita mastigação, então a pressa impediu a ingestão de certos tipos de alimentos.

Então no começo foi bom, porque eu não tinha vontade de comer doces, mas as recomendações o fato de comer de três em três horas, então eu não sou disso, eu passo mais horas sem comer. Então o que acontecia, eu ficava muito tempo sem comer, por exemplo, do café da manhã, eu já pulava para o almoço e até hoje, eu não tenho esse hábito de comer, porque assim a intenção é de comer de três em três horas é para que quando chega a hora você não está com tanta fome assim. Não comer tão rápido, para você não enroscar, porque no começo, como eu pulava, eu começava a comer e eu enroscava muito. Eu largava a comida, eu não comia mais. Fora que é uma dor insuportável, trava seu estômago, é uma dor assim sabe, que meu Deus você não sabe assim, infernal. E até então era esse o meu problema, antigamente eu vivia brigando comigo por causa disso, do horário das refeições, eu não fazia certinho, entendeu, então até hoje eu não faço (15 F).

A prática da atividade física surgiu como a grande dificuldade entre as recomendações para algumas mulheres. Uma delas considerou que a alimentação foi disciplinada pelo receio de “passar mal”, então de certa forma facilitou a sua adesão, mas a atividade física ficou na dependência da vontade das pessoas que já não tinham o hábito de praticá-la.

Acho que já falei um pouco sobre isso, dificuldade é isso que comentei sobre controlar a alimentação, mas pior é fazer atividade física (...). Eu pelo menos, ainda deixo a desejar, mas quem sabe, um dia eu faço (...) (3 F)

Fazer atividade física foi a pior, até hoje eu me bato, viu (...), não é assim (...), tem dia uhhhhhhh! Que eu estou assim (...) tem que andar, entende, tem dia que (...) aí, está frio (...). Ai, não vou levantar da cama, que está frio, essas coisas todas, eu acho que a física, atividade física é pior, alimentação não é tanto não, você vomita no começo se você come errado e então pega medo de vomitar. A atividade física é pior, a alimentação não é tanto não, no começo você vomita e depois fica com medo (...) (13 F).

Para a maioria dos entrevistados, as mudanças alimentares após a cirurgia não foram fáceis de ser obtidas. Um depoente apontou como facilidade, a sua determinação de emagrecer após a cirurgia, mesmo porque ele já havia infartado anteriormente, então emagrecer era imperativo. Além do mais, o próprio

emagrecimento gradativo foi se tornando um grande incentivo para o seguimento das recomendações. Se por um lado, a profissão de motorista autônomo se tornou um fator que dificultava seguir os horários de alimentação, por outro lado, o fato de estar sempre “na rua”, também facilitou o acesso aos diversos tipos de alimentos.

É fácil assim para mim foi porque, fácil assim porque quando eu decidi fazer a cirurgia, eu botei aquilo na cabeça. Então, para mim era tudo novo e você está vendo o resultado e você quer ver mais ainda. Então é, sempre que eu me sentia assim um pouquinho mais, eu já, olhava no espelho e via a diferença de sempre ser o que os outros falavam, eu estou emagrecendo. Então você achava se livrando de tudo mesmo (5 M).

É o que eu sempre eu estou na rua e sempre tem variedades para comer, então eu tenho sempre uma padaria perto, um restaurante onde para facilidade, eu não tenho muito problema agora, a dificuldade é isso, os horários que eu sempre passo para elas é isso... ela faz a minha dieta sempre em cima do que eu posso de acordo com o horário (3 M).

O consumo de bebida alcoólica se tornou problema para alguns entrevistados. Um homem jovem nos relatou que o consumo de bebida alcoólica era o seu maior deslize e estava ciente da proibição de beber depois da cirurgia, mas nos finais de semana e nas festas ele burlava essa regra. Ele contou também sobre uma amiga que operou e depois do procedimento passou a ter compulsão por bebidas, drogas e sexo, como se *quisesse recuperar o tempo perdido*. E de outros casos que presenciou no grupo de operados que frequentava. Segundo a opinião das mulheres, o álcool é rapidamente absorvido depois da cirurgia, além de ser de fácil ingestão. E se a pessoa beber, não pode comer, fator que colaborava para potencializar o efeito do álcool. O trabalho de Leal (2007) também relatou o envolvimento impulsivo de uma adolescente com homens e bebida alcoólica em excesso.

O deslize mais forte é a bebida, que é a cerveja que não pode beber, então eu bebo de fim de semana, é raro, só no fim de semana que tem feriado e que tem festa, mas chega no fim de semana, eu consigo beber o quanto quiser. Mas se você fizer uma refeição antes, não é bom beber, senão passa mal. Teve um final de semana que eu fiquei aqui num churrasquinho em casa e bebi até tarde. Levei um amigo embora e continuei aqui bebendo. Levei minha namorada embora, só que eu errei que eu dirigi. Catei o carro e fui comprar, encontrei um

colega meu e fiquei conversando com ele e bebi. Aí eu fiquei bem chapado cheguei aqui em casa tinha mais cerveja, aí eu não aguentei. Aí depois, você fica ruim, porque altera tudo, aí também eu já não gostei por isso, que eu estou pensando em parar. Eu não quero pegar nenhum vício, essa minha amiga, para você ter uma ideia, ela pegou uma compulsão por droga, ela foi ao Narcóticos Anônimos e conseguiu, com as drogas ela parou, parou com droga em tese, porque ela continua bebendo. Ela pegou vício com droga, bebida e sexo, porque ela era gorda, ela emagreceu, ela acha que o mundo vai acabar. Ela é um amor de pessoa, só que nessa parte, ela não pode ver homem, ela está querendo recuperar o tempo perdido (risos). Mas é ruim porque ela pode contrair doença, eu já falei para ela. Inclusive, onde fiz a cirurgia, que tem vários pacientes com Aids, que fizeram a cirurgia, porque você fica bom para tudo, para beber, minha vida mudou em relação a tudo (2 M).

[...] mas assim, já li coisas de pessoas que criam outra compulsão, eu não sei, eu acho que um problema é que o líquido desce muito fácil, como eu como muito pouco, minha resistência está muito baixa, eu tenho que tomar cuidado, porque eu tenho uma tendência a virar uma alcoólatra. O alcoolismo é uma coisa que eu tenho que controlar, não sei se eu já tinha compulsão da bebida, porque aí eu comia e segurava e agora, eu quase não como, eu preciso me cuidar. Primeiro que a resistência menor, eu não acho que esteja bebendo mais que eu bebia. Eu acho que tenho que beber menos, porque minha resistência está menor. Alterou tudo o metabolismo, então a absorção do álcool não mudou nada, porque o processo de absorção dos nutrientes, mas do álcool ele é absorvido assim como esponja mesmo, então a questão é controlar mesmo a gula e no meu caso particularmente, controlar o álcool. E é difícil, é difícil (2 F).

Neste capítulo pode-se concluir que a cirurgia proporcionou uma “estrutura” para controlar a quantidade e o tipo de alimento a ser consumido, seja pela rápida sensação de saciedade, ou através do aprendizado pelos episódios de “passar mal”, o que parece ter contribuído para uma reeducação alimentar. Entretanto, não foi um processo facilmente assimilado por todos e foi dificultado pela rotina da vida diária. Apesar, ou devido a cirurgia, foi necessário alterar todo comportamento alimentar e também foram relatados os riscos de aquisição de outros hábitos nocivos à saúde.

CAPÍTULO VII

O corpo após a cirurgia



Nesse capítulo discutiremos as representações e experiências relativas às alterações na corporeidade dos sujeitos entrevistados: o processo de emagrecimento, as mudanças ocorridas na vida após a cirurgia; as alterações na identidade social; o emagrecimento e as relações sociais; o cuidado de si; o emagrecimento e saúde e as preocupações atuais.

Para um sujeito se tornar “gordo”, a aquisição de peso foi realizada através de um processo de acúmulo durante anos, mas o emagrecimento proporcionado pela cirurgia foi muito rápido: a cada mês o corpo se transformava tanto para os olhos dos sujeitos em questão, quanto para os outros olhares. Para a maioria dos entrevistados, a maior perda de peso ocorreu nos primeiros meses. Nos meses seguintes, a eliminação ponderal foi menor, mas progressiva, até valores surpreendentes. Nem sempre o padrão considerado “ideal” aos olhos dos profissionais de saúde correspondeu ao desejo dos sujeitos, que, incentivados pela possibilidade concreta de eliminar o peso, almejavam sempre um pouco mais, pois alguns ainda se consideravam “gordos”. Provavelmente houve uma distorção na autoimagem corporal, apesar da balança mostrar a queda dos ponteiros, as roupas folgarem no seu corpo e as fotos testemunharem a diferença entre o antes e o depois.

Então, quando eu operei estava com cento e oito e meio. Hoje eu peso sessenta e seis e meio. Então são quarenta e dois quilos e meio, até um ano e meio, emagrece sim. No primeiro mês, eu emagreci oito quilos, depois foi uma base de três, dois quilos e meio, três quilos por mês. Depois no meio do ano passou para dois, dois e meio. Que nem, agora, do mês de outubro para novembro, eu não perdi nada, daí me deu um nervoso, sabe! Mas só que eu já tinha ido à nutricionista em setembro, que eu estava com sessenta e oito quilos, ela falou:- “Está bom, o seu peso, se você não emagrecer mais, não tem problema, você já está no peso normal, depois quando você for fazer a plástica, você perde mais uns dois quilos”. Mas eu falei:- “Não, eu quero pesar sessenta e cinco quilos”, ela falou:- “Ah, então, você que vê, mas já estava bom”. Então eu fico tranquila, porque ela me falou que estava bom esse peso, porque eu me olho no espelho, eu falo:- “Não, eu estou gorda ainda”. Eu sei que eu estou usando roupa (...) eu tinha comprado roupa quarenta, quarenta e dois, essas roupas estão folgando. Então eu fico feliz por um lado, lógico, mas eu sei que esses dias eu já emagreci. Tanto que é que ele não me libera para cirurgia (plástica) antes de março (9 F).

Eu vou te falar uma coisa (...) eu não me vejo magra, eu não me via magra. Eu sei que eu emagreci pelo fato de subir na balança e também pelas roupas, mas se eu falar para você, a imagem de eu me ver no espelho é a mesma, minha imagem não mudou, eu não consigo ver diferença. Às vezes, eu vejo umas fotos no computador, aí meus irmãos falavam:- “nossa, você era gorda”. Às vezes eu começo a olhar, nossa como meu rosto era cheio, eu era mais arredonda, mas assim se eu falar para você que eu não me vejo magrinha, não. Eu não me vi emagrecendo, hoje é claro, eu sinto pelas roupas, pela balança, mas quando você me pergunta:- “como você se vê?”, que nem a minha amiga fala:- “Amiga vamos trocar de corpo”, eu falo:- “vamos! A hora que você quiser”, ela fala:- “Ah, você está bonita, eu não queria ter emagrecido tanto” e eu falei: “eu já queria ser um palitão”, queria ter emagrecido tudo, mas (...) infelizmente não foi assim (15 F).

O fato de emagrecer rápido e em grande quantidade provocou comentários de outras pessoas que suspeitaram que a perda de peso estivesse relacionada a doenças como o câncer e a AIDS. Soma-se a isso, o não reconhecimento do próprio corpo emagrecido, a brutal e rápida diferença entre a autoimagem anterior e a posterior que por vezes chegou a causar tristeza e nervosismo. Uma depoente relatou que ainda não tinha muita noção do tamanho do seu corpo, que ainda estranha às novas roupas, pois não havia ainda assimilado a nova identidade corporal. Uma pedagoga que realizou a gastroplastia, mas que não pertencia ao grupo de entrevistados relatou entre gargalhadas que algumas vezes passou inadvertidamente na frente do espelho e precisou retornar para verificar quem estava no quarto, pois não reconhecia a sua imagem refletida. Pruzinsky & Edgerdon (1990) apontam que a mudança na estrutura corporal nem sempre é seguida imediatamente por uma modificação da imagem corporal, porque os indivíduos ainda retêm em si uma imagem de obeso, que é gradualmente alterado.

Aí fui perdendo peso muito rápido, eu não pesava direto. Eu não era de ficar indo na balança, eu percebia por causa do meu corpo, do meu rosto, as pessoas falavam:- “Nossa você está muito magra”, “Olha, está aparecendo o seu osso”, “Nossa, nossa, você está doente?”. Era assim e (...) depois de oito meses, eu tinha perdido já trinta quilos, eu perdi mais de sessenta. Sinto o corpo leve, só que quando eu via aquela minha coxinha, magrinha assim, eu acho estranho, acho feio sabe, até você acostumar, você acha estranho, você ver você magra assim, é estranho mesmo e até você se acostumar e até as pessoas se acostumarem, aí vem aquelas piadinhas, “Nossa, nossa você está muito magra, parece que você está doente”, nossa isso me magoava muito. Aí

que eu ligava para a nutricionista e falava:- “doutora eu estou muito magra”, aí eu ficava nervosa, eu chorava. Que a pessoa vem falar isso, que você está doente, sabe que você era gorda, sabe que você fez a cirurgia, aí tem umas que parece que é de inveja, sabe, eu acho, fala assim com você (14 F).

Eu estava brincando com minha mãe, estava passando umas calças e disse:- “isso aqui não é meu”, sabe. Tem isso ainda dessa identificação, ainda me estranho. Foi até engraçado, estava com ela, a gente tinha saído, estava comprando umas coisas. Queria comprar uma roupa, mas não dava para experimentar. Eu falei: -“não vai dar, vai ficar apertado“, mas a moça falou: - “não se preocupe, você leva e se não der eu troco para você”, porque a loja estava fechando. Cheguei ao hotel, experimentei e coube certinho. Acho que aquilo ali estava muito pequenino e tal, então ainda tem isso (...). Sapato mudou, eu voltei a calçar 35, 36 eu estava usando 36, 37. Tudo P, calcinha agora é P, a M fica grande, ainda com essas pelancas, vamos ver a hora que tirar essa barriga horrorosa, vamos ver se melhora (batendo na barriga) (4 F).

Por se tratar de um emagrecimento “provocado”, a eliminação do peso era controlada pelos profissionais de saúde, mas algumas pessoas apresentaram perda real maior que a recomendada. Alguns entrevistados ainda não haviam estabilizado o peso no momento da entrevista, o que os surpreendeu. Essa situação levou ao desejo inverso, a cessação da perda de peso, surgindo dessa forma uma preocupação oposta à anterior. A incorporação de peso é muito visível e palpável pelo acúmulo de gordura depositada sob a pele e por todas as outras informações carreadas em conjunto. No entanto, a perda de peso por um lado foi visível pela diminuição do volume corporal, mas por outro lado havia dúvidas sobre o mecanismo da sua eliminação, afinal por onde saía a gordura? A declaração: *perder uma outra pessoa* fez muito sentido, pois eliminar quarenta, cinquenta, sessenta, ou setenta quilos realmente correspondia a eliminação de peso de uma outra pessoa ou até mais.

Eu falei que eu queria parar, não queria emagrecer mais, porque para mim está bom. Porque a gente numa certa idade, não fica bem também muito magrinha. Eu queria parar de emagrecer, mas eu emagreci mais ainda. Do dia que eu pesei estava dando setenta quilos. Agora esses dias, eu fui lá, eu passei na farmácia, eu pesei, não estava dando nem sessenta e sete, quer dizer que eu emagreci mais três quilos. Ah, eu falei para você que eu não queria operar. Porque todo mundo que é gordo, todo mundo que é gordo quer emagrecer, mas assim, nem tanto (10 F).

Então, depois da cirurgia, a gente perde peso muito rápido. Foi um processo assim rápido e raro. Raro, porque às vezes, eu olho assim, para onde foi aquela gordura? Até eu vou perguntar para o médico para onde que saiu, para que lado que foi aquela gordura se sai pelo xixi. Porque eu não sei, sabe, tem hora que eu olho, é cinquenta e cinco quilos. É uma outra pessoa, é uma outra pessoa, entendeu? O processo assim, quando eu estava com seis meses de cirurgia, eu já tinha emagrecido quase tudo, já. Aí, eu tive que voltar na nutricionista e ela ficou brava comigo, porque eu tinha emagrecido muito rápido. Porque eu comecei a trabalhar à noite e eu não estava me adaptando a trabalhar à noite e eu não conseguia comer, então, eu emagreci muito rápido, por eu não consegui comer direito, eu perdi muito rápido. Eu não estava conseguindo dormir, eu comia bem, mas não estava conseguindo dormir (5 F).

Para pessoas que não estavam tão pesadas, mas que tinham indicação para a cirurgia devido a doenças associadas, o emagrecimento foi controlado rigorosamente, através das orientações da nutricionista que trabalhava com as dietas balanceadas. Apesar de todos esses cuidados, qualquer situação desfavorável acarretava perda de peso.

Faz um ano e quatro meses que fiz a cirurgia. No meu caso foi assim, foi tudo muito bem controlado pela nutricionista. Então existia uma preocupação grande porque como a cirurgia emagrece muito e eu não tinha tanto peso, eu não poderia emagrecer muito, eu tinha que ficar sendo controlada todos os meses, para não perder peso além do necessário. Então o meu tratamento foi assim, ela me dava um cardápio e falava:- “olha, esse mês temos que estar dentro da faixa de dois quilos, dois quilos e meio e o que você vai precisar comer para manter essa faixa”, ela me dava assim, carboidrato. Você vai comer um tanto de carboidrato, então foi muito controlado. No total foram 40 quilos que eu perdi. A cirurgia, ela tem mais ou menos um padrão que você perde mais ou menos 40% do seu peso (12 F).

Alguns entrevistados citaram que na época da entrevista já estavam acima do peso, em especial aqueles que tinham mais tempo de cirurgia, como um homem que já completara dois anos e uma mulher com quatro anos. A afirmação: *fiquei muito nervosa e comi um monte* parecia uma citação fora de contexto para quem passou pela cirurgia, mas algumas pessoas não alteraram totalmente esse padrão, principalmente a longo prazo.

Eu perdi muito peso no começo, porque vomitei muito tempo, não conseguia parar nada no estômago. E eu ficava com medo de comer no começo, ficava

preocupada com meu estômago, essa coisa de grampear o estômago. Perdi bastante peso, no primeiro ano cheguei a 74 quilos, hoje eu pesei e estou com 81.400 quilos. Engordei sete quilos (...) é bastante (...). Eu engordei porque minha filha ficou muito doente, daí fiquei muito nervosa e comi um monte (...) eu fico ansiosa e com o meu marido é ao contrário, eu engordei sete quilos e ele perdeu sete quilos, porque ele fica nervoso e não consegue comer nada. Mas foi por isso, graças a Deus, depois descobriram que ela estava com uma infecção urinária muito séria, que já estava subindo para os rins, mas agora está tudo bem (3 F).

Em oposição ao relato anterior, algumas pessoas contaram que após a cirurgia ocorreu uma mudança da resposta corporal, se antes qualquer problema acarretava quilos a mais, depois da cirurgia se tornou inverso: todos os problemas e toda dificuldade levava ao emagrecimento. Esse mecanismo poderia ser interessante para a manutenção do peso, mas se tornou um problema invertendo, portanto, a lógica.

Ah! nessa fase porque foram três meses para descobrir esse tumor, eu tive emagrecimento nesses três meses, não tinha o que fazer. Acho que em seis meses faltavam só uns dez quilos para emagrecer, em seis meses estava quase assim. Cheguei a 71, aí se deixar emagrecer não tem fim. Eu não posso alguma dificuldade e já vou emagrecer, antes sabia que eu engordava, agora comecei a emagrecer (1 M).

O emagrecimento aumentou a autoestima e os cuidados pessoais. Dessa maneira, como o corpo foi mudando progressivamente, houve necessidade de trocar as roupas sequencialmente, mas foi necessário controlar os impulsos de consumo já que o corpo normatizado agora estava na moda e se tornou adequado às roupas das lojas. Um jovem homem contou sobre casos em que as pessoas se tornaram compulsivas com compras após a cirurgia. E sobre a satisfação de conseguir ver determinadas partes do corpo que não era possível quando estava “gordo”.

Nossa, maravilhoso, maravilhoso, aí tudo bem, depois de ver as fotos, a primeira foto dois ou três meses depois, eu já estava me achando (risos) e depois eu vi que estava ainda gorda, enorme, eu me achando, me achando. E aí tem que controlar a compulsão de comprar roupa, porque eu ia para o shopping, eu fiz crediário de novo, aí pegava um monte de roupa. Aí tudo servia, eu tinha uma noção diferente, então muda tudo sua referência. Mudou a calcinha, sutiã, sapato não mexeu, meu pé não engordou, foi a única coisa, mas

a bota, já, eu tinha uma bota que não entrava mais aqui (panturrilha). E aí ela já não entrava na minha canela, aí depois eu experimentei, ela entrou de novo, tal (2 F).

Satisfatório, tem que tomar cuidado, eu segurei um pouco, queria comprar, espera aí, eu estou emagrecendo, calça eu usava 54, hoje eu uso numero 38, eu perdi 16 números, então tem que tomar cuidado. Sabe que teve um caso na universidade que a moça foi emagrecendo que ela começou a comprar as coisas, comprou oito fogões, três geladeiras e ficou endividada, no meu caso, não foi assim, eu fiquei satisfeito. E estranho você está acostumado assim, hoje você vê seu corpo, tem coisa que eu não conseguia ver, perna, pé, tem coisas que você fala “poxa!”, é gostoso, se você quer colocar uma roupa, se veste rápido (2 M).

1. Mudanças na vida após a cirurgia

Apenas uma depoente citou inicialmente que nada havia mudado, mas depois fez considerações sobre a mudança corporal e a sua leveza.

Ah, praticamente não mudou nada. Mudou esse corpo mais leve da gente, mas na vida diária, assim de trabalhar, isso daí não mudou nada não (10 F).

Mas, quase todos informaram que a vida mudou bastante depois da cirurgia e do emagrecimento e apontaram principalmente os fatores positivos. Porém, podemos verificar nos relatos posteriores que além dos benefícios do emagrecimento ocorreram também alguns problemas. Dessa maneira, várias foram as mudanças apontadas na vida das mulheres após a cirurgia, entre as quais foram citadas: ter prazer de vida; mais disposição; ter colo para os netos sentarem; começar a viver; sair do isolamento social; melhorar a autoestima; usar salto alto; sentir-se bem; receber elogios das pessoas; estar vivendo; facilidade para executar os movimentos corporais, mudança social e melhorias da saúde que contribuíram inclusive para a redução de gastos financeiros e a citação sobre estar com o “freio de mão puxado” revelou a restrição alimentar imposta pela cirurgia.

Ai, mudou tudo viu, mudou assim, o prazer da vida mais. O prazer de viver, que agora eu tenho mais disposição. Que antes, eu queria carregar o meu neto eu não tinha nem colo. Os meninos queriam vir no meu colo, os meus netos:- “vó,

mas escorrega, avó não tem colo”. Não tinha mesmo colo, agora o meu neto vem no meu colo:- “Oh avó, agora você tem colo”. Falei:- “Agora eu tenho, então senta no colo da avó”. Aí ele fica no meu colo (risos) (6 F).

Ah, a minha vida mudou, nossa, agora que eu estou vivendo praticamente, que antes não, que antes, eu não conseguia me controlar. Então a cirurgia foi praticamente o meu freio de mão, puxado. Agora sim, eu estou bem mais disposta, bem mais. Hoje eu saio para todo lado, não fico mais presa dentro de casa (11 F).

Muda tudo, porque muda o social, você muda a disposição, muda a saúde, só de não ter que levantar de manhã, três comprimidos, chegar na hora do almoço, mais três comprimidos, ele te abaixa a pressão, te dá tremedeira, te dá mal estar. Eu hoje só faço controle com o cardiologista, porque tenho histórico de pressão alta na família. Nossa, para mim foi importante parar de tomar remédio, para o meu bem estar, para o meu bolso, porque os do Centro de Saúde não faziam mais efeito. Eu tomava assim remédio, que quando um medicamento era lançado no mercado, tudo que saía de novo, eu ia tomar, então era sempre muito caro, eu gastava uma média de R\$ 350,00 reais só o remédio de pressão, aí associava um antidepressivo, a Fluoxetina (12 F).

Entre os homens, algumas mudanças foram semelhante a das mulheres, tais como: melhorar a disposição; ter mais vontade de sair, de estar com a família; melhorar a autoestima e se beneficiar na saúde em geral; facilitar a locomoção e gostar de se cuidar. Mas algumas manifestações foram exclusivamente masculinas: não ter mais vergonha; conhecer uma moça e se casar; ter mais iniciativa; não ter mais problema com a inadequação dos espaços coletivos; ter mais vontade de realizar atividade física; melhorar no trabalho e diminuir o preconceito; ficar mais seguro, ser mais objetivo; não ser reconhecido pelas pessoas depois do emagrecimento e livrar-se de 63 quilos; melhorar a disposição sexual; dormir melhor; ser mais alegre e mais brincalhão. As mudanças apontadas pelos homens parecem ter mais relação com o mundo do trabalho e com as implicações que um corpo “gordo” experimentou.

Ah, a minha vida, bastante coisa. Deu mais disposição, não tenho a vergonha que eu tinha antes assim, eu não tenho agora. Para mim depois da cirurgia assim, que passou todos os problemas, eu casei. A minha vida mudou bastante, é outro tipo de vida, eu já não tenho os problemas de pressão que eu tinha. Eu conheci a minha esposa depois da cirurgia, eu não tinha emagrecido tudo ainda não, eu conheci um ano depois. Um ano depois, ela mesma quase não pegou a mudança de peso (8 M).

Autoestima mudou muito, vontade de atividade física, para trabalhar está tudo mais fácil. Saúde 100% mesmo, acabou pressão alta, ácido úrico, princípio de diabetes, ela estava chegando, o índice estava cada vez mais alto, um ano a mais de obesidade ia chegar. Ia ter diabetes sim. Olha, a pessoa obesa tem muito preconceito, muito preconceito. A gente sofre, queira ou não, não é muito claro, é um preconceito assim (...). É, não é claro, a pessoa não chega e fala: - "Ah! Nossa você é gordo!" Não é bem assim, é um preconceito tipo ir no parque de diversão e estar na fila e depois de horas ver uma plaquinha dizendo que o brinquedo só aguenta 100 quilos, nossa é chocante, então para mim o preconceito desse tipo. Depois da cirurgia mudou, porque você não passa mais por isso, no ônibus, no avião, você vai num simples brinquedo no parque de diversão, não tem mais problemas. A pessoa gorda também se retrai, ela deixa de frequentar lugar por ser gorda, com o corpo dela, hoje eu não percebo mais nada, hoje eu não tenho problema nenhum (4 M).

2. Necessidade de mudança dos hábitos de vida

A ideia de que a cirurgia não é necessariamente a cura, mas sim a chance de emagrecer parece fazer sentido aos entrevistados. A cirurgia forneceu o apoio fisiológico para que o emagrecimento ocorresse, mas para a manutenção do peso, não havia nenhuma mágica, pois era necessário que as pessoas alterassem o seu "estilo de vida" definitivamente, assim como era necessário reeducar os processos alimentares para o resto da vida. Na opinião de um depoente jovem, ele ficou está mais seguro, aumentou a autoestima, não tem mais vergonha, se tornou uma pessoa mais objetiva, melhorou o rendimento no trabalho e recebeu mais elogios, e queria fazer plástica para o *corpo ter outra cara*. Essa forma metafórica de considerar que o corpo tinha uma "cara" enaltecia a importância crucial do corpo, o corpo aparência. Assim como o rosto, o corpo também precisava ser fotogênico devido à sua importância na identidade pessoal e social. Considerar a cirurgia obrigatória para todos os "gordos" apontou a reprodução da orientação da biomedicina sobre a necessidade de normatizar os corpos que estão em desvio, supostamente em prol da saúde.

O problema, é que você tem que chegar na cirurgia para fazer a reeducação alimentar, tanto que na universidade eles estão com um programa que é muito legal, que só vai para a cirurgia quem consegue seguir a reeducação alimentar e perder peso antes, o grupo de merecimento, porque é o seguinte: - "se você

não tiver consciência da mudança da reeducação, a cirurgia é inútil e as pessoas engordam de novo, engordam tudo de novo”. Tem uma amiga que foi ao médico tirar o anel, porque estava emagrecendo demais. Mas a outra comeu tanto que o anel saiu do lugar, deslocou e engordou, ela está gorda tudo de novo. Então achar que é um passe de mágica, que se você fez a cirurgia está tudo resolvido, que não tem que fazer mais nada, não tem que se preocupar com isso nunca mais. É uma coisa que você controla, se você engordou dois ou três quilos, é mais fácil de controlar do quem não fez você come pouquinho, então fica bem mais fácil, mas o lance é achar que é fácil demais e que não precisa fazer mais nada. Mas eu acho que é ótima a cirurgia, muda tudo, mas se está muito gordo, assim, o benefício é muito melhor, é um risco, é uma cirurgia, é muito invasiva e tudo, complicada, mas é um risco que o custo - benefício é muito melhor (2 F).

Completamente tudo, eu como pessoa, eu fiquei mais seguro de mim mesmo, a autoestima está a mil, eu não tenho mais vergonha de falar com ninguém, sou uma pessoa mais objetiva para conversar, se eu estou errado, eu não tenho mais vergonha de nada, conversar seja com você ou com qualquer outro tipo de pessoa. No serviço eu fazia 30 %, hoje eu faço 100%, cada dia que passa é elogio. Quero fazer plástica vai ter outra cara assim o corpo, minha vida ficou bem melhor, deveria indicar essa cirurgia, para todo mundo, deveria obrigar todo gordo a fazer. Na universidade, a gente vê hoje em dia que tem muita pessoa, pessoa fresca sabe, não faz certinho, a gente vê que não fez certinho, é como o doutor fala, ele fala assim: -“eu vou só fazer o buraco e vou enterrar vocês, eu dou a chance, não é a cura, é a chance, a cirurgia não é cura de nada, ela é a chance para emagrecer” (2 M).

3. A identidade pessoal

O conceito de identidade pessoal de Goffman (1988) aponta que no círculo social, cada membro é conhecido pelo outro, como pessoa “única”, como ideia primeira. A noção de “unicidade” de um indivíduo é a “marca positiva” ou “apoio de identidade”. Ele cita o exemplo dos Tuaregs da África Ocidental: os homens cobrem o rosto deixando apenas os olhos descobertos. Neste exemplo, o rosto, como apoio da identidade é substituído pela aparência do corpo e pelo estilo físico. Parte-se do princípio que “*somente uma pessoa de cada vez pode se encaixar na imagem que discuto aqui e aquela que preencheu os requisitos no passado é a mesma que preenche no presente e os preencherá no futuro*” (Goffman, 1988:66). Baseando-se nessa afirmação, pergunta-se: como ficará a identidade dos indivíduos que mudaram sua imagem corporal, como é o caso dos obesos que emagrecem subitamente em decorrência do tratamento cirúrgico?

A segunda ideia do autor sobre a identidade pessoal refere-se aos fatos particulares de um indivíduo, cujo conjunto não se encontra combinado em nenhum outro sujeito no mundo. Esse complexo de informações pode estar vinculado ao nome da pessoa, outras vezes ao corpo. No caso do presente trabalho, o nome dos indivíduos permaneceu, mas o corpo passou por um processo de mudança significativa, podendo afetar sua identidade. Os sinais corporificados tanto de prestígio quanto de estigma pertencem à identidade social. A obesidade, como foi dito anteriormente, estigmatiza publicamente o sujeito, forjando-lhe uma identidade, portanto, pode-se abordar as alterações identitárias do *self* após a submissão aos tratamentos médicos cirúrgicos.

Para Le Breton (1995a), se o homem existe através das formas corporais que o colocam no mundo, toda modificação de sua forma engaja uma outra definição de sua humanidade. Se as fronteiras do homem são traçadas pela carne que o compõe, recortar ou acrescentar nele outros componentes traz risco de alterar a identidade pessoal e de perturbar os sinais que, aos olhos dos outros lhe concernem....

A resposta *tudo mudou* depois da cirurgia foi recorrente e entre as explicações para confirmar essa suposição, encontramos: ficar mais vaidosa; trabalhar melhor; sentir menos dor; mudança no olhar das pessoas; mudança das pessoas que antes sentiam pena da condição de ser “gordo” e hoje admiram a decisão de emagrecer; melhoria da vida; disposição; que estava muito feliz, apesar de algumas pessoas acharem que não e finalmente a consideração sobre a inexistência da pessoa anterior substituída por outra indicou a mudança de identidade.

Tudooooo (risos), Ah! tudo! Eu acho a gente fica mais vaidosa, eu acho que trabalho melhor, porque eu sinto menos dor, não sinto dor, sabe então você tem uma (...). Eu acho que as pessoas estão mais assim tem (...) assim, eu nunca senti que fui rejeitada, mas sabe aquele olhar assim de piedade assim (...):- “cuidado com você”. E hoje em dia não, eu acho que as pessoas me olham diferente, me admiram: –“Pô, que legal que você fez”, coragem, não sei o quê, então tudo isso acho que melhora a sua vida, depois a disposição que eu tenho, hoje em dia eu tenho disposição de fazer as coisas, hoje em dia as coisas não me dão medo de fazer não (...) (13 F).

O que mudou? Mudou tudo, tudo muda, completamente tudo. Aquela Fulana que existiu antes, não existe mais. Agora hoje é outra Fulana. Tem épocas assim que as pessoas falam:- “Fulana, eu não sei, você fez a cirurgia, eu achei que você ia ficar mais contente, mais assim (...)”. Eu falo: “gente eu estou feliz”. Só que tem dias, tem horas, que você tem tantos problemas, que você fica quieto. Tem hora que você não tem vontade de ficar muito sorrindo, muito bagunçando. Mas assim, eu me sinto feliz. Eu estou muito feliz. É aquilo que eu mais queria. Com a graça de Deus no seu devido tempo, Deus foi me dando a Graça (5 F).

Courtine (2008) ao desenvolver a história e a antropologia cultural dos corpos anormais, informa que a percepção da deformidade humana durante muito tempo identificada com a figura de monstro, de aberração passou a fragmentar-se: o corpo enfermo foi progressivamente se dissociando do corpo monstruoso e tornou-se preocupação médica voltada à sua reeducação iniciada no século XVIII, no seio da medicina das Luzes; consagrada inicialmente aos surdos e aos cegos, este projeto estendeu-se no decorrer do século XIX. Assim, a monstruosidade, as aberrações não têm mais nada de irreversível, assim como o corpo em excesso se viu, deste modo diante de uma segunda vida.

O relato de depoente jovem, desprovida de autoestima, modificou-se depois do emagrecimento que promoveu as alterações relativas ao rompimento do isolamento social, mudanças no seu humor, na vontade de se arrumar, se sentir mais segura, pois não era mais vista como uma *aberração* indicando mais uma vez a experiência de ter sido frequentemente estigmatizada.

O que mudou, ah muita coisa, eu falo assim, muita coisa assim, eu tenho ânimo, eu tenho (...) nossa, você vê seu humor, assim, sabe assim, a sua autoestima que eu nunca tive, aí já tem vontade de sair, de se arrumar, você vai ter como, eu não sou mais vista daquele jeito, pode ser que ainda, eu tenho mais segurança, eu me sinto mais segura. Eu não sou mais aquela aberração que todo mundo ficava te olhando e falava:- “nossa!” Chegou um menino e falou assim para mim:- “você não é gorda”, aí eu falei:- “obrigado”. “Não, você tem até que um peso legal”, aí eu falei:- “não precisa me agradecer” entendeu assim (...). Então, assim é mais uo menos isso (15 F).

Considerar que *nasceu de novo* e manter apenas o nome e a sua preferência sexual indicou também uma mudança de identidade. Dessa forma, depois da cirurgia houve uma retomada da vida composta por planos para o

futuro, como terminar a faculdade, juntar dinheiro para garantir uma aposentadoria saudável e o desejo de controlar a alimentação e o peso. Throsby (2008) pesquisou um site de relacionamento, através dos fóruns de discussão que promoviam assistência e informação para aqueles que pretendiam ou que já haviam se submetido à cirurgia. Na maioria dos fóruns, a data da cirurgia era referida pelos membros como a data do seu “renascimento” e os membros eram parabenizados pela operação com a palavra: “feliz renascimento”.

A autora mencionada acima cita que a retórica do “re-nascimento” é também mediada pelo marketing da rápida proliferação dos produtos e serviços relacionados às cirurgias. Assim, uma revista americana editou uma página sobre cuidados com a cirurgia para perda de peso, lançando um “kit de sucesso para a cirurgia de perda de peso” - um disco compacto (CD) e um livro oferecendo assistência, conselho e encorajamento pós-cirúrgico. A cirurgia foi descrita como oportunidade para o renascimento e tinha como pano de fundo uma imagem de uma pomba branca sendo libertada das mãos e uma legenda escrita no meio da página: *sua vida, parte dois*.

Eu nasci de novo, só não mudei o nome e algumas coisas que nasceram junto comigo e que não consigo mudar, eu sou um cara solteiro e não pretendo casar, eu tenho uma opção sexual diferente da maioria das pessoas e isso não muda, continuo do mesmo jeito. Trabalho, eu quero trabalhar, trabalhar, trabalhar, quero terminar minha faculdade porque agora tenho mais disposição para isso. Juntar um dinheiro para ter uma aposentadoria bem saudável e ter a minha saúde ali e vigilante em relação ao peso, sempre vigilante, nunca vacilar em relação à alimentação, ela tem que ser saudável, só consuma aquilo que você vai gastar, nunca acumule gordura você não é urso para hibernar (6 M).

Para quem já conviveu com um “corpo não excedente”, o emagrecimento parece proporcionar a recuperação da identidade corporal perdida e da autoconfiança. O excesso de peso corporal lhe impôs uma nova identidade, “de gordo” caracterizado pela autodescrença, por considerar-se fora do padrão de beleza, portanto nada atraente e sem chance na esfera afetiva. Mas ao atingir o emagrecimento e todas as suas consequências, o discurso se mostrou ambíguo entre a satisfação com o corpo normatizado e a necessidade de corrigi-lo e de melhorá-lo ainda mais.

Courtine (2008) informa que entre os esforços corretivos desenvolvidos pela medicina, a arte de eliminar as deformidades “leves” está em expansão inédita e em algumas subculturas tornou-se rito de passagem das jovens para idade adulta havendo ou não necessidade de se submeter às correções. As modalidades pós-modernas de autocuidado promovidas pela lógica das indústrias de renovação corporal tendem a se universalizar. A cirurgia estética e sua clientela inventam outras imperfeições a espera do bisturi e reescrevem a norma corporal injetando novas “deformidades”, e talvez esteja aí a razão do desenvolvimento de um conjunto de sofrimentos e sintomas de patologias da imagem do corpo - dismorfofobia, que condenam o indivíduo, que julga o seu corpo disforme e o impele a uma procura incessante de intervenções cirúrgicas (Courtine, 2008).

Eu recuperei a minha identidade, a identidade como mulher, a identidade corporal, sabe que eu tinha perdido completamente! Era outra pessoa, então eu recuperei minha identidade corporal passei a acreditar de novo em mim, posso me considerar de novo uma mulher bonita, atraente, posso sair paquerar, sabe. Então fiquei assim, lógico que teria que fazer uma plástica, porque não tem como perder esse excesso de pele que sobrou, apesar de não ter muita coisa, mais no abdômen, mas a que fica não tem jeito. Mas mesmo assim eu ponho biquíni, saio toda linda, maravilhosa, não ligo a cicatriz não me incomoda, eu queria fazer a plástica. Eu usava biquíni, também, usava, mas achava um horror, mas além de tudo ficar com a barriga branca, mesmo estando gorda, ou maiô, maiô é lindo e fica bonito para quem é magra também, porque gordo fica horrível. Esse barrigão branco não vou dar conta, usava, mas me sentia horrível, saía e se não tivesse no sol jacareando, já botava camiseta, mas eu punha alguma camiseta para esconder a barriga mesmo (2 F).

Uma situação muito frequente e que causava contentamento nos entrevistados foi o fato de não ser mais reconhecido depois que passaram a ter um corpo normatizado, principalmente por aquelas pessoas que não estavam próximas; em alguns casos o reconhecimento foi realizado pela voz. Uma médica que não fazia parte da população estudada contou que foi prestar concurso público e quase foi impedida, pois a foto usada na inscrição estava completamente diferente da aparência real. Ela precisou refazer seu documento de identidade. Essa situação comprovou mais uma vez que o corpo é mais um signo da identidade das pessoas. Dessa maneira, altera-se o corpo, altera-se também a identidade.

Le Breton (2007) concluiu que o corpo se transformou no palco onde acontecem discursos e conflitos simbólicos, políticos, culturais, étnicos, históricos, religiosos e econômicos, refletindo as questões do nosso tempo e também de uma sociedade marcada pela valorização do individualismo, narcisismo, hedonismo e consumo. Ele é um dos elementos fundadores da presença do sujeito da sociedade. A construção da identidade está atrelada a ele, e em alguns casos, a (re) construção do próprio corpo é um dos mecanismos de reconstrução da identidade, da autoestima e do estabelecimento da relação com o mundo. As representações do corpo operam de acordo com as representações disponíveis na sociedade, de acordo com as visões de mundo das diferentes comunidades humanas. O corpo é socialmente construído.

Ou tem gente que hoje eu encontro na rua assim, tem hora que eu estou caminhando assim, as pessoas me falam assim:- “Fulana!”. Depois que eu passei pela pessoa, sabe, aí, eu passo, elas falam assim:- “Ahm, não estou reconhecendo mais você”. Eles falam desse jeito. -“É você mesmo?”. Chega perto. “Não, é eu mesma”. Como você emagreceu, como que você está magrinha! Só coisas boas (5 F).

Tem gente que passa por mim e que ainda não fala comigo, isso é, normalmente faz parte, não sabe que sou eu. Eu tenho que chamar, pessoas que não via há muito tempo não me reconhecem. Teve uma amiga minha no salão que ficou sentada no meu lado e só me reconheceu, porque eu chamei e ela disse: - “reconheci a voz”. Aqui mesmo (no trabalho), que às vezes a gente fica um tempo sem ver as pessoas, aí as pessoas estranham (4 F).

Os relatos abaixo revelam o desejo de adquirir uma identidade de pessoa “normal”, ser uma pessoa “comum”, usar uma roupa “normal”, não ter vergonha do corpo, não ser perseguido pelos olhares e deixar de ser diferente.

Eu só operei para que, porque eu quero ser mais um na multidão sabe assim, se misturar entre as pessoas, para eu ser uma pessoa comum, só isso que eu queria, eu não quero ser apontada e pá, pá, pá, olha aquela gorda, eu quero poder chegar em uma loja e eu quero tal número (...). Tem tal número, entrar em uma roupa normal, sabe assim, eu quero viver como um ser humano qualquer (15 F).

Usar as roupas que quero poder usar biquíni (risos), apesar de achar que o maiô deixa o corpo mais bonito, é legal poder usar o biquíni e você pode escolher o que quer usar sem ficar se achando horrível. Antes, eu ia para a praia só com a minha família e ficava de camiseta e shorts porque tinha vergonha de meu corpo, acho que a gente fica se sentindo meio perseguido, que todo mundo fica te olhando, te achando estranho, esquisito, você acha que todo mundo fica olhando para você, porque você é um anormal entre os normais, você vira alvo, é diferente, você é um diferente no meio dos diferentes, sei lá (...) dói muito essas coisas (3 F).

A maioria dos entrevistados revelou *ser outra pessoa* depois da cirurgia, em vários momentos da entrevista, tais como: ser outra pessoa para levantar pela manhã; pelo emagrecimento acentuado, como se perdesse uma pessoa; se transformar em outra pessoa depois do emagrecimento; ser outra pessoa depois que engordou; ser outra pessoa para os cuidados pessoais; se tornar outra pessoa aos olhos do médico. Todas essas manifestações informaram também sobre a mudança de identidade. Um homem jovem constou que se sentia *outra pessoa*, comparado a estar no purgatório e ir ao céu.

De acordo com o dicionário Michaelis³⁹ o purgatório 1. É o lugar ou estado em que as almas dos que morrem na graça de Deus, mas com algum pecado venial ou sem estarem purificadas da penas temporais devidas aos pecados graves já perdoados, expiam pelo sofrimento as penas dos pecados cometidos neste mundo, até que satisfaçam a justiça divina, para poderem entrar no céu. 2. Lugar onde se sofre. Essa metáfora possui um significado interessante, bem adequado à situação dos “gordos” na sociedade atual, tratados como pecadores, pois historicamente a ética protestante enfatizava o controle do impulso e nesse caso, a abstinência de comer muito. E a glotonaria é certamente era e ainda permanece, mesmo que simbolicamente, um dos sete pecados capitais (Kalish,1972).

Ah, muito boa, eu estou no céu sabe! É assim, não digo sair do inferno e ir para o céu, mas sair do purgatório e ir para o céu é outra, eu me sinto uma outra pessoa, uma outra vida a partir de agora, eu me sinto outra pessoa, outra pessoa (4 M).

³⁹ Dicionário Michaelis: <http://michaelis.uol.com.br>

A ideia do emagrecimento como transformação, ou seja, como metamorfose é bastante difundida nos *blogs* na *internet*⁴⁰, tanto nacionais como internacionais, nos quais as pessoas contam sua experiência a respeito do emagrecimento principalmente resultante da cirurgia. São postadas fotos do processo de emagrecimento e até do resultado da cirurgia plástica. Várias pessoas visitam a página e podem manter um relacionamento para troca de experiências e troca de incentivos. A metamorfose foi uma metáfora encontrada para caracterizar a mudança que ocorreu no corpo em virtude do emagrecimento. Através da metamorfose foi possível um renascimento individual, que passou por uma forma de conversão corporal (Courtine, 1995). Segundo dicionário Michaelis, metamorfose significa: *sf* (gr *metamórphosis*) 1. Mudança de uma forma física ou moral. 2 Qualquer das transformações dos seres sujeitos ao metamorfismo. 3 mudança, transformação. 4. *Zool.* Mudança de forma e estrutura, pela qual passam certos animais, como os insetos, do estado larvar para a fase adulta.

Maravilhosa, maravilhosa, parece que é uma transformação. Sabe aquele programa que você vai para o salão de beleza, tudo está nascendo em mim, eu me vejo com a cabeça diferente, o olho diferente, a pele diferente, o braço tudo diferente, tudo, tudo, só coisa boa, só vejo coisa boa. Vou fazer no abdômen, só que tem muito excesso de pele que me incomoda, eu quero apresentar um corpinho legal, não quero ficar com aquele corpo todo enrugado. Só no rosto não precisou, eu não fiquei com o rosto de doente, seu braço rejuvenesceu mais de 30 anos e eu fico só contente, só contente (6 M).

4. Outros fatores decorrentes do emagrecimento

Alguns trabalhos da área da saúde mental apontaram vários problemas relacionados à cirurgia para perda de peso. Para Ronis (2009), a obesidade vivida como um grande problema é também uma resposta, dessa maneira algumas pessoas achavam que emagrecendo, tudo estaria resolvido. Mas quando essa fantasia desaparece é que surgem os problemas emocionais e psiquiátricos. No

⁴⁰Para encontrar alguns blogs: <http://operacaometamorfose.blogspot.com/2008/01/palestra-sobre-Blogs:emagrecimento.html>; <http://www.magraemergente.com/antes-e-depois-fotos/depois-da-gastroplastia-a-metamorfose/>; <http://em-metamorfose.zip.net/>.

início, os sujeitos parecem estar numa fase de encantamento, estavam em plena “lua de mel”, incentivados pela perda visível de peso. Concordamos com esse autor, pois no nosso estudo, em que houve predominância do tempo de cirurgia em torno de um ano e alguns meses, os entrevistados ainda estavam nessa fase de encantamento. Mas depois do cessar dessa fase de encantamento, podem surgir as depressões e a compulsão.

Outro estudo de seguimento de pessoas que haviam realizado a cirurgia bariátrica em longo prazo reportou várias ocorrências psiquiátricas como causa de morte no pós-operatório e a principal ocorrência era o suicídio (Appolinário, 2006). Leal (2007) informa que é comum o surgimento de quadros psiquiátricos, como sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias psicoativas, dentre outras situações, associadas às mudanças emocionais que o paciente vivencia após a cirurgia inclusive entre os pacientes que não conseguem emagrecer. Essas constatações também foram verificadas no presente estudo e serão aqui apresentadas.

Apesar das mudanças, da melhoria da autoestima e de conhecer as vantagens de não ser “gordo”, para as pessoas que conviveram com o “corpo gordo” desde a infância mantiveram certo desencontro pessoal depois do emagrecimento. Estudos indicam que a fase de desenvolvimento na qual teve início a obesidade faz diferença na evolução pós-operatória, isto é, aqueles que eram magros e depois se tornaram obesos tendem a recuperar uma imagem de seu corpo como magro mais facilmente, enquanto que aqueles que eram gordos desde a infância têm dificuldade de adaptar-se a uma nova imagem (Nunes, 1997). Possivelmente, essas pessoas precisam estabelecer essa nova identidade social, porque não se trata de retornar à identidade antiga, mas de construí-la socialmente. A ausência de manifestação dos maridos quando estavam “gordas” e a falta de elogios depois que emagreceram também foram motivos de reclamação entre as mulheres, o reconhecimento do emagrecimento passava pelo olhar das outras pessoas, principalmente dos parceiros afetivos.

Nossa, é que eu vomitei do dia que eu operei até o 11º dia. Tudo eu fui antecipada, as vitaminas que ele dava com um mês, ele teve que dar, ele teve que entrar tudo antes comigo. Eu não aceitava a cirurgia e tive que ter um

trabalho redobrado com a psicóloga. Aí que eu tive que me apegar a estética, porque a saúde não estava dando jogo, naquele momento eu não estava me aceitando, aliás, até hoje não me aceito. Mas no casamento, eu quase separei, foi muito difícil, porque meu marido não falou nada, quando decidi fazer a cirurgia fiquei meio assim, mas (...) depois que eu emagreci, ele também não falou nada. Puxa vida, eu queria que ele me elogiasse, sei lá, que falasse que estou bonita, algum elogio, só isso, mas ele nunca falou nada, nem quando eu era gorda e nem quando eu emagreci (...) (3 F).

Parte dos nossos entrevistados relatou mudança de comportamento depois da cirurgia, tanto homens como mulheres. As grandes mudanças foram relativas à aparência, mas também houve predominância nas alterações do pensamento. As queixas se relacionaram a transformação ou intensificação do estresse, sendo necessário o acompanhamento de psicoterapia, desse modo, uma depoente achava que a cirurgia havia sido no cérebro e não no estômago tentando compreender as causas dessas alterações. Para outras, determinadas características comportamentais anteriores, como irritação, chatice e depressão se acentuaram ainda mais, apesar da melhoria da autoestima, vontade de fazer as coisas, sair de casa e procurar se cuidar melhor.

Se tornar outra pessoa também foi associado com a mudança de comportamento e não apenas pelo emagrecimento, certas pessoas ficaram mais agressivas e segundo a explicação de uma delas, antes da cirurgia, quando ficava nervosa descontava na comida, mas depois não havia mais essa possibilidade para controlar o nervosismo. Essa constatação de mudança de humor também foi compartilhada pela família e namorada de um jovem homem que passou de sorridente a estressado. A agressividade passou a ser um sentimento referido pelos pacientes após a cirurgia, segundo o estudo de Benedetti (2003).

Ah, muita coisa eu acho! É, aparência, que é latente, mas assim, muita coisa que eu pensava passei a pensar diferente, eu senti isso (...) isso eu senti bastante, o ruim é que eu me tornei uma pessoa mais estressada, que eu não era, eu era uma pessoa mais light do que eu sou hoje. Eu sou um ser estressado, bastante estressado, infelizmente, porque eu queria que fosse melhor e não é (...) tanto que estou fazendo terapia semanal, desde a época até agora, faço terapia semanal. Antes eu não sentia necessidade, nunca tinha feito terapia, nunca tinha feito nada. Algumas coisas mudaram na minha cabeça,

coisa que eu achava que passei a não achar, de vez em quando eu brinco: - “às vezes eu acho que operaram meu cérebro e não meu estômago”. Às vezes eu brinco muito com isso, é que às vezes eu sinto isso, essas mudanças foram estranhas (...) tem coisa que eu acho que mudou para melhor, tem coisa que eu acho que mudou para pior, mas mudou (4 F).

Muita gente fala que eu fiquei irreconhecível, que mudou o meu comportamento. Que eu pareço outra pessoa. Que antes eu ficava trancada dentro de casa, agora hoje em dia eu já não paro em casa. E, eu acho, eu não vejo tanta mudança, mas as pessoas que convivem comigo falam que eu mudei. Assim, às vezes eu fico um pouco agressiva, porque antes eu, quando eu estava nervosa eu comia. Agora eu já não consigo comer. Então não tem como descontar a raiva na comida. Quando eu tenho crise nervosa eu falo:- “me deixa sozinha, que eu já não posso comer”. Eu falo que eu quero ficar sozinha (11 F)

O emagrecimento forja-lhes outra identidade, cujas alterações do *self* se aproximam de uma pessoa “normal”, ou aparentemente “normal”. O encontro com o modelo de normalidade dos corpos diminui o estigma associado às abominações do corpo, pelo menos visualmente, mas ao analisarmos os relatos dos nossos entrevistados, percebemos uma aproximação da normalidade, mas não um encontro com ela. Então sugerimos que uma nova identidade se formou, não mais de um “sujeito gordo” e muito menos de um “sujeito magro”, mas de sujeitos que passaram pela experiência da obesidade e todos os seus desdobramentos, assim como do emagrecimento, ou seja, um “ex-gordo”. Retomando a teoria de Goffman (1988) que argumenta que na “identidade pessoal”, as marcas positivas ou o apoio de identidade, assim como a combinação única de itens da história de vida foram incorporados ao indivíduo está relacionada com a pressuposição de que o sujeito pode ser diferenciado de todos os outros. E esses meios de diferenciação se entrelaçaram criando uma história contínua e única de fatos sociais que se tornou a liga à qual se agregaram outros fatos biográficos, como uma bricolagem.

Algumas pessoas que foram operadas tentavam omitir o fato de que foram obesos um dia. Ocultar que um dia o “corpo esteve em excesso” pode agora minimizar o estigma, pois essa característica não é mais visível e pode ser ocultada, escondida. A amiga de uma entrevistada recusou-se a participar da pesquisa e não quis ser identificada, pois ser “ex-gordo” ainda podia representar

risco. Tentamos conversar pessoalmente com ela, que ela só aceitou a comunicação via correio eletrônico. Na sua justificativa para a não participação mencionou que não queria ser identificada como uma ex-obesa, mesmo diante das garantias de sigilo. Houve outra recusa de uma mulher também jovem e pesquisadora da universidade que identicamente não quis ser reconhecida. Esse fato nos levou a questionar a possibilidade desse grupo de pessoas se tornarem novamente um grupo a ser estigmatizado. Enquanto algumas pessoas tinham vontade de contar para todos sobre a cirurgia, outras nem sempre tinham essa disposição,... *porque talvez ser um ex-gordo possa ser um risco ainda....*

Eu já vou logo falando: - "Fiz cirurgia para emagrecer". Eu não tenho vergonha de falar não, a minha amiga não, ela não quer que ninguém saiba, ela nunca fala que fez, acho que se ela arrumar um namorado ela vai demorar para contar (...). Eu não, talvez porque ela é nova e é solteira, então ainda fica aquela coisa de ter sido gordo um dia (...) parece que fica uma possibilidade disso voltar a acontecer. Acho talvez que ser ex-gordo possa ser um risco ainda, mesmo quando magro (...) vai saber (...). Se eu estiver dentro de um elevador cheio de gente, fico com vontade de dizer que fiz a cirurgia, sei lá, cada um do seu jeito e maneira de pensar e agir (3 F).

Tem gente que não sabe que eu fiz a cirurgia, dependendo da pessoa eu conto, aí eu conto. E as pessoas falam: -"Nossa, mas não parece". Que nem o meu próprio médico fala: "Você não é uma pessoa que se olhar as pessoas vão falar que você fez a cirurgia". Que dá para perceber, às vezes pelo braço, flacidez, o meu não ficou tão flácido. Então as pessoas não sabem. Os conhecidos, eles acham que eu tomei remédio, minhas colegas:- "tomou remédio?". Dependendo da pessoa eu conto, mas nem sempre não. Então isso, melhorou muito (9 F).

5. Emagrecimento e relações sociais

Procuramos conhecer como ficaram as relações sociais após o emagrecimento desejado e alcançado por todos os entrevistados e todas as suas consequências. Quais seriam os reflexos nas relações sociais desses sujeitos? Seja no ambiente de trabalho, entre os familiares e consigo mesmo? Já conhecemos como eram os relacionamentos sociais na ocasião em que estavam "gordos", explorados no capítulo IV.

O olhar dos outros sobre a mudança radical do corpo se tornou a fiança necessária de que alguma coisa mudou. Cinco entrevistados relataram que não houve mudanças de tratamento dispensado por outras pessoas após o emagrecimento, porém alguns informaram que as pessoas comentavam, motivavam e elogiavam a perda de peso. Um entrevistado desconfiou que os questionamentos alheios sobre o emagrecimento fossem por vezes associado as doenças como câncer ou Aids, vários entrevistados também relataram a mesma experiência, como já mencionado.

Acho que não, acho que não, acho que tive mais assim, eu tive, eu tive mais elogios, mais aquele negócio de: - “nossa, você está bem, poxa como você emagreceu”. Agora, eu não sei se aquilo:- “nossa, você emagreceu, é porque você está doente?”. Está com alguma coisa? Não sei se eles pensam dessa forma. Perguntam como eu estou me sentindo. É outro tipo de motivação e outra não que as pessoas não me tratassem sempre bem, sempre me trataram bem, mas acho que não mudou sempre a mesma coisa (7 M).

Vários depoimentos mostraram que o grande emagrecimento levou a uma modificação corporal significativa, principalmente em se tratando de grandes obesos como é o caso dessas pessoas. E como algumas pessoas mudaram em relação aos entrevistados, até mesmo da sogra de uma entrevistada que anteriormente a via *com outros olhos* mudou depois do seu emagrecimento. Provavelmente o “ver com outros olhos” tinha o significado de um olhar discriminatório. É interessante o depoimento de uma entrevistada, porque confirmou que a idéia do gordo engraçado, dos bufões citados por Fischer (1995b). Pois quando ela era gorda, fazia todo sentido ela ser brincalhona e engraçada, mas depois que ela emagreceu essa identidade não lhe coube mais, porque depois do emagrecimento as pessoas passaram a vê-la como uma pessoa mais séria.

Então, assim, as pessoas, minha sogra me elogia, a gente não tem muita afinidade, eu com a minha sogra, a gente se vê pouco. E antes eu percebia que ela me via com outros olhos, então agora não. Ela veio em casa outro dia, ela não fala direto para mim, ela fala para o meu marido, ela fala para a minha mãe. Então eu sei que, as pessoas que me incomodavam, estão incomodadas agora que eu emagreci. Os elogios mudaram muito. Então a minha autoestima mudou muito, sabe. Eu não tenho vergonha de nada, eu me sinto bem aonde eu vou.

Que às vezes as pessoas falam:- “Nossa!”. Que tem pessoas que não me reconhecem. Antes eu não saía mais porque eu tinha vergonha, eu não ia na casa de colegas lá, para falar:- “Nossa, você engordou”, então eu não ia. E agora quando eu vou e encontro, elas falam:- “Ah!”, que tem pessoas que não sabem que eu fiz cirurgia. Falam: - “Nossa, nossa, mas como você emagreceu” (9 F).

Muito, em todos os sentidos, assim, até isso é muito falado antes da cirurgia com a psicóloga ela falou muito sobre isso. Como eu falei, eu sempre fui muito brincalhona, gosto de falar besteira, não sei contar piada, mas eu gosto muito de falar besteira e tudo que eu falava de besteira gorda, tinha um sentido. As mesmas coisas de besteira, magra tem outro sentido para as pessoas, então, isso aí é uma coisa que você tem que trabalhar muito a cabeça, nisso não é! Porque as pessoas passam (...) acham sei lá, você emagreceu, sabe, não sei muitas coisas negativas das pessoas, de amigas mesmo, negativas, não tem mais graça, é besteira demais, sabe? Antes era normal, legal, aí que coisa maravilhosa, que bom, entrava todo mundo na brincadeira, hoje percebo que as pessoas ficam meio assim, talvez me levem mais a sério pelo fato de você estar magra (7 F).

E depois do emagrecimento, muitas mulheres passaram a ser consideradas lindas e bonitas. Uma jovem contou que os homens passaram a cortejá-la, mas ela ainda se lembrava do desdém masculino quando estava “gorda”. Para Diamond (1987), se a beleza pode ser definida como uma agradável harmonia das partes - a beleza tem uma característica de mecânica, uma integridade superficial, então o que é feio pode ser definido como uma desarmonia total: um nariz muito largo para a face; dentes protuberantes; uma característica notadamente deficiente em certos aspectos. Ao mesmo tempo, desarmonias em um período podem ser normais em outros, então deveríamos ser muito cuidadosos sobre as conceituações, afinal é tênue a linha entre beleza e a feiúra.

Dessa maneira, ser belo é estar de acordo com um padrão científico de normalidade de uma época e de determinada sociedade, assim, na atualidade ser normal significa não ser obeso. Da mesma forma, um entrevistado jovem e solteiro, sentiu mudança na relação com as mulheres, que passaram a se interessar por ele, por conta da aparência. Ele comentou também sobre vários ex-operados na universidade que separaram e sobre mulheres que emagreceram e que passaram a ser vigiadas ou maltratadas pelos maridos por conta do ciúme.

O pessoal que me vê hoje, eles falam assim:- “Não acredito!” (risos). Teve um dia que eu estava passando o ponto de ônibus, aí tinha uma guardete, ela me viu, ela botou a mão na cabeça e gritou de cima do ônibus. Ficou todo mundo olhando para a minha cara. Eu estava com uma calça assim, tipo a sua, assim, apertada. Ela olhou assim:- “Fulana, não acredito, é você!”. No ponto de ônibus, todo mundo olhando, parou e olhou (risos). Eu fiquei olhando, falei: “Meu Deus, que escandalosa”. Ela falou: “Fulana, eu vou falar para todo mundo, ninguém vai acreditar, você está linda, você está linda, não acredito, nossa!”. Mas ela vibrava, então, é gostoso. Algumas pessoas vêm aqui em casa até hoje, então, quando eles me olham, assim, que eles me vêem, eles falam:- “Gente eu não acredito, você está linda!”. Eles falam para mim, nossa, é maravilhoso! (5 F).

As pessoas que falam “nossa como você está bem está bonita” e tal, mas assim (...) mudanças não, claro que tem pessoas que nunca te viram ou às vezes te viram, mas nunca de observaram, te repararam, hoje te observam, principalmente homens, como meu pai fala. Meu pai fala:- “é engraçado, antes ninguém te olhava, agora só porque você está assim, aí está todo mundo querendo tirar uma casquinha”. Porque realmente, agora vem de todo que é lugar que você imagina, tem um caboclo ou um peão, é verdade, aonde você vai, onde você passa tem um assim mexendo, um olhando, um vai atrás, um te acompanha e é aquela coisa (...). Agora eu brinco e falo:- “também não quero mais, eu era gorda e ninguém olhava, agora só porque eu emagreci um pouco fica todo mundo atrás, então eu não quero, entendeu”? Aí eu falei:-“ vou escolher um bem feio para todo mundo falar nossa!”. O mais feio é o que eu quero (15 F).

É gostoso assim, nessa parte da relação homem e mulher, as meninas te tratam diferente quem te conhece já olha diferente. E tem que tomar cuidado com isso também, eu comecei a namorar antes da cirurgia, ela dá valor não pela aparência, então que acontece, tem menina que fala: - “ah! você mudou agora a gente precisa conversar”. Eu dei corda:- “qualquer dia a gente podia conversar”. Tive capacidade de marcar para deixar a pessoa esperando, quando eu era daquele jeito você esnobava, hoje eu mudei, eu não mudei em nada, só a aparência, aparência. Agora, porque eu tenho uma namorada, você quer atrapalhar a minha vida? Tem umas pessoas que muda a cabeça, acha que está magro:- “ai vou sair“, tem pessoas que separam, na universidade tem um monte. No caso, mulheres, quando ela estava gorda, o marido brigava, tinha ela como empregada, talvez não desejava ela nem como mulher. Teve uma mulher lá, que o cara estava trancando a mulher em casa, só ia à universidade quando ele ia junto do lado, aí eles falaram com a psicóloga, aí ela separou dele porque ele estava batendo nela, aí aconteceu isso (2 M).

Além do fato de que algumas pessoas não reconhecerem e se espantarem ao encontrar os “ex-gordos”, outro acontecimento curioso relatado por alguns entrevistados é o fato de várias pessoas também não se lembravam mais

de como eles eram quando estavam “gordos”. A imagem corporal atual se sobrepôs a anterior.

Então assim, causa espanto, pessoas que não me viam há algum tempo, ainda espanta agora o pessoal que convive comigo, por exemplo, fala que não consegue mais lembrar de como eu era, assim: - “nossa, eu nem lembro”. Teve a festa de final de ano, eu estava trabalhando no Revellion, no plantão e a gente faz a festa lá no dia e filma um monte de foto. E outro dia puseram essas fotos no mural e o outro jornalista que voltou para o jornal há dois anos, ele estava olhando as fotos, ele não me reconheceu, ele perguntou: - “e essa senhora quem é?”. Essa senhora era eu mesma, não sei o que, que eu já estava me achando, eu tinha perdido uns 15 quilos, eu já estava toda, toda, me achando. Então assim, as pessoas falam assim: - “nossa, não dava para te reconhecer”. É um barato, muito legal, minha família, nossa, tanto que (...) estimulei todo mundo, as três fizeram a cirurgia (as irmãs) (2 F).

Os familiares dos entrevistados, em especial aqueles que acompanharam o processo cirúrgico provavelmente experienciaram e passaram a ter ideias como segunda pessoa⁴¹, a respeito de todo esse contexto que envolveu uma ou mais pessoas, em algumas famílias. A ajuda familiar no processo de busca da nova identidade de magro é importante porque é o olhar do outro que legitima a mudança. Nesse sentido seria interessante o estudo das narrativas dos familiares para melhor compreensão das mudanças de identidade apresentada pelos ex-obesos. Alguns familiares desse grupo de entrevistados tiveram sérios problemas em decorrência da cirurgia e das mudanças de identidade de seus familiares. Outros citaram que a relação familiar não sofreu influências, devido ao grande emagrecimento de um dos seus membros e em alguns casos até melhorou. Como a obesidade frequentemente era acompanhada de outras doenças crônicas que afetavam as pessoas e seus familiares na vida cotidiana, a resolução desses problemas melhorou a vida pessoal em geral repercutindo em todos os membros.

⁴¹ Laplantine (1991) classificou os textos literários em: a) as que consideram a doença do ponto de vista médico, que aborda a doença na terceira pessoa; b) aquelas em que o narrador se confronta com a doença do outro, que aborda a doença na segunda pessoa; c) aquelas que se situam no próprio âmago da doença, onde o narrador está doente, que aborda a doença na primeira pessoa.

Eu acho que eu melhorei de uma forma geral com todo mundo, com a família, com o trabalho pelo fato da pressão estar mais controlada. Eu já sou irritada, briguenta, mas eu estava muito, eu brigava com todo mundo, qualquer coisa era motivo para fazer escândalo, então eu estava em ebulição o tempo inteiro, completamente sem paciência para nada, irritadiça demais e tal. E isso acalmou bastante, então isso melhorou com a família, com o trabalho, com os relacionamentos, com tudo, no trânsito (risos). Eu fiquei um pouco mais contida nessas coisas da irritabilidade. Continuo sendo irritada, dou meus ataques, meus "pitis", mas melhorou bem. Comigo também, é, comigo também, principalmente (2 F).

Como ele (o marido) que está sempre, que ninguém está comigo, às vezes eu como, eu fico ruim. Que nem teve um domingo aí, que eu não estava boa e agora no calor, a gente fica assim, a comida quente, a gordura, parece que dá uma coisa, mas você passa a comida certinha, você não está bem. Aí eu lembro que eu comi, nossa, passei mal a tarde inteira, eu tinha passado mal aquele dia, nossa! Aí ele fica todo preocupado, sabe, nossa, ele sai (...). Ele sabe, eu tomo água de coco aí melhora, ele sai, compra daí eu fiquei bem. Então ele se preocupa, não fala, mas se preocupa (9 F).

A relação conjugal para algumas pessoas que haviam se queixado anteriormente, parece ter sofrido um estímulo após um dos parceiros ter emagrecido, principalmente na intimidade do casal, já que o corpo normatizado abrandou a inibição provocada pela vergonha. Araújo *et al.* (2009) concluíram que a redução do peso corpóreo melhora a qualidade de vida sexual, entre os homens. Observou-se, no entanto, que entre as mulheres entrevistadas a mesma avaliação ocorreu. Contudo, alguns esposos chegaram à conclusão de que preferiam as esposas menos magras, para o desespero delas. As relações afetivas entre os mais jovens também foram incrementadas com pitadas de ciúmes, ao perceberem que o namorado estava emagrecendo.

Com o esposo melhorou, na intimidade, eu ainda tenho vergonha, mas não tanto quanto antes, não tanto quanto antes (11 F).

Agora esses tempos, eu falei assim:- "Olha agora eu vou, eu vou brigar com você, eu vou brigar com você, quando eu estava gorda, você passava a mão em mim e falava que eu estava parecendo uma baleia". Que a cama, ele dizia que fazia até assim do meu lado. Uns dias deitado assim, ele começou a passar a mão em mim assim falou:- "Nossa, aí, agora você está muito magra, as perninhas secas, você quase não tem mais (...) essas perninhas seca, olha, está magrinha agora. Ah, acho que eu preferia antes você gordinha, para ter onde pegar". Falei:- "Ah, está bom, quando eu estava gorda reclamava que

parecia uma baleia, agora eu estou magrinha e ficando esbelta, agora que era para você gostar, está reclamando também”. Falei:- “Aí, então não sei nada que serve para você está bom” (6 F).

A gente vê que ela (a namorada) ficou um pouquinho mais ciumenta. Ela está voltando ao normal, de novo, só que no caso ela também se cuida, tem uma boa aparência, agora fica um querendo cuidar do outro, mas ciúme não tem nada de atrapalhar o namoro, não. Melhorou 100%, melhor porque você fica mais feliz e outra, disposição também total, que você é obeso não tem disposição para tudo, agora, quando você está melhor, só tende a melhorar, a coisa está bem melhor (2 M).

Ao recordarmos o relato de uma entrevistada foi possível verificar como as diferentes representações do corpo se alteraram durante a sua biografia na vida familiar. Na infância, os irmãos a chamavam de Olívia Palito, figura simbólica da magreza. Depois que engordou os irmãos passaram a chamá-la de “hipopótama”, outra figura simbólica do corpo “gordo”. E depois da cirurgia, quando perdeu peso houve o retorno à representação simbólica da magreza, a Olívia Palito, apelido conhecido apenas na infância. Mas todas essas representações estão ligadas também às mudanças de identidade que ocorreram na sua história de vida, permeadas pelas experiências vividas pelo corpo. O emagrecimento, a melhoria da saúde, a facilidade para locomoção também permitiram o resgate da autonomia, possibilitando a independência para morar sozinha, assim não era mais necessário coabitar na mesma casa e muito menos assegurar o sustento.

A única coisa que minha família fala é que eu estou bem. Eu estou bem, está bonito, está melhor. Para mim é maravilhoso. E as minhas irmãs são a mesma coisa, elas falam também, me chamam de magrela agora. Voltei a ser Olívia Palito, a magrela (risos) (5 F).

Ah! mudei botei ordem, agora estou vivendo sós para mim, no começo foi meio duro, no começo assim, mas agora está tudo em paz. Agora acho que todo mundo (...) sabe e eu estou mais feliz também, você está entendendo? Ah (...) e eu estou morando sozinha. Uma coisa que eu sempre, que eu sempre quis fazer, as pessoas vem como visita, eu mando na minha casa. O que você gasta de conta de telefone, eu gastei, eu não estou pagando conta dos outros, você entende? A pessoa não tomou conhecimento do que você fala você fica ali falando com as paredes, eu tomo as rédeas da minha vida, está ótimo. Nossa, eu acho que está ótima (13 F).

É importante ressaltar que em alguns casos, os familiares estranharam a mudança de comportamento dos entrevistados, pois se tornaram mais “agressivos” e menos cordatos como mostramos na discussão sobre identidade. Aqui observamos mais um relato sobre essa alteração, na qual uma depoente citou que sua “cabeça” mudou bastante depois da cirurgia, porque antes queria fazer tudo certinho, só para agradar as pessoas, mas mudou radicalmente depois da cirurgia. Agora, ela segue a sua própria vontade. Podemos entender que o emagrecimento promoveu a eliminação do forte estigma corporal e esse fator provavelmente contribuiu para a recuperação ou fortalecimento da autoestima e da segurança das pessoas. Portanto, não havia mais necessidade de agradar as pessoas para serem aceitos socialmente, fato que lhes permitiu seguir as próprias vontades. Alguns se tornaram mais estressados, mais chatos e mais agressivos, a ponto de considerar que “operaram a cabeça”.

Só alguns lugares de Piracicaba, que eu não me sinto bem, na casa de certas pessoas, família (da parte do marido) que eu cortei, eu falei:- “Não, agora eu não vou”, a gente aprende, as coisas vão acontecendo na vida da gente, a gente aprende assim, o que faz bem e o que não faz. Então antes eu achava que eu tinha que frequentar a casa de certas pessoas, por educação, que eu tinha. Não, hoje em dia, eu acho que eu não tenho, não sou obrigada a fazer o que não me agrada. Então, eu não faço o que já não me agrada, nada, nada. E todo mundo vai atrás, o meu marido e os meus filhos tudo me segue. Eu falo:- “Não, a gente não tem que aguentar cara feia, ouvir o que a gente não quer então a gente não vai, não é obrigado”. Então essas coisas eu mudei para mim, acho que tem relação com a cirurgia sim, porque foi depois dela que eu mudei (...). Mas eu mudei, mudou essas coisas da minha cabeça, mudou muito, que eu não tenho que ouvir o que eu não quero, eu ouço o que eu quero, só. Antes eu parecia uma boba, queria fazer tudo certinho, agora não, olhou feio, eu olho mais ainda (9 F).

Dizem que eu estou mais doida, mais estressada e mais doida, mais chata. Mais chata, eu também acho isso, até por isso estou fazendo terapia, acho que algumas coisas precisam ser mudadas. Por isso eu falo, sei lá o que aconteceu, acho mesmo que operaram a minha cabeça, porque fiquei muito estressada. Nossa, tem dias que eu não me aguento (4 F).

O marido de uma entrevistada que sofreu com as complicações após a cirurgia não ficou feliz ao ver o emagrecimento da esposa, por sinal muito acentuado. Para ele, não havia nenhum resultado positivo da cirurgia, só

problemas que causaram muita tristeza à família toda. Na ocasião em que fomos realizar uma entrevista na casa de um depoente, sua esposa permaneceu junto ao longo da conversa e só se manifestou quando iniciamos essa discussão. Ela pediu licença ao marido para participar do relato, porque julgou ser importante informar também sobre os problemas que surgiram, assim resolvemos incluir o seu depoimento. Ela relatou que depois do emagrecimento, seu marido mudou de comportamento radicalmente, o que provocou a separação do casal, mas depois conseguiram equilibrar-se novamente. O emagrecimento provocou o desejo de viver livremente e ter novas sensações. Ele passou a sair muito e mudou as amizades; “vinculou o peso dele ao peso da família” e “queria se livrar da família também”, nas palavras de sua esposa:

Problema para ele se encontrar, eu acho. Logo após o primeiro ano, já estava estabilizado naquele peso, aí acho que a ficha caiu que ele tinha aquele peso, que era dele mesmo aquilo. Até pelas coisas, ele andou fazendo, pelas amizades que ele andou tendo, ele sentiu num mundo que não era dele. Ele mudou muito do que ele é hoje e do que ele era. Foi um tempo assim que até ele voltar para o lugar, foi um período muito complicado. Vício que eu falo, não era o vício de (...) de (...) fumar, beber, mas é o vício dele foi sabe (...) que ele queria curtir a vida assim:- “agora que eu sou magro, eu vou sair, vou beber, vou sair com meus amigos”. Ele já, ele já sentia preso e se libertou, entendeu? Só que se libertou para o mundo que não era um mundo que ele gostava, mas depois caiu em si, que não é por ser magro que ele tinha que perder isso e aquilo, então ele fez muita besteira, aí nessa fase a gente se separou. Sempre algum distúrbio dá, todo mundo que eu conheço, alguma coisinha tem. Ele começou a sair muito, querer zoar, sabe assim, com amigos, coisas que ele não gostava, tipo de amizade que ele nunca teria na vida. Tipo assim, como se esquecesse da gente, como se ele tivesse vinculado aquele tempo ruim a mim e às crianças, entendeu? E não querer voltar para aquilo, ele vinculou o peso dele ao peso da família, entendeu? Aí ele parece que queria distância da gente, se livrar da gente. Então eu senti isso, pelo tipo que ele mudou e pela rejeição que ele tinha da gente, antes a gente, a família era tudo para ele, ele não saía, assim. Então eu sinto porque parecia que ele tinha tomado repulsa, sabe, da gente, parece que era aquele mundo lá (esposa de 1 M).

O meu marido nunca foi estressado. O jeito dele é assim, sempre sossegado, sossegado. Os colega dele falam que a morte vai passar perto dele e falar chegou a sua hora. Ele vai estar tão tranquilo que vai falar:- “Eu vou pegar o próximo que está ali, depois a gente...”. Eu falo para ele que nós fomos feitos um para o outro. Ele não ficou feliz em me ver emagrecendo não, porque eu tive essas complicações. Como uma pessoa vai ficar feliz numa coisa que para ele, ele não viu vantagem ainda? Ele fala um ano e quatro meses que eu passei. Então que vantagem que ele viu nisso. Ele me viu só eu me acabando, me

acabando, me acabando. Então, eu acho que para ele não significou muito não (8 F).

Os amigos passaram a elogiar o emagrecimento. Quando os sujeitos eram “gordos”, muitas pessoas não vinham conversar, só depois do emagrecimento é que passaram a procurá-los, então aqueles que tentavam se aproximar depois do emagrecimento foram olhados com certa desconfiança. A mudança de hábito exigida após a cirurgia por vezes não foi compreendida pelos amigos mediante as constantes recusas de convites para ir ao bar tomar cerveja ou ir ao rodízio.

O pessoal quando via principalmente no serviço é só elogio, principalmente aqueles que viram bem depois de seis, sete meses que eu tinha perdido 30, 35, o pessoal não acredita (...) (3 M).

O pessoal lá que faço todos os dias exercício físico tem que fazer sete dias por semana, de manhã, estava chovendo eu ia à noite, porque querendo ou não tem muito amigo para apoiar:- “vamos no bar tomar cerveja, vamos no rodízio”, no começo o pessoal até estranhou comigo, mas eles não vão entender isso, tem amigo que estranho que acha que eu fiquei muito fresco, que só penso em malhar e comer mato (...) (2 M).

6. O emagrecimento e o trabalho

As considerações de Ory (2008) sobre o corpo no trabalho revelam que as incessantes transformações dos modos de produção e de troca remodelaram o século XX, assim surgiu uma nova corporalidade no universo do trabalho dominado pelas elites para garantir para si o controle dos corpos. A economia do corpo resumido a um quadro de gestos torna-se suscetível a uma programação e traz uma pretensão científica (a organização do trabalho) teorizado por Taylor e aproveitado em diversos países por grandes empresários, a começar por Ford. As diversas tendências do movimento operário logo mostraram a faceta mais negativa dessa inovação sob a forma da moderna escravidão e da desumanização, mas essa nova ordem corporal vai aos poucos dominando as indústrias do mundo inteiro.

Essa forma de calcular a energia corporal ultrapassa os espaços da empresa e invade o ambiente doméstico através dos aparelhos que, por um lado, “libertam” a mulher, mas, por outro, a instiga a trabalhar fora de casa, sem, contudo, pôr em xeque a distribuição dos papéis entre os casais. Persiste ainda a preocupação quanto a gastar menos energia nos deslocamentos, nos usos do corpo no trabalho justificada pela racionalidade, pela consideração de ordem moral, com a limitação do caráter penoso. Por volta de 1950, o termo *ergonomia* consiste na tomada de consciência da necessidade de estudar, prevenir ou mesmo curar os males causados pelas condições de trabalho. Surge também a legislação para proteção dos mais jovens e das mulheres, as limitações da jornada de trabalho que vai se estendendo à “higiene” e à “segurança” nos locais de trabalho até a criação da Organização Internacional do Trabalho.

Os evidentes progressos da área não modificam a classificação corporal correspondente à distinção do trabalhador manual, agrícola, industrial ou mesmo comercial e de todos os outros não pertencentes ao universo dos “serviços”. A submissão estrita dos corpos econômicos e condições de produção penosas e muitas vezes mutiladoras são mais frequentes no Terceiro Mundo, conclui Ory (2008). Se a obesidade significa doença, então ela também pode ser vista como problema econômico. Assim sendo, combater fervorosamente o problema do excesso de peso contribuirá para reduzir a longo prazo a sobrecarga nos serviços de saúde e de seguridade e assistência social, permitindo que as pessoas tenham uma vida produtiva mais longa. Os corpos no mundo do trabalho sofrem também pelo seu “desvio” e passam a ser depósito de atitudes preconceituosas que afetam a sua saúde, a qualidade de vida e a sua dignidade.

Vários entrevistados relataram as mudanças ocorridas nas relações no mundo do trabalho, principalmente pela relação entre outros colegas. As pessoas se tornaram mais simpáticas e próximas. Alguns “ex-gordos” só perceberam depois que emagreceram que os colegas de trabalho debochavam dos obesos.

Ah, tinha pessoas que é me tratavam de um jeito e hoje tratam de outra! Assim, é algumas pessoas assim, não tinham muita, não tinham muita conversa assim comigo, mas, não sei se preconceito, porque (...) mas, hoje vem, conversam, cumprimentam, perguntam como é que eu estou, então em minha opinião, eu acho que não foi pouca não (...). Como eu falei hoje eu vejo aquelas pessoas

debochando dos gordos na firma, eu não, eu não gosto, eu acho que é eu não gosto porque ser gordo, eu sei o que é isso, ninguém é gordo porque quer (5 M).

Mas a gente sabe que existe a discriminação, que o gordinho é ponto de referência, você vira ponto de referência mesmo. E a gente hoje, que nem meu primo, que trabalha comigo, como a gente tem essa liberdade, de tirar o sarro um do outro, então continuo brincando com ele, ô gordinho, não sei o quê, então, é, você estando do outro lado, você percebe que as pessoas são terríveis e hoje eu percebo outras pessoas zombando dele (12 F).

Uma cozinheira contou que não conseguia mais provar certas comidas e precisava pedir para alguém prová-las. As dificuldades relacionadas ao trabalho devido ao corpo em “excesso” e/ou pelas doenças a ele associadas foram desaparecendo depois do emagrecimento, as viagens de trabalho que antes eram problemáticas passaram a ser prazerosas. Sentir mais disposição para o trabalho e perceber que as outras pessoas passaram a tratá-la com mais simpatia, não sentir mais dores no corpo elevou o seu desempenho profissional.

No trabalho, para mim, normal. Não, para mim não, só que como cozinheira, eu não consigo mais experimentar certas comidas como a carne que te falei, eu sempre peço para alguém provar e se eu ficar provando muito depois não consigo comer de jeito nenhum (5 F, cozinheira).

Só melhorou, agora posso assumir mais coisa, eu estou mais disposta para fazer tudo, reconhecimento também, apesar de que reconhecimento aqui no serviço, eu sempre tive, mas acho que as pessoas hoje brincam mais comigo. Eu acho que (...) o desempenho melhorou muito, muito (...). Imagine você trabalhar com dor, imagina se você rende se você tem que tomar remédio, sabe! O desempenho nem se compara, nem se compara. Desempenho, nem se compara. Colegas de trabalho e chefia, ele falou para mim: –“Eu vou mandar você lá para a nutricionista, para fazer reeducação alimentar, você precisa emagrecer” e depois quando ele me viu:- “nooossa!”, ele ficou super feliz, super feliz (13 F, técnica administrativa).

E entre os homens, a obesidade associada a outros problemas implicava na dificuldade cotidiana do trabalho, que por vezes foi cumprida de forma penosa. Mas o emagrecimento produziu mais felicidade, porque permitia a movimentação do seu corpo sem dificuldade. O relato de um homem jovem mostrou que, por um lado, ele se tornou 100% mais organizado, mais atencioso, que houve aumento na

produção e ganho de reconhecimento, mas, por outro lado, não tinha mais necessidade de agradar ninguém, porque não sentia mais medo. Novamente localizamos uma mudança importante no seu comportamento, na sua identidade, que foi observado pela sua mãe, namorada e amigos, ou seja, não ficou restrito ao mundo do trabalho. Outro entrevistado também relatou que a sua produção na fábrica também havia melhorado muito e que estava feliz por estar magro, porque não tinha mais receio se acaso fosse mandado embora porque estava com uma aparência melhor. E um motorista autônomo conseguia dirigir melhor, pois o volante ficou distante da barriga.

Em relação ao serviço é melhor, a pessoas ainda não estão acostumadas, eu fazia tudo para agradar, hoje não, eu faço o que tiver que fazer, eu faço tudo certinho, não fico mais (...). Antes não, eu fazia porque tinha que agradar, hoje não, se eu puder ajudar, eu ajudo. Ficar com medo não, eu melhorei você está sendo uma pessoa objetiva, por mais que dá, você fala, antes não. Hoje eu chego às sete, eu já estou trabalhando 100%, não paro, sou mais organizado, mais atencioso, desenvolvo trabalho, minha produção na empresa melhorou muito. Antes eu enrolava, antes eu demorava, para ir lá olhar as peças, deixava dois, três dias lá, só ia quando chegava o encarregado de produção e começava a brigar. Hoje não, já chega de manhã ali em ½ hora, então hoje eu percebo que hoje tem o reconhecimento. A cirurgia levou eu ter uma autoestima boa, saúde boa, se eu não tivesse feito (...). E como eu estou de bem com a vida, disposto, então é por causa disso que tem a ver com a cirurgia sim (2 M).

Mas para algumas pessoas, o emagrecimento não foi acompanhado pelas mudanças na área do trabalho, dessa maneira, uma mulher que enfrentou obesidade desde a infância, contou que as pessoas no ambiente de trabalho ainda brincavam com os defeitos alheios e que apesar do emagrecimento não houve reconhecimento profissional, porque as pessoas ainda estavam impregnadas pelos rótulos e não permitiam as mudanças das outras. A mudança sofrida pelo emagrecimento muitas vezes foi ligada ao emocional, assim uma entrevistada relatou que ficou mais estressada, como já demonstrado anteriormente. Trata-se também de uma mudança de comportamento, que passou a influenciar não apenas os familiares, mas refletiu também nas relações de trabalho.

Em relação ao trabalho, acho que não mudou muito não, o pessoal daqui brinca muito com os defeitos dos outros, carecas, gordos (...) tem sempre alguém tirando fotos de momentos constrangedores de outras pessoas e depois eles colocam no mural para fazer umas piadinhas (...) é chato isso, puxa vida! Em relação à chefia (...) não sei, acho que não mudou nada! Reconhecimento profissional? O que é isso? Ah, não, isso não (...), porque as pessoas rotulam as outras (...) fulano é assim, o outro (...) e isso a gente não tira assim não, os rótulos são construídos e fica impregnado, demora-se muito tempo para que os rótulos sejam mudados, ou não mudam nunca... ninguém permite....(3 F)

Eu fiquei cem dias pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e mais dez dias e isso foi muito bom, porque veio a readaptação alimentar aos poucos, foi uma coisa muito cuidadosa, isso eu achei bom. Tem colega minha que voltou com dois meses, entendeu, mas não sei, eu acho que eu voltei no momento certo, apesar de que eu pretendia voltar com 90, mas foi numa época que eu estava passando meio mal e o médico me deu mais dez dias e eu já tinha essas férias programadas. Foi o estresse, foi o estresse, foi aí que eu passei do psicólogo para a psiquiatria, foi exatamente nesse momento que a gente percebeu, eu precisava de mais tempo, porque eu fiquei muito chata, chata patológica que fala, muito (...). Para tudo, no trabalho então, que as pessoas não tem que me aguentar, as pessoas comentam (...) (4 F).

Em relação às atividades do lar, a maioria das mulheres informou que o trabalho doméstico foi extremamente facilitado pelo emagrecimento, porque proporcionou uma melhor disposição, mais agilidade, rapidez, afinal era possível abaixar e sentar. A liberação dos movimentos corporais refletiu-se em todas as atividades diárias, inclusive no trabalho doméstico, que exigia sobremaneira do seu corpo. Um depoimento mostrou a dualidade entre corpo e mente, no qual uma mulher afirmou ter depressão, mas afirmou que esse problema não tinha nada a ver com o corpo.

Melhorou porque eu estou mais disposta. Disposta. Só que eu quero fazer tudo hoje, não quero deixar nada para amanhã. Eu quero fazer tudo hoje, aí que eu me canso, entendeu? Mas eu, enquanto/eu estou mais ágil, mais rápida, então eu dou conta das coisas (9 F).

Sinto, sinto, sinto, só que assim, aí eu sinto outros problemas que não tem nada a ver com o, o problema do meu corpo, é por causa da depressão. É mais assim, para andar, para abaixar, é uma delícia, quando eu comecei a abaixar, quando eu, nossa, é maravilhoso, é uma delícia, abaixar, sentar, dobrar, ver minha perninha sequinha, eu acho ela até estranho, é estranho (14 F).

7. Lazer

O lazer é consumo do tempo, então o repouso, o descanso, a evasão talvez sejam “necessidades”, mas não definem por si mesmas o lazer. O tempo livre é, antes de tudo, a liberdade da pura perda, segundo Baudrillard (2008).

Pessoas que não tinham o hábito de sair quando estavam “gordos”, depois da cirurgia foram à praia e passaram a participar mais facilmente das atividades religiosas que antes eram dificultadas pelo cansaço e pela falta de ânimo. Quando o corpo estava “gordo”, muitas pessoas ficavam isoladas socialmente viviam apenas em contato com os familiares mais próximos e com poucos amigos. O fato de perder peso proporcionou a ruptura da clausura para a maioria dos nossos entrevistados e foi possível ouvir expressões tais como: vontade de ir à praia; ao cinema com as crianças; a shows; andar de bicicleta; passear de carro; passear mais com a família e ir para as “baladas”. Alguns ainda privilegiavam os passeios gastronômicos, como ir aos restaurantes, lanchonetes, mas depois da cirurgia passaram a participar das festas de confraternização de empresa, antes consideradas insuportáveis, porque não havia mais o constrangimento de exporem o corpo. A normatização do corpo promoveu o pleno reativamento do lazer e dos contatos sociais.

Oh, eu vou muito para o cinema, onde as meninas falam:- “ai eu quero ir, eu estou indo com elas”. Hoje eu não fico mais querendo ficar mais em casa não. Eu ando de bicicleta, eu vou para show, tem uma festa eu vou. Quer ir para o cinema a gente vai. Então sempre saio com elas (11 F).

Passei a passear mais, mas ainda está muito associado a restaurantes, diminuiu muito, em relação a antes, mas ainda vamos bastante, a lanchonetes (...). Mas hoje tenho mais vontade de ir à praia (...). Ah, uma coisa que mudou é que hoje não tenho mais problema de ir às festas de confraternização da empresa do meu marido (...). Hoje eu vou com gosto (...). Depois que emagreci eu não preciso mais ficar constrangida se tiver piscina ou se precisar colocar um short (3 F).

O isolamento social era proveniente da vergonha corporal, da clara evidência de um corpo desviante que chamava a atenção das outras pessoas, mas alcançar a normatidade foi motivo para os elogios. Fazer parte das atividades

de lazer da empresa; frequentar o clube; a sauna, jogar baralho, bingo e assistir às partidas de futebol. Bater papo com o pessoal e ser convidado para ir almoçar na casa dos colegas, todas essas atividades parecem “lugar comum” se não forem contextualizadas na história de um homem que apresentava um corpo “gordo”, muitos problemas de saúde e se sentia profundamente discriminado por esse motivo.

Sim, tenho vontade, a gente sai. Cato as meninas e saímos, é maravilhoso. Chega num lugar não tem ninguém para ficar te olhando como que você fosse o centro das atenções. Porque você acabou se tornando uma pessoa normal como todo mundo. Entendeu. É maravilhoso, tem algumas pessoas que te conhecem e chegam “Ah, você está linda”, por mais que está tudo caído ainda, mas eu estou linda (risos). Para mim está ótimo (5 F).

Ah, eu voltei assim a frequentar assim, jogo de baralho, uma roda de bate papo, lá na firma esses dias atrás, ia ter um campeonato interno, eu não posso jogar ainda, mas eu ia lá assistir o jogo, saía do clube ia lá para o bingo, ia lá assistia o jogo para depois ir embora, ficava batendo papo com o pessoal. Passei no clube, eu não entrava numa piscina com vergonha, como é que eu ia entrar numa piscina de sunga. isso é a coisa mais ridícula! É, hoje não, hoje eu vou à piscina, vou na sauna, então melhorou bastante. Comecei a frequentar o clube e assim eu brinco com uns amigos meus que antes os horários que eu fazia não permitiam muito de eu ir mesmo, eu brinco com eles que quando eu era gordo, ninguém me chamava para almoçar na casa deles, hoje eles me chamam, mas é por causa do horário, porque essas são pessoas que eu tenho total confiança. Eu brinco com eles, eu frequento mais a casa deles hoje, mas assim eu voltei a frequentar, por exemplo, os mesmos lugares, só que antes eu quase não ia (5 M).

8. O cuidado de si

O trabalho de Sant’Anna (1995) sobre a história do embelezamento no Brasil traz o olhar do cuidado de si, cuja abordagem é mais centrada nas mulheres, mas que também se estende aos homens. A partir da segunda metade do século XX, os cuidados destinados a tornar a imagem do corpo passível de seduzir deixam de se limitar aos segredos de beleza transmitidos através de gerações e passam a associar-se aos produtos externos, tais como tinturas, cremes e pós. Assim, a megaindústria constituída pela tríade alimentação-saúde-

beleza promove rapidamente o direito de se embelezar em qualquer idade e em qualquer lugar.

Essa megaindústria se alia à cosmetologia no começo da década de 1950; desde então, os chamados “remédios para beleza” passam a ter como função não somente disfarçar os problemas da aparência física, mas principalmente corrigi-los e preveni-los. Os cosméticos ganham então embalagens belas como a beleza que se quer alcançar. Os cremes para o rosto adquirem aspectos cada vez mais suaves e sugerem a possibilidade de um carinho a ser feito ao próprio corpo. Assim, “gostar de si mesmo” torna-se *slogan* cada vez mais valorizado pela publicidade, então no lugar de apresentar o produto, o verbo “sentir” invade a propaganda, revelando novas possibilidades de prazer a cada toque e a cada olhar.

Os conselhos de beleza recomendam regimes alimentares, coisa que não ocorria antes, como se a ambição de obter prazer, não estivesse só por conta dos cosméticos ou cirurgias plásticas, mas todos os dias “na ponta do garfo”. O corpo se transformou num paradoxo da cultura contemporânea: extremamente cultuado, mostrado, mas ao mesmo tempo intensamente violentado e comercializado. Como se o corpo tivesse se transformado em uma espécie de alma, em seu nome são feitos sacrifícios e trabalhos de toda ordem, ascetes, porque dele se esperam a salvação e todos os prazeres da vida, segundo a autora.

Depois do emagrecimento, a maioria das pessoas relatou melhora significativa em relação ao ânimo e à disposição; a ter mais “pique” para fazer as coisas; ficar mais vaidosa; ter boas sensações; se cuidar mais; querer ser mais bonita; realizar determinados movimentos corporais que há muito não conseguia, como sentar e cruzar as pernas; ficar mais vaidosa; ter vontade de se vestir; usar adornos, como anéis, pulseiras. Mas o emagrecimento também provocou a flacidez da pele do rosto e do corpo.

Está ótimo, é diferente, assim, é, pela disposição que você tem para fazer as coisas, para sair, então você tem mais vontade, é tudo muito melhor, porque você passa a se vestir melhor, ai você quer arrumar o cabelo, você quer arrumar a unha, você quer estar mais bonita, não para os outros, mais para mim mesma. Hoje eu gosto de sentar e cruzar a perna, que no dia que consegui sentar e cruzar as pernas eu chorei: -“eu não acredito, eu cruzei a perna,

consegui cruzar a perna”. Minhas lágrimas correram de felicidade porque, gordinha, você não cruza a perna, então é muito bom, não é bom, é ótimo, maravilhoso, depois que você faz (7 F).

Bom, em relação à minha pessoa, claro que estou muito mais vaidosa, olha (mostrando os anéis e pulseiras). Hoje tenho outra vontade de me vestir, colocar anel, pulseira, porque tudo cabe. Acho que estou bem (esticando as pálpebras dos olhos e puxando a pele do rosto) tirando uma ruguinha daqui outra dali, uma pele meio estranha (...). Acho que estou precisando ir no dermatologista, minha pele do rosto ficou diferente, viu! Ficou feia (...) ficou com um pouco de rugas que não tinha antes, a do corpo também ficou diferente. Acho que é outro lado da história (...) (3 F).

Para um homem que estava decidido a morrer e foi internado numa clínica psiquiátrica, o emagrecimento e suas consequências trouxeram a possibilidade de sonhar com planos para o futuro, além do cuidado com a saúde, portanto ele considerou que a cirurgia lhe proporcionou felicidade, amor próprio, vontade de viver. Uma mudança importante foi relatada por homens jovens que passaram a praticar e a gostar da atividade física, o que antes era quase impossível. Um deles comentou sobre a melhora da autoestima, facilidade para comprar roupas, a mudança do olhar das pessoas e, sobretudo da namorada, que ficou mais ciumenta.

Eu me sinto muito feliz, muito feliz mesmo (...). Essa cirurgia só me trouxe felicidade, acho que isso tudo diz felicidade, felicidade, felicidade, amor próprio, vontade de viver, vontade de viver e dar a volta por cima, felicidade! Para quem estava decidido a morrer e foi internado num sanatório, hoje está pensando em concluir a faculdade e ter saúde e ter uma aposentadoria saudável é porque quer viver. E se a pessoa quer viver, mas tem que viver infeliz, viver infeliz é melhor cavar um buraco e cair dentro. (6 M)

Tem, assim, é (...) no esporte! É muito mais vontade de fazer, antes eu não tinha, eu não conseguia fazer! Agora eu consigo fazer e tenho vontade, isso foi porque eu emagreci, que mais? Em relação a mim é a autoestima, isso que mudou. Agora você entra num shopping, qualquer loja tem roupa para você, você tem o que escolher, você escolhe, tem opção, agora isso acho que é autoestima. É bacana, você se arruma melhor, você é visto com outros olhos também, a namorada já ficou com mais ciúmes, já tinha ciúmes, agora dobrou os ciúmes (risos) tudo isso ajuda na autoestima (4 M).

9. As roupas

O emagrecimento proporcionou o prazer de comprar roupas, pois como o corpo estava normatizado foi possível trocar os eternos “uniformes” pelas roupas de vários modelos diferentes, estilos e cores, não sendo mais necessário procurar uma costureira porque seu corpo estava fora do padrão. A maioria voltou a usar roupas que antes eram inconcebíveis, como o short e o maiô. O emagrecimento também contribuiu para ter prazer no autocuidado, como o uso de maquiagens. O grande risco de sucumbir no consumismo e comprar muita roupa foi limitado pelo poder aquisitivo. Para Baudrillard (2008, p.168) “...as estruturas atuais da produção/consumo induzem no sujeito uma dupla prática, conexas com a representação desunida (mas profundamente solidária) do seu próprio corpo: o corpo como capital e como feitiço (ou objeto de consumo)”.

Hoje eu gosto de comprar roupas, aliás, virei consumista, agora tudo cabe, tudo fica bom (...). Era tudo roupa de velha, parecia da minha avó. Hoje eu compro calças de jeans, blusa, até sapato fica bonito no pé. Antes, eu só comprava calças legging, jogava um camisão por cima e pronto. Era assim que eu me vestia, era meu uniforme, para o gordo não tem graça roupa nenhuma tudo fica estranho e feio. Eu estava deprimida, apática, não tinha vontade de fazer nada, só saía com meus familiares (3 F).

Eu acho roupa aonde eu vou hoje em dia, eu só não compro tudo o que eu quero porque eu não tenho dinheiro, que eu não trabalho e eu não tenho dinheiro para comprar tudo o que eu quero. Se eu descer ali naquela loja, eu acho roupa para mim, se eu for naquela outra, eu acho. Antes não, eu entrava numa loja o que tem é o que serve para mim que não é do meu agrado, hoje não. Eu posso escolher cor, posso escolher modelo, o que eu quiser (...). Passei a me cuidar muito mais, voltei a usar maquiagem, usar salto, shorts, essas coisas que eu não usava. Só não voltei a usar biquíni porque eu tenho vergonha do meu seio, é feio. Depois que eu operei, eu já cheguei a ir na praia, só que eu coloquei maiô e ainda coloquei outra coisa por cima que eu tenho medo que manche, estava num período ainda que podia manchar. Tinha, eu acho que uns cinco meses, então hoje se eu for pôr, eu coloco maiô, porque eu sei que a minha barriga está feia e as estrias ficaram aparecendo mais, por isso (9 F).

Novamente percebemos uma insistência na referência às roupas, pois, como argumenta Malysse (2002, pg. 107), “as roupas, prolongamento da pele, também participam dessa apresentação de si por meio da apresentação do

“eu-corpo” e seus costumes e tendências parecem estar intimamente ligadas à maneira como cada grupo social considera o corpo”. Antes havia um sentimento de vergonha ao olhar no espelho, porque se considerava feia e nenhuma roupa ficava bem. O desejo da época que estavam “gordos” era “entrar” nas antigas roupas que não lhes serviam mais, mas depois do emagrecimento essas também se tornaram grandes. Assim, o “olhar atual” trouxe o desejo de corrigir o que não estava bom, o que estava feio. A relação com o corpo foi traduzida pela possibilidade de comprar roupas apreciáveis e que serviam sem ter necessidade de ir a lojas especializadas e podiam até desdenhar de algumas roupas que ficavam grandes ou que não eram do seu agrado.

Ah, eu me olho, antes eu tinha vergonha de olhar no espelho, que eu me olhava e me sentia feia, nada ficava bom. Hoje não, hoje eu olho porque eu quero corrigir o que está feio, o que não está bom. É, gosto de olhar, gosto de ficar experimentando as coisas, meu processo de emagrecimento foi muito legal, porque eu tinha roupas de magra, de mais magra. Então eu experimentava, “Ai, eu quero entrar naquela roupa”. É, tipo assim, eu tinha duas calças, que eu adorava, eram bordadas assim, pouco eu usei que daí eu fui engordando. Então eu não via a hora de emagrecer para usar aquelas calças, sabe. Ah, pouco usei e eu dei embora, eu não quero nem ver (9 F).

Hoje eu falo assim, que antes eu convivia com a minha gordura, hoje eu convivo com a minha pelanca (risos), que eu não passei pela plástica ainda, mas é muito bom, é muito bom, você sair e passar numa loja, ver uma roupa, gostar, poder ir atrás, poder comprar e servir em você aquela roupa, porque às vezes você tem dinheiro para comprar, mas não tem seu numero. É chato você escutar isso, você fica meio assim, puxa vida, tenho eu tenho dinheiro para comprar, mas não tem para mim e hoje não, você pode ir lá, comprar. Posso falar:- “não, essa está muito grande, por favor, pegue um menor, sabe”. Mas eu acho que continuo a mesma coisa, gosto de brincar, de rir, do mesmo jeito que sempre fui, da mesma forma (7 F).

A constatação real do emagrecimento ocorreu no momento de comprar roupas novas e descobrir que estava usando o tamanho P, ou seja, “roupa de magro”. Hoje a relação com espelho se tornou prazerosa. O corpo magro devolveu o amor próprio e vontade de querer viver, pois o tempo em que estava com o corpo em excesso foi comparado à morte. Agora é possível “consertar” o corpo e então o amor próprio se torna maior ainda. Dessa forma, o corpo é declinado em peças isoladas que podem ser substituídas por motivos terapêuticos, mas também

por motivo de conveniência pessoal ou por perseguir uma utopia técnica de purificação do homem, de retificação de seu ser no mundo; assim, o corpo torna-se um rascunho a ser corrigido argumenta Le Breton, (2003).

Esses dias eu fui comprar um vestido, cheguei na loja, eu falei assim: “Eu quero um vestido, mas eu acho que é o G” (risos). Eu coloquei o G ficou enorme, o médio ficou sobrando aqui do lado, tudo largo. Falei:- “Nossa, meu Deus, eu não acredito!” É, realmente eu estou bem magra, mesmo. Mas geralmente hoje a roupa é P, tudo roupa de magro. Ah, eu consigo me olhar no espelho, adoro colocar uma roupa e me olhar no espelho (risos). Voltei a me amar de novo, coisa que eu tinha perdido, coisas que eu tinha deixado treze anos passar, hoje eu quero viver, hoje eu quero curtir. Parecia que eu estava morta, hoje eu estou viva. Eu sempre usei blusas que chegavam aqui, cobria até a bunda, com manga até aqui, sempre comprido. Para esconder aquela gordura, para tentar esconder, sabe. Então hoje não, hoje por mais que tenho que fazer a plástica, hoje eu uso roupa cavada, entendeu. A única coisa é que a minha pequenininha falou assim: “mãe, o seio está feio mãe, está caído” (risos), eu falei:- “o ano que vem a mãe conserta” (risos). Vou me amar muito mais, o ano que vem a hora que eu fazer a minha plástica. Olha o tanto de seio que eu tinha, hoje eu não tenho nada, o que segura aqui é o bojo, nem seio eu tenho mais (...). Eu quero fazer barriga, peito, braço, perna, o que tiver direito de fazer eu quero arrancar. Minha mãe não acreditou, ela falou que sou louca. Eu falei assim: “Eu vou morrer lá dentro, eu não quero nem ver, eu quero ficar linda” (5 F).

A relação com o corpo normatizado foi traduzida pela comparação das aparências, entre o antes e o depois, entre o gordo e o magro. Apesar dos bons resultados do processo de reconstrução do corpo magro, outras exigências foram surgindo, pois nessa cultura que classifica, hierarquiza e julga a partir da forma física, não basta não ser magro, é preciso construir um corpo firme, musculoso, livre de marcas de relaxamento ou de moleza (Lipovetsky, 2000).

A maioria dos entrevistados se encontrava satisfeitos com o emagrecimento, mas principalmente as mulheres constataram o surgimento de outros fatores de correção, a “flacidez da pele”, a necessidade de correção do que “ainda está feio, que não está bom”, porque antes se elas “conviviam com gordura, hoje elas convivem com a pelanca”. Eles voltaram a “se amar de novo, mas vão se amar muito mais, quando fizerem a cirurgia de plástica”, porque hoje, “os pneus incomodam”. O encontro com o espelho depois da cirurgia trouxe contentamento, mas ainda não promoveu a satisfação esperada, algumas pessoas queriam “algo mais”. Passar a fazer parte dos “normais” habilitou-os a participar da prescrição

normativa do trabalho disciplinar do corpo. Assim, essas pessoas retomaram um novo alinhamento e passaram a participar de todas as cobranças de um mundo voltado para a aparência e a estética, em que a noção de saúde estava imbricada nas questões anteriores e se confundia com elas.

Ai, eu tive dois momentos assim, porque agora depois da cirurgia, o problema é que você emagrece muito rápido fica com flacidez. Ai, eu consigo comprar umas roupas melhores, mas não são todas que ficam legal também. Eu preciso fazer a cirurgia reparadora. Que até hoje, eu não fui na praia ainda, nossa, eu fui na praia acho, eu tinha treze anos de idade, nunca mais eu fui. Primeiro foi problema de peso e agora pelo problema da flacidez. Eu preciso procurar a cirurgia plástica ainda. Ele falou que depois de dois anos, um ano e meio, dois anos que era para procurar. Eu estou animada, eu preciso ver se eu consigo pelo convênio. Se eu não conseguir, aí fica difícil. Eu preciso ver, mas eu me gosto com roupa, sem roupa não (11 F).

Para quem começou a engordar na idade adulta, o emagrecimento alcançado levou a um reencontro com o corpo magro, não aquele de anos atrás, porque o tempo também imprimiu algumas alterações no corpo. Mas depois do emagrecimento, o excesso de “pneus” incomodava. E para quem enfrentou a obesidade desde a infância, o encontro com o espelho proporcionou certa satisfação, mas não completamente, principalmente quando ocorreu ganho de peso após a cirurgia, mas mesmo aqueles que estavam bem magros ainda queriam perder mais, podia ser melhor, talvez a cirurgia plástica possa contribuir para melhorar as expectativas, pelo menos por um tempo, porque a “satisfação plena” parece, em certos casos, carregada de subjetividades inatingíveis.

Eu voltei me reencontrei com meu corpo, claro, não tenho mais vinte anos, nem trinta, então, lógico que a bunda está caída, o peito cai, antes eu não usava sutiã e ficava bonitinho e tal, agora tem que usar, senão fica meio caído, meio normal, mas é a coisa da idade sabia, que não voltar a ter o corpo que tinha com 20 e poucos ou trinta anos não tenho a mesma firmeza, mas eu estou tranquila com ele, quero fazer a cirurgia para tirar abdômen, aí é pura frescura mesmo, aquela coisa assim, mas é um detalhe, quero ver se eu consigo fazer e tal, porque é lógico, é uma pele excessiva que não precisa ficar aí, mas acho que se tirar a pele eu perco mais uns dois quilos, porque assim, senta e fica essa coisa, eu me incomodo com esses pneus (2 F).

Hoje, eu me olho no espelho eu fico contente, mas ainda não fico completamente satisfeita com meu corpo. Lógico, foi muito bom emagrecer e emagreci mesmo, mas ainda não está como eu quero e ainda por cima engordei esses sete quilos (...). Sabe, nem a minha amiga que fez está satisfeita e olha que ela está magrela, hein, a gente queria mais (...). Tá, eu sei que depende unicamente da gente, mas é incrível, não me sinto plenamente satisfeita (...). Tem muita coisa positiva, a maior parte, foi um sonho realizado, mas podia ter sido melhor. Eu não fiz a plástica ainda, meu médico já me liberou desde o ano passado, mas ainda não tive coragem de enfrentar uma outra cirurgia de novo. Sofri muito e só de pensar em anestesia, sentir dor, já me dá uma aflição danada. Eu poderia tirar peso ainda do corpo, ele falou que se eu tirar a pele que sobrou posso perder uns bons quilos ainda. Mas tudo na vida a gente tem que priorizar (...) vou dar um tempo, porque agora vou apelar para a estética para fazer a minha cabeça de que preciso fazer a plástica, porque tenho muita pele na barriga ainda...(3 F)

10. Emagrecimento e saúde

Para melhor compreensão das mudanças provocadas pelo emagrecimento em relação às condições de saúde foi necessário agrupar os relatos pela presença ou não de co-morbidades. As pessoas que apresentavam problemas de saúde associadas à obesidade, a cirurgia foi eficaz no decréscimo da severidade das condições médicas. Adicionalmente, o tratamento cirúrgico tem sustentado as melhorias por um longo tempo (Sugerman, 2001; Brolin, 2002). Uma revisão sistemática com meta-análise concluiu que a efetiva perda de peso ativado em pessoas com obesidade mórbida resolveu completamente ou promoveu melhorias para hipertensão, a apneia obstrutiva, hiperlipidemia e diabetes para maioria das pessoas (Buchwald *et al.*, 2004).

Entre os nossos entrevistados, a afirmação acima também foi encontrada, a maioria relatou ter melhorado dos problemas de saúde, tanto homens como mulheres, alguns resolveram completamente, outros ainda continuavam os tratamentos, mas comparativamente ao período anterior, pode-se dizer que houve uma grande melhora. Foram minimizados ou eliminados problemas de saúde, como: nível de colesterol e triglicérides que voltaram para a faixa de normalidade, o início de diabetes foi controlado, a pressão alta voltou aos níveis normais para alguns e para outros diminuiu os valores, a dor na coluna melhorou bastante, a

falta de ar desapareceu, as crises de asma amainaram, a dor de cabeça sumiu e os problemas circulatórios e os inchaços também faziam parte do passado.

Melhorou, a minha pressão é normal. Eu não tenho mais falta de ar, que eu tinha muita falta de ar antes. A dor na coluna também, quase não tem mais. Melhorou bastante. Acho que os benefícios, para mim, olha, para mim, noventa por cento foi benefício (11 F).

Não, para mim foi uma bênção, hoje eu não tenho problema de pressão alta, eu tomava cinco remédios de pressão por dia. Hoje eu não tomo nenhum, não tenho problema de pressão mais. Faz uns três meses que eu fiz uns exames que o médico pediu para fazer tudo de novo a endoscopia, é exame de sangue, tudo, veio tudo normal. Não tenho nada, graças à Deus (5 F).

Melhorou, nossa, e muito. Eu não tenho mais, é problema circulatório acabou inchaço, vômito, é, dor nas costas, hoje eu tenho dor nas costas hoje é postura, mas, eu acho que pode até ser decorrente desse tempo que eu estava pesadão, mas aquelas dores assim que você tem que conviver, acaba, com dor no peito, acabou tudo (5 M).

Entre as pessoas que não apresentavam problemas de saúde antes da cirurgia, apenas uma continuou sem adquiri-lo. O seu relato apontou apenas os aspectos positivos, que estava mais disposta, conseguia ficar de pé o dia inteiro e não sentia mais cansaço. As outras pessoas passaram a ter outros problemas de saúde que apareceram após certo tempo da cirurgia. Uma delas conseguiu evitar o diabetes, apesar do antecedente familiar, porém, depois de certo tempo, descobriu que estava com “pedra no rim”. Se considerar “mais fraca” foi a queixa de outra mulher, mas assim mesmo conseguia realizar todas as tarefas de casa; porém, passou a apresentar anemia e cálculos na vesícula, portanto, ainda terá que realizar outra cirurgia. A terceira entrevistada conseguiu evitar alguns problemas de saúde ao conseguir eliminar a capa de gordura que estava sobre o fígado, os valores dos resultados dos exames caíram bastante, mas depois de um ano surgiu uma hérnia e houve necessidade de outra cirurgia. Surgiram também dores na coluna, mas a relação com a cirurgia não era clara, porém, a insônia se instalou e foi necessário o uso de remédios.

Minha avó teve diabetes, então eu poderia ter também, acho que estou prevenindo isso também (...). Eu não tinha assim nenhuma doença associada, o cirurgião resolveu fazer porque eu tinha o índice maior que 41, então só por isso já justificava fazer (...), mas acho que melhora tudo, é o que dizem (...). Tem

gente que conta que controlou muita doença após a cirurgia, e eu acredito mesmo. Mas eu depois tive muitas crises de pedra no rim de ir parar no pronto socorro. Estou assim porque não consigo mais tomar água, eu sempre tomei muita água (...). É que depois da cirurgia, a água não me cai bem (...). Tomo um copo de água e fico com o estômago pesado, só a água com gás que desce, não sei por quê. Bom, mas voltando no assunto, já fiz exame e tudo (...) vira e mexe tenho crises, não são muito frequentes, mas é muito ruim (3 F).

Eu não tinha problema de pressão, de colesterol (...) os valores modificaram, os valores mudaram, eles diminuíram, mas eles não estavam fora. Eu sempre tive pressão baixa, ainda tenho, eu fico gelada fácil, mas assim, então acho que é por isso que as pessoas que tem problema acabam melhorando, porque abaixa, porque você não come. A única coisa que eu nem sabia que tinha e descobri agora no exame de um ano, a médica falou que tinha uma capa de gordura em volta do meu fígado, hoje ele está limpo, no resto mudaram os valores, mas eu não tinha problema nenhum, em geral todos normais. É, eu descobri um problema de coluna depois, eu senti dor, mas eu sempre carreguei peso, eu sempre fui chegada a carregar uma sacolinha. Não sei se era um processo mais antigo que por coincidência eu descobri agora, a hérnia agora também depois de um ano, que eu tive que fazer cirurgia. Ah, eu passei a não dormir, depois da cirurgia, mas a minha mãe diz que quando eu era criança eu era assim, eu era agitadíssima, seis horas da manhã eu estava de pé e hoje é assim! (4 F).

Se, por um lado, a cirurgia para perda de peso foi eficaz no decréscimo ou eliminação de alguns problemas de saúde, como mostramos há pouco, por outro lado, promoveu outros problemas. Assim, um entrevistado resolveu a pressão alta, mas adquiriu uma hipoglicemia. Outro jovem homem que tinha leve alteração no nível de triglicérides passou a ter anemia. Na realidade, se observamos os relatos sobre as complicações surgidas após a cirurgia bariátrica, várias pessoas fizeram outras cirurgias em decorrência da primeira.

Uma das entrevistadas teve dificuldade para responder essa pergunta, pois ela estava com sérios problemas de saúde antes da cirurgia, que em parte foram resolvidos, porém, ela teve tantas complicações relacionadas à cirurgia que levaram ao emagrecimento demasiado (quase oitenta quilos) e até o momento da entrevista ainda estava perdendo peso. O corpo deixou de ser a sede de algumas doenças, entre elas a obesidade, mas paradoxalmente, limitar a leveza desse corpo se tornou um problema, além disso, ele se tornou residência para outros agravos; em suas palavras:

Agora você me pegou, saúde como assim, física ou espiritual? Porque espiritual para mim foi bom. Física foi ruim por causa desses problemas, meu espírito está feliz do jeito que eu estou, mas o meu físico está triste pelo fato de ter passado por essas dores. Concorda comigo? A minha cabeça está boa, eu perdi peso, eu estou feliz com o meu corpo, estou feliz comigo, mas o meu corpo está triste porque ele sente dor, a minha carne passou por dor. E se pensar no emagrecimento foi bom, nessa parte foi bom, mas eu me sinto bem, só que agora eu não quero mais emagrecer, agora que quero que pare. Agora está ótimo, eu preciso parar de emagrecer, senão... Agora eu cansei de comprar roupa que eu compro num dia, no outro dia não entra, fica caindo. Eu compro, nem termino de pagar já está caindo de novo. Então fica difícil, está difícil. Tem que parar, mas como? Se nem consigo comer direito, tenho que fazer uma força danada para comer, porque tem dias que nem posso ver comida na frente, nossa! (8 F).

Eu faço exames e começou a dar anemia, por causa da cirurgia, por isso que tomo a vitamina para o resto da vida, só que ele tinha um pouco de anemia você controla tomando vitamina acho que é normal (2 M).

A gravidez após a submissão cirúrgica não estava nos planos de uma mulher, que havia sido orientada sobre a possibilidade da alteração na absorção do anticoncepcional oral. Diante da possível limitação, ela passou a usar o preservativo, mas a gravidez acabou ocorrendo, mas como não houve o desenvolvimento fetal foi necessário realizar a curetagem. Havia uma suspeita que a dieta alimentar poderia ter causado o não desenvolvimento do feto. Além disso, contrariamente aos outros casais que argumentaram que a vida sexual havia melhorado, nesse caso ocorreu o oposto, associado à irritabilidade e a problemas de sangramento, contribuindo para aumentar a anemia.

No ano passado eu engravidei, mas não estava planejado e eu perdi. Eu tirei o nenê em novembro, eu tive que fazer a curetagem, porque ele estava morto. Por conta da cirurgia, eles falam que não é 100% a absorção do anticoncepcional, a minha irmã não teve essa instrução e ela continuou a tomar e não engravidou. Eu parei e fiquei usando preservativo, eu engravidei, mas estava com anomalias. Dava crescimento do feto, mas não tinha batimentos cardíacos, aí na semana seguinte, eu fiz outro ultrassom e comecei a sangrar. Mas sabe foi muito triste porque a princípio eu não queria, porque tinha medo de voltar (o peso). Eu já tinha ligado para a nutricionista e ela falou que pessoas que engravidaram depois ganharam no máximo dez quilos. Foi um susto, um choque e a hora que eu estava aceitando, eu descobri que ele não ia nascer. Eu estava conversando com a ginecologista, talvez possa ter a ver com a cirurgia. Às vezes a própria deficiência da vitamina pode ter determinado, mas ela falou para eu não carregar essa culpa comigo. Ela disse que se eu quiser, ela faz um preparo para a gravidez, através do uso de vitaminas, se eu puder

tentar novamente. Assim, depois da cirurgia eu achei que fiquei mais irritada, perdi 60% do apetite sexual, sabe ao ponto de arrepiar quando a pessoa te toca. Tanto é que ela me deu uma progesterona manipulada, é ruim, porque você está casada e ele é super esclarecido. Eu ando meio nos cascos, estou com o sistema nervoso abalado, porque balança muito a cabeça da mulher, porque é muito triste. Pode ter a ver, mas não posso descartar essa possibilidade, porque nós somos proteínas e a falta da vitamina pode prejudicar. Ah e outra coisa que aconteceu que é horrível, eu estou menstruando todo dia, todo dia, ela me deu um anticoncepcional, para parar, mas não para. Quando o médico me indicou, o médico disse que o ideal era tomar aquele que você não menstrua, porque você já tá com déficit de ferro, para que você vai ficar menstruando? (1 F).

11. Preocupação atual

Questionados sobre quais seriam as preocupações atuais, encontramos as respostas: preocupação com filhos; preocupação com os problemas de saúde decorrentes do processo cirúrgico; saber controlar a alimentação para não passar mal e nem engordar; queda excessiva dos cabelos; não querer emagrecer mais; em alguns casos essa preocupação se somou ao mesmo tempo ao medo de voltar a engordar, a preocupação com a vida profissional, a dúvida em relação ao futuro e as possíveis consequências da cirurgia. Depois de alcançado o emagrecimento, a preocupação passou a ser com o futuro dos filhos pequenos, manifestado pelo receio de morrer antes que eles estejam casados.

Preocupação com a felicidade, com a formação, com a segurança dos filhos e que encontrem bons companheiros para se casarem.

Em relação à saúde não, porque graças a Deus minha cirurgia foi bem. Como mãe sim, é a preocupação que a gente tem como mãe, é a felicidade dos filhos, na formação dos filhos, como a filha arrumar um bom esposo, com o filho arrumar uma boa esposa, constituir uma boa família, como mãe, mas assim, em matéria da cirurgia não. Acho que é a preocupação de uma mãe com os dias de hoje, a segurança, segunda-feira começa a faculdade, aquela coisa, do horário de chegar, de correr tudo bem, a preocupação normal (7 F).

Algumas pessoas estavam preocupadas com os problemas de saúde decorrentes da cirurgia, como o surgimento do cálculo renal e a hipoglicemia, além da constatação real do aumento de peso para algumas pessoas. A preocupação com aspectos emocionais também foi relatado, a ansiedade e a depressão;

entretanto o receio de se submeter a uma psicoterapia também fazia parte das preocupações.

A minha hipoglicemia e o fato de eu estar engordando desse jeito novamente. Eu preciso passar no médico e ver o que está acontecendo. O meu médico mesmo, ele saiu do consultório, e eu não tive mais contato com ele. Ele está atendendo pelo convênio, mas eu não sei onde. Mas acho que eu já estabilizei de novo, estabilizei nos oitenta e quatro. No começo desse ano que eu comecei a da uma engordadinha de novo por causa da alimentação. (8 M).

É meu jeito de ser, eu queria ser uma pessoa estável na cabeça, não ser ansioso, depressivo essas coisas. Eu sou um pouco depressivo, você põe na sua cabeça que vai acontecer, você fica depressivo, mas está mudando, eu melhorei bastante. Eu estou ensaiando de procurar uma psicóloga, porque a gente tem receio, porque tem muito psicólogo que tem vez que não ajuda, meu irmão procurou um que colocou que meu pai era o problema da vida dele, ele tomou raiva do meu pai. Foi mais um problema para a cabeça dele. De repente fica tudo estranho isso daí (1 M).

A preocupação mais citada foi voltar a engordar e “perder a cirurgia”, tanto pelo receio de ganhar peso quanto pelo procedimento cirúrgico já conhecido por eles. O medo de tomar anestesia, de usar drenos e de toda representação inerente a esse procedimento. O medo de ganhar peso foi considerado um “pesadelo horrível”, “um inferno”. As histórias contadas sobre pessoas que fizeram a cirurgia e voltaram a engordar povoaram os pensamentos dos entrevistados, que perceberam a necessidade da manutenção constante da vigilância, porque ninguém quer ser gordo novamente. A preocupação com o peso corporal também incluía os filhos pequenos. A preocupação com a queda de cabelo também foi uma preocupação recorrente; para algumas pessoas, esse problema já havia estacionado, mas para outra ainda continuava. A perda de dente também foi mencionada.

A maior preocupação é de engordar novamente, isso nem é preocupação, é um pesadelo horrível (...) é um inferno (...) pensar nisso (...) ai, nem quero pensar (...) (3 F).

Eu escuto muito falar de pessoas que fazem a cirurgia, depois de uns cinco, seis anos começam a engordar de novo. Então eu me preocupo muito com isso, eu não sei se essas pessoas voltaram a engordar por relaxo, ou se foi da

própria natureza. Hoje, é, eu procuro tomar muito cuidado com isso, porque eu não quero ser gordo de novo. A minha preocupação hoje é essa. E o que me preocupa muito também, é essa daí, oh. Eu falo muito para ela “Você não queira passar pelo o que seu pai passou”. Eu falo para ela, isso é fácil de consertar, é só ficar uns, uma semana de regime nela e do jeito que estica rapidinho, essa molecada hoje em dia, é fácil. Agora o pai, o pai você vai ver (5 M).

Uma preocupação paradoxal ao primeiro intento, que foi emagrecer, se apresentou pelo medo de emagrecer excessivamente entre aqueles que ainda estavam perdendo peso, algumas vezes porque ainda continuavam vomitando. Mas, ao mesmo tempo, em certos casos, havia também o medo de voltar a engordar, transformado muitas vezes em desespero.

É parar de emagrecer. Eu quero parar de emagrecer. É, eu não posso emagrecer mais, eu tenho medo de vomitar muito. Essas duas coisas eu tenho medo desse vômito e de continuar a emagrecer. Eu vou daqui a pouco estou que nem aquelas pessoas da Etiópia (8 F).

Eu tenho que manter para não emagrecer demais, que eu não parei de emagrecer, sabe, continuo emagrecendo. Tem que comer alguma coisinha, igual nas férias, elas ficaram felizes porque eu ganhei um quilo, só de quebrar o ritmo um pouco, você dá uma engordadinha, mas eu não quero engordar não. Eu tenho medo, não quero mesmo, ela (a esposa) fica brava comigo, mas eu falei:- “eu não quero, se eu engordar cinco quilos, eu entro em desespero”. Eu não sei como, porque o estomago é muito pequeno, tem aquele anel de silicone diz que não tem como engordar a cirurgia minha, porque essas pessoas dizem que engordou. Você toma um copo d’água de uma vez, eu vou passar mal. Eu vou no rodízio de pizza, tiro o recheio como e pronto. Eu falei assim:- “ eu não sei o que acontece, com esse povo que engorda”, e tem bastante gente que está engordando, viu! Tem um monte de professores, que estão gordos de novo, viu! Eu comecei a vomitar agora, de seis meses para cá! Não adianta, se eu não mastigar direitinho, mas assim, se quiser comer em pé ou com pressa para comer, não adianta tem que mastigar muito bem, senão não passa. Se eu tiver comendo e ficar nervoso, se eu ficar nervoso também. Se tiver nervoso comendo, aí não adianta, aí pode parar de comer, não desce mais nada, sobe o suco gástrico, é, se eu beber um copo de água, depois de comer, não adianta, aí já era (1 M).

O conhecimento a respeito do processo alimentar foi uma preocupação apontada: encontrar o equilíbrio alimentar e saber controlar a quantidade de alimento para não passar mal e ao mesmo tempo não voltar a engordar. Dessa

maneira, essa preocupação exagerada em seguir a dieta se conectou ao sentimento de culpa, quando existia a possibilidade de cometer deslizos. A constante vigilância alimentar também era uma preocupação, assim com a adição de alimentos considerados “saudáveis”. O desejo da cirurgia plástica para corrigir definitivamente o corpo também foi apontado, mas alguns se preocupavam com o risco de uma nova cirurgia, mesmo em se tratando da plástica e o medo de engordar foi relatado novamente.

Aí, eu me preocupo, eu tento me cuidar (...). Tento fazer o melhor possível, tem dias que eu saio do prumo. Se tem uma festa no sábado, e eu comi muito, chega no domingo eu começo tudo de novo, é porque você se sente culpada. O que não é muito, para o meu estômago é muito. Na semana passada eu fui numa festa tinha comido um monte de coisas gostosas. Chegou de noite eu fui lá e só tomei um iogurtzinho com fibra e não comi mais nada na janta. Nossa, eu comi barquinho com maionese, comi doce, comi não sei o quê (faz sinal com a mão sobre a boca). Eu conheci uma menina que teve que tirar o anel porque ela teve problema psicológico grave, estava anoréxica. Mas eu me olho no espelho e acho isso imenso (pega a pele da barriga com as mãos), mas uma pessoa que está usando 38, 40 não pode ser imensa, mas isso me incomoda (4 F).

Hoje, é hoje eu sou até meio paranóico, qualquer coisinha que eu como a mais, eu já fico, “pô, será que eu vou engordar?”. Então hoje, é eu tomo todo cuidado em relação a isso, eu procuro não exagerar, que nem ontem, nós comemos uma pizza, eu consigo comer metade de uma fatia de pizza. Mas é assim, eu como pensando, se devia ou não ter comido. Às vezes você fica com isso, a própria médica falou para mim que essas coisas acontecem mesmo, mas você não vai deixar de viver por conta disso. Mas o tratamento que eu fiz, eu achei que foi muito bem feito, porque você fica você passa a se policiar muito, passei a comer granola que eu não comia, eu como um pouquinho de granola, iogurte natural essas coisas e tal (5 M).

As dúvidas sobre as consequências da cirurgia no futuro das pessoas, na velhice, se ela poderia trazer implicações na saúde das pessoas, principalmente devido às restrições alimentares foi traduzida pelas incertezas, especialmente para um jovem homem. Dúvidas essas, que nem mesmo os médicos conseguiram lhes responder.

Aí eu fui a esse endócrino onde eu tratava, eu fui perguntar a opinião dele, ele falou, eu, ele podia falar sobre a cirurgia curto prazo, ele não tinha também esta

resposta a longo prazo, ele não tem, ninguém tem (...). Quando eu fiz, ainda não tinha tanta gente, porque hoje, eu acho que é mais tranquila do que quatro anos atrás, mas ele falou:- “tenho resposta para 20 anos“. E eu falei:- “não doutor, mas se eu viver mais 20 está bom, porque gorda do jeito que estou”. Não, porque ele tinha uma resposta a curto prazo, mas a longo prazo eu não tenho o que te fazer, então é oba-boa mesmo (risos) (3 F).

Olha essa cirurgia, ela não é uma cirurgia, as pessoas que eu conheço que fizeram essa cirurgia, têm tudo cinco anos de cirurgia, seis anos. Quero ver se essa cirurgia não vai causar algum problema futuro, tipo 20 ou 30 anos para frente, eu não conheço ninguém com esse tempo de cirurgia. Eu sou totalmente leigo, eu me sinto bem, mas (...) anos para frente, eu não sei como vai ficar, essa é minha dúvida, que nem o médico soube me falar, porque não existem muitos casos dessa cirurgia bariátrica, de anos, sabe (4 M).

Para quem considerava que não tinha perdido peso suficiente, a preocupação era a continuidade do emagrecimento. E o desejo de realizar a cirurgia plástica, para ter um corpo normal e não normatizado. E novamente surgiu a dúvida se os planos de saúde considerados iriam cobrir esse tipo de cirurgia. Depois do emagrecimento as sobras das peles passaram a incomodar e os “pneus” precisavam ser eliminados.

Ah, eu não terminar de emagrecer. Ai meu Deus, eu falei:- “Ai eu não quero, eu quero continuar, eu quero terminar”, assim, entendeu, é o que mais assim me aflige assim, hoje, entendeu, é (...). Hoje eu realmente me preocupo muito assim com esse negócio das minhas plásticas, entendeu? Não é que eu queira assim, é que realmente eu tive bastante sobras assim de pele entendeu? Eu acho que só de sobra vai ter mais uns 10 quilos, entendeu? Então assim, isso me incomoda bastante, então eu não tenho uma visão legal no espelho, me incomoda muito, entendeu? Não é que você quer “nossa você quer ficar linda”, não, não é que eu quero ficar linda. Eu quero tentar consertar, reparar, entendeu, eu acho injusto, sabe, o convênio não cobrir isso entendeu? Porque não é uma coisa pela parte estética, estética, mas eu, no meu caso seria uma cirurgia reparadora mesmo, eu acho isso, complicado (15 F).

A área profissional, também foi motivo de preocupação perante a insatisfação, e a necessidade de buscar novos caminhos. Preocupação relacionada à situação financeira para realizar projetos até a aposentadoria.

Eu acho que é a parte profissional, porque assim, existe uma insatisfação minha, é, porém, assim, existem caminhos que eu quero buscar, só que esses

caminhos precisam de investimento, e eu não posso deixar onde estou de imediato, mas eu tinha que ter tempo para desenvolver outro lado, sabe... (12 F).

Nesse momento, preocupação é ter minha situação financeira favorável, para que daqui para frente, eu possa realizar meus projetos de terminar meus estudos, eu tenho ainda mais vinte anos para conquistar aí o trabalho que eu possa fazer, até chegar a minha aposentadoria. O que mais me preocupa é a situação financeira, eu preciso juntar dinheiro, eu só gastei, gastei, gastei. Eu nasci de novo, com a nova mentalidade de saber que eu preciso me prepara para o futuro, que já está se aproximando, eu não juntei nada. Eu tenho mais vinte 20 anos para o meu futuro, casa, carro, eu tenho. Eu tenho que me preocupar com a minha situação financeira, para não ter que ficar isolado num asilo sem me preocupar com ninguém (6 M).

Nesse capítulo verificamos que o emagrecimento levou à alteração da identidade social, das condições de saúde, da vida em geral, da autoestima e também modificou as relações sociais em todos os lugares da vida cotidiana, mas manter o corpo magro foi necessário uma vigilância constante e a mudança definitiva do “estilo de vida”.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS



O objetivo deste estudo foi analisar as representações sociais e a experiência acerca da obesidade entre homens e mulheres denominados pela biomedicina como “obesos mórbidos” antes e depois da submissão à cirurgia antiobesidade.

A representação social e a experiência foram articuladas pela fenomenologia, para uma relação complementar e integrada da enfermidade enfocada do ponto de vista dos adoecidos. Nesse sentido, estabeleceu-se um estudo na vida cotidiana impregnada de práticas, relações sociais, experiências e conhecimentos, assim como do conhecimento do senso comum que se compõe de múltiplos referenciais (tradições, conhecimentos dos sujeitos; formas de pensar e agir), complementadas pelas representações sociais que permeiam os relatos sobre aquela experiência.

Ao focar as representações e experiência com a obesidade e o corpo obeso nas diferentes etapas de vida e antes da cirurgia, nos deparamos com a importância da alimentação, como explicação de causa da obesidade, pelos entrevistados. Na fase da infância foi caracterizada pela “comida caseira”, consumida em casa e preparada pela mulher. Para outros, a obesidade deve-se ao “comer errado”, embora apreciado por eles, com a incorporação das denominadas “porcarias” (constituído pelas guloseimas, refrigerantes, doces, salgadinhos entre outras coisas). Outra característica da infância desse grupo foi a não preferência pelas frutas, verduras e legumes.

Para o grupo de migrantes regionais e urbano-rurais, e mesmo para os que viviam na periferia das grandes cidades, o maior acesso aos alimentos foi alcançado depois da estabilização econômica, portanto a urbanização modificou o padrão de vida e os comportamentos alimentares, ampliando o acesso aos alimentos. A influência da família na formação dos hábitos e nas escolhas alimentares foi marcante. Assim como a saída das mulheres para o mercado de trabalho parece ter influenciado nos hábitos alimentares dos filhos.

O padrão alimentar na fase da adolescência já estava praticamente definido. Mas pudemos observar a continuidade das preferências alimentares pelas guloseimas, pelos doces, salgadinhos, pizzas, mussarelas, refrigerantes, lanches e carnes gordurosas. Nessa fase, os pais já não dispunham de maior

autoridade de controlar a alimentação dos filhos, pois alguns já trabalhavam e faziam as refeições fora de casa ou era os pais que estavam ausentes do domicílio devido ao trabalho, fato este que afetava a alimentação dos jovens.

A idade adulta trouxe outras preocupações, com elas as explicações da vontade de comer com o “nervoso” e o comer em excesso, visto como falha moral. Nessa fase, ocorreu a maior possibilidade na seleção e escolha dos alimentos, caracterizado principalmente pela refeição nos chamados *self-service* e, apesar de alguns entrevistados considerarem que não *comiam muito*, o tipo de comida consumida era constituída por comidas calóricas. Já outros relataram comportamentos compulsivos e incontroláveis de *comer muito*, *comer tudo*, *comer a toda hora*. O casamento foi um fator que contribuiu para o aumento do consumo alimentar para homens e mulheres e a maternidade foi um momento em que muitas mulheres excediam na alimentação, motivadas pela crença da necessidade de se alimentar “por dois”.

O mundo do trabalho, com seu ritmo intenso, requerido pela maior produtividade também contribuiu para os sujeitos terem menor disponibilidade para a preparação dos alimentos procurando os restaurantes de comia a quilo e consumindo os *fastfood*. Em todas as fases da vida verificou-se a centralidade da alimentação nesse grupo estudado.

Quanto à relação com o corpo, alguns entrevistados começaram a ganhar peso já na infância. Muitos foram criados pelos avós que compensaram a ausência materna através da oferta de comida. Assim, a cultura regional, além de influenciar o tipo de alimentação também imprimiu uma noção de “corpo ideal”.

Nas experiências infantis com o corpo obeso, as crianças que estavam “gordinhas” já começaram a sentir o peso da exclusão social, nos contatos com os pares na escola, muitos deles tornando-se vítimas de *bullying*, rejeitando o obeso (*diferente*), influenciados pelas representações veiculadas pelos meios de comunicação em geral e pela intolerância social à gordura. Já na infância foi necessário o aprendizado sobre o gerenciamento do corpo nas atividades coletivas com a finalidade de “esconder” o corpo “gordo” e suas limitações.

A adolescência foi uma fase em que ocorreu a incorporação de peso para algumas pessoas, não sem sofrimento e discriminação social. A ausência da

atividade física foi outra característica desse grupo, principalmente para aqueles que já estavam com o corpo em excesso dificultando a inclusão dessa prática, tanto pela limitação corporal quanto pelo receio de expô-lo aos olhares dos outros. Nessa fase, alguns sujeitos já iniciaram tratamento contra a obesidade, pois algumas pessoas percebiam que não estavam em consonância com o padrão da normalidade corporal, provocando sua exclusão das relações sociais, afetivas e do mundo do trabalho, entre os que já trabalhavam.

Alguns entrevistados ganharam peso na idade adulta, em associação ou não com o casamento, ao novo ritmo da vida doméstica, o que contribuiu para aquisição de peso corporal tanto para homens quanto para as mulheres, segundo os entrevistados. A gravidez também foi associada ao aumento de peso.

As representações sobre as causas da obesidade foram relacionadas à alimentação, aos estados emocionais, à inatividade física, a fatores biológicos (metabolismo e a hereditariedade) ao fator moral e até mesmo ao elemento mágico religioso que confirmou a ideia de sua multicausalidade. Da mesma forma, foi constante atribuir a obesidade à presença de outras pessoas “gordas” na família. E também foi frequente a escolha da cirurgia para redução do peso, amplamente divulgado e estimulado entre essas famílias, o que indica a expansão dessa terapêutica e o risco de sua banalização.

Aos olhos dos sujeitos afetados, a obesidade foi considerada uma doença, porque “ser gordo” não era entendida como uma escolha. Mas a obesidade também foi compreendida como desencadeadora de outras doenças. Uma doença que se caracterizava pela centralidade da alimentação no cotidiano, pela falta de controle na ingestão de comidas e bebidas, ligada à ansiedade e ao sofrimento, opondo-se à normalidade. Uma doença ligada ao vício, uma escravidão do corpo, que afetava a atividade das pessoas e tirava a força do doente, impregnada de preconceitos e que afetava a vida em geral e em todas as suas relações sociais. Poderia estar ligada ao emocional, ao físico, ao moral e ao social. Dessa maneira, considerar a obesidade uma doença e as razões de saúde justificaram a procura pela cirurgia.

Considerar-se “gordo” foi um processo construído ao longo das biografias dos sujeitos, geradas a partir da percepção do corpo nas situações de limitação

física, pela exclusão da vida afetiva e com seus pares, pelos sinais e sintomas das doenças que foram oportunamente se incorporando, pela intersubjetividade na qual a diferença era perceptível, tanto aos seus próprios olhos quanto por outros olhares, pela constância do sentimento de culpa que se manteve aderido ao corpo “gordo”, pela longa história de luta contra a obesidade vivida cotidianamente e vivência do estigma. Dessa maneira, tanto o sujeito obeso quanto a família foram afetados por essa condição. Os sujeitos obesos sempre foram retratados como pessoas engraçadas, cômicas, mas raramente como parceiros afetivos ou sexuais.

No mundo do trabalho, o corpo em excesso trouxe limitações significativas para as atividades afins, tanto por dificultar a mobilidade corporal necessária às tarefas ou pelas doenças associadas à obesidade que desencadearam o afastamento temporário ou definitivo no campo ocupacional. O estigma relacionado à obesidade provocou situações constrangedoras no ambiente de trabalho, promoveu o assédio moral e por vezes impediu o acesso ao emprego, como se o corpo “gordo” não pudesse também ser um “corpo-trabalho” no mundo contemporâneo.

Como era possível cobrir um corpo que estava excessivamente evidente? Apesar das estratégias que as roupas podiam oferecer para disfarçá-lo, elas também representavam o corpo que cobriam. E como o corpo na atualidade sofreu uma normatização, conseqüentemente as roupas também acompanharam as tendências da moda. Dessa maneira, as vestimentas reforçavam aos sujeitos obesos o quanto eles estavam *démodé*.

Para aqueles que estavam obesos, o lazer tornou-se uma prática pouco frequente pela dificuldade de movimentação do corpo e também porque implicava na exposição do corpo em excesso, principalmente quando se tratava das atividades coletivas. A tendência ao isolamento dos sujeitos “gordos”, a dificuldade para carregar o seu próprio peso associado ao descaso referente à infraestrutura urbana que padroniza todos os corpos também contribuíram para limitar as opções de lazer que ficaram restritos às atividades familiares. Os cuidados corporais e com a moradia por vezes foram impossibilitados pela

dificuldade de mobilidade mais ampla exigida para a manutenção dessas atividades.

A ausência do cuidado pessoal foi reflexa a uma autoimagem corporal adquirida pelas experiências e representações que reforçaram a falta de autoestima e criaram um complexo círculo de causa e efeito que se retroalimentavam.

Os relatos sobre as representações e a experiência de ser gordo mostraram que o sofrimento associado ao fato de se ter um peso elevado não correspondeu apenas à questão estética. O sofrimento afligiu homens e mulheres de forma diferenciada e o excesso de gordura produziu uma incapacidade de executar tarefas cotidianas tais como: trabalhar, caminhar, subir escada, realizar a higiene pessoal, vestir-se, amarrar o cadarço do sapato, realizar atividades domésticas, cruzar as pernas, cuidar dos filhos, fazer compras, divertir-se, cuidar da aparência, vestir-se, entre tantas outras coisas. Mas o sofrimento também estava ligado a questões relacionadas à “cultura negativa do conhecimento da obesidade” que iguala a gordura à “falha moral” tais como: relacionar-se afetiva e sexualmente, pela discriminação, isolamento social, pelos constrangimentos sociais provocados por olhares e palavras discriminatórias em todos os lugares da vida social.

Os problemas de saúde associados à obesidade foram incorporados agravando ainda mais o sofrimento manifestado pela linguagem inscrita no corpo “gordo”. Os corpos pesados impossibilitados de realizar atividade física, mesmo os mais leves, como o simples caminhar. E aqueles que não relataram limitações físicas, a falta de tempo consumido pela somatória de trabalho (dentro e fora de casa), “não gostar” de fazer atividade física e não conseguir um emagrecimento rápido foram fatores que contribuíram para inviabilizar essa prática.

Mas numa sociedade em que o conceito de saúde se confunde com a estética, o indivíduo que não segue os preceitos da dieta, dos cuidados corporais e da atividade física é considerado responsável pela degradação da sua qualidade de vida. A prática da atividade física deveria ser acompanhada da análise do contexto de vida dos sujeitos e o subsequente enfrentamento dos

determinantes da saúde, o que se contrapõe à forma prescritiva-normativa com que vem sendo “receitada”.

Somente as transformações econômicas, políticas e sociais podem resultar em padrões saudáveis de existência para produzir saúde, pois existe uma compreensão singular e equivocada relativa à atividade física e saúde que prevalece no meio acadêmico e na comunidade, em que fazer exercício, por si só, produz saúde, independente de outros fatores.

As tentativas para emagrecer antes da cirurgia foram múltiplas, como aquelas baseadas na alimentação, através das dietas, regimes e reeducação alimentar. Outras racionalidades médicas também foram utilizadas, mas predominou o uso de medicamentos, como se apenas o seu consumo fosse suficiente para a perda de peso e a manutenção em longo prazo. Esse comportamento justifica porque o Brasil tornou-se o maior consumidor mundial de remédios para emagrecer.

As dietas para emagrecer, difundidas largamente pelos meios de comunicação em geral, eram inadequadas para o consumo e se mostraram contraditórias. Quanto maior o leque das alternativas, mais poderosa se torna a “indústria do emagrecimento”, sem proporcionar o que promete: a perda de peso efetiva. A escolha da cirurgia foi o último recurso após inúmeras tentativas frustradas e os motivos para sua eleição foram os problemas de saúde em si ou associados aos problemas estéticos, a melhora da autoestima e da aparência.

Desde que a obesidade se tornou doença e foi considerado assunto médico, várias tentativas para aplacar essa condição foram ativadas, tais como a intensa produção de medicamentos de diferentes classes, dietas miraculosas que são amplamente divulgadas e o incremento das mais variadas formas e técnicas de atividade física. Nesse sentido, em consonância com a propagação alarmista de uma “epidemia de obesidade”, frente aos poucos avanços em direção à melhor terapia para controlar ou abrandar essa “nova doença”, as modernas tecnologias médicas, aprimoraram a cirurgia antiobesidade como a nova panaceia para o grande mal da humanidade moderna, a obesidade. E enquanto ela for associada à ideia de “epidemia”, todas as tentativas para abrandá-la ou curá-la estarão associadas à representação de “guerra contra a obesidade”.

Como o objetivo da cirurgia bariátrica é limitar a habilidade do corpo para consumir e/ou absorver alimentos, vários efeitos colaterais crônicos e complicações são esperados, como risco calculado que substitui a inaceitabilidade do corpo gordo em que a equação da gordura é vista como má e perigosa para a saúde. A decisão de se submeter a cirurgia sinaliza um alinhamento com a construção do corpo “gordo” como um problema a ser resolvido.

A cirurgia oferece uma estrutura fisiológica que auxilia a restrição alimentar, mas exige que ela seja cumprida, através de um processo de reaprendizagem para comer que envolve muitas regras e muitas limitações quanto aos tipos de alimentos e modos de consumi-los, uma normatização da dieta alimentar. Burlar as regras poder ocasionar “mal-estar” e atua como um “educador” para que os “re-nascidos” conheçam os limites do próprio corpo, desse modo, as experiências moldam o conhecimento.

Logo após a cirurgia, inicia-se um processo de reeducação alimentar tecido no cotidiano, numa linha pedagógica comportamental, contida, por um lado, pelos episódios de “mal-estar” e estimulada, por outro lado, pela grande recompensa, através da libertação dos excessos corporais.

Conhecer a nova realidade do corpo com o seu “novo estômago” exige novas restrições e aquisições, como a experiência de consumir alimentos pouco ou nunca consumidos, como as verduras, frutas e legumes, e a preterir ou pelo menos reduzir aqueles alimentos antes preferidos. A ansiedade e o nervoso que foram apontados como uma das explicações para o fato de “comer muito”, torna-se a agora uma das inimigas do “comer bem”. Fazer poucas refeições por dia e comer em grande quantidade a cada uma delas, também ficou proibitivo. Os limites entre “não sentir mais fome” e ainda ter “cabeça de gordo” fizeram parte dos relatos, assim como aqueles que conseguiram manter uma dieta equilibrada, mostrando a singularidade entre as pessoas, mas podem também revelar outros problemas decorrentes desse processo.

Mas as novas “regras alimentares” por vezes não se adequavam no cotidiano, limitadas por outros desejos, pela rotina diária, pelas regras do mundo do trabalho e de outros fatores. Nesse sentido, quem apresentava dificuldades para realizar uma dieta adequada antes da cirurgia, continuou com o mesmo

problema. Mudar a dieta foi considerado extremamente difícil pelos entrevistados, pois os alimentos trazem significados culturais, sociais, comportamentais e afetivos singulares que jamais devem ser desprezados. Acreditamos que a centralidade da alimentação na vida dessas pessoas permaneça, mas de maneira diferenciada, porque se tornou imperativo a alteração radical desse processo, que exige cuidados e atenção, pois são várias as mudanças nessa nova vida, na qual as experiências e as representações vão formatando o seu gerenciamento e a sua eterna vigilância.

A perda de peso decorrente da cirurgia foi um processo rápido, o que levou à distorção da imagem corporal, ao conhecimento de partes corporais antes desconhecidas e ao estranhamento do próprio corpo. Os discursos sobre: de “nascer de novo”, “ser outra pessoa”, “ser comum, ser normal” e “metamorfose” são relatos de transformação e normatização do corpo e da alteração da identidade social.

Da mesma maneira as revistas, sites da *internet* sobre dietas, cirurgias plásticas e bariátricas mostram o sucesso do emprego das respectivas técnicas ou tecnologias através de exemplos do antes e do depois, com fotos ilustrativas. Portanto, a passagem para o mundo dos “normais” exigiu um novo realinhamento devido às novas exigências corporais vigentes na sociedade, e assim surge a necessidade de corrigir ainda mais o corpo, evidenciando uma nova etapa de normalização.

As mudanças na vida após o emagrecimento foram relatadas positivamente por homens e mulheres, relacionadas à vida, à autoestima, às condições de saúde, ao resgate da autonomia, às condições físicas, emocionais, aos cuidados pessoais, à segurança, à aquisição da objetividade, à alegria e a muitos outros fatores. Mas, se por um lado o emagrecimento trouxe a mudança da identidade social, por outro lado conduziu também à exacerbação de alguns problemas emocionais e à alteração de comportamentos. Então se tornar “outra pessoa” nem sempre significou se tornar mais feliz.

O emagrecimento forjou-lhes outra identidade, as alterações dos *self* se aproximaram de uma “pessoa normal”, assim o encontro com o modelo de normalidade dos corpos diminuiu o estigma associado às abominações do corpo.

Porém, de fato percebemos uma aproximação da normalidade, mas não necessariamente o encontro com ela. Assim, uma nova identidade surgiu, a do “ex-gordo”. Encontramos algumas pistas de que algumas pessoas não querem ser identificadas como um “ex-gordo”, ocultando essa realidade. Seria então uma nova identidade a ser estigmatizada? O emagrecimento afetou sobremaneira as relações sociais e também a mudança do olhar das outras pessoas, assim puderam se encaixar dentro da aparência dos normais.

No mundo do trabalho, as mudanças foram expressivas para a maioria, pois passaram a ser mais “produtivos”, já que as questões de saúde também foram resolvidas. A relação familiar em alguns casos melhorou, mas em outros, a unidade familiar foi ameaçada, seja pela mudança de comportamento dos sujeitos operados ou pela falta de incentivo dos respectivos parceiros. Afinal, a família, pelo convívio de seus membros, passou a ser a maior afetada pelas consequências positivas ou negativas dessa escolha.

Muitos aspectos positivos foram incrementados. Mas o emagrecimento também produziu a flacidez do corpo, as sobras de peles, exigindo novamente uma nova correção, agora a ser respondida pela cirurgia plástica. A promessa do emagrecimento e da melhoria das condições de saúde foi realmente alcançada, assim, a maioria dos sujeitos entrevistados conseguiu “sara” da doença obesidade e dos outros males associados, pelo menos até o momento da entrevista. Contudo, algumas pessoas adquiriram novos problemas, inclusive aquelas que não tinham outras doenças prévias.

Portanto, verificamos que não se trata da “cura” e sim de um outro método de “controle” do peso e dos outros males a ele associados. Porque a questão da responsabilidade individual permanece da mesma forma, frente a possibilidade de reganho de peso e assim do retorno da obesidade e de outras doenças associadas. Nesse sentido, é extremamente importante ser cuidadoso na avaliação sobre a necessidade de indicar ou se submeter à cirurgia, já que é um procedimento cheio de riscos e complicações e cujos desdobramentos em longo prazo ainda não são conhecidos.

Existe também um grande risco da banalização desse procedimento, como ocorreu com a cirurgia plástica exigindo dos cirurgiões, a ética e o bom

senso, afinal, alterar a ordem corporal para corrigir alguns problemas pode ocasionar outros. A medicina e seus recursos tecnológicos dispõem de meios para controlar a obesidade impondo a vigilância permanente sobre os indivíduos e a coletividade.

Para a reconfiguração das questões alimentares, a própria cirurgia “auxiliou”, diferentemente da atividade física, que ainda depende unicamente da vontade e das possibilidades das pessoas em incorporá-las. E para essa mudança não há, até o momento, nenhum “tratamento” para incentivá-la, apesar das insistentes recomendações médicas. O resultado da cirurgia, sempre elogiado, principalmente pela possibilidade de diminuir o estigma e recuperar a saúde, também carregou algumas falas cheias de subjetividades, informando um descontentamento que o emagrecimento por si só, não poderia resolver. Tratava-se de outras questões que surgiram após o emagrecimento, afinal as pessoas não se resumiam apenas a um “corpo em excesso”.

As preocupações atuais dos entrevistados giraram principalmente sobre as questões como: o terrível medo do reganho de peso e, antagonicamente para alguns, o receio de continuar o emagrecimento; preocupações e dúvidas sobre as consequências da cirurgia no futuro e a eterna vigilância sobre a alimentação e o corpo. A cirurgia não é uma pílula mágica, é apenas um instrumento, é apenas o começo, não é o fim. A cirurgia habilitou os sujeitos a participar da prescrição normativa e disciplinar do corpo. Então na reconfiguração desse novo *self* ficou implícito a necessidade da transformação um sujeito disciplinado e capaz de exercer o controle sobre a sua alimentação e o seu corpo.

A obesidade afeta as pessoas de diferentes formas. Assim nem todos os gordos comem mal e são doentes, como nem todos os magros comem bem e são saudáveis. Apesar da clareza dessa afirmação, é preciso reconsiderá-la na sociedade contemporânea que valoriza intensamente a magreza, onde as questões de saúde se confundem com a estética.

A concepção da gordura como doença parece contribuir para aumentar o pânico e ampliar o estigma sobre as pessoas com o corpo em excesso, tão discriminadas na sociedade atual. Há informações substanciais mostrando que pessoas obesas que seguem uma alimentação prudente e um

plano de exercícios pode obter uma *performance* mais saudável, apesar da obesidade persistente. Dessa forma, recomenda-se prudência em adotar um paradigma de peso saudável, no qual a saúde deve ajudar as pessoas de todos os “tamanhos” a se sentirem saudáveis, em vez de querer transformar pessoas gordas em magras. As pessoas de todos os “tamanhos” podem beneficiar-se de alimentação saudável e dos programas de exercícios, não apenas as pessoas “grandes”.

Não se pode esquecer da poderosa indústria constituída pela alimentação, saúde e beleza, cujos lucros crescem numa época de “epidemia de obesidade”. A expansão do consumo de lanches, salgados, restaurantes a kilo, dos *fast foods*, os *self-services* que são modificações na maneira e forma de comer influenciada pelos interesses de mercado. A publicidade com seus conselhos de beleza, dietas e saúde dominam espaços importantes. A comida e o corpo passaram a ser extremamente valorizados, mas cresce uma intolerância diante das imagens de corpos “gordos” e dos alimentos que escapam ao ideal de beleza, saúde, higiene e elegância. A necessidade de saber as quantidades calóricas e lipídicas de cada alimento está amplamente disseminada entre o senso comum. Da mesma forma, nunca se olhou tanto para o corpo, nunca falamos tanto dele, nunca se preocupou tanto com ele, com sua forma, sua imagem, sua representação e suas experiências num movimento de transformação constante, talvez nunca antes vistos.

Se de fato a causa da obesidade é multifatorial, porque ainda se responsabiliza tanto os sujeitos “gordos”? Como se eles fossem os únicos responsáveis pela sua condição? Por que será que todos os programas das políticas de saúde direcionam as suas ações centradas no indivíduo e na modificação do tão inatingível e famoso estilo de vida? Perguntam-se quais seriam outros modos de diminuir o crescimento da obesidade no Brasil e no mundo? Certamente a resposta não pode ser centrada apenas no indivíduo, pois está mais do que provado que essa cartilha não tem alcançado os seus objetivos, diante da grande dificuldade de modificar o nosso “estilo de vida” por motivos que não dependem apenas do sujeito.

Temos visto algumas mudanças que estão timidamente ocorrendo no Brasil a respeito da regularização das propagandas alimentícias, principalmente destinado às crianças, algumas iniciativas isoladas sobre o controle da alimentação servida nas cantinas das escolas e a necessidade da rotulagem de composição dos alimentos industrializados. E, em relação ao padrão do corpo, alguns movimentos, principalmente internacionais, sobre a adoção de novos critérios das modelos nas passarelas da moda, mas ainda extremamente criticado pelo mundo *fashion*. E, no Brasil ainda que de modo incipiente, há os *size activist*, que defendam a liberdade do peso corporal. Verificamos também o crescimento de literatura crítica internacional e nacional relacionados aos determinismos sobre a visão do corpo e da alimentação.

Regulamentar as representações do corpo feminino e também masculino nos meios de comunicação diferenciando o conceito de beleza saudável, assim como de toda poderosa indústria da alimentação-beleza-saúde também parece ser uma solução que envolve outros setores, mas os interesses de vários negócios estão na base de muitos desejos de alterar a aparência física e manter a qualidade de vida e talvez por isso seja tão difícil discriminar os discursos que estão preocupados com a saúde daqueles que são por lucro. Pelo exposto, existem poderosas razões para exaltar as cifras da obesidade e convertê-lo em um problema de saúde pública.

Faz-se necessário pensar as questões alimentares e corporais como um fenômeno complexo que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos, dessa maneira é importante um diálogo entre as ciências sociais e as ciências da saúde. Nesse sentido, com certa frequência a antropologia e a sociologia têm explicado as práticas alimentares e corporais através de fatores exclusivamente sociais e na biomedicina existe uma visão fragmentada do ser humano e da cultura que produzem efeitos muito particulares na compreensão de vários problemas. Dessa maneira, convoca-se a adesão dos múltiplos olhares, sob a ótica da interdisciplinaridade sobre as complexas questões acerca da obesidade, da alimentação e do corpo.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Adam P & Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Baurú-SP: Edusc; 2001. 144p.

Adamson C. Existencial and clinical uncertainty in the Medical encounter. *Sociology of Health and Illness*. 1997; 19(2): 133-60.

Agier M. O sexo da pobreza: homens, mulheres e famílias numa “avenida” em Salvador da Bahia. *Tempo Soc. USP*. 1990; 1(1): 01-12.

Alencar TMD, Nemes MIB & Velloso MA. Transformações da “AIDS” para a “AIDS” crônica: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(6): 841-49.

Almanaque da Comunicação Acessado em 04 de março de 2008 Disponível em: URL: <http://www.almanaquedacomunicacao.com.br/artigos/416.HTML>.

Almeida MV. O corpo na teoria antropológica. *Revista de Comunicação e Linguagem*. 2004; 33: 49-66.

Almeida RJde. Corpo, gastroplastia e reconstrução identitária em mulheres na cidade de Goiânia. [Dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2005.

Almeida SSA, Nascimento PCBD & Quaioti TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3): 353-5.

Alves PC & Rabello MO. O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: uma tendência. In: Alves PC & Rabello MO (org.) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz-Relume Dumará; 1998. 13-18.

Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9(3): 239-62.

Alves PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1547-54.

Amâncio OMS & Chaud DMA. Dietas para perda de peso anunciadas na imprensa leiga. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(5): 219-22.

American Academy of Physical Education. *Exercise and health: Human kinetics* Illinois; 1983.

American Society for Baritric Surgery Guidelines. Guidelines of the American Society for Baritric Surgery. Gainesville: ASBS; 1997.

Anderson JM. Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and restructuring of life. *Social Science and Medicine*. 1991; 33(2): 101-13.

Andrade RG, Pereira RA & Schieri R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (5): 1485-95.

Anjos LAdos. *Obesidade e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 100p.

Aphramor L. Is a weight-centred health framework salutogenic? Some thoughts on unthinking certain dietary ideologies. *Social Theory and Health*. 2005; 3: 315-340.

Appolinário JC. Transtornos alimentares. In: Botega NJ (ed.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.\ 325-40.

Aquino EML. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadores de enfermagem em Salvador, Bahia. [Tese de doutorado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1996.

Araújo AA, Brito AM, Ferreira MNL, Petribú K & Mariano MHde A. Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de Fobi-Capella. *Rev Col. Brás. Cir*. 2009; 36(1): 042-8.

Arnaiz MG. Em direção a uma nova ordem alimentar? In: Canesqui AM e Garcia RWD (org.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 147-164.

Arnaiz MG. Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*. 2007; 49(3): 236-242.

Arnaiz MG. La emergência de las sociedades obesogênicas o de la obesidad como problema social. *Rev Nutr*. 2009; 22(1):5- 18.

Associação Brasileira de Estudos da Obesidade. Consenso Latino Americano de obesidade [Acessado em 20/4/2005] Disponível em: URL: <http://abeso.org.br/>.

Auge M. L'anthropologie de la maladie: L'homme. Numéro spécial: *Anthropologie*. 1986; 26(1-2).

Baião MR e Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. Rev Nutr. 2006; 19(2): 245-253.

Barbosa L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. Horizontes antropológicos. 2007; 13(28): 87-116.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

Barker DJP & Robinson JS. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. The Lancet. 1993; 341: 938-41.

Barros DD. Imagem Corporal: a descoberta de si mesmo. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2005, 12(2): 547-54.

Barsaglini RA. Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes [Tese - Doutorado]. Campinas SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Baszanger I. "Les maladies chronique et leur ordre négocié". Revue Française de Sociologie. 1986; XXVII: 3-27.

Baudrillard J. A sociedade de consumo. Tradução: Artur Mourão. 2ª. ed. Lisboa: Edições 70; 2008. 270p.

Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. Tradução de Marco Estevão e Renato Aguiar. 3ª. ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 1997. 178p.

Becker HS. Segredos e truques da pesquisa. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar; 2008. título original: Tricks of the trade.

Benedetti C. De obeso a magro: a trajetória psicológica. São Paulo: Vetor; 2003.

Berger P & Luckmann. La construcción social de la realidad. Amorroutu. Ed. Buenos Aires; 1979.

Berlinguer G. A doença. Tradução de Virgínia Gawryszewski. São Paulo; Editora HUCITEC. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 1988. 150p.

Bernardi F, Cichelero C & MR Vitolo. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev. Nutr. 2005; (1):85-93.

Bierman EL. Obesity. In: Wyngaarden JB e Smith LH (Eds.) Cecil Textbook of Medicine. 17 a. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1985

Birch LL & Marlin DW. I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preference. Appetite. 1982; 3(4):353-60.

Blumenkrantz M. Obesity: the world's metabolic disorder. Beverly Hills, 1997 [Acessado em abril de 2009] Disponível em: URL: <http://www.quantumhcp.com.obesity.htm>.

Boclin KdeLS & Blank N. Excesso de peso. Características dos trabalhadores de cozinha coletivas? Rev Brasileira de Saúde Ocupacional. 2006; 31 (113): 41-7.

Boero N. All the News that's fat to print: The American "obesity epidemic" and the media. Qualitative Sociol. 2007; 30:41-60.

Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3ª. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2004. 173p.

Bosi ML & Andrade A. Transtorno do comportamento alimentar. Cadernos de Saúde Coletiva. 2004; 12 (2): 197-202.

Bouchard C. Physical activity, fitness and health: overview of the Consensus Symposium. In: Quinney HA, Gauvin L & Wall AET (orgs). Toward active living. Champaign: Human kinectics; 1994.

Bourdieu P. L'illusion biographique. Actes de la Recherche em Sciences Socialies. 1986; 62(63):69-72.

BRASIL. Ministério da Saúde – Estudo Nacional de Despesa Familiar. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde – Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1989.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil [Acessado em 08 de novembro de 2009] Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003medidas/comentario.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. 13% dos brasileiros adultos são obesos. [Acesso em 12 de junho de 2009] Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dsDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10078.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da criança. [Acesso em 10 de abril de 2008] Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_crianca_2007_14.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, 2006. [Acesso em 25 de janeiro de 2010] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2007. Brasília: 2007. Acesso em 09 de novembro de 2009 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf.

BRASIL. Portaria 628/GM Brasília: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, 2001 [Acesso em 09 de novembro de 2006] Disponível em: URL: <http://www.gm/01/gm-628.html>.

Brilmann M, Oliveira MS & Thiers VO. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. *Cad Saúde Coletiva*. 2007; 15(1):39-54.

Brody JE. "Panel terms obesity a major U.S. killer needing top priority". *New York Times*. 1985; 14: A1.

Brolin RE. Bariatric surgery and long-term control of morbid obesity. *JAMA*. 2002; 279:3-96.

Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen M, Pories W, Fahrbach K, *et al*. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004; 292:1724-37.

Busdiecker S, Castillo C & Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista chilena de pediatría*. 2000; 71 (1).

Busfield, J. Pills, power, people: sociological understandings of the pharmaceutical industry. *Sociology*. 2006; 40(20): 297-314.

Buss PM & Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007 (17) 1:77-93.

Cahnman WJ. The sigma of obesity. *Sociological Quarterly*. 1968 (9): 283-99.

Camargo Jr KR. A Biomedicina. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 1997; 7(1):45-68.

Camargo Jr KR. *Biomedicina, Saber & Ciência: Uma abordagem crítica*. São Paulo; Editora Hucitec; 2003. 195p.

Campos P. *The obesity myth: Why america's obsession with weight is hazardous to your health*. New York: Gotham Books. 2004.

Canesqui AM. Antropologia e Alimentação. Rev Saúde Pública. 1988a; 22(3): 207-16.

Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde no Brasil: Três décadas de ensino e pesquisa. Ciência e Saúde Coletiva. 1998b; 1(1): 131-168.

Canesqui AM. Os estudos antropológicos da saúde/doença no Brasil na década de 1990. Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8(1):109-124.

Canesqui AM. A pesquisa qualitativa antropológica na Saúde Coletiva. In Barros NF, Ceccati R e Turato E. (org.). Pesquisa Qualitativa em saúde: olhares múltiplos. Campinas; Editora Komedi; 2005^a: 247-259.

Canesqui A M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: Canesqui AM e Garcia RWD (org.). Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz; 2005b. 306 p.

Canesqui AM & Barsaglini R. Comentários sobre a bibliografia de redes e apoio social. In: Anais do 11^o. Congresso Mundial de Saúde Pública e 8^o. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro; 2006: 21.

Canesqui AM. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In Canesqui AM (org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: FAPESP/Hucitec; 2007^a.19-51.

Canesqui AM. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. Rev Nutr. 2007b; 20(2):203-216.

Canguilhem G. O normal e o patológico. 6^a. ed. Rio de Janeiro; Forense Univesitária; 2006. 291p.

Carvalho FFB. Análise crítica da Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde na perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. Saúde Sociedade. 2009; 18 (2). 227-236.

Carvalho MC & Martins A. Obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 1 (4):1003-12.

Carvalho YM. O mito atividade física/saúde. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1993.

Cascudo LdaC. História da alimentação no Brasil. São Paulo: Itatiaia; 1983 [1963]. 2 vols.

Cassel DK. The Encyclopaedia of Obesity and Eating Disorders. New York: Facts on File. 1994. A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activities, Body

Weight and Health. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities; 1999.

Castellanos P. Avanços metodológicos em Epidemiologia. In: Anais do primeiro Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1990, Rio de Janeiro/Brasil. Abrasco; 1990.

Castiel LD. Quem vive mais, morre menos? Estilo de risco e promoção de saúde. In: Bagrichevsky M, Palma A e Estevão A. (orgs.). A saúde em debate na educação física. Blumenau: Edibes; 2003: 79-97.

Castro LMC, Damião SRJ, Maldonado LdeA, RosadoCP & Baptista NdeO. Concepções de mães sobre a alimentação da criança pequena: o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares. Cadernos de Saúde Coletiva. 2008; 16(19): 83 -98.

Chagnon Y, Pérusse L & Bouchard C. Familiar aggregation of obesity, candidate genes and quantitative trait loci. Curr Opin Lipid. 1997; 8:205-11.

Chammé SJ. Modos e modas da doença e do corpo. Saúde e Sociedade. 1996; 5(2):61-76.

Champagne P. A visão mediática. In: Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis, RJ: Vozes; 1998.

Chang VW & Christakis NA. Medical modeling of obesity: a transition from action to experience in the 20 th. century. American Medical Textbook. Sociology of Health & Illness. 2002; 24(2)151-177.

Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of Health and Illness. 1983; 5:169-95.

Chen EY & Brown M. Obesity stigma in sexual relationship. Obesity Research. 2005; 13(8): 1393-97.

Cheung YB, Machin D, Kalberg J. & Khoo KS . A longitudinal study of paediatric BMI values predicted health in middle age. J Clin Epidemiol. 2004; 57:1316-22.

Chiprut R, Castellanos-Urdaibay A, Sánchez-Hernández C, Martínez-García D, Cortez ME, Chiprut R *et al.* La obesidad en el Siglo XXI. Avances em la etiopatogenia y tratamiento. Gazeta Médica México. 2001; 137 (4):323-33.

Coelho MJ. Corpo, pessoa e afetividade: Da fenomenologia a bioética [Dissertação]: Universidade Nova de Lisboa (Portugal);1977.

Coelho RFJ & Severiano MFV. Histórias dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. Revista do Departamento de Psicologia. 2007; 19(1): 83-100.

Cogswell ME, Perry GS, Schieve LA & Dietz WH. Obesity in women of childbearing age: risks, prevention and treatment. Prim Care Update Obstet Gynecol. 2001; 8:89.

Colquitt J, Clegg A, Sidhu M & Royle P. Surgery for morbid obesity (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK. John Willey & Sons; 2004.

Comer RJ & Piliavin JA. The effects of physical deviance upon face-to-face interaction: The other side. Journal of Personality and Social Psychology. 1972; (23):33-39.

Conrad P. Medicalization and social control. Annual Review of Sociology. 1992; 18: 209-32.

Conrad P. The experience of illness: recent and news directions. In: Roth JA & Conrad P (ed.) Research in Sociology of Health Care: the experience and Management of Chronic Illness. Greenwich CT: JA Press; 1990. 1-32.

Conrad P & Schneider JW. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press; 1992.

Consenso brasileiro multissocietário em cirurgia da obesidade, 2006 [Acesso em fevereiro de 2008] Disponível em: URL: http://www.walterfranca.com.br/home/pdf/consenso_brasileiro_multissocietario_em_cirurgia_da_obesidade_2006.pdf.

Corbin J & Strauss A. Managing chronic illness at home: three lines of work. Qualitative Sociology. 1985; 8(3): 224-47.

Corcuff P. As novas sociologias. Construções da realidade social. Trad. Viviane Ribeiro. Bauru: Edusc; 2001. 205p. Título original: Les nouvelles sociologies: constructions de la réalitté sociali.

Cordero RA La Cirugía de la obesidad y la ética. Cirujano General. 2003: 25 (3):269-73.

Coreil J, Levin JS & Jaco EG. Life style - an emergente concept in the sociomedical sciences. Culture, Medicine and Psychiatry. 1985; 9: 423-37.

Costa JF. A ordem médica e a norma familiar. Rio de Janeiro: Graal; 1983. 282p.

Courtine J. Os stakhanovistas do narcisismo. In: Sant'Anna DBde (org.). Políticas do corpo. São Paulo: Estação Liberdade; 1995. p.190.

Courtine J. Introdução. In: Corbin A, Courtine J & Vigarello G. História do corpo. 3. As mutações do olhar. O século XX. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2º. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. 615p. v.3. título original: Histoire du corps: Lês mutations du regard: Le XX siècle.

Courtine J. O corpo anormal. História e antropologia culturais da deformidade. In: Corbin A, Courtine J & Vigarello G. História do corpo. 3. As mutações do olhar. O século XX. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2º. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. 615p. v.3. título original: Histoire du corps: Lês mutations du regard: Le XX siècle.

Coutinho ARA. "E agora? Quem sou eu? A identidade de pacientes portadores de obesidade mórbida em tratamento cirúrgico". [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Crandall CS. Do parents discriminate against their heavy weight daughters? PSPB.1995; 21:725-35.

Crawford R. Healthism and the medicalizaiton of everyday life. International Journal of Health Services. 1980; 10(3): 365-88.

Crossley N. 'The circuit trainer's habitus: reflexive body techniques and the sociality of the workout'. Body & Society. 2004; 10(1): 37-70.

Crossley N. Mapping reflexive body techniques: on body modification and maintenance. Body & Society. 2005; 11(19): 1-35.

DaMatta R. Sobre o simbolismo da comida no Brasil. Correio da Unesco. 1987; 15(7): 21-23.

Daniel JMP & Cravo VZ. Valor social e cultural da alimentação. In: Canesqui AM & Garcia RW (org.) Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. 57-68.

Daniels SR. The consequences of childhood overweight and obesity. The future of children. Childhood obesity. 2006; 16 (1): 47-67.

Dauster TA Fabricação de livros infanto-juvenis e os usos escolares: o olhar de editores. Revista Educação. 1999; 49: 1-18.

Dejong W & Kleck RE. The social psychological effects of overweight. in : Hermann, Zanna and Higgins. Chapter 4. 1986.

Dejong W. The stigma of obesity: the consequences of naïve assumptions concerning the causes of physical deviance. *Journal of Health and Social Behavior*. 1980; 21 (1):75-87.

Del Priore M. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora SENAC; 2000.

Diamond S. The beautiful and the ugly are one thing, the sublime another: a reflection on culture. *Cultural Anthropology*. 1987; 2(2): 268-271.

Dias M & Athayde P. Gordos e desnutridos. *Carta Capital, política economia e cultura*. 2005; 324: 24-30.

Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JCK, Daltoé T, Fuchs SC, Menezes AMB, *et al*. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (1): 275-82.

Dicionário Michaelis. [Acesso em 30 de outubro de 2009] Disponível em: URL: Dicionário Michaelis: <http://michaelis.uol.com.br>

Douglas M. *Natural symbols*. New York: Vintage; 1973.

Duarte LF. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília: CNPQ; 1986. 290p.

Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 1 (3):173-181.

Duarte R. *Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo*. *Cadernos de Pesquisa* 2002; no. 115.

Duflo-Priot MT. L'Apparence individuelle et la représentation de la réalité humaine et les classes sociales. *Cahiers Internationaux de Sociologie*. LXX; 1981.

Duncan GJ, Wilkerson B & England P. Cleaning up their act: the effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography*. 2006; 43: 691-710.

Elias N. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 1994. 2 v.

Engstrom EM & Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(3):559-67.

Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S *et al*. O. Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam

ao desmame precoce. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2002; 2 (3): 253 – 261.

Escrivão MAMS; Oliveira FLC & Lopez FA. Obesidade exógena na infância e na adolescência. J Pediatr. 2000; 76 (3):305-10.

Fandiño J, Benchimo AK, Coutinho W & Appolinário JC. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Rev Psiquiatria. 2004; 26(1): 47-51.

Faure O. O olhar dos médicos. Corbin A, Courtine J & Vigarello G. História do corpo. As mutações do olhar. O século XX. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2º. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. 615p. v. 2. título original: Histoire du corps: Lês mutations du regard: Le XX.

Feinstein A. Science, clinical medicine and the spectrum of disease. In: Beeson PB, McDermott W, Wyngaard TB, eds. Cecil textbook of medicine. Toronto: Saunders, 1979.

Fellipe FML, Friedman R, Alves BdaS, Cibeira GH, Surita LE & Tesche C. Obesidade e mídia: o lado sutil da informação [Acessado em 16/11/2009] Disponível em: http://www.projedoradix.com.br/dsp_assun.asp?id=36.

Ferraro KF & Kelly-Moore JA. Cumulative disadvantage and health: long term consequences of obesity? American Sociological Review. 2003; (68): 707-729.

Ferreira J. O corpo Sígnico. In: Alves PC, Minayo MCS (org.). Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. 101 – 12.

Ferreira MLSM & Mamede MC. Representações do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2003; 11(3): 299-304.

Ferreira VA & Magalhães R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. Ciência & Saúde Coletiva. 2006a; 11(2): 483-490.

Ferreira VA & Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2006b; 24 (2): 71-81.

Fiates GMR, Amboni RDdeMC & Teixeira E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. Rev Nutrição. 2008; 21(1): 105-114.

Fischler C. Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant'Anna DBde (org.). Políticas do corpo. São Paulo: Estação Liberdade; 1995b. 190p.

Fisher S. Body image. In: Sills, D. International Encyclopaedia of the Social Science. New York: Free Press/Macmillan; 1968.113-16.

Fleitlich BW. O papel da imagem corporal e os riscos de transtornos alimentares. *Pediatr Mod.* 1997; 32(1-2): 56-62.

Fogelholm M & Kukkonen-Harjula K. Does Physical activity prevent weight gain - a systematic review. *Obesity reviews.* 2000; 1: 95-111.

Folha de São Paulo. Caderno Especial. Tudo para Emagrecer. 03 de março 2006.

Fonseca C. Aliados e rivais na família o conflito entre consangüíneos e afins em uma vila portoalegrense. *Revista Brasileira de Ciências Sociais.* 1988; 2 (4):88-104.

Fonseca C. Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. *Psicologia USP.* 2002; 13 (2).

Foucault M. *Histoire de La sexualité – Tomo I: La volonté de savoir.* Paris: Gallimard, Col. “Bibliothèque des histories”, 1976.

Fox CL & Farrow CV. *Journal of Adolescence.* 2009; 32:1287-1301.

Fox R. Food and eating: an anthropological perspective. The myth of nutrition. Social Issues Research Centre [Acesso em 11 de março de 2006] Disponível em:URL http://www.sirc.org/publik/food_and_eating_6.html.

Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC & Vieira P, *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição.* Campinas. 2000; vol.13 (1):17-29.

Frankenberg R. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science and Medicine.* 1980; 14 B: 197-207.

Frutuoso MFP, Bismarck-Nasr EM & Gambardella AMD. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Rev Nutr* 2003; 16(3):257-263.

Gage AJ. Familiar and socioeconomic influences on children’s well-being: an examination of preschool children in Kenya. *Social Science and Medicine.* 1997; 46(12): 1811-28.

Gaglione CP, Taddei JAdeAC, Colugnati FAB, Magalhães CG, Davanço GM, Macedo, deL & Lopez FA. Educação nutricional no ensino público fundamental em São Paulo. Brasil. Redução de riscos de adoecer e morrer na maternidade. *Rev. de Nutrição.* 2006; 19(3); 309-320.

Gambardella AMD, Frutuoso MFP & Franch C. Práticas alimentares de adolescentes. Rev Nutrição. 1999; 12 (1): 55-9.

Garcia RWD. A comida, a dieta o gosto: mudanças na cultura alimentar urbana. [Tese – doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.

Gard M & Wright J. The obesity epidemic: Science, morality and ideology. London: Routledge. 2005.

Garrido ABJ. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida: In: Halpern A, Mato AFG, Suplicy HL, Mancini MC & Zanella MT (org.). Obesidade. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. 331-340.

Garro L. Narrative representations on Chronic Illness experience: cultural models of illness, mind and body in stories concerning the temporomandibular. Joint (TMJ) Social Science Medicine. 1994; 38 (6): 775-788.

Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad Saúde Pública. 2006; 22(11):2449-63.

Gneezy U & Shafrin J. Why does getting married make you fat? Incentives and appearance maintenance. 2009. [Acesso em 15/10/2009] Disponível em: URL: <http://www.jasonshafrin.com/papers/Marriage.pdf>.

Goffman E. Estigma: Notas sobre a manipulação de uma identidade deteriorada. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC; 1988. 158p.

Goldemberg M. O corpo como valor. In: Bustamante N, Cunha RM & Lessa FS (Org.). Olhares do corpo. Rio de Janeiro: MAUAD; 2003.

Goldemberg M. Dominação Masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. Ciência & Saúde Coletiva. 2005a; 10(12): 91-96.

Goldemberg M. Gênero e corpo na cultura brasileira. Psicologia Clínica. 2005b; 17(2): 65-80.

Goldemberg M. O corpo como capital. Para compreender a cultura brasileira. Arquivos em Movimento. Revista eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos - UFRJ. 2006;2(2). [Acessado em junho de 2008] Disponível em: URL: http://www.vibrant.org.br/downloads/v7n1_goldemberg.pdf.

Goldemberg M & Ramos MS. A civilização das formas: O corpo como valor. In: Goldemberg M (or.). Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record; 2002. 414p.

Gomes FC. "Identidade pessoal de obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica – metamorfose emancipada?" [Dissertação] São Paulo (SP). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.

Gomes R, Mendonça EA & Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002^a; 18(5): 1207-1214.

Gomes R & Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: *Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método*. Minayo MCdeS, Deslandes SF (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002b. 109-132.

Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 8(3): 825-9.

Gonçalves CA. O "peso" de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre a obesidade e gênero. *Revista Virtual de Humanidades*. 2004; 5(11). [Acesso em julho de 2008] Disponível em: URL: <http://www.seol.com.br/mneme>.

Gonçalves CA. Vivenciando o emagrecimento: um estudo antropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica. [Dissertação]. Porto Alegre (RGS); Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Economia e Planejamento. Região Metropolitana de Campinas. 2007. [Acesso em: 2010-06-17] Disponível em: <http://www.ppa.sp.gov.br/perfis/PerfilRMCampinas.pdf>.

Greenway FL & Smith SR. The future of obesity research. *Nutrition*. 2000;16(10):976-982.

Griffiths LJ, Wolke D, Page AS & Horwood JP. Study Team. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch Dis Child*. 2006; 91:121-125.

Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 11^a. ed. Petrópolis, R.J: Vozes, 2007. 224p.

Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2^a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. 333p.

Helman CG. Dr. Frankenstein and the industrial body. Reflections on "spare part" surgery. *Anthropology Today*. 1988; 4(3): 14-16.

Herzlich C. *Medicine moderne et quete de sens: la malade signifiant social*. In: _____. *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la malade*. Ordres Sociaux. Paris: Presses Universitaire de France. 1986; V.

Herzlich C & Pierret J. *The social constructions of the patients: patients and illness in other ages*. *Social Sciences and Medicine*. 1985; 20(2): 145-151.

Herzlich C & Pierret J. *Uma doença no espaço público. A AIDS em seis jornais franceses*. *Physis*. 2005;15 (suplemento): 71-101.

Himes CL & Meyer MH. *Obesity, work and economic security in later life*. Syracuse University. 2004. [Acesso em 10 de novembro de 2009] Disponível em: <http://paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=41272>.

Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.

Iriart JAB, Chaves JC & Orleans RGde. *Culto do corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(4): 773-782.

Jackson P, Romo MM, Castillo MA & Castillo-Durán C. *Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico nutricional*. *Rev Méd Chile*. 2004; 132:1235-42.

James WPT. *Tendências globais da obesidade infantil – Conseqüências a longo prazo*. *Anais Nestlé*. 2002; 62:1-11.

Kac G, Velasquez-Melenez G & Valente JG. *Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 19(1):111-18.

Kahn HS & Williamson DF. *The contribution of income, education and changing marital status to weight change among US men*. *Int. J. Obesity*. 1990; 14:1057-1068.

Kalish BJ. *The stigma of obesity*. *The American Journal of Nursing*. 1972;72 (6): 1124-1127.

Kaminsky J & Gadaleta D. *A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients*. *Obesity surgery*. 2002; 12 (1): p.14-18.

Keesing RM. *Cultural Anthropology apud Helman CG. Cultura, saúde e doença*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Kleck R. Physical stigma and task oriented interactions. *Human Relations*. 1969; 22:53-60.

Kleinman A. *Patients and healers in the context of cultures. An exploration of Boderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley/Los Angeles: University of Califórnia Press; 1980.

Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York. Basic Books; 1988.

Kleinman A. Suffering, healing and the human condition. In: *Encyclopedia of human biology*. Nova York. Academic Press; 1991.

Kleinman A & Seeman. Personal Experience of Illness. In: Albrecht, Fitzpatrick e Scrimshaw (org.) *The handbook of social studies in health and medicine*. Londres. Sage Publications; 2000.

Knauth DR. Corpo, saúde e doença. In: Leal OF (org.). *Antropologia do corpo e da saúde – Cad de Antropologia*. PPGAS/UFRGS. 1992; 6.

Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Richard OT, Gress E & Adams TD. Obesity and sexual quality of life. *Obesity*. 2006 (14), 472-479.

Kushner RF & Foster GD. Obesity and quality of life. Ingestive behavior and obesity. *Nutrition*. 2000; 16 (10): 947-952.

Langer EJ *et al*. Stigma, staring, and discomfort: A novel-stimulus hipóteses. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1976 (12):451-63.

Laplantine F. *Antropologia da Doença*. São Paulo. Ed.Martins Fontes; 1991. 274p.

Latner JD & Stunkard AJ. Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*. 2003; 11:452-6.

Latner JD, Stunkard AJ & Wilson GT. Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obes Res*. 2005; 13:1226-31.

Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Tradução de Paula Mahler. Buenos Aires: Editora Nueva Visión SAIC; 1995a. 254 p. Título Original: *Anthropologie du corps et modernité*.

Le Breton D. A síndrome de Frankenstein. In: Sant'Anna DBde (org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade; 1995b. 190p.

Le Breton D. *Adeus ao Corpo*. Antropologia e sociedade. Campinas: Papyrus Editora; 2003.

Lê Breton. A sociologia do corpo. 2ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. 101p.

Leal CW. Impacto emocional da cirurgia bariátrica: Uma interpretação à luz da Fenomenologia [Dissertação]. Joinville (SC): Universidade da Região de Joinville; 2007.

Leder D. The absent body: Chicago and London: The University of Chicago Press; 1990.

Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NdosS & Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública. 2005; 39(4): 530-40.

Lins APM. Fatores associados ao sobrepeso em mulheres de 20 a 59 anos no município do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

Lipovetsky G. A terceira mulher. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

Lopes IM, Marti A, Moreno-Aliaga MJ & Martínez A. Aspectos genéticos da obesidade. Rev Nutr. 2004; 17(3):327-338.

Lopes MC. Fugindo do cárcere percepções e vivências de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica [Dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.

Lund R, Due P, Modvig J, Holstein BE, Damsgaard MT & Andersen PK. Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. Social Science and Medicine. 2002 (55): 673-679.

Lupton D. Food, the body and the self. London: Sage; 1996.

Luz MT. Introdução. In: Luz MT *et al.* (org.). Primeiro seminário-Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS-UFRJ; 1992. Mimeo.

Luz MT. Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 174p.

Maciel E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? Horizontes Antropológicos. 2001; 7 (16):145-156.

Maciel E. Identidade cultural e alimentação. In: Canesqui AM e Garcia RW. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. 306p.

Macintyre S & West P. Social developmental and health correlates of "attractiveness" in adolescence. *Sociology of Health and Illness*. 1991; 13 (2).

Maddox GL & Liederman V. Overweight as social disability with medical implications. *Journal of Medical Education*. 1969; (44): 210-20.

Malysee S. Em busca dos (H) alteres-ego: Olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: Goldemberg M. (org.). Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record; 2002. 79-137.

Manifesto de São Paulo para promoção da atividade física nas Américas. São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2003; 1(1).

Marcon ER & Gus I. A importância da atividade física no tratamento e prevenção da obesidade. *Cad Saúde Coletiva*. 2007; 15 (2): 291-294.

Martins HHT de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa. São Paulo. 2004; 30 (2): 289-300.

Martins IS, Marinho SP, Oliveira DC e Araújo EAC. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(6): 1553-65.

Marum RH *et al.* Obesidade. In: Busse SR (org.). Anorexia, bulimia e obesidade. Barueri-SP: Manole; 2004. 329-366.

Mauss M. Sociologia e Antropologia. Tradução: Paulo Neves. São Paulo. Cosac Naify; 2003. 536p. título original: Sociologie et anthropologie.

Mayer J. Overweight: causes, cost and control. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1968.

Melo JV & Sanematsu M. Fragmentos da mulher na publicidade. *Democracia Viva*. 2006; 31.

Melo Silva N. Olhar alheio: uma revisão identitária sobre o corpo obeso. *Comsaúde*, 2004 [Acesso em 04 de agosto de 2009] Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/index.php/Comsaúde> 2004.

Mendonça CP & Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. Cad Saúde Pública. 2004; 20 (3):698-709.

Merleau-Ponty M. Phenomenology of Perception. Evanston, IL: Northwestern University Press; 1962.

Miller WC. Fitness and fatness in relation to health: implications for a paradigm shift. Journal of Social Issues. 1999; 55 (2): 207-219.

Minayo MCdeS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cadernos de Saúde Pública. 1988; 4(4): 363-81.

Minayo MCdeS. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8^a. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. 269p.

Minayo MCdeS, Deslandes SF, Cruz Neto O e Gomes R. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2003. 80p.

Mintz SW. Comida e antropologia: uma breve revisão. Rev Bras Ci Soc. 2001; 16 (47):31-41.

Miranda JAG. Cirurgia bariátrica: demandas bio-psico-sociais [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2007.

Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis. [Acessado em: 17 de maio de 2010] Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=purgat%F3rio>.

Monteiro CA. Da privação ao excesso de comida. Revista FAPESP. [Acesso em 05 de maio de 2005]. Disponível em: URL: <http://www.revistapesquisa.fapesp.br>.

Monteiro CA & Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica. 1999; 43 (3): 186-94.

Monteiro CA, Conde WL & Popkin BM. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. The Journal of Nutrition. EUA. 2001; 3(131).

Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VT, Monseñor & Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. Rev. Panam Salud Pública. 2003; 14: 246-54.

Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM & Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA (org.). Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995. 247-255.

Moulin AM. O corpo diante da medicina. In: Corbin A, Courtine J & Vigarello G. História do corpo. As mutações do olhar. O século XX. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2º. ed. Rio de Janeiro. Vozes, 2008. 615p. v.3. título original: Histoire du corps: Lês mutations du regard: Le XX siècle.

Mourão L. Representação social da relação do trabalho feminino da diarista com as opções de lazer na comunidade de Queimados. Motus Corporis. 1999; 6 (2), p.52-72.

Muller RCL. Obesidade na adolescência. Pediatria Moderna. 2001;37:45-8. [ed. Especial].

Murcott A. 'Family meals – A thing of the past'? In: Caplan P (ed.) Food, health and identity. London: Routledge; 1997.

Nascimento MC. Medicamentos, comunicação e cultura. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10 (sup):179-193.

Natansohn GL. O corpo feminino como objeto médico e “mediático”. Estudos Feministas. 2005; 13(2): 256.

National Institute for Health and clinical excellence. Clinical Guidelines on Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity.in adults and children. [Acesso em maio de 2007] Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CG43>.

Neill JR, Marshall JR & Yale CE. Marital changes after bypass surgery. JAMA. 1978. 240(5): 447-450.

Nelkin D & Lindee S. The DNA mystique: The gene as a cultural icon. New York: Freeman Press; 1995.

Nóbrega AGde S. Vivências e Significados da Obesidade e do Emagrecimento através da Cirurgia Bariátrica [Dissertação]. Fortaleza (CE). Universidade Federal do Ceará; 2005.

Nogueira RMCdel PdeA. A prática de violência entre pares: o *bullying* nas escolas. Revista Ibero Americana de Educación. 2005; 37.

Nunes A, Abuchaim, Coutinho & cols. Transtornos alimentares e obesidade. ArtMed: Porto Alegre; 1998.

Nunes MAA. Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 29 anos, em Porto Alegre. [Dissertação]. Pelotas (RGS). Universidade Federal de Pelotas; 1997.

Oliveira AB & Roazzi A. A representação social da “doença dos nervos” entre os gêneros. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2007; 23 (1). 91-102.

Oliveira IV. Cirurgia bariátrica no âmbito do sistema único de saúde: tendências, custos e complicações [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2007.

Olweus D. Bullying at school: tackling the problem. Observer. 2001; 225 [Acesso 06 de setembro de 2008] Disponível em: URL: <http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php>.

Orbach S. Fat is a feminist issue. New York: Paddington Press; 1978

Orera M. Aspectos genéticos de la obesidade. In: Moreno B, Monereo S e Álvarez J (org.). Obesidad: presente Y futuro. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 1997. 51-69.

Ortega F. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. Physis. 2005 15(1): 237-257.

Ortega F. Corporiedade e biotecnologias: uma crítica fenomenológica da construção do corpo pelo construtivismo e pela biomedicina. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 381-388.

Ortigoza SAG. O *fast food* e a mundialização do gosto. Cadernos de Debate. 1997; V: 21-45.

Ory P. O corpo ordinário. In: Corbin A, Courtine J & Vigarello G. História do corpo. As mutações do olhar. O século XX. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2º. ed. Rio de Janeiro. Vozes, 2008. 615p. v.3. título original: Histoire du corps: Lês mutations du regard: Le XX siècle.

Pagan JA & Davila A. “Obesity, occupational attainment, and earnings”. Social Science Quarterly. 1997; 78:756-770.

Palma A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. Rev Paulista de Educação Física. 2000; 14(1):97-106.

Parra-Carrera S, Herman B, Duran-Arenas L & Lopes-Arelano. Modelos Alternativos para analisis epidemiológico de la obesidad como problema de Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública*. 1999; 33(3): 314-325.

Paul RJ & Townsend JB. Shape up or ship out? Employment discrimination against the overweight. *Employee Responsibilities Rights J*. 1995; 8:133-45.

Perrot M. De Marianne a Lulu. As imagens da mulher. In: Sant'Anna DBde (org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade; 2007. 1207-14.

Peterson A. Biofantasies: Genetics and medicine in print news media. *Social Science & Medicine*. 2001; 52, 1255-68.

Pierret J. The illness experience: state of knowledge and perspective for research. *Sociology of Health and Illness*. Anniversary Issue. 2003.

Pliner P. The effects of mere exposure on liking for edible substance. *Appetite*. 1982; 3(3): 283-90.

Poggi, DAG. O movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Católica de Pernambuco; 2007.

Poli Neto P & Caponi SNC. A medicalização da beleza. *Interface*. 2007; 11(23): 569-84.

Popkin BM & Doak CM. The obesity epidemic is a world-wide phenomenon. *Nutrition Reviews*. Washington DC. 1998; 56 (4):106-114.

Porter R. História do corpo. In: Burke P (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Unesp; 1992.

Prost A & Vincent G (org.) *História da vida privada 5: da Primeira Guerra aos nossos dias*. São Paulo: Companhia das Letras; 1992.

Pruzinsky Y & Edgerdon M. Body image change in cosmetic plastic surgery. In: Cash T F, Pruzinsky T (Ed.) *Body images: development, deviance and change*. New York: the Guilford Press. 1990. 217-36.

Queiroz MIP. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". In: Olga de Moraes Von Simon org. *Experimentos com histórias de vida - Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice editora. 1988. 15-43p.

Queiroz MIP. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T A Queiroz, Editor; 1991. 171p.

Queiroz MS. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: Barata RB, Briceño-Léon R (org.). Doenças Endêmicas: abordagens culturais e comportamento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

Queiroz MS. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisas qualitativa. In Queiroz MS. Saúde e doença: um enfoque antropológico. Bauru: Edusc; 2003. 25-47.

Quiroga FNAM. Família operária e reprodução da força de trabalho. Petrópolis: Vozes; 1982.

Rand CSW, Kuldau JM & Robbins L. Surgery for obesity and marriage quality. JAMA. 1982; 247(10): 1419-22.

Register CA & Williams DR. Wage effects of obesity among young workers. Social Science Quarterly. 1990; 71:130-41.

Reissman CK. Women and medicalization: a new perspective. Social Policy. 1983: 14, 3-18.

Renzaho AMN. Fat, rich and beautiful: changing socio-cultural paradigms associated with obesity risk, nutritional status and refugee children from sub-Saharan Africa. Health & Place. 2004; 10: 105-13.

Richardson SA & Royce J. Race and physical handicap in children's preference for other children. Child Dev. 1968; 39:467-80.

Richardson SA, Goodman N, Hastorf AH & Dornbuch SM. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. Am. Sociological Rev. 1961; 26:241-7.

Rissanen AM; Heliövaara M; Knekt P; Reunanen A & Aromaa A. Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. Eur J Clin Nutr. 1991; 45: 419-430.

Ritchie J & Lewis J. Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers. London: Sage Publications Ltda; 2003. 336p.

Robinson D. The process of becoming ill. Londres: Routledge and kegan Paul; 1988.

Rodrigues JC. Tabu do corpo. Rio de Janeiro: Achiamé Ltda; 1975.

Roehling MV. "Weight –based discrimination in employment: psychological and legal aspects". Personnel Psychology. 1999; 52: 969:1016.

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 224p.

Ronis M, Chaim EA & Turato ER. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Rev Psiquiatria. Rio Grande do Sul. 2009; 31 (1): 73-78.

Rooney BL & Schauburger CW. Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: One decade later. Obstet Gynecol. 2002; 100:245.

Rossi A; Moreira EAM & Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. Rev Nutrição. 2008; 21(6):73-748.

Rothblum ED, Brand PA, Miller CT & Oetjen HA. The relationship between obesity, employment, discrimination and employment related victimization. J Vocat Beha. 1990; 37: 251-66.

Salant T & Santry HP. Internet marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. Social Science & Medicine. 2005; 62: 2445-2457.

Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL; Faerstein E & Lopes C. Gênero e prática de atividade física de lazer. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2): S325-S333.

Sampaio ML. A consulta médica e as estratégias de negociação de um corpo saudável. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Universidade de Minho. Braga. 2004. [Acessado em abril de 2009] Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/SampaioArt.pdf>.

Sant'Anna DBde. Corpos de passagem. Ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade; 2001. 127p.

Sant'Anna DBde. A insustentável visibilidade do corpo. Labrys. 2003. [Acesso em 08 de outubro de 2007] Disponível em: <http://sistema.clam.or.br/biblioteca/?q=node/38>.

Sant'Anna DBde. Cuidados de si e embelezamento feminino: Fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: Sant'Anna DB (org.). Políticas do corpo: Elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade. 1995. 190p.

Santin S. Aspectos filosóficos da corporeidade. Rev Bras Ciência Esporte. 1990;11(2): 136-145.

Santos AM. O excesso de peso da família com obesidade infantil. Rev Virtual Textos & Contextos. 2003; (2). [Acesso em dezembro de 2008] Disponível em: URL: <http://www.index-f.com/textocontexto/revista.php>

Santos MF & Valle ERM. O sentido de existir de adolescentes que se percebem obesas. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. 2002;1(1):101-4.

Sarlio-Lähteenkorva S. "The battle é not over after weight loss": stories of successful Weight loss. Health. 2000; 4(1): 73-88.

Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K & Lahelma E. Relative weight and income at different levels of socioeconomic status. American Journal of Public Health. 2004; 94 (3).

Sarti CA. A família como ordem simbólica. Psicologia USP. 2004; 15(3): 11-28.

Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR & Vitale MAF (org.). Família. Redes, laços e políticas públicas. 3ª. ed. São Paulo: Editora Cortez; 2007. 316p.

Sarwer D, Allison KC, Gibbons LM, Markowitz JT & Nelson DB. Pregnancy and obesity: a review and agenda for future research. Journal of women's health. 2006;15 (6).

Scambler G & Hopkins A. Being epileptic: coming to terms with wtigma. Sociology of Health & Illness. 1986; 8:26-46.

Scambler G. Sociological Theory & Medical Sociology. London. 1987. Tavistock Publications.

Scheper-Hughes N & Lock MM. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly. 1987; 1: 6-41.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev Saúde Pública 1995; 29 (19): 63-74.

Schutz A. Fenomenologia e relações sociais. in: Wagner HR (org.) Textos escolhidos de Alfred Schutz. Tradução de Ângela Melin. Rio de Janeiro: Zahar Ed; 1979. 319p. título original: Alfred Schutz on Phenomenology and Social Relations.

Segatto C & Azevedo S. Faz bem ou faz mal? Rev Época. 2006; 410:201-19.

Serra GMA & Santos EM dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. Ciência &Saúde Coletiva. 2003; 6 (3):691-701.

Serra GMA. Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na revista Capricho [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

Silva FML & Silva, MMML. A obesidade na Sociedade Moderna. JBM. 2004; 87 (2): 38-42.

Silva MCF. Discursos de gênero em revistas femininas: o caso Claudia. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Silva NM. Olhar alheio: uma visão identitária sobre o corpo obeso. Disponível em [Acessado em agosto de 2009]. Disponível em: URL: http://www.projetoradix.com.br/arg_artigo/VII_54.htm.

Silva S. Entre a cultura da magreza e as sociedades da abundância: O corpo obeso. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Universidade do Milho - Braga. [Acesso 05 abril de 2008] Disponível em: URL: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4616d79249458_1.pdf.

Smith S. Building bridges in the movement between past and future. Healthy Weight Journal. 1995; 9:53-54.

Snow LF, Johnson SM & Maythew HE. The behavioral implications of some old wives tales. Obstet Gynecol. 1978; 51: 727-732. In Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Soares NT, Guimarães ARP, Sampaio HAC, Almeida PC & Coelho RR. Padrão alimentar de lactentes residentes em áreas periféricas de Fortaleza. Revista de Nutrição. 2000; 13 (1): 167 – 176.

Sobal J, Rauschenbach BS & Frongillo EAJr. Marital status, fatness and obesity. Social Science and Medicine. 1992; 35:915-923.

Sobal J. The medicalization and demedicalisation of obesity. In: Maurer D. & Sobal J. (Ed.). Eating Agendas: Food and Nutrition as social problems. New York: Aldine de Gruyter.

Sohn AM. O corpo sexuado. In: Corbin A, Courtine J & Vigarello G. História do corpo. As mutações do olhar. O século XX. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2º. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. 615p. v. 3. título original: Histoire du corps: Lês mutations du regard: Le XX siècle.

Souza AFC. O percurso dos sentidos sobre a beleza através dos séculos - uma análise discursiva [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Strauss A *et al.* Chronic illness and the Quality of life. St. Louis: The CV Mosby Company; 1984.

Stunkard A & McLaren-Hume M. The results of treatment for obesity. *Archives of Internal Medicine*. 1959; 102: 79-85.

Stunkard AJ & Wadden TA. Psychological aspects of human obesity. In: Björntorp P & Brodoff BN. *Obesity*. Philadelphia: JB Lippincott; 1992. 352-360.

Sturm R, Ringel J. & Andreyeva, T. Increasing obesity rates and disability trends. *Health Affairs*. 2004 (23);199-205.

Sudo N & Luz MT. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (4): 1033-1040.

Sugerman HJ. Bariatric surgery for severe obesity. *J Assoc. Acad Minor Phys*. 2001;12:129-136.

Tardido AP & Falcão MC. Impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin*. 2006; 21(2): 117-24.

Tauber G. Obesity: how big a problem? *Science*. 1998; 20:1364-1390.

Telles Vda Silva. Família, trabalho e modos de vida: notas de uma pesquisa sobre trabalhadores urbanos em São Paulo. São Paulo; (mimeo); 1988.

Terra MG, Silva LC, Camponogara S, Santos EKA, Souza AIJ & Erdmann AL. Na trilha da fenomenologia: um caminho para pesquisa em enfermagem. *Texto contexto Enferm*. 2006; 15(4): 672-8.

The NS & Larsen PG. Entry into romantic partnership is associated with obesity. *Obesity*. 2009; 17: 1441-47.

Thompson JB. *Mídia e modernidade*. Petrópolis: Vozes; 1995.

Throsby K. "How could you let yourself get like that?": Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Social Science & Medicine*. 2007; (65); 1561 - 1571.

Throsby K. Happy re-birthday: obesity surgery and the construction of identity. *Body & Society*. 2008; 14(1): 117-133.

Travers KD. Do you teach them how to budget? Professional discourse in the construction of nutritional inequalities. In: Maurer D and Sobal J (Ed.) *Eating Agendas: Food and Nutrition as Social Problems*. New York: 1995; Aldine de Gruyter.

Turner BS. *Body. Theory, Culture & Society*. London. 2006; 23(2-3): 223-236.

Uchôa E & Vidal FM. Antropologia Médica: elementos conceituais de metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (4):497-504.

Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science and Medicine*. 1992; 34:907-917.

Van Wymelbeke V, Beriot-Therond ME, De La Gueronniere V & Fantino M. Influence of repeated consumption of beverages containing sucrose or intense sweeteners on food intake. *Eur J Clin Nutr*. 2004; 58: 154-61.

Verthein MAR & Gomez CM. O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER. *PHYSIS*. 2000; 10(2): 101-127.

Víctora CG, Knauth DR & Hassen MNA. Corpo, saúde e doença na antropologia. In: Víctora CG, Knauth DR & Hassen (org.). *Pesquisa qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000. 11-23.

Vieira GC. *Variação no acesso a reforçadores entre grandes obesos antes e depois de submissão a gastroplastia [Dissertação]*. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2006.

Villaça N, Góes F & Kososvski E. *Que corpo é esse?* Rio de Janeiro: Muad; 1999.

Villaça N. A expansão das marcas e o DNA periférico. *Rev Dobras*. 2007; (1). [Acesso em 16 de novembro de 2009] Disponível em: URL: <http://www.grupoethos.net/artigos/artigoDOBRASweb.pdf>.

Vitale MAF. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: Acosta AR & Vitale MAF (org.). *Família. Redes, laços e políticas públicas*. 3ª. ed. São Paulo: Editora Cortez; 2007. 93-105p.

Wannmacher L. *Obesidade: evidências e fantasias*. ISSN 1810-0791. Brasília. 2004; 1 (3). [Acesso em 12 de outubro de 2009] Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Obesidade.pdf>.

Ware NC. Suffering and the social construction of illness: the delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome. *Medical Anthropology Quarterly*. 1992;6(4): 347-61

Warin M, Turner K, Moore V & Davies M. Bodies, mothers and identities: rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness*. 2008; 30 (1).

Weiss M & Fitzpatrick R. Challenges to medicine: The case of prescribing. *Sociology of Health and Illness*. 1997; 19:2997-327.

WHO. Food and Agricultural Organization of the United Nations. Expert Report on Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Geneva: World Health Organization/Food and Agricultural Organization of the United Nations; 2003.

WHO. Nutrition in adolescence - Issues and challenges for the health sector: Issues in adolescent health and development. Geneva: 2005.

WHO. Technical Report Series 916. World Health Organization. Obesidad y sobrepeso: [Acesso em 20 de outubro de 2008] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>:

Wikipedia. Salitre [Acesso em 14 de agosto de 2007] Disponível em: URL: <http://pt.wikipedia.org/wiki/salitre>.

Wilkin D, Hallam L, Leakey R & Metcalfe D. *Anatomy of urban General Practice*. London: Tavistock; 1987.

Wolf N. O mito da beleza. Como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução de Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco; 1992. 439p.

Woortmann K. Casa e família operária. *Anuário antropológico*. 1982; 80:119-150.

Woortmann K. A família das mulheres. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1987.

Wysoker A. The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*. 2005; 11 (1): 26-34.

Yamada Y, Ishizaki M & Tsuritani I. Prevention of weight gain and obesity in occupational populations: a new target of health promotion service at worksites. *Journal of Occupational Health*. 2002; 44: 373-384.

Yoshino NL. O Corpo em “excesso” e o culto da “boa forma”. In Canesqui AM (org) *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Fapesp/Hucitec; 2007. 111-27.

APÊNDICES



APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____

R.G. _____.

Data de nascimento: ____/____/____.

Endereço: _____

Prezado(a) Sr.(a):

Estamos realizando um estudo denominado: “**A NORMATIZAÇÃO DO CORPO EM EXCESSO**”. Este estudo será realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, com objetivo de conhecer as representações e as experiências vivenciadas pelas pessoas que realizaram a cirurgia de obesidade como forma de tratamento. Será considerado o tempo decorrido após a cirurgia e suas conseqüências na readaptação em relação ao corpo e relações sociais: a vida cotidiana, o trabalho, a escola, a família, o lazer, etc. Para tanto, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas como forma de coleta de dados que serão gravados, caso o Senhor (a) permitir.

O entrevistado terá, a qualquer hora, esclarecimento de qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa, bem como poderá deixar de participar em qualquer momento desta. Garantimos que todos os dados colhidos serão sigilosos e que seu nome não será colocado em qualquer publicação.

Pesquisador responsável: Nair Lumi Yoshino – tel: (19) 32877172 ou 96848946

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

Comitê de Ética em Pesquisa: tel. (19) 3521-8936

Assinatura do Paciente ou responsável

_____/_____/_____
Data

Assinatura do entrevistador

_____/_____/_____
Data

APÊNDICE-2
ROTEIRO PARA ENTREVISTA:

Data: ___/___/___

No. _____

I. Identificação:

Nome: _____

Sexo: M

F

Data de Nascimento: _____

Local de nascimento: _____

Grau de escolaridade:

Fundamental incompleto

1º. Grau incompleto.

2º. Grau incompleto.

superior incompleto.

Fundamental completo.

1º. Grau completo

2º. Grau completo.

superior completo.

Profissão:

Ocupação atual:

Local de trabalho:

Ocupações anteriores:

Situação conjugal:

solteiro (a) e vive só.

vive com companheiro(a).

viúvo (a) e vive só.

casado (a) e vive junto.

casado (a) e vive separado.

separado (a) e vive só.

Quantas pessoas vivem na residência?

Grau de parentesco:

Religião (auto-referida):

Cor ou raça (auto-referida):

branca

amarela

preta

indígena.

parda.

Renda familiar:

Renda para quantas pessoas:

Data da realização da cirurgia:

Tempo decorrido pós-cirurgia:

Tipo de cirurgia realizada:

Tipo de serviço utilizado para a cirurgia:

convênio médico

SUS

outros: _____

particular

filantrópico

Endereço para contato: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

II. História da obesidade: (Antes do tratamento cirúrgico)

Conte a sua história de vida: A lida com o corpo obeso e com o corpo normatizado.

Nascimento:

O Sr. (a) nasceu com quantos quilos e com que altura?

O que sabe sobre seu corpo quando bebê (através de comentários de familiares ou fotos); Foi amamentada? Por quanto tempo?

Como era seu relacionamento com os familiares?

Infância:

Como era seu corpo na infância? Houve mudanças no seu corpo nessa fase?

Como eram as brincadeiras e atividades dessa época? Como era sua relação com outras crianças, na escola, com a família, primos, etc...? Como era sua alimentação? O que mais gostava de comer?

Adolescência:

Como foi a transformação do corpo na adolescência? Quais eram as atividades dessa época? Como era a relação com o seu corpo nessa fase? E como os amigos, escola, vida familiar, relação afetiva (namorado (a), pretendentes.)?

Como era sua alimentação na época? O que gostava de comer?

Idade adulta.

Quando ficou adulto, como era o seu corpo?

Houve mudanças no seu corpo nessa fase? (casamento, nascimento dos filhos, separações, etc.)

Como era seu relacionamento com seus colegas de trabalho, familiares, relações afetivas (marido, mulher, companheiro(a), namorado(a), pretendentes, etc.,), filhos, amigos, etc.?

Como era sua alimentação?

Entrevista semi-estruturada:

- 1) Na sua família tem (tinha) outras pessoas com excesso de peso? Quem e como elas lidaram com esse problema?
- 2) Em sua opinião, porque as pessoas ficam gordas?
- 3) O Sr. (a) acha que ser gordo (a) é uma doença? Porque?
- 4) O Sr. (a) se considerou gordo (a) alguma vez na sua vida? Quando e porque ?
- 5) Como o Sr. (a) sentia sendo gordo (a)? Conte-me a respeito. Esta condição lhe criou problemas? Quais?
- 6) Como eram as suas relações com a alimentação, bebidas e a atividade física? Quais eram as dificuldades em manter uma alimentação e atividade física?
- 7) Antes da cirurgia o Sr.(a) havia feito tentativas para emagrecer ? Quais? Fale dessas tentativas (formais e informais). Diga quais destas tentativas foram melhores para você e quais foram as piores?

- 8) Como foram as relações com os serviços e profissionais de saúde que procurou anteriormente e quais?
- 9) Como Sr.(a) lidava no seu cotidiano com seu corpo nos seus relacionamentos: Em relação à escola (atividades escolares, colegas, professores) Em relação ao trabalho (atividades de trabalho, tipos, reconhecimento profissional, realização, desempenho, colegas de trabalho, chefias).
Em relação ao lazer (tipos de lazer, o que gostava de fazer).
No relacionamento com a família (companheiro, filhos, pais, irmãos, etc..)
Em relação às atividades domésticas.
Em relação a você mesmo (a)? (satisfação com o corpo, cuidados diários, preocupações, vestimenta).
- 10) O Sr. (a) enfrentava alguma dificuldade no seu dia a dia por ser gordo (a) ? Como lidava com este fato?
- 11) Porque decidiu emagrecer?
- 12) Alguma pessoa o influenciou nessa decisão?
- 13) O Sr. (a) recebeu apoio de alguém para emagrecer? (de amigos, família, profissionais de saúde, outros). De que forma?

III. Sobre a cirurgia:

- 14) Porque decidiu pelo tratamento cirúrgico? Quais foram os motivos?
- 15) O que aconteceu com o Sr.(a) após essa decisão. O que fez ? Como? Quando?
- 16) Antes da cirurgia, o Sr.(a) teve contatos com outras pessoas que haviam realizado a cirurgia?

IV. Após a cirurgia:

- 17) Conte sobre a experiência com a cirurgia. (onde, quando, como)
- 18) Como foi seu relacionamento com o serviço de saúde e profissionais de saúde? (antes, durante e após a cirurgia, seguimentos, retornos, quantos e com quais profissionais).
- 19) Como ficou a sua alimentação, como lida com ela? Dieta: segue conforme as prescrições? Em que ocasião não seguiu as dietas? (quais e por quê?). O que acha da sua alimentação atual? É preparada separadamente dos demais membros de convivência ? Quem as prepara?
Quais outras coisas que o Sr. (a) faz para manter o seu peso?
Medicamentos: utiliza algum? (Lembrar das vitaminas)

- 20) Quais foram as dificuldades e facilidades para seguir as recomendações? Como o Sr. (a) lida com as recomendações médicas? Porque ?
- 21) Como foi o seu processo de emagrecimento (relacionar ao tempo) ?
- 22) O que mudou na sua vida após a cirurgia?
- 23) Como foi a experiência com a mudança do corpo através do emagrecimento após a cirurgia?
- 24) Você acha que houve mudanças das pessoas com você após o emagrecimento? Quais?
- 25) Como ficou a sua relação com o próprio corpo?
- 26) Após a cirurgia, recebeu apoio das pessoas mais próximas? (amigos, família, profissionais de saúde, outros?) Como foi?
- 27) Após o emagrecimento houve melhora nas condições de saúde? Quais seriam os benefícios e malefícios da cirurgia como tratamento da obesidade?
- 28) Como o Sr.(a) passou a lidar no seu dia a dia após o emagrecimento nos relacionamentos:
Em relação a escola (atividades escolares, colegas, professores)
Em relação ao trabalho (atividades, tipos, reconhecimento profissional, realização no trabalho, desempenho, colegas de trabalho, chefias).
Em relação ao lazer (tipos de lazer, o que gostava de fazer)
No relacionamento com a família: companheira (o), filhos, pais, irmãos, etc..
Em relação a você mesmo (a)? (satisfação com o corpo, cuidados diários, preocupações, vestimenta).
- 29) O Sr.(a) passou a freqüentar grupos, associações ou outras atividades que não realizava antes ou deixou de freqüentar algum lugar?
- 30) Como o Sr.(a) se sente com o resultado da cirurgia?
- 31) O Sr.(a) recomendaria a cirurgia como forma de tratamento para outras pessoas?
- 32) Se fosse necessário faria novamente esta cirurgia?
- 33) O que foi bom em relação a sua decisão de fazer a cirurgia? E o que foi ruim?

34) O que mais o preocupa no momento?

Altura: _____ Peso anterior: _____ Peso atual: _____

IMC anterior: _____ IMC atual: _____

Anotações e observações: _____

ANEXOS



ANEXO 1.

Classificação do sobrepeso em adultos de acordo com o IMC.

Classificação	IMC (Kg/M2)	Risco de comorbidade
Baixo peso	< de 18,5	Baixo (risco de outros problemas clínicos)
Normal	18,5 – 24,9	
Preobeso	25 – 29,9	Aumentado
Obesidade I	30 – 34,9	Moderado
Obesidade II	35 – 39,9	Severo
Obesidade III	> 40	Muito severo.

Fonte: Consenso Latinoamericano de obesidade (2005).

ANEXO 2

Classificação pela relação cintura-quadril (RCQ)

1. Obesidade ginecóide	Acúmulo de gordura na região glútea e coxa (mais comum em mulheres)
2. Obesidade andróide	Acúmulo de gorduras na região do abdome (mais comum em homens) e a apresenta maior correlação com as doenças cardiovasculares, mesmo estando o indivíduo com o peso corporal normal.

Fonte: Silva & Silva, 2004.

ANEXO 3
A obesidade como fator de risco de enfermidade e condições associadas

<i>Enfermidades</i>	<i>Condições associadas</i>
Cardiovasculares	Hipercolesterolemia
Diabetes Mellitus	Dislipidemia
Cerebrovasculares	Diminuição do HDL
Câncer	Intolerância à Glicose
Hipertensão	Hiperinsulinemia
Osteoartrites	Transtornos menstruais
Colelitíases	Apnéia do sono

Fonte: Consenso Latino Americano da Obesidade, 2005

ANEXO 4.
Característica do risco e manejo da enfermidade.

Risco	IMC	Manejo	Participação profissional
Peso saudável	18-24.99	Alimentação saudável. Atividade física	Auto-regulação e Educação em saúde
Moderado	25-29.99	Idem (+) Dieta Farmacoterapia se tem comorbidade	Idem (+) Médicos e Nutricionistas
Alto	30-34.99	Idem (+) Terapia Farmacológica	Idem (+) Ciências da conduta
Muito Alto	35-39.99	Idem (+) Possibilidade de Cirurgia	Idem (+) Médico Cirurgião
Extremo	40 e (+)	Idem (+) Cirurgia	Idem

Fonte: Consenso Latino Americano de Obesidade, 2005.

Nota: Com qualquer nível de risco se há comorbidade pode ser necessária à utilização de medicamentos.