

## O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero

Clarissa Azevedo Gonçalves  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas -UFRGS  
[clarissa.poa@ig.com.br](mailto:clarissa.poa@ig.com.br)

### Resumo

Este trabalho foi realizado em Porto Alegre. Tem como objetivo investigar a forma como algumas pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica representam a gordura corporal. Os dados mostram que a gordura corporal dificulta a locomoção. Ressalta-se que a obesidade tende a afetar de forma mais incisiva a mulher, a qual passa de cuidadora do lar, dos filhos e do marido, a dependente destes para realizar os cuidados da casa e consigo própria. Isto é sentido por ela como prejudicial a toda a família. À medida que a mulher vai se tornando mais dependente dos outros, vai se sentindo mais doente.

### Palavras-chave

Obesidade; Gênero; Doença

### Abstract

This work was accomplished in Porto Alegre and the goal is to investigate and understand the representations of corporal fat at people submitted to stomach surgery. The data collected show on one hand, the corporal fat hinders considerably people's mobility and on the other hand, the obesity tends to affect mostly females who stay mainly at home housekeeping, taking care of the children and the husbands. There is a direct connection between this dependency and the lack of care and auto-esteem. The obesity has been considered as harmful for her as to the whole family. As the woman becomes more dependent of her love ones, the feeling of sickness increases.

### Keywords

Obesity; Gender; Illness.

## Introdução

Partindo do pressuposto de que todas as nossas crenças, todas as nossas verdades, vinculam-se de forma muito consistente aos padrões da sociedade e da cultura na qual estamos inseridos, podemos considerar que aquilo que achamos bonito e desejável, por exemplo, não se encontra dissociado das representações sociais sobre beleza mais gerais da sociedade em que vivemos. Uma das idéias mais poderosas que vem se popularizando ao longo dos últimos anos é aquela que diz que temos que ser magros pra sermos considerados bonitos.

Esse estereótipo de beleza, tão difundido através da mídia, pode ser verificado nas bancas de revista, nas propagandas de televisão, nas novelas e filmes onde a magreza é extremamente valorizada. Imagens de mulheres magras, artistas, modelos e manequins consideradas ícones de beleza internacionais, figuras legítimas de imitação e de identificação, estão estampadas nas mais diversas capas de revistas e jornais.<sup>i</sup> De forma contrastiva, não é comum enxergarmos mulheres e homens gordos como protagonistas de filmes e novelas, em papéis de “mocinhos” e heróis, ao passo que é comum enxergarmos corpos magros e, principalmente, “sarados” ilustrados nas capas das revistas que consistem num padrão estético muito valorizado atualmente.<sup>ii</sup>

Observa-se, porém, o paradoxo que se vive hoje no mundo ocidental: ao mesmo tempo em que há uma oferta preponderante de alimentos altamente calóricos, convivendo com um estilo de vida que incentiva o sedentarismo, tem-se também uma valorização da magreza como a forma preferencial de estética. Pode-se ainda, observar o lado patológico desse modelo de beleza, pelo aumento da anorexia e da bulimia, doenças características principalmente do gênero feminino.

“Em alguns indivíduos, a ênfase cultural sobre a magreza feminina pode até contribuir para o desenvolvimento de uma anorexia nervosa. Além disso, pode levar a depreciação da auto-imagem em mulheres obesas ou em mulheres cujas formas corporais não se enquadram nas imagens culturais de beleza”. (Helman, 2003: 158,159)

No entanto, a dimensão histórica e cultural deve ser contemplada quando se fala em estereótipo de beleza. No passado, mulheres gordas foram amplamente retratadas em quadros pintados por grandes artistas da Renascença. Em 1552, por exemplo, Veronese pinta *A bela Nani*, ideal de beleza feminino do Renascimento:

“O corpo devia ser entre o magro e o gordo, carnudo e cheio de suco”, segundo um literato francês. A “construção”, como dizia-se então, tinha que ser de boa carnadura. A metáfora servia para descrever ombros e peito fortes, suportes para seios redondos, e costas em que não se visse um sinal de ossos”. (Del Priore, 2000: 18)

De acordo com Fischler (1990), um pouco de adiposidade era sinal de status e riqueza no século XIX. Entretanto, isto não quer dizer que a obesidade fosse desejada por todos, ou seja, apenas indica que ela era mais tolerada, pois era imbuída de um certo prestígio social. O autor mostra em seu estudo que a diferença fundamental dos dias de hoje em relação ao século XIX, é que, atualmente, o mínimo sinal de *gordura* é rechaçado. Hoje, se deseja um corpo absolutamente magro, sem adiposidade alguma. Além disso, os referenciais de obesidade e magreza mudaram com o tempo. No passado, era “preciso ser bem mais gordo para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considerado magro”. (Fischler, 1995:79)

O referido autor aponta, ainda, o final do século XIX como o período de ascensão da lipobofia, ou seja, do ódio à gordura e da obsessão pela magreza, em vários países. Ele distingue três frentes distintas em que se disseminou tal aversão: a Medicina Oficial;<sup>iii</sup> a moda e aparência corporal; a cozinha e a alimentação cotidiana. No que se refere à Medicina Oficial, ele mostra que a obesidade começou a ser vista como indicativo de doença à medida que se desenvolveu um novo mercado - as companhias de seguro de vida americanas – as quais se basearam em estudos que comprovaram a maior mortalidade em indivíduos mais gordos que a média. Estes estudos serviram como base para a Medicina Oficial incitar a população a perder peso. Segundo o autor:

“Desde 1923, as companhias de seguros americanas haviam elaborado a noção de “peso ideal”: se tratava de determinar qual era o peso (em função da altura) estatisticamente correlacionado com uma ótima esperança de vida”. (Fischler, 1990: 307)

Atualmente, a Medicina Oficial vem estimulando a população a manter um determinado peso, conforme o que é considerado “normal”. A partir de uma tabela padronizada, a pessoa pode verificar se está “saudável” ou “doente”, de acordo com esta perspectiva.<sup>iv</sup> As pessoas que se enquadram no padrão de “obesidade leve”, “obesidade moderada” ou “obesidade severa ou mórbida” são consideradas “doentes”. Neste sentido, à medida que aumenta o índice de massa corporal, a pessoa é considerada mais doente. Esta tabela estabelece que a massa corporal ideal para as pessoas é definida pelo seu peso dividido pela altura ao quadrado (Índice de Massa Corporal =  $P/H^2$ ), que vai resultar na seguinte classificação:

IMC abaixo de 20 = magro
IMC entre 20-25 = normal
IMC entre 25-30 = sobrepeso
IMC entre 30-35 = obesidade leve
IMC entre 35-40 = obesidade moderada
IMC acima de 40 = obesidade severa ou mórbida

Este discurso médico-científico, que indica que a obesidade é uma doença, vem sendo compartilhado pelos meios de comunicação, ou seja, da mesma forma que a mídia divulga a magreza como padrão ideal de beleza, ela vem divulgando que a obesidade é um problema de saúde. Isso se evidencia através de propagandas de televisão de chás emagrecedores, adoçantes artificiais que não engordam, entre outros. Neste sentido, geralmente o “problema de saúde” é salientado como justificativa principal da busca pelo emagrecimento, “não é somente uma questão de estética, é uma questão de saúde”, afirmam alguns comerciais; sugerindo uma hierarquia entre saúde e estética, como se a questão estética fosse algo de menor importância.<sup>v</sup>

Convém salientar que o mercado das dietas, dos produtos e serviços indicados para a perda de peso, como medicamentos e produtos alimentícios chamados *light*, vem crescendo rapidamente em vários países. Este mercado lucrativo baseia-se na existência da magreza como padrão de estética, o qual também é beneficiado pela divulgação de um “peso ideal”, muitas vezes difícil de alcançar. (Fischler, 1990: 375)

Entretanto, as representações sociais das pessoas sobre saúde, doença e padrão corporal, nem sempre se manifestam neste mesmo sentido. O peso, que revela uma determinada aparência positiva ou negativa e/ou a sensação de estar saudável ou doente, é arbitrário, algumas vezes relacional. Um estudo realizado por Coccaro (1999), entre mulheres que se submeteram a um programa de emagrecimento numa clínica de “Reeducação Alimentar”, mostra que o “estar gordo” ou “estar magro” pode ser definido na relação aos outros e não ao *IMC*. As pessoas podem se perceber gordas ou magras conforme estabelecem comparações entre si, independentemente da sua medida em quilos. Neste sentido, o “peso ideal”, percebido pelas pessoas, pode assumir critérios totalmente divergentes da Medicina Oficial.

É importante, ainda, relativizarmos o conceito de doença para a Medicina Oficial no que diz respeito às questões históricas e culturais. Temos, inclusive, que levar em conta o poder de persuasão da sociedade civil e dos movimentos sociais em definir o que vai sendo estabelecido em relação a isso. O caso citado por Zambrano (20: 2003) ilustra bem esta questão. Ela faz menção à homossexualidade como um bom exemplo do quão relativo e histórico é o pensamento médico no que se refere ao que se denomina de doença. A homossexualidade era considerada uma doença, constando na Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Entretanto, as pressões sociais através das lutas organizadas dos movimentos gays fizeram com que ela deixasse de ser vista como uma patologia e passasse a não constar mais em tal classificação. Hoje ela é classificada apenas como uma expressão da sexualidade das pessoas.

No caminho contrário ao da homossexualidade, a obesidade passa a ser considerada uma doença, diferentemente da forma como foi vista em épocas anteriores.<sup>vi</sup> Além disso, a ela passa a ser

associada o desencadeamento de outras doenças, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial, doença coronária, apnéia do sono.<sup>vii</sup> No entanto, do ponto de vista da Antropologia, importa perguntarmos: quais as implicações sociais dessas classificações de doença sobre a vida dos sujeitos que passam a ser considerados com excesso de peso?<sup>viii</sup>

Uma das implicações importantes está na busca pelo tratamento cirúrgico da “obesidade”, que tem crescido muito ultimamente. No Centro da Obesidade Mórbida da PUCRS (C.O.M) foi registrado um aumento de 100% no número de pacientes em março de 2002, em relação a março de 2001.<sup>ix</sup> Contudo, esta busca não é proporcional entre os sexos. Aproximadamente 74% dos pacientes<sup>x</sup> que pretendem realizar a cirurgia bariátrica, ou seja, cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida, neste Centro, são mulheres.

A questão que se coloca nesse caso é que muito mais mulheres do que homens buscam esse tratamento. Entretanto, a quantidade de mulheres consideradas “obesas mórbidas” é somente um pouco superior ao número de homens. Conforme a Organização Mundial da Saúde, as mulheres com obesidade mórbida atingem 7% da população mundial, enquanto que os homens atingem 5%. Será que, em termos culturais, a questão estética “pesa” mais para as mulheres? Neste sentido, elas podem se sentir mais pressionadas a buscarem tratamento para emagrecer do que os homens?

Essa hipótese, que surgiu inicialmente na realização da presente pesquisa, acabou sendo reconsiderada à medida que foram aprofundadas as leituras e entrevistas que compõem este trabalho de conclusão.

Vários estudos sugerem uma relação da corporalidade com o gênero. De acordo com Helman (2003) a cultura determina papéis de gênero que podem atuar tanto de forma positiva, como protetores da saúde, como de forma negativa em outras crenças e comportamentos culturais. No mundo ocidental, os homens, em comparação com as mulheres, são mais estimulados a beber bebidas alcoólicas, fumar e correr mais riscos na vida diária. Espera-se que os homens, diante da dor e o sofrimento, não manifestem tantas queixas e emoções quanto às mulheres, e que, inclusive, sejam mais tolerantes na busca pelo médico, “em muitos casos o estoicismo pode ser contraproducente, pois pode levar muitos homens a ignorar os sintomas iniciais de uma doença grave, ou levar o próprio médico a subestimar a gravidade da mesma”. (Helman, 2003: 158)

O mesmo autor complementa que as mulheres, por sua vez, são educadas socialmente a ter menos tolerância à dor e ao sofrimento, o que pode levar a um maior número de consultas médicas. Elas também são mais frequentes nas clínicas de cirurgias plásticas, se submetem mais a rinoplastia e mamoplastia, que tem o objetivo de alterar a aparência do corpo para se enquadrar na “imagem cultural de beleza feminina do momento”. (Helman, 2003: 158)

No entanto, parece que explicar o maior número de cirurgias bariátricas pela questão estética, um tanto simplista, pois se sabe que as pessoas submetidas a tais procedimentos dificilmente adquirem uma figura conforme os padrões atuais de beleza.<sup>xi</sup> Assim sendo, o presente trabalho tem como objetivo investigar os vários fatores que podem estar influenciando na busca pela referida cirurgia e a sua relação com os papéis de gênero na nossa sociedade.

## **Obesidade: entre o “problema de saúde” e a “fraqueza individual”**

### **Obesidade e saúde**

Do ponto de vista da Medicina Oficial, dados do Consenso Latino Americano de Obesidade (2002) indicam que a obesidade é um problema mundial de saúde pública, pois atinge, sem distinção, os mais diversos países, tanto os desenvolvidos como os subdesenvolvidos. Na América Latina, ela compromete mais os sistemas de saúde do que a desnutrição. Estes órgãos se sobrecarregam com a demanda crescente de atendimento a pessoas diagnosticadas como obesas, as quais geralmente apresentam outras doenças crônicas decorrentes dela, consideradas co-morbidades: diabetes, hipertensão, doença coronária e diversos tipos de câncer. Dados epidemiológicos indicam que cerca de 200.000 pessoas morrem anualmente em decorrência destas complicações na América Latina. No Brasil, aproximadamente 27 milhões de adultos (32%) apresentam algum grau de excesso de peso. A obesidade mórbida está presente em 0,3% da população, incidindo em 500 mil brasileiros e cerca de 30 mil gaúchos. Mas, afinal, o que é a obesidade dentro desta perspectiva?

O excesso de peso considerado a partir do momento que a pessoa se enquadra no padrão de “obesidade leve” (estabelecido pela *Tabela do IMC*) é entendido como causador de uma sobrecarga a todo o organismo, que precisa de um maior esforço para continuar funcionando adequadamente. Este esforço é considerado patológico, é atribuído ao excesso de gordura corporal, o qual indica a doença “obesidade”.<sup>xii</sup>

Além disso, a obesidade é concebida como uma doença crônica, que não tem cura, mas tem tratamento. Ela é considerada uma epidemia mundial, nacional e regional, que está associada ao

desencadeamento de outras doenças, comprometendo a qualidade de vida da pessoa a ponto de poder levá-la à morte.<sup>xiii</sup> Esse “mal” é divulgado em forma de alerta à população,<sup>xiv</sup> que ainda não se conscientizou que precisa mudar seus hábitos alimentares e o seu sedentarismo para manter um certo peso, medido através da *Tabela do IMC*, que é considerado normal e, portanto, saudável. Neste referencial, regimes e dietas populares podem não ser considerados eficazes. Sugere-se que é importante a reeducação alimentar e, em último caso, a cirurgia bariátrica.

Essa relação entre obesidade e saúde, do ponto de vista da antropologia, precisa ser relativizada. Antropologicamente, a ausência de saúde, o “estar doente” pode ser caracterizado de várias maneiras. Outrossim, como já se fez referência, o que pode ser considerado doença em determinada cultura ou grupo social, pode não ser considerado doença ou percebido da mesma forma em outra cultura ou grupo social. De acordo com Helman (1994: 105) “as definições de saúde e doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais (...)”.

Dados etnográficos do sul do Brasil mostram que nas classes populares o “perceber-se doente” implica algumas questões importantes. Oliveira (1998), por exemplo, analisa as diversas definições de doença neste meio, em Porto Alegre. Ele compreende que doença “é um fenômeno social por excelência, que supera em muito os limites biológicos do corpo”. (Oliveira, 1998:82)

De acordo com o referido autor, a impossibilidade de trabalhar é o marco que estabelece se é doença ou não, ou seja, enquanto se consegue trabalhar, enquanto for suportável a dor, não é doença. A doença leva o indivíduo para a cama, impedindo o trabalho doméstico usualmente feito pelas mulheres; sendo assim, “a doença é um meio que compele o indivíduo à imobilidade” (Oliveira, 1998: 87). A pessoa “ficar de cama” pode ser um bom indicativo de que ela esteja realmente doente. Os dias que ela fica de cama podem indicar a severidade da doença, inclusive funcionando como um “álibi” pelo não cumprimento das funções sociais e moralmente esperadas, como o trabalho. O estudo conclui que não é comum perceber-se doente quando não se sente dor, não se tem febre e continua-se a trabalhar normalmente.<sup>xv</sup>

Em relação à busca pelo tratamento médico, Zola (apud Helman, 2003:136) denominou alguns pontos como “caminhos que conduzem ao médico”, dentre eles, estão: a maneira como o paciente percebe o problema e o modo como as outras pessoas percebem o problema. O processo de adoecer está relacionado à definição de alguns sintomas considerados “anormais” pelos pacientes e seus familiares. Os sintomas estão relacionados a valores atribuídos pela sociedade determinada. Caso o sintoma seja considerado muito comum, embora não necessariamente bom, provavelmente será considerado normal, mesmo que seja característica de uma doença grave. Os sintomas e os sinais, por sua vez, devem estar de acordo com o que a sociedade considera como doença, para que



o doente possa receber apoio e atenção de terceiros, e para que seja providenciado o tratamento adequado.

Em relação aos sintomas e sinais, Ferreira (2001: 89) afirma:

“O *sintoma* diz respeito única e exclusivamente ao doente, é o caráter invisível da doença, pois nada mais é do que sensações que o indivíduo experimenta e só pode expressar por meio de palavras. Já o *sinal*, como manifestação objetiva, faz parte do aspecto visível da doença e diz respeito principalmente ao domínio médico, pois se constitui da observação clínica e do exame físico”.

Podemos dizer que um dos *sinais* da obesidade é dado pelo tamanho do corpo, pela abundância de gordura corporal, a qual, presume-se, deve ser facilmente percebida pela observação clínica do médico. Entretanto, a pessoa que apresenta uma determinada aparência corporal, a qual pode indicar doença pela Medicina Oficial, não necessariamente percebe que este dado pode implicar um problema sério de saúde. Ela pode pensar que não precisa perder o que é considerado excesso de peso para viver bem, para ela pode ser “normal”.

Ela pode achar a sua corpulência “normal”, por exemplo, pelo fato de que algumas doenças atualmente associadas à obesidade pela Medicina Oficial como hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado e muitas outras, não apresentam sintomas nas fases iniciais, o que pode tornar mais difícil a busca pelo tratamento, pois não se sente a doença (dor, por exemplo).<sup>xvi</sup>

Numa pesquisa divulgada em maio de 2002, pela Universidade de Harvard, realizada nos Estados Unidos, mais da metade dos entrevistados consideravam ter peso acima do normal, mas 78% disseram que a obesidade não constituía um problema sério.<sup>xvii</sup> A pesquisa revela que as pessoas provavelmente estejam se referindo ao padrão de normalidade da Medicina Oficial, o qual é aprendido, mas não necessariamente considerado problemático pelo fato de não se estar enquadrado neste padrão.

Precisam ser examinadas, antropologicamente, outras possíveis noções de normalidade que as pessoas podem considerar, além do que é preconizado pela Medicina Oficial. Conforme já foi referido, sempre existiram pessoas gordas e nem sempre elas foram tratadas como doentes.<sup>xviii</sup> Pode parecer “normal” uma determinada corpulência, em contraponto ao que comumente pode ser considerado patológico. Cabe aqui, analisarmos em que medida as pessoas que buscam o emagrecimento consideram que o seu estado corporal prejudica a sua vida, a tal ponto destas pessoas recorrerem à cirurgia bariátrica. Neste sentido, é preciso que sejam analisados os sintomas construídos socialmente da doença, ou seja, como os



*sintomas* (concebidos pelas pessoas) e *sinais* (aspectos visíveis) se entrelaçam no caso do excesso de peso na nossa sociedade.

### **Obesidade e estigma**

Do ponto de vista mais sociológico, o estigma que sofre o obeso pode ser tão ou mais prejudicial do que os problemas de saúde decorrentes da “doença”. Vários estudos comprovam que as pessoas gordas são vistas como relaxadas, feias, sujas e culpadas de sua condição, causando-lhes muito sofrimento.<sup>xix</sup> Neste sentido, a pessoa que tem obesidade sofre de preconceito devido a um atributo relacionado ao seu corpo - a gordura - como se a sua identidade estivesse reduzida àquilo, os outros atributos constituintes da sua identidade são marginalizados. Logo, a pessoa corpulenta é portadora de um estigma que a coloca “na situação de indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. (Goffman, 1982: 7)

Fischler (1995) observa em uma pesquisa realizada na França, uma dupla maneira de perceber o obeso, por um lado ele é percebido como uma pessoa simpática e agradável e por outro lado ele é percebido como um doente ou um depressivo. A enquete também mostra que, na maioria dos casos, eles são percebidos como os únicos responsáveis por sua condição “(...) eles são gordos, pensa-se, porque comem muito e são incapazes de se controlar”. (Fischler, 1995: 72,73)

Na crença de que as pessoas gordas não tem controle sobre si mesmas está subentendido que a obesidade não é um problema de saúde, mas sim uma fraqueza individual. Desta forma, não se leva em conta os aspectos fisiológicos e genéticos. Felipe (2001) analisa, entre outras questões, a relação entre obesidade e ideologia social :

“Na cultura ocidental são atribuídas responsabilidades ao indivíduo obeso. Ora, se uma pessoa é julgada responsável por maus resultados, essa pessoa encontra-se com raiva, culpa, estigma e rejeição social. Se não é julgada responsável, é vista com compaixão, pena, pouca culpa, relativa aceitação social e um desejo de ajuda. A questão da obesidade é percebida, talvez, como a pobreza. Assim como o pobre é responsável por sua pobreza, o obeso seria responsável por sua gordura. Observamos que esse tipo de funcionamento social acontece com atores sociais tais como aidéticos, alcoolistas, homossexuais”. (Felipe, 2001: 109)

Considerar a obesidade como doença pode diminuir a discriminação sofrida pelos obesos à medida que eles podem não ser considerados culpados por sua condição. Entretanto, isso nem chega a poder ser considerado como vantajoso, pois se por um lado os corpulentos precisam ser considerados “doentes” para que percam a posição de “culpados” por sua obesidade, por outro lado, ser considerado “doente” é, em si, também uma condição estigmatizante. De acordo com Helman (2003) é comum, no mundo ocidental, atribuir a culpa de doenças ao paciente sem que se faça uma

avaliação sobre as responsabilidades de agências governamentais com relação à alimentação, vestuário, higiene, etc.<sup>xx</sup> É freqüente o procedimento conhecido como “blame the victim”, ou seja, de culpar a vítima, evidenciando, principalmente, quando se trata de problemas de saúde carregados de estigma, tais como: obesidade, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids.

### Uma revista especial: Criatura GG

Uma alternativa de rompimento dessa “dinâmica”, que estigmatiza a pessoa gorda, surge a partir de movimentos políticos. Em contraponto ao padrão estético considerado “ideal” estabelecido na nossa sociedade, determinados movimentos de pessoas gordas consideram-se discriminadas à medida que são tratadas como feias e doentes, dentre outros adjetivos possíveis.<sup>xxi</sup> Neste sentido, são divulgadas revistas eletrônicas que contemplam assuntos que valorizam os gordos.

*Criatura GG* é apenas uma das diversas revistas *on-line*<sup>xxii</sup> que trata sobre “a aceitação dos gordinhos na sociedade”, como ela mesma se define. É uma revista de afirmação de um grupo que não aceita a discriminação, os padrões estéticos, isto é, o que é considerado bonito ou feio, normal ou anormal no que se refere ao tamanho ideal de corpo preconizado socialmente.

Para ficar mais claro do que trata a revista, o enunciado dos artigos são esclarecedores, entre eles, estão: *Galeria GG: a primeira galeria de modelos gordinhos do Brasil continua maravilhosa!; Verão 2003: saiba tudo o que vai ser moda na próxima estação; Comunidade GG: conheça nossos mais de 70 cadastrados e não fique sozinho; LiGGht: 4 receitas de sanduíches que não pesam nem na balança, nem na dieta; Dra. MiGGa: manual prático de como ser gordo neste milênio.*

Pode-se observar que os artigos são diversificados, contemplam diversos assuntos, sempre enfocados na questão do peso corporal. Há uma grande valorização da estética da pessoa gorda, que é vista como uma pessoa bonita, com muitos atrativos. Além disso, considera-se que o gordo pode ser saudável, mas que muitas vezes não se valoriza por ficar com o pensamento atrelado ao pensamento dominante, discriminatório, de que o gordo não pode ser bonito, é feio e deve usar roupas que procurem disfarçar a sua gordura, como por exemplo, roupas pretas.

Através da seção de moda, que indica as tendências do verão 2003, percebe-se que há uma tentativa de estimular as mulheres gordas a não se importarem com o padrão estético dominante e com as regras que prevalecem pra manter este padrão, isto é, não devem se preocupar em disfarçar a sua gordura. Observe o comentário abaixo:

“Até é um conselho médico: cores claras debaixo do sol são muito saudáveis. Já cansamos de repetir: se você se vestir inteirinha de preto ninguém vai confundir você com uma esfomeada da Etiópia. Portanto, deixe de se apegar a regrinhas mais do que ultrapassadas e adote o fashion da estação: o visual branco total. Se você ainda está meio receosa, comece com uma blusinha. Mas se você é das mais ousadas, encare até o sapato branco! Junto com o

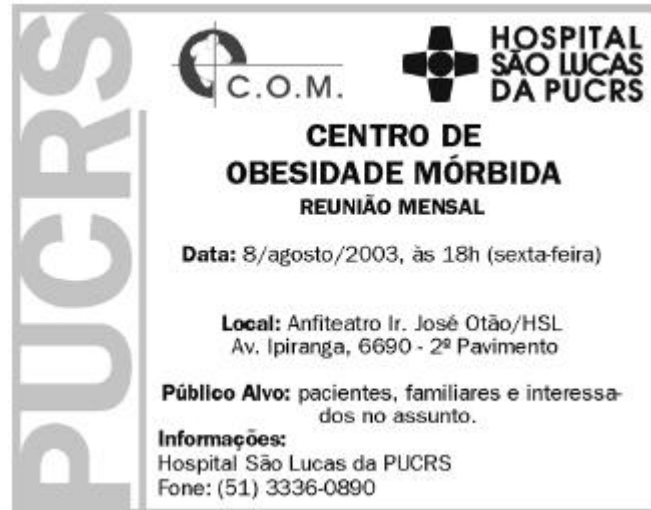
branco, outros tons claros como o bege também prometem fazer a cabeça das brasileiras. Aposte nelas e nada de passar calor de preto no calçadão!" (Seção ModaGG )

Na revista, o discurso médico-científico é criticado ao tratar a obesidade como uma doença. Este discurso é questionado em função de haver um outro discurso científico que afirma que é possível ser gordo e saudável. Entretanto, observa-se uma constante tensão entre a aceitação ou não dos modelos dominantes. No comentário da seção de moda transcrito acima, por exemplo, se por um lado o conselho médico deve ser seguido no que se refere à cor de roupa mais indicada para o verão, por outro lado, o discurso médico é rechaçado quando trata a obesidade como doença.

Essa tensão perpassa também artigos da revista, como um deles que afirma ao direcionar uma pergunta à pessoa que está sendo entrevistada: "Cientificamente, já foi provado que é possível ser gordo e saudável. Também já foi provado que o peso ideal de cada um não pode ser atado a uma tabelinha básica e sim a um fator genético (...)"<sup>xxiii</sup> Nesse caso, observa-se um contraste entre acreditar-se "saudável", rechaçando a noção de doença apregoada pela perspectiva médica, e a referência feita a um "fator genético", que atesta uma certa adesão ao modelo médico.

### **Metodologia: o percurso para executar a pesquisa**

A partir de um anúncio de jornal, tive o interesse despertado para a questão da "obesidade mórbida". O anúncio é um convite que o Centro de Obesidade Mórbida (C.O.M) do Hospital São Lucas da PUCRS faz para os familiares, pacientes e quaisquer pessoas interessadas no assunto para assistirem à reunião mensal realizada no anfiteatro do referido hospital. Estas reuniões consistem em explanações médicas sobre o que são os diversos graus de obesidade (*Tabela do IMC*); os riscos para a saúde, as doenças associadas, o que é o tratamento clínico da obesidade e, mais detalhadamente, o seu tratamento cirúrgico. Observe um dos convites publicados da referida reunião:



Fonte: Jornal Correio do Povo, 04/8/2003

Depois de eu ter assistido uma destas reuniões e decidido pesquisar o assunto, procurei me informar sobre os trâmites legais que deveriam ser enfrentados para realizar o estudo com os pacientes do C.O.M. Pesquisar em um grupo constituído num hospital requer uma série de procedimentos específicos, que vão desde o consentimento do médico responsável, e do grupo, até o aval do Comitê de Ética e do próprio hospital. A partir do consentimento do médico, pude encaminhar os diversos documentos pedidos pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética da instituição.<sup>xxiv</sup>

A coleta de dados, de caráter qualitativo de orientação etnográfica, foi realizada através de observações em três reuniões mensais ocorridas no anfiteatro do hospital nos meses de março, abril e junho de 2002. Foram realizadas observações participantes na sala de espera das consultas,<sup>xxv</sup> as quais eu ia semanalmente e observava durante aproximadamente uma hora, entre os meses de novembro de 2002 e janeiro de 2003. A partir destas idas à sala de espera foram agendadas entrevistas,<sup>xxvi</sup> as quais foram gravadas em fita cassete e transcritas posteriormente.<sup>xxvii</sup> Também entrevistei um profissional do C.O.M em julho de 2003, com uso de gravador e transcrição posterior. Além disso, foram pesquisados *sites* da Internet; reportagens de jornais e revistas; e filmes relacionados à obesidade.

As entrevistas foram feitas nos meses de janeiro e fevereiro de 2003. Foram entrevistadas seis pessoas: três homens e três mulheres, nas suas casas (exceto um informante, residente em outro Estado, que foi entrevistado num *shopping* a pedido dele). Convém ressaltar que somente uma informante ainda não tinha se submetido à cirurgia até o dia da entrevista. Entretanto, entre os informantes que já tinham feito a cirurgia, somente dois se enquadravam no que se chama, segundo a Medicina Oficial, de “peso normal”. Os outros ainda estavam com peso excessivo apesar de já terem emagrecido muito. Foi demonstrada boa receptividade por parte de todos efetivamente

entrevistados, sem distinção. Desde a sala de espera das consultas até a maneira como me receberam em suas casas, sempre foram solícitos em me ajudar, em contribuir com o trabalho. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme as normas da resolução 196 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). (Anexo A)

Recordo o comentário de uma informante sobre a minha pesquisa na primeira vez em que a abordei na sala de espera das consultas: *“é muito bom isto, os gordinhos precisam disso”*. Observei que a sua intenção era de que a pesquisa pudesse servir, de alguma maneira, para ajudar as pessoas gordas. Esclareci que era um trabalho acadêmico, mas que, de alguma forma, poderia ajudá-los. As pessoas que iriam ler o mesmo, poderiam conhecer mais sobre o assunto, o que até poderia implicar em alguma atitude. Neste sentido, ela me falou sobre o sofrimento que eles passam devido ao julgamento dos outros, e que seria interessante que as pessoas soubessem disto e, inclusive, mudassem a maneira de agir, passassem a não discriminá-los.

## O tratamento médico da obesidade

Em geral, a área da saúde define a obesidade como sendo o aumento de peso às custas de tecido adiposo (gordura). A obesidade é considerada “uma doença de suscetibilidade genética, com forte influência ambiental, em que diversos mecanismos metabólicos estariam alterados, favorecendo um balanço energético positivo e o ganho de peso” (Matos, 1998: 207). O inchaço (edema) ou muita musculatura (massa magra) que aumentam o peso do indivíduo não constitui, nesta perspectiva, a obesidade.<sup>xxviii</sup>

Atualmente, associa-se à obesidade mórbida o desencadeamento ou o agravamento de inúmeras doenças, como: coronárias (angina e infarto), hipertensão arterial, diabetes, hiperlipemias (gordura no sangue), arteriosclerose, acidente vascular cerebral (derrames), varizes, flebites, trombozes venosas, embolia pulmonar, hemorróidas, doenças osteo-articulares, hérnias e o próprio câncer. Logo, as estatísticas médicas comprovam que o risco de morrer de um indivíduo obeso mórbido é dez vezes maior em relação ao indivíduo considerado de peso normal, e sua expectativa de vida diminui em 20% do que seria o tempo que viveria se fosse dotado deste peso.<sup>xxix</sup>

Os tratamentos recomendados na área médica para tratar a obesidade são o clínico e o cirúrgico. O tratamento clínico é recomendado para as pessoas que tenham IMC menor do que 35Kg/m<sup>2</sup> e para as pessoas com IMC entre 35 e 40Kg/m<sup>2</sup> que ainda não tenham complicações causadas pela obesidade. Baseia-se nos seguintes pontos principais: dieta hipocalórica; prática regular de exercícios; mudança dos hábitos e estilo de vida e medicamentos.<sup>xxx</sup>

Já o tratamento cirúrgico, chamado de cirurgia bariátrica, o qual compreende várias técnicas, é indicado para pessoas com obesidade mórbida: IMC acima de 40; ou que tenham IMC entre 35 e 40, com patologias associadas e refratárias ao tratamento clínico. São vários os critérios em que a pessoa deve estar incluída para poder realizar a cirurgia, bem como são vários os critérios de exclusão do tratamento. Entre os critérios de inclusão do tratamento cirúrgico, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica estabelece que o paciente deve ter realizado com insucesso o tratamento clínico por, no mínimo, 5 anos. O paciente também deve ter apoio familiar em todas as etapas do tratamento.<sup>xxxix</sup>

Todos os anos, 80 mil americanos são submetidos a estas cirurgias. No Brasil, foram feitas três mil em 2001. Em geral, o custo varia entre R\$ 15 mil e R\$ 25 mil, mas 16 hospitais de oito Estados fazem a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde desde 2000. No hospital de Clínicas de São Paulo, há uma fila de espera de três mil pessoas. Apenas 5% das operações são pagas pelo paciente.<sup>xxxix</sup>

O Centro de Obesidade Mórbida da PUCRS realizou, até o momento, aproximadamente 300 cirurgias bariátricas.<sup>xxxix</sup> Este Centro presta atendimento particular, por convênios e pelo Sistema Único de Saúde. O programa de atendimento é iniciado com uma consulta de triagem, onde é avaliado se o paciente tem indicação cirúrgica. Segue-se a avaliação multidisciplinar (endocrinologista, nutricionista, cardiologista, psiquiatra, cirurgião, anestesista e enfermeira) complementada através de exames de laboratório e imagem, visando a adequada avaliação e preparo pré-operatório. Concluída esta etapa, cada caso é discutido pela equipe médica e é feita uma junta médica que define o tratamento a ser realizado. Paralelamente a isto, o paciente e seus familiares são convidados a participar das reuniões mensais do grupo de apoio.<sup>xxxix</sup> Conforme foi dito por um especialista numa reunião mensal, entre a triagem e a cirurgia os pacientes levam em média dois meses.

Entre as várias técnicas cirúrgicas passíveis de serem utilizadas, a mais freqüentemente realizada pelo C.O.M é inspirada no Dr. Rafael Capella (Técnica de Capella) e se denomina gastroplastia redutora vertical com anel e anastomose Gastro-jejunal em Y de Roux. Esta técnica reduz drasticamente o volume alimentar ingerido e diminui sua absorção. Atualmente, ela corresponde a 70% de todas as técnicas executadas no mundo.<sup>xxxix</sup> Em relação à internação hospitalar pós-cirúrgica, conforme um médico do C.O.M, muitas pessoas ficam pouco tempo hospitalizadas (4 ou 5 dias), dependendo de cada caso. É recomendado um tempo de repouso pós-cirúrgico, aproximadamente 15 dias. Depois disto, geralmente, as pessoas podem desempenhar as funções normais, no que se refere, por exemplo, o trabalho.<sup>xxxix</sup> Conforme uma informante



*“geralmente tu sai no terceiro ou quarto dia, mas eu fiquei treze dias a mais. Mas também, quando eu saí do hospital, eu já saí com papinha, eu saí numa boa”.* (Antônia, 32 anos)

A equipe médica do C.O.M divulga que a cirurgia é apenas uma das etapas do processo de emagrecimento. Junto a ela é considerada necessária a participação de um programa orientado de exercícios físicos, acompanhamento nutricional periódico, revisões clínicas, cirúrgicas e muitas vezes acompanhamento psicológico. Pode ser necessária a cirurgia plástica para retirada do excesso de pele, que não deverá ser feita antes de completar um ano da cirurgia bariátrica ou até alcançar a meta de emagrecimento.<sup>xxxvii</sup> Conforme foi me relatado por uma informante, somente de excesso de pele que sobrarão após o emagrecimento, serão retirados, aproximadamente, 18 Kg do seu corpo através de cirurgia plástica.

Entre as conseqüências da cirurgia, a mudança da aparência física, paradoxalmente, pode causar alguns desconfortos, como a troca do estigma de gordo por outro. Observe a fala de Gustavo (44 anos):

“Certas pessoas te abordam, por exemplo, eu passei por isso: ah, mas tu tá tomando os remédios direitinho, eu falo que eu tô, realmente eu tô, e a pessoa me diz assim, como tu caiu de um tempo pra cá, há quanto tempo tu tá com o vírus? De associarem que eu estivesse com Aids, pessoas que me conheceram gordo, não sabiam que eu tinha feito a cirurgia, depois de um ano, me ver cento e tantos quilos mais magro... me verem totalmente diferente. Foram várias pessoas que chegaram me falando isso, não foi uma, nem duas. Eu levei isso pro psicólogo, se tu tá com outro problema na área da depressão, ou tu vem com dez pedras na mão e dá o revide ou guarda pra ti. Realmente, eu tomo todos os remédios, é um coquetel, mas não é pra Aids.”

Também é salientado pela equipe que toda a cirurgia tem riscos e complicações. As complicações pós-cirúrgicas consideradas mais sérias são: tromboembolia pulmonar, fístula e infecção respiratória. Além disso, são freqüentes alguns problemas como vômito, por exemplo, variando muito quanto à freqüência e intensidade, entretanto, este problema é considerado facilmente solucionável, pois geralmente é atribuído ao fato da pessoa ingerir grande quantidade de alimento e de forma rápida. Neste sentido, ela deve aprender, após o tratamento cirúrgico, a comer devagar, além de, preferencialmente, pequenas porções em cada refeição.<sup>xxxviii</sup> De acordo com um informante que se submeteu ao tratamento cirúrgico, o vômito, além de outros problemas, também pode ser ocasionado pelo fato de não se tomar a medicação recomendada pelo médico após o referido tratamento. Esta medicação deve acompanhar a rotina do paciente por um determinado tempo, para não se ter conseqüências desagradáveis:

“Eu sugiro, para quem vai fazer a cirurgia, que tome toda a medicação, não economize na parte dos remédios, porque senão, vai ter desnutrição, perda de cabelo, perda de memória, problema com refluxo, forma VV, velocidade versus volume, conforme tu mastiga e engole, se não vai, volta. Tu tem 45 minutos de enjôo em média, muita náusea, muita dor de cabeça, dor de estômago, é bem desagradável”. (Gustavo, 44 anos)



A alimentação, no primeiro mês após a cirurgia, é baseada em alimentos líquidos e pastosos em quantidades bem pequenas. Aos poucos os alimentos vão sendo reintroduzidos conforme a tolerância do paciente até uma alimentação variada, mas que deve ser feita numa quantidade e velocidade bem menor que antes, como já referido. Devem ser evitados excessos de alimentos gordurosos e doces.<sup>xxxix</sup> De acordo com uma informante, alguns alimentos são considerados mais fáceis de serem ingeridos após o tratamento cirúrgico, enquanto que outros são mais difíceis ou praticamente impossíveis. Ela relata a sua experiência:

“Tem várias comidas que são fáceis, mingau é fácil, polenta é fácil, feijão é fácil, sopa é fácil, tudo quanto é líquido é fácil. Agora, carne é uma coisa tenebrosa, tanto que faz cinco meses que eu fiz a cirurgia e faz cinco meses que eu não como carne. Agora eu dei uma chupada bem boa num churrasco, mas botei a carne fora”. (Antônia, 32 anos)

Após a cirurgia, o paciente deve seguir uma dieta equilibrada e individualizada pela nutricionista, para manutenção e reposição dos nutrientes necessários. A alimentação é considerada inadequada quando os nutrientes (vitaminas, proteínas e minerais) não são absorvidos completamente ou não são ingeridos. É através do monitoramento dos exames laboratoriais, acompanhamento clínico e nutricional que se identifica estas situações e se faz a suplementação necessária, o que pode impedir a desnutrição no pós-operatório. Um dos problemas causados quando se está desnutrido é a queda de cabelo, a qual é considerada solucionável com a reeducação alimentar e suplementação nutricional, corrigida lentamente pelo acompanhamento nutricional e clínico.<sup>xl</sup>

Convém salientar que a perda de peso começa imediatamente após a cirurgia, mas a velocidade de perda varia conforme o paciente, a aderência ao programa de acompanhamento nutricional e a atividade física. Em média, se perde 80% do que é considerado excesso de peso em 12-18 meses. A perda pode continuar até a meta final, mas pode ser comprometida por abandono de acompanhamento ou utilização de alimentos inadequados. Conforme o C.O.M, quando se alcança a meta de emagrecimento, há vários mecanismos simples para parar de perder peso, por isso é muito importante o acompanhamento nutricional no pós-operatório, pois a nutricionista orientará detalhadamente sobre o que e quanto comer para ficar no peso desejado.<sup>xli</sup>

Em síntese, conforme um especialista do C.O.M, troca-se um problema por outro, se antes da cirurgia o problema era a obesidade, após a mesma, o problema são os cuidados pós-operatórios, pois se a pessoa não se cuida, entre estes cuidados, não busca acompanhamento médico, o resultado esperado pode não ser alcançado.<sup>xlii</sup> Neste sentido, um informante relata, inclusive, a possibilidade de morte quando não se segue as recomendações médicas. Entre estas recomendações, a freqüência às consultas para fazer o *checkup* é considerada importante, bem como o respeito às restrições alimentares.

"Nós fomos modificados e isso o médico deixa bem claro quando tu tá saindo do hospital. Se tu fizer as revisões... é o termo que ele usa, tu é que nem um carro zero Km, se tu não fizer as revisões tu perde tudo, inclusive a vida. Depositar o sucesso somente na cirurgia, que não passa de um instrumento de emagrecimento... quem vai fazer ela ser um sucesso são os médicos e a tua ajuda(...) porque se a pessoa fizer loucuras como alguns fizeram, beber bebida alcoólica depois de quatro meses de operado, tiveram complicações e morreram(...) (Gustavo, 44 anos)

Os resultados do emagrecimento obtidos através da cirurgia são considerados preliminares até 2 anos, intermediários até 5 anos, de longo prazo até 10 anos (consenso de San Diego, 1999). Conforme o C.O.M, o processo de emagrecimento somente pode ser compreendido dentro desta perspectiva. Logo, observa-se que o tratamento é contínuo e, praticamente, ininterrupto.<sup>xiii</sup> A frequência às consultas após a cirurgia variam de acordo com cada caso, a tendência é que se diminua às frequências com o decorrer do tempo.<sup>xiv</sup>

## As reuniões mensais

As reuniões mensais são realizadas no 2º andar do Hospital São Lucas da PUCRS. Ocorrem no anfiteatro, que é uma sala grande e espaçosa, onde cabem aproximadamente 200 cadeiras. Em frente às mesmas, localiza-se o palco, onde estão uma mesa, algumas cadeiras, microfones e um telão, o qual recebe as imagens vindas do Projetor multi-mídia na hora da exposição sobre a obesidade e seu tratamento médico. O conteúdo das reuniões é basicamente sobre o tratamento médico da obesidade, conforme a Medicina Oficial. Além disso, são dirigidas perguntas da platéia à equipe de profissionais da saúde e são prestados depoimentos daqueles que já se submeteram ao tratamento cirúrgico. As pessoas que pretendem se submeter à cirurgia devem participar de pelo menos duas destas reuniões antes de realizarem a mesma.

A observação participante nessas reuniões me levou a algumas reflexões sobre a forma como as pessoas mais corpulentas se adaptam a um ambiente que, embora abrigue as reuniões do C.O.M, nem sempre mostram-se preparados para acolher pessoas gordas. Os muito gordos, por exemplo, sentavam-se na ponta das fileiras. Talvez tenham escolhido este lugar para não pedir licença pra ninguém se quisessem sair. Outrossim, o espaço entre as fileiras era estreito, o que poderia tornar o acento desconfortável, talvez as suas pernas ficassem comprimidas se eles sentassem no meio das fileiras.

Na reunião ocorrida em junho de 2002, havia um pouco mais de mulheres do que homens. As pessoas pareciam ter entre vinte e cinquenta anos. Quanto à ocupação do espaço, não estava muito cheio, havia espaço de duas cadeiras vazias entre as pessoas, aproximadamente. Duas mulheres comiam *salgadinhos* e barra de cereais.<sup>xiv</sup>

O início de uma das reuniões observadas foi marcado pela presença de duas mulheres, da associação recém formada de pessoas submetidas à cirurgia bariátrica, que se dirigiram à platéia e pediram doações de roupas daqueles que já se submeteram à cirurgia e emagreceram, para aqueles que estão precisando. Logo, esta questão da doação de roupas remete a duas alternativas: pode haver muitas pessoas pobres e obesas sem condições de comprar roupa, ou, o que é mais provável, pode ser difícil encontrar roupas adequadas para pessoas muito gordas.

Após esse acontecimento, percebe-se a chegada da equipe de profissionais da saúde. A palestra foi acompanhada de imagens projetadas num telão, o qual continha inúmeros dados médico-científicos sobre a obesidade e o tratamento clínico e cirúrgico. Estes dados foram detalhadamente explicados e, simultaneamente, a equipe médica reforçava que a obesidade é uma doença e que tem muitas pessoas que tem e não sabem. Neste sentido, foi salientado que a cirurgia não é estética, é para a saúde e, inclusive, não é para qualquer caso de obesidade que ela é aconselhada. Conforme uma especialista: *“não dá pra se ter a fantasia de que a pessoa vai ficar igual a Gisele Bündchein, não é uma cirurgia plástica, a pele vai ficar caída, os seios vão ficar caídos”*.

Segundo a equipe de profissionais da saúde, a maioria das pessoas que dizem que já fizeram tratamento médico para emagrecer antes da cirurgia, estão mentindo, pois não fizeram tratamento “sério”. As *Dietas da Lua* e *Herbalife*, por exemplo, não são considerados tratamentos “sérios”. Apenas 5% dos pacientes fizeram tratamento com a nutricionista, o que é considerado um tratamento “sério”. Entretanto, pelo menos dois tratamentos clínicos considerados sérios devem ser feitos antes da cirurgia, pois, salientaram, esta deve ser o último recurso.

Após a exposição sobre a obesidade e o seu tratamento médico, a equipe de profissionais da saúde pediu para as pessoas se manifestarem, perguntarem as dúvidas. Um homem perguntou sobre a perda de cabelo após a cirurgia, a nutricionista respondeu que ocorria devido à falta de proteína. Também foi perguntado se a pessoa pode comer “de tudo” após a cirurgia, mas foi respondido que não se deve comer “de tudo”, a pessoa deve se cuidar, ingerir alimentos saudáveis.

Uma outra moça fez questão de dar o seu testemunho. Ela disse que já foi operada há oito meses e perdeu 68 Kg, está muito feliz, faria tudo de novo. Agora ela sabe exatamente o quanto que pode comer, ou seja, não consegue comer mais de 200 gramas por refeição, sendo que demora muito para terminá-la. Além disso, não acredita que alguém há pouco tempo de operada consiga comer um prato bem servido em menos de 45 minutos. Perguntaram para a moça (um provável candidato à cirurgia) se ela não passava fome. Ela respondeu que sente fome, tanto quanto antes, mas com pouca comida ela se satisfaz, ao contrário de antigamente. As suas refeições são feitas de duas em duas horas.

Numa das reuniões que assisti, um médico pediu para alguém ir lá na frente ser “garoto-propaganda”, conforme eles denominaram.<sup>xlvi</sup> Neste momento, um homem de quarenta anos mais ou menos, se dirigiu à platéia, disse que perdeu 80 Kg e voltou a viver. Não andava de bicicleta antes, não conseguia, agora ele viaja de bicicleta, se sente muito bem. Entre os depoimentos pessoais, uma outra mulher, por exemplo, falou que descobriu coisas no corpo que não conhecia. Ela ficou preocupada com alguns caroços em seu corpo, mostrou para uma médica, e qual não foi a sua surpresa quando esta lhe disse que os “caroços” são os seus próprios ossos que ela não sentia quando era obesa.

Também foi afirmado por uma paciente que ela passou a conhecer os dentes depois da cirurgia, pois antes da mesma as refeições eram engolidas sem serem mastigadas, agora ela passou a usar os dentes, é “obrigada” a mastigar bem os alimentos. Neste sentido, foi salientado pela equipe médica que a pessoa deve ter uma alimentação equilibrada para não ficar desnutrida. A paciente também disse que não conseguia tomar banho, “se limpar” depois de fazer as necessidades. Nem conseguia cruzar as pernas. Agora ela faz tudo isso, demonstrou-se muito feliz, fez questão de levantar-se e exibir o seu corpo dando um giro em torno de si, para que todos notassem que ela não era mais obesa. Num outro depoimento, um homem disse que antes da cirurgia ele não descansava o garfo, não levantava a cabeça enquanto almoçava, agora ele descansa o garfo e levanta a cabeça, pois aprendeu a comer devagar.

No final de uma das reuniões, um médico cardiologista afirmou que não enxerga as pessoas como obesas e sim como doentes. Disse que era bem seco, quem o conhecia sabia disto. Comparou o corpo humano com um carro:<sup>xlvii</sup> “antes da cirurgia vocês estão sem cinto de segurança, sem freios, na contramão; depois da cirurgia vocês já tem freio, o cinto de segurança e estão na mão”. Enfatizou que a cirurgia é a segurança que a pessoa precisa para não morrer, mas não é tudo. Depende muito de como cada um vai *dirigir o carro*. Conforme o especialista, troca-se um problema por outro, antes era a obesidade o problema, agora é o controle pós-operatório. Deve-se ter o cuidado para não ficar “desnutrido”, ou seja, sem as vitaminas e proteínas consideradas necessárias para se viver bem.

Por fim, constatei que as reuniões mensais consistem numa espécie de encontro semelhante ao de uma “religião”, no sentido de que divulga uma doutrina que deve ser seguida, a qual visa a “salvação” do “crente” ou, em outras palavras, a recuperação de um doente. Neste sentido, a cirurgia bariátrica é vista como algo que pode conduzir a melhoria da qualidade de vida daquele que se submete a ela. Entretanto, a “salvação” somente será alcançada se a pessoa seguir “religiosamente” as recomendações dos profissionais de saúde, que fazem um papel de mediadores. Nesse processo, eles contam com a ajuda de pessoas já “convertidas” que auxiliam os mediadores através de seus depoimentos.

## A sala de espera das consultas

A sala de espera das consultas é localizada no mesmo andar do mesmo hospital, embora um pouco distante do anfiteatro, onde se realizam as reuniões mensais já referidas. Conforme observei, esta parte do andar onde está a sala é uma construção relativamente recente. São utilizadas tecnologias novas que conferem mais conforto do que as antigas, por exemplo, há uma porta que abre e fecha automaticamente. Esta porta dá acesso ao “salão”, que é subdividido em várias salas abertas, separadas por muros, os quais indicam a especialidade médica referente às salas de consulta.

Num destes muros está escrito “Centro de Obesidade Mórbida – C.O.M.”, em letras grandes. As pessoas que pretendem submeter-se à cirurgia bariátrica aguardam nesta sala as avaliações obrigatórias pelas quais devem passar. Elas têm consultas com uma equipe de profissionais da área médica, como por exemplo: endocrinologista, cardiologista, psiquiatra, psicólogo e nutricionista. Na sala de espera também estão as pessoas que já se submeteram à cirurgia e que estão fazendo o acompanhamento médico. Conforme já foi referido, o tratamento é contínuo e ininterrupto. Por aproximadamente dez anos as pessoas continuam fazendo as “revisões”, a frequência às consultas varia de acordo com cada caso.

Embora não tenha sido possível para eu observar as consultas, os entrevistados relataram, bem como os médicos disseram nas reuniões mensais as quais assisti, que nas consultas são avaliadas a possibilidade de realização da cirurgia e o tipo de cirurgia a ser realizada em cada caso. Como nem sempre os pacientes são considerados aptos ao tratamento cirúrgico, alguns devem se submeter a outros tratamentos considerados adequados, ou tratar o que é considerado um empecilho até estar apto ao referido tratamento. Dentre os diversos empecilhos, a pessoa não pode ser bulímica, estar “gorda demais”<sup>xlviii</sup> ou com depressão,<sup>xlix</sup> por exemplo.

Uma das informações que eu tinha em relação às pessoas que eu encontraria na sala de espera das consultas é que elas eram muito receptivas. Um especialista do C.O.M já havia me dito isto, pois eram muito gratas à equipe médica pela realização da cirurgia. Parecia que elas iriam gostar de falar sobre o assunto. Por este motivo esse local era onde eu tentava me aproximar de possíveis informantes.

O primeiro provável informante aguardava nessa sala os exames pré-cirúrgicos. Marquei uma entrevista na sua casa, mas ele protelou diversas vezes, o que causou a minha desistência. Na sala de espera ele havia sido receptivo, mas isto não se confirmou posteriormente. Concluí que a

obesidade pode ser um assunto muito delicado para estas pessoas, pois pode implicar uma série de emoções e sentimentos relacionados a sua vida pessoal que podem ser desagradáveis.

Nas outras idas semanais, sempre às sextas-feiras, tentei aproximar-me de outras pessoas, com insucesso. Anotei o telefone de várias pessoas que conversei na sala de espera, mas não consegui marcar entrevista posteriormente. Alguns estavam viajando, ou arrumando suas coisas para ir pra praia. Uma senhora, por exemplo, me disse que estava sempre viajando com o marido, antes da cirurgia ela não podia viajar, não tinha “força”. Um outro senhor também disse que não tinha tempo para conversar, dar entrevista, pois o seu trabalho não lhe permitia isto. Acredito que em alguns casos os motivos alegados eram verdadeiros, mas não em todos. Esse fato me levou a algumas reflexões sobre esse tempo que eles ficam na sala de espera.

Talvez a sala de espera seja um momento de tensão, pois as pessoas aguardam testes e provas importantes. Exames que determinarão uma grande mudança em suas vidas, uma mudança desejável, mas difícil, com *prós e contras*. Conforme o que já foi citado anteriormente, as pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica devem ter acompanhamento médico por aproximadamente dez anos. Este tempo é considerado necessário devido aos problemas pós-cirúrgicos que podem ocorrer, como por exemplo, problemas nutricionais e psicológicos. Logo, troca-se um problema por outro, isto é, a obesidade pelos cuidados pós-cirúrgicos. Entre estes, o cuidado com a alimentação, que deve ser equilibrada para o paciente não ficar desnutrido, bem como o modo de se alimentar que deve ser “reaprendido”, pois a pessoa pode vomitar se não se alimentar devagar, mastigando bem os alimentos. Assim, pude perceber que embora houvesse receptividade para conversas breves nesse espaço, isso não era um indicativo de que as pessoas concordariam com uma entrevista mais longa como eu vislumbrava.

De fato, a sala de espera parecia um momento agradável, pois havia a possibilidade de troca de experiências, de identificação com outras pessoas em situação semelhante. Como foi falado por uma informante: “aqui é o lugar que eu me sinto melhor, todo mundo me trata bem, aqui eu vejo as pessoas que nem eu, ou até pior do que eu”. Conforme observei, a frequência às consultas possibilita o maior contato entre as pessoas, podendo ser desenvolvida uma amizade. Muitas pessoas se encontram na sala de espera das consultas ou até mesmo nas reuniões mensais com certa frequência e, pelo que notei, o assunto que mais comentam é o tratamento cirúrgico.

De qualquer forma, a sala de espera foi o local que eu consegui me aproximar de minhas informantes Antônia e Amélia, que muitas vezes se encontravam ali. Antônia já havia feito a cirurgia, enquanto que Amélia estava fazendo os testes pré-cirúrgicos. Conversamos um pouco, notei muita receptividade e interesse por parte das duas em participar do meu trabalho, peguei o telefone de ambas e marquei com facilidade as entrevistas, posteriormente. Elas também me indicaram outras



peçoas que fizeram a cirurgia. Percebi que eu tivera acesso a uma “rede de sujeitos” que se submeteram a mesma.

A boa receptividade das duas informantes favoreceu a minha aproximação das outras pessoas. Foi com um sentimento mais otimista que me aproximei da Sônia, do Airton, do Gustavo e do Paulo.

### Os informantes<sup>1</sup>

Antônia tem 32 anos, mora numa casa simples com a mãe, a irmã e dois sobrinhos. Quando fui na sua residência, fui recebida pela sua irmã. Notei que ela não gostava de ir até o portão, pois não queria que os outros, os não familiares, a vissem. Sentia-se constrangida pela impressão que a sua corpulência poderia causar aos transeuntes. Entretanto, percebi que ela se sentiu muito à vontade comigo. Fez questão de falar muito, sempre em tom de quem quer mostrar como é a sua vida, isto é, enfatizava as suas falas.

Ela demonstrou ser muito comunicativa, mas que a sua corpulência prejudicava o contato com os amigos, pois ela não se sentia bem em sair de casa, em entrar em contato com os outros, exceto alguns familiares. Neste sentido, ela ressaltou que depois de emagrecer, chegar ao peso desejado, não sabe se irá conseguir mudar de atitude. Fiquei aproximadamente uma hora e meia em sua casa, e fui convidada para retornar quando quisesse, além disso, me foi oferecido refrigerante e bolo.

Amélia também tem 32 anos, mora numa casa simples com os seus filhos, o seu pai e a sua irmã. Da mesma forma que Antônia, ela não gostava de ir até o portão, ficava constrangida. Além disso, ela tem dificuldade em se locomover. Na despedida, ela se desculpou pelo fato de não me levar até o portão, dizendo que preferia ficar dentro de casa. O seu olhar, um pouco constrangido, e toda a conversa que tivemos, foram suficientes como explicação do porquê dela não querer ser vista, o que ocorreria se ela fosse até o portão. Entretanto, depois de um pouco de resistência, ela me acompanhou até o mesmo, não sem antes verificar quem estaria por perto. Em relação a nossa conversa, fluiu de uma maneira muito espontânea, de tal forma que ela me agradeceu por ouvi-la. Percebi que foi em forma de desabafo que ela forneceu os dados que eu almejava. A entrevista durou uma hora e meia aproximadamente.

Sônia tem 58 anos, mora com o marido e o filho numa casa grande, de dois andares, com pátio amplo. A casa está sendo ampliada, pois o seu único filho vai casar e morar ali com a esposa, numa parte meio independente dos pais. Ela me mostrou a casa e falou sobre os planos que tem de alugar os fundos para universitários, pois há um bom espaço, além de sala de jogos e piscina. Fiquei



aproximadamente uma hora em sua casa, não fiquei mais para não atrapalhar as reformas que estavam sendo feitas.

Gustavo tem 44 anos, mora com a sua única filha em um apartamento. Fez a cirurgia a mais tempo do que os outros informantes. Já tinha emagrecido até chegar ao “peso normal”, aliás, estava um pouco abaixo deste peso, o que ele não considerava bom, precisava tratar disto. Desde a sala de espera das consultas, quando o abordei pela primeira vez, ele se demonstrou muito solícito. Logo foi me mostrando uma foto de antes do emagrecimento, “eu era outra pessoa”, como ele afirmou. Posteriormente, na sua casa, ele fez questão de mostrar-me muitas fotos de “antes e depois” de diversos tratamentos para emagrecer, ressaltou que nunca foi feliz enquanto foi gordo. Fiquei quase duas horas na sua casa. Ele também foi gentil me oferecendo chá e bolo.

Paulo tem 42 anos, mora sozinho numa casa localizada num condomínio fechado, como já se fez referência, em outro Estado. Na sala de espera das consultas ele me mostrou uma foto após 15 dias de ter se submetido à cirurgia; na foto ele estava num barco, passeando. Como estava hospedado na casa da sua irmã, ficou constrangido em levar uma desconhecida para lá, conforme notei. Portanto, a nossa entrevista foi em outro lugar, num bar do Shopping Olaria, tendo a duração de aproximadamente uma hora e meia.

Airton tem 40 anos, é casado e não tem filhos. Mora num apartamento simples, pequeno, somente com a esposa e alguns animais domésticos. Conforme notei, o edifício não tem elevador, presumi que era difícil para ele subir as escadas. Entretanto, de acordo com o que ele me disse, sem referir-se necessariamente àquela escada, agora, depois dele ter emagrecido muitos quilos, já estava mais fácil movimentar-se, subir e descer escadas, por exemplo. Fiquei aproximadamente uma hora na sua casa. Esta foi a única entrevista que não pode ser gravada por problemas de funcionamento do gravador. O seu registro foi feito a partir de notas escritas por mim durante o encontro.

Convém salientar que eu escolhi este universo empírico, as pessoas que recorreram à cirurgia bariátrica, pelo fato delas serem muito gordas. Eu presumia que as suas vidas fossem completamente diferentes das demais pessoas, inclusive, daqueles que julgamos como sendo gordos ou gordinhos. O fato de serem pessoas que recorreram à cirurgia bariátrica proporcionou-me a oportunidade de eu questionar sobre a procura diferenciada pela mesma, ou seja, como já foi referido, as mulheres buscam mais o tratamento cirúrgico do que os homens. Neste sentido, houve a possibilidade de ser feita uma análise do quanto a gordura corporal poderia afetar de forma distinta os diferentes gêneros.

Os próximos capítulos são dedicados a demonstrar os resultados dessa pesquisa.

## Analizando os dados: quanto “pesa” ser muito gordo?

### A difícil mobilidade, a dor e a dependência dos outros

Em princípio, eu já presumia muitas falas dos meus informantes, ou seja, acreditava que as questões estéticas<sup>li</sup> seriam muito enfatizadas, principalmente pelas mulheres. O fato de que muito mais mulheres buscam tratamento para emagrecer através da cirurgia bariátrica do que os homens, de certa forma, revela que as mulheres são mais cobradas socialmente em possuir um corpo magro. Entretanto, os dados coletados indicam que a questão estética não é tão importante como poderia se supor. Existe um sofrimento associado ao fato de se ter um peso elevado, o qual não corresponde, necessariamente, a questão estética. Este sofrimento aflige homens e mulheres de forma diferenciada. Seja pelas dificuldades em se locomover, pelos constrangimentos sociais provocados por olhares e palavras, o que foi observado é que quando esse sofrimento é maior do que o supostamente causado por uma cirurgia, recorre-se a ela.

A difícil mobilidade corporal foi amplamente citada pelos meus informantes, tanto por homens quanto por mulheres, como característica fundamental de ser muito gordo. Ela tem implicações diferentes na vida social de ambos, o que estará explicitado no decorrer do trabalho. Esse problema consiste na dificuldade que o excesso de gordura produz no que diz respeito à capacidade de executar tarefas cotidianas, por exemplo, fazer higiene pessoal, vestir-se, amarrar o cadarço do sapato, caminhar, subir uma escada, entrar num ônibus, relacionar-se sexualmente etc. Observe o depoimento de Airton (40 anos): *“tu não consegue mais fazer as coisas que tu fazia quando estava mais magro, tu te cansa mais pra subir uns degraus. Pra pegar ônibus é difícil, a vida sexual é difícil, até pra fazer certas posições”*.

A dor no corpo também é relatada como um empecilho à liberdade de movimentos. A falta de ar prejudica o querer movimentar-se. A pessoa já não sente disposição de fazer as coisas que fazia antes de estar tão pesada, pára de tentar fazer o que antes conseguia com facilidade, pois também não tem ânimo para reagir:

(...) eu tive uma época da minha vida que eu já tinha desistido de viver, eu tava com uma falta de ar tão grande, eu já não conseguia fazer mais nada.... eu cheguei e sentei com as minhas irmãs ali e disse que eu estava desistindo (...) eu desisti de viver, eu vou deitar naquela cama só para morrer, e as minhas irmãs começaram a chorar desesperadamente. Eu disse que eu tava desistindo porquê eu não agüento mais caminhar, a dor nos pés é demais, o meu peito não agüenta mais por causa da falta de ar”. (Amélia, 32)

A minha informante “desiste de viver” no momento que sente tanta dor que não consegue mais fazer nada por si. Esta incapacidade é atribuída tanto pela dor que se sente, que impossibilita uma reação, quanto pela própria gordura que limita os movimentos corporais, impedindo as tarefas pessoais, ou tornando a pessoa dependente dos outros para fazê-las. Observe o depoimento de Amélia ao responder sobre o que é ser gordo para ela:

“No momento, é a pior coisa do mundo. Sabe, em matéria de saúde é a pior coisa, prejudica toda a tua vida, não só a tua vida, mas das pessoas que estão em volta de ti. Tu acaba tragando todo mundo junto. As pessoas que gostam de ti, acabam entrando. Eu, por exemplo, prejudiquei toda a vida dos meus filhos, os meus filhos estão todos errados. Por causa dessa doença, dessa coisa que nunca passa. (...) O meu filho, esse maior, me ajuda muito. Mas eu acabo exigindo muito dele. Quantas vezes eu preciso dele, ele me ajuda até pra colocar uma calcinha, um sapato eu não consigo amarrar. Ele tem que ficar por perto pra me ajudar, quer dizer, eu fico trancando a vida dele, porquê ele é um adolescente, né. Eu fico trancando a vida dele, ele tem que viver em torno da minha, quer dizer, eu tô prejudicando a vida das pessoas que estão ao meu lado. Tu não consegue mais fazer as coisas sozinha.” (Amélia, 32)

A obesidade da mulher é sentida, por ela, como prejudicial a toda a família, é como uma “doença familiar”, que interfere na forma da família conduzir o seu cotidiano. Essa dependência gera nela um sentimento de culpa, pois se fica “trancando” a vida das outras pessoas. Ela sugere que o filho, que é adolescente, deveria estar fazendo coisas de adolescente. Ela sente que exige demais do filho, pois ele tem que realizar tarefas que não são suas, consideradas de nível pessoal, que cada um deveria fazer por si mesmo. A mãe passa de cuidadora do filho, para ser cuidada pelo filho. Há uma inversão de papéis sociais.

A dependência dos outros afeta muito o “perceber-se doente”. A gravidade da “doença” é entendida com relação à esta dependência, quando não se consegue fazer mais nada por si; como refere uma informante:

“(...) o meu estado de saúde já estava muito debilitado, eu não fazia nada por mim, até o meu cabelo, quem penteava era as minhas sobrinhas, tu vê, elas são pequenas, elas faziam tudo pra mim, tudo. Eu vivia deitada na cama, no verão eles montavam a piscina, porque eu me sentia muito mal, a minha irmã me botava pra dentro da piscina e me tirava da piscina e me colocava numa cadeira ali. E ali eu comia, eu via televisão, eu lia, tudo ali. Eu não deixava ninguém chegar perto de mim, nenhum vizinho, nem nada. (Antônia, 32 anos)

O isolamento da vida social, o retraimento, foi bastante evidente nas conversas com Antônia e Amélia, que relataram, respectivamente: *“fiquei deitada numa cama por quatro anos”* e *“ultimamente, o meu quarto é o meu mundo”*. Antônia relata que tinha medo que pessoas a tratassem mal, que a humilhassem, a insultassem, por isso não saía de casa. Preferia ficar sozinha, apenas na companhia dos mais íntimos, dos familiares. Ela relatou, ainda, que os filhos a visitam freqüentemente, mas moram com os avós paternos. Eles não moram com ela, pois ela não tinha condições de cuidá-los, ou seja, não conseguia se movimentar para executar os cuidados necessários que os filhos precisavam, como levá-los para a escola, por exemplo.

Parece que a discriminação que sofre o obeso é tão intensa, principalmente quando se trata de pessoas muito gordas, que eles são “levados” a se isolarem, não sentem vontade de sair de casa. Talvez o medo de serem observados de forma diferente dos demais, de serem agredidos, chamados de feios e relaxados seja tão grande, que eles preferem não serem vistos para não serem expostos a eventuais agressões. Entretanto, percebi que *ficar na cama* não depende simplesmente de uma escolha. A incapacidade de se movimentar devido ao excesso de peso é algo efetivo, independente de vontade e disposição quando se trata de pessoas muito gordas.

É interessante observar que a limitação de movimentos se estende da infância à vida adulta. Gustavo, um dos meus informantes, falou logo no início da nossa conversa que a gordura trouxe muitos problemas de locomoção. Desde os oito anos de idade ele sofria pelo fato de ser gordo:

“Aos oito anos de idade os professores não deixavam eu fazer educação física, porque eu podia ter um enfarte, eu não conseguia acompanhar a turma. Naquela época, nos colégios, tu fazia fila de entrada e tinha que subir dois lances de escada, eu era tão gordo que eu não acompanhava a turma, eu chegava no colégio e, meia hora antes, eu subia sozinho e ia para sala de aula, com cadeira especial, eu já tinha o meu lugar. (...) o meu pai me levava e me buscava todo o dia, eu não tinha condições de apanhar um ônibus (...) eu lembro que os meus primeiros Natais, os mais infelizes da minha vida, foi quando eu ganhei uma bicicleta, que é o sonho de todo guri e quando eu ganhei uma bola de futebol oficial, eu nunca consegui andar de bicicleta e nunca consegui jogar bola, tanto é que eu dei os dois, foram os piores Natais da minha vida” (Gustavo, 44 anos)

Desde a infância a obesidade acompanhou Gustavo, assim como a maioria dos meus informantes. O que parece um simples lance de escada para uma pessoa comum, é um transtorno para a pessoa muito gorda. As brincadeiras de infância também são anuladas, embora se deseje muito fazê-las, pois a gordura dificulta os movimentos corporais.

Ao falar sobre a vida adulta, ele comenta os empecilhos de realizar tarefas cotidianas na época em que era “obeso mórbido” em relação a atual, depois de ter emagrecido em decorrência da cirurgia. O enfoque é dado à falta de mobilidade que limita os movimentos corporais, e ao espaço e estruturas limitadas das coisas que não são feitas para comportar uma pessoa de tamanho e peso além do padrão:

“Estou feliz pelo êxito de ter eliminado a obesidade que me impedia de pegar um ônibus, de passar numa roleta, de sentar em um banco só, de deitar numa cama normal, de entrar num box de banheiro, de sentar num vaso sanitário... **a higiene pessoal de um gordo é feita pela mão de outro**, porque tu não consegue nem tomar banho direito e é compreensível isso, os teus braços não alcançam o teu diâmetro(...)” (grifos meus) (Gustavo, 44 anos)

Durante toda a conversa com Gustavo, somente quando ele falou da infância foi personalizada a pessoa que o ajudava, isto é, o seu pai, que o levava para o colégio, pois ele não tinha condições de apanhar um ônibus. Ao falar sobre a sua vida adulta, não demonstrou maior independência, talvez, até o contrário.

Observa-se que a própria higiene pessoal depende da ajuda de outra pessoa para ser efetuada, deixa de ser “pessoal”, ou seja, feita por somente um, e passa a ser compartilhada. Entretanto, um dos dados interessantes de serem ressaltados é que Gustavo e os meus outros informantes homens, não mencionaram quem os ajudavam nesta tarefa, não ficaram se lamentando em relação a isto, como fizeram duas informantes ao falarem sobre a ajuda que recebiam de seus familiares nas tarefas pessoais e domésticas. Na nossa cultura, parece “normal” o carinho maternal da esposa em relação ao marido, o que pode incluir cuidar da sua higiene, da sua alimentação, das suas roupas, da casa em que mora. Estou sugerindo que em qualquer situação que o homem esteja, “doente” ou não, esta dependência, provavelmente, permanece, em maior ou menor grau.

As mulheres ocupam-se tradicionalmente do trabalho doméstico, são as “cuidadoras do lar”, mas também desempenham tarefas externas à casa que se referem ao sustento da família. Não são novidade as obras de caráter feminista sobre a dupla jornada de trabalho que indicam que a mulher tende a trabalhar mais do que o homem. Embora ao homem esteja associada a atividade, a rua, o mundo exterior (Da Matta, 2003), é possível que haja uma tendência da mulher se movimentar mais do que o homem. Textos tradicionais da antropologia refletem esta situação, entre os loruba, por exemplo, (Bastide, 1953: 90) é observado, pelos antigos viajantes, que a mulher trabalha mais, pois o seu trabalho não pára:

“(…) porque é preciso que ela não somente plante e colha, mas ainda faça a comida, se ocupe das crianças, limpe a casa e o quintal. Os etnólogos de hoje, apaixonados por números, põem-se, às vezes, a calcular os horários de trabalho dos dois sexos; muitas mulheres loruba trabalham das sete horas da manhã ao meio dia, sem interrupção, depois, das quatro ou cinco horas da tarde às sete horas da noite nos campos, o resto do tempo nos trabalhos caseiros, executados de manhãzinha ou nas horas de maior calor.”

Sem querer sugerir uma associação entre o relato de Bastide e a situação de minhas informantes, vale ressaltar que a primeira vez que falei com Antônia e Amélia, na sala de espera para a consulta médica, sentei-me ao lado delas, eu me apresentei e logo Antônia exclamou: *“como eu estou feliz, ontem eu consegui limpar toda a volta da minha casa sozinha!”*. Percebe-se que esta frase representa uma questão marcante relacionada a papéis de gênero. Na nossa sociedade, o trabalho doméstico é importante na construção do que é “ser mulher”. Dificilmente teria recebido essa mesma informação entre os meus informantes homens, pois não faz parte do papel masculino desempenhar funções domésticas, ainda mais demonstrar tanta felicidade em relação à capacidade de desempenhá-las.

Acrescenta-se a isso as lamentações de Amélia pelo fato de não conseguir executar os trabalhos domésticos que executava antigamente e, devido a isto, ter que depender dos outros:

“(…) se tu quer varrer a casa, tem que depender de uma pessoa, tu quer subir numa cadeira, tu tem que depender de uma pessoa. E isso foi me matando, sabe por quê? Porque eu sempre fui uma pessoa independente. Eu nunca

precisei de ninguém pra nada, mesmo com a minha gordura, eu sempre fui muito ágil. Quem pintou a minha casa foi eu, quem lavava o teto era eu. E, agora, faz duas semanas que eu tô em casa e não consigo fazer nada, pra tudo eu tenho que depender de uma pessoa. Se eu passo uma vassoura na casa eu fico ofegante, parece que o meu coração vai saltar pra fora da boca (...)" (Amélia, 32 anos)

Amélia faz questão de dizer que sempre foi muito ágil, ou seja, sempre foi muito útil e independente. Parece que ela sente que perde o seu valor no momento que não consegue desempenhar as tarefas domésticas e, principalmente, pelo fato de depender dos outros para fazê-las. O que foi "matando" Amélia foi o fato dela não ser mais independente.

O que eu estou sugerindo, a partir dos dados coletados, é que as questões estéticas ficaram em segundo plano quando se trata de pessoas muito gordas, que sofrem pela limitação dos movimentos corporais. Observe a fala de Amélia ao responder: "por que tu quiseste emagrecer?"

"Eu, agora, se eu não tivesse tão obesa, eu não ia fazer essa cirurgia, é porque eu tô demais e não sei como voltar aos meus 150 Kg ou 140 Kg, porque, pra mim, até esse peso é uma coisa normal. Mas é que eu não consigo baixar até isso aí. Não é que eu queira ser magra, porque eu não quero ser magra, eu quero é chegar a um peso que **eu me sintam bem pra me movimentar e que não atrapalhe a minha vida**, isso pra mim já tá bom, mas magra, magra, magra eu não quero ser não". (grifos meus) (Amélia, 32 anos)

Embora Amélia já tenha passado por vários *rituais* pré-operatórios, como assistir a reunião mensal no hospital, a qual consiste, basicamente, em "convencer"<sup>lii</sup> as pessoas gordas de que obesidade é doença, Amélia não se considera doente com 150 Kg. Para ela, este peso não a prejudica, não é doença, é normal, pois ela consegue se movimentar e realizar as atividades consideradas necessárias, como o trabalho doméstico, por exemplo. A idéia de saúde e normalidade, ou ainda, o "peso ideal", na acepção de Amélia, certamente que não é igual ao referido pela Medicina (atrelado a *Tabela do IMC*).

Antônia também demonstrou que "está bom" um peso além do que pode ser considerado bom para os médicos:

"Eu pesava 243 Kg, eu já perdi 66 Kg (...) eu acho que se eu chegar a uns 90 Kg, eu estou satisfeita. Eu vou ter **uma mobilidade muito boa**. Se eu chegar a uns 70 Kg eu também vou ficar muito feliz (...)" (grifos meus) (Antônia, 32 anos)

Antônia comentou, ainda, que queria levar seus filhos pra passear e levá-los no colégio, mas que não tinha condições físicas para tanto, ou seja, se cansava, não tinha força para caminhar, o que ela lamentava muito. Estando mais magra, com 90 Kg, por exemplo, ela recuperaria a mobilidade e poderia cuidar dos filhos, desempenhando o seu papel de mãe. A questão estética, por sua vez, parece estar subjacente na sua fala, pois ela diz que ficará muito feliz com um peso menor do que imagina ficar, logo, um peso menor pode indicar mais beleza.



Outra questão interessante verificada na continuação da fala anterior de Antônia é a seguinte:

“(...) eu acho assim, que eu cheguei num estágio... uma moça que é amiga da minha mãe chegou pra mim e disse assim: Antônia, eu olhava pro teu rosto porque eu não tinha coragem de olhar pro teu corpo! Não tinha coragem mesmo, olha, era horrível, só de me lembrar, era horrível”. (Antônia, 32 anos)

Nota-se que ela percebe o quanto o seu aspecto corporal pode ser considerado desagradável à medida que lhe é revelada a dificuldade em se olhar para ela. Neste sentido, ela pode avaliar se está bem ou não através do “olhar do outro”, isto é, do julgamento das outras pessoas. Entretanto, esta questão é secundária, visto que ela chegou “num estágio” que a prioridade é conseguir se movimentar, ficar independente, sem precisar de ajuda para fazer as tarefas que, comumente, podem ser desempenhadas sozinha. Outrossim, o medo da morte é uma constante quando se chega em tal “estágio”. Conforme essa mesma informante:

“Ser gordo é o que eu fui, é ser uma pessoa gorda, ser uma pessoa enorme. Eu fui uma pessoa que precisei de muita ajuda, porque se eu não tivesse a ajuda que eu tive, eu ia morrer, e não ia morrer assim, como vou te dizer... a minha morte ia ser rápida, eu não ia ficar muitos anos em cima de uma cama. O meu estado de saúde estava debilitado mesmo. A minha pressão altíssima, eu tinha feridas no corpo que tu não imagina. Tu sabe que a pessoa gorda se assa demais, no verão é uma coisa assim... eu tinha assaduras que tu não imagina, embaixo da barriga, embaixo do braço”.  
(Antônia, 32 anos)

Observa-se que *precisar de ajuda* faz parte do “ser muito gordo”. A pessoa se torna muito dependente dos outros, dos familiares, pois *já não faz nada por si só*. À medida que a pessoa vai se tornando mais dependente dos outros, no caso das mulheres, ela vai se sentindo mais doente. É na relação com os outros que a “doença” se manifesta. Isso não significa que não haja complicações de ordem orgânica que também se manifestam.

Além da dificuldade de se movimentar e realizar as tarefas socialmente esperadas, o medo da morte e a dificuldade de agüentar a dor física que acompanha a obesidade foram citados como motivadores pela busca do tratamento cirúrgico. A “pressão alta” também foi citada, a qual foi provavelmente percebida depois dos exames e orientações médicas.

Paulo cita as dificuldades pelas quais passa sendo muito gordo:

“(...) dificuldade de locomoção muito grande, os meus joelhos são muito machucados, as articulações são muito amassadas pela obesidade. Dificuldade de dormir, falta de oxigenação no cérebro, eu sofro de uma apnéia muito grave, tão grave que foi uma das coisas que motivou o Dr. M a me operar logo. Quando eu fiz os exames de polisonografia, em um hora eu tive cem paradas de respiração, é um índice assim ... de por o pé na cova. Que mais... dificuldade de fazer higiene íntima, dificuldade de secar-me após o banho, dificuldade de entrar no carro, dificuldade de ficar em pé dando aula, muita dor nas costas, dificuldade de subir escadas, de exercer a profissão e de ter uma vida saudável, então era o desejo de uma mudança e que não podia ser alguma coisa que eu já tinha testado antes.”  
(Paulo, 42 anos)



Percebe-se, na sua fala, que à medida que ele faz os exames médicos, que é orientado pelo médico, ele aprende sobre a gravidade da sua doença no que diz respeito à possibilidade de morte. Caso ele não passasse por esta situação, de exames médicos, como a polisonografia, ele não “aprenderia” desta forma. Entretanto, ele sente a gravidade da mesma, independentemente de consulta médica, à medida que tem dificuldade de se movimentar, de trabalhar (dar aula), de realizar inúmeras atividades, como entrar num carro e fazer a higiene íntima (esta última, dificuldade comentada por mais de um informante, inclusive por uma pessoa presente na reunião mensal que já havia se submetido à cirurgia).

A questão da saúde e da estética estão implícitas na noção do senso comum sobre o que se pensa da obesidade. Entretanto, os meus informantes falaram muito pouco sobre a estética. Edmonds (2002) fala em seu estudo sobre a cirurgia plástica no Rio de Janeiro que as suas informantes que se submeteram a ela associaram o fato de ser “vaidosa” a ter cuidado com o corpo, em particular, as unhas e o cabelo. A vaidade seria algo bom, enquanto a futilidade é que seria algo mau, que se refere à opinião exagerada sobre a aparência. Logo, penso, a vaidade pode ser considerada uma coisa boa, indica que o vaidoso é quem cuida de si. Entretanto, quando se fala em pessoas muito gordas, os referenciais podem ser outros.

Sônia salientou que nunca foi vaidosa, mas que quis emagrecer devido a apnéia que sentia (falta de ar). Percebo que o fato de Sônia ter salientado que nunca foi vaidosa, indica que ela quer mostrar que se preocupa com coisas mais importantes do que coisas “supérfluas”. A saúde é da ordem do que é necessário para se manter vivo, enquanto que a vaidade não. A saúde parece ser considerada um valor maior, necessária para se viver, enquanto que a vaidade pode estar relacionada à futilidade. Percebo que meus informantes podem não ter salientado a questão estética, a vaidade, como motivadora da busca pelo emagrecimento em função disto, de manter uma imagem, para mim, de pessoas que não são fúteis, que reconhecem o seu problema, que é “maior” do que a questão estética, o qual pode levá-los à morte. Neste sentido, observe o que fala Airton:

“Eu fazia regime pela minha saúde, nunca fiz regime porque me chamavam de gordo. Já me chamaram de gordo na rua, mas nunca fiz regime por causa disso, nunca liguei pra isso, nunca liguei pelo que diziam os outros. Fazia regime porque me disseram que do jeito que eu ia, eu podia morrer”. (Airton, 40 anos)

Entende-se que chamá-lo de gordo na rua implica chamá-lo de todas as conotações negativas associadas ao termo gordo. Entretanto, ele faz questão de salientar que isto não o motivou a buscar tratamento para emagrecer, pois lhe parece algo secundário, de menor importância. Ele

demonstra que não é influenciado pelas futilidades, “pela preocupação com a aparência”, sendo que fazia regime pela sua saúde, que corresponde, entre outras coisas, a possibilidade de manter-se vivo, podendo caminhar, subir e descer escada, pegar um ônibus etc.

### O olhar que constrange, culpa e discrimina

No Brasil, há menos de um século, os homens e mulheres se vestiam com roupas que cobriam quase que totalmente os corpos. Hoje, as pessoas podem expor muito mais o corpo, há uma aparente liberação física e sexual, “a qual prega a conformidade a determinado padrão estético, convencionalmente chamado de “boa forma”. (Goldemberg, 2002:24, 25)

É interessante observarmos que esta “liberação física e sexual”, relacionada às roupas que (des)cobrem o corpo, corresponde à “liberação” de um determinado padrão estético, que corresponde a um corpo magro, livre de quaisquer gorduras. Somente este, entre outros similares (os “sarados”), por exemplo, que estão contemplados no que se chama de “boa forma”, têm a legitimidade de se vestirem como quiserem, com roupas decotadas, coloridas, justas, curtas, com barriga de fora. E, inclusive, não se vestirem, pois estes corpos, embora sem roupas, de acordo com Goldemberg (2002), estão muito bem “vestidos”, com as marcas da cultura em que estão inseridos, ou seja, com as marcas da malhação, musculação, lipoaspiração, implantes de silicone.

Mas se observarmos os muçulmanos como contraponto, com suas roupas cobrindo todo o corpo, principalmente o das mulheres, podemos nos questionar sobre essa liberação. Se por um lado julgamos esta cultura como conservadora, entre outros costumes, pelo fato da mulher ainda andar tão coberta<sup>liii</sup>, por outro lado, parece que se conserva o “direito” delas continuarem com suas “barriguinhas”, “pneuzinhos”, estrias e celulites. Talvez estes “terríveis defeitos” que enxergamos em nossos corpos, não sejam vistos da mesma forma por eles ou, se são, pelo menos não estão expostos a tanto julgamento quanto estão os nossos, ao julgamento público, além do privado.

Goldemberg (2002:30) fala sobre a grande procura, no Rio de Janeiro, principalmente das mulheres, pelas academias de ginástica e musculação no verão, pois *desejam “endurecer” e “perder as gordurinhas” para passarem ilesos pelo impiedoso “teste da areia”*. Neste sentido, observa-se que, na nossa cultura, o julgamento que as pessoas atribuem ao indivíduo que está “fora de forma” pode ser cruel, pois “a gordura, a flacidez ou a moleza são tomadas como símbolo tangível da indisciplina, do desleixo, da preguiça, da falta de certa virtude, isto é, da falta de investimento do indivíduo em si mesmo.” (Goldemberg, 2002: 31)

Portanto, o nosso olhar, por vezes etnocêntrico, deve ser questionado ao analisarmos a suposta “liberdade” que temos devido ao fato de podermos expor os nossos corpos, “nus”; pois na cultura ocidental, o corpo “(...) é um corpo coberto por signos distintivos. Um corpo que, apesar de aparentemente mais livre por seu maior desnudamento e exposição pública, é, na verdade, muito mais constrangido por regras sociais interiorizadas pelos seus portadores.” (Goldemberg, 2002: 38)

As pessoas que aderem à “boa forma”, se por um lado, podem fazer questão de “aparecer”, de serem admiradas pelos seus corpos “bem cuidados”, ou seja, malhados, siliconados e lipoaspirados, por outro lado, a aparente “liberdade” que tem essas pessoas, que “podem” mostrar os seus corpos, cede lugar ao enclausuramento, ao retraimento, à vontade de ficar sempre em casa, daqueles que não se enquadram nesse padrão.

Observei, em alguns dos meus informantes, a tendência de ficar sempre em casa, de se isolar, de não “aparecer” pra ninguém, só para os familiares. Além disso indicar a dificuldade de locomoção dessas pessoas, que preferem e/ou “são levadas” a ficarem na cama, revela um constrangimento em relação ao “olhar do outro”, aos julgamentos alheios.

“Pô, a gente, assim, tem vários preconceitos... às vezes tu passa na rua, a pessoa olha pra ti e parece que tu é um monstro. Tu pega um ônibus e as pessoas ficam de boca aberta te olhando assim, sabe. Mesmo no ônibus tu já é maltratada, às vezes o cobrador não quer deixar tu entrar pela frente, te obriga a passar a roleta. Aí tu tem que ficar dizendo os teus direitos. Uma vez me obrigaram a passar pela roleta e eu passei um constrangimento com os meus filhos, os meus filhos começaram a chorar, eu passei me espremendo, com a minha hérnia que é enorme. (...) machuca muito quando as pessoas te olham e dizem “olha o tamanho daquilo”, as pessoas pensam que a gente tá assim porque quer, mas ninguém quer tá assim, desse tamanho, as pessoas acham que é relaxamento teu, é só o que as pessoas dizem, é relaxamento que tu tá assim, desse tamanho, mas não é relaxamento, tu acha que se tu conseguisse emagrecer tu estaria assim, desse tamanho, prejudicando o teu modo de andar, a tua vida inteira?” (Amélia, 32 anos)

Amélia me falou que estava muito “deprimida”, isto é, muito triste, sem vontade de viver, de reagir, sem vontade de fazer nada, apenas com vontade de ficar deitada, na cama. Esta “depressão” parece ser provocada tanto pela falta de mobilidade, de não poder se movimentar para realizar as tarefas diárias, como pelo fato de “não poder” sair na rua, com medo de ser agredida, julgada pela sua condição. Ela me relatou que tem “pavor” de sair de casa, que entra em pânico cada vez que tem que ir ao médico, que tem que pegar um ônibus.

Observei que “andar na rua”, além de implicar capacidade de locomoção, implica “capacidade” de agüentar as ofensas dos outros, os desaforos, como por exemplo, ser chamada de relaxada e “não ligar”, ao invés de ficar entristecida, sentindo-se culpada e com vontade de nunca mais sair de casa. Outrossim, implica na “capacidade” de se enquadrar nas medidas padronizadas dos mais diversos equipamentos humanos, como o ônibus, que possui uma roleta estreita, a qual não comporta uma pessoa muito gorda. Neste sentido, observe o depoimento de Gustavo:

“(...) eu cheguei num ponto de não conseguir nem botar um sapato ou um tênis, eu tinha que andar de chinelo ou pé descalço. Muitas vezes andar a pé, porque Táxi não pára pra gordo porquê estraga o carro e não é todo Táxi que gordo entra. Ônibus, nem pensar, tu fica entalado na roleta ou tu não passa nem na porta, vai subir por trás? Pra ficar entalado no meio do corredor e entalar as pessoas?” (Gustavo, 44 anos)

Além da dificuldade imposta pelas medidas reduzidas do ônibus, o Táxi também é um meio de transporte que não facilita a possibilidade de “ir e vir” da pessoa muito gorda. A falta de acessibilidade e a sensação de estar em desacordo com o mundo foi percebida em muitos comentários:

“Hoje em dia, por exemplo, se eu chego em um lugar que só tem cadeiras de plástico, agora com essa febre, né; eu digo pro gerente: mas que droga de bar é esse que não tem cadeira normal, só tem cadeira de plástico, eu tomo coragem de assumir tal postura. Se eu viajo de avião,<sup>iv</sup> por exemplo, eu escolho horários de vôos que vão menos passageiros, que esteja menos lotado, então eu vou ter a chance de dizer pra moça do balcão, olha o meu tamanho, então você me coloca numa poltrona que não tenha vizinho do lado, assim eu posso levantar o braço”. (Paulo, 42 anos)

Parece que faz parte da condição da pessoa muito gorda, que não admite se retrair, isto é, ficar só em casa, reivindicar alguns direitos aparentes para “poder viver em sociedade”, fazendo as coisas que “todos” fazem, como se sentar num bar e a cadeira suportar o peso. Até o horário para viajar convém que seja estabelecido em função da sua condição física, o que pode possibilitar uma negociação do espaço que ele vai ocupar, para que a viagem seja confortável.

Uma outra diferença de gênero que pode ser observada em relação a esse informante homem, que além de tentar fazer valer seus direitos de cidadão, de “fazer o que todos fazem”, ele demonstra não deixar de passear devido a sua corpulência. Isto foi percebido, além dos seus depoimentos, quando ele me convidou pra ir num bar para conversarmos, fato que, provavelmente, jamais aconteceria com as minhas informantes mulheres, que relataram que nunca saem de casa, só quando é muito necessário; para ir ao médico, por exemplo.

No dia que combinamos de nos encontrar, por telefone, ele salientou que nem precisava falar muito sobre como ele estaria, a fim de facilitar o nosso encontro caso o bar estivesse muito cheio e fosse difícil nos enxergarmos, sugerindo que é fácil enxergá-lo. Cheguei antes no bar e fiquei observando que as mesas estavam muito próximas. As cadeiras, além de serem muito estreitas, pareciam frágeis demais para comportar uma pessoa tão pesada quanto meu informante, mas, ele já conhecia o ambiente. Quando ele chegou, eu o avistei de longe, percebi que ele olhava para o lugar com o intuito de “liberar” o caminho. A garçonete que nos atendeu, não o olhava diretamente, talvez, tenha tido receio de encará-lo e demonstrar o quanto “o seu tamanho” poderia deixar uma pessoa admirada.

Esta situação de trabalho de campo demonstra a limitação das pessoas que convivem ou querem conviver, de alguma forma, com a pessoa obesa. Parece difícil, na maioria das situações, convidar uma pessoa muito gorda para sair, pois, por exemplo, nem sempre se sabe se as condições do local em que se quer ir são adequadas às pessoas obesas. As cadeiras poderiam quebrar, por exemplo, pois isto parece comum, tendo inclusive já acontecido com vários dos meus informantes.

Antônia e Amélia falaram que “nunca vão na casa de ninguém”, sob argumento de que, possivelmente, o lugar possa não ser adequado para elas, como refere uma informante:

“Às vezes eu quero sair, as minhas amigas dizem: vem cá pra casa. Mas olha o quê que eu penso, tem que pegar um ônibus, pegar um metrô, pegar isso, pegar aquilo, daí as pessoas ficam te olhando, e daí os teus filhos passam vergonha contigo na rua, mas os meus filhos nem se importam mais, nem tão aí, já se acostumaram, mas eu fico com aquilo na cabeça, eu vou fazer os meus filhos passarem vergonha. (...) Eu me isolei de todo mundo, não que as pessoas se isolem de mim. Elas vem aqui, conversam comigo. Mas as pessoas me cobram, porque tu não vem aqui em casa. Mas aí eu fico pensando, a pessoa vai estender uma cama pra mim, mas não pode ser qualquer cama, as camas de hoje, tu sabe, quebram. Se eu deitar no chão, como é que eu vou me levantar do chão, deitar no sofá, não tem como! (...) se eu vou na tua casa, eu já não sento, eu fico pensando, e se aquela cadeira quebra, que vergonha, como é que eu vou pagar aquela cadeira?!” (Amélia, 32 anos)

Ou ainda:

“Eu recebo os amigos na minha casa, mas eu nunca vou na casa de ninguém, entendeu. Até porque eu não sei se vai ter um banco legal pra eu me sentar, eu não sei se a pessoa vai ter uma casa de tábua ou de material, porque na de tábua eu não sei se a tábua é totalmente forte pra eu não me machucar, não cair, é difícil, é difícil as coisas. Eu não sei se na hora de eu comer alguma coisa vão ficar me olhando. Inclusive eu nunca como nada na frente... em público. Eu nunca como nada, porque eu não gosto de estimular a mente das pessoas, entendeu, eu acho que isto aí é muito complicado pra mim.” (Antônia, 32 anos)

Observa-se que o receio de ser colocada numa situação humilhante, de estragar algo devido ao excesso de peso, leva a pessoa a não sair de casa, a não visitar os amigos. Provavelmente, a vergonha que se sente em quebrar o móvel de alguém, é menos pelo fato de tê-lo quebrado do que pelo motivo que causou tal dano, isto é, a maior vergonha é pelo fato de ser muito gorda, pesar muito, enquanto que se “poderia” pesar menos e não correr o risco de passar por uma situação tão constrangedora.

O “olhar dos outros” também pode ser cruel no momento que o obeso se alimenta, pois é dali que, se supõe, advém “todo o mal” que envolve o excesso de peso. A pessoa pode estar sendo julgada, da mesma forma que um alcoólatra, que está com uma garrafa de bebida na mão, como uma pessoa que está à margem da sociedade, e que não faz nada para mudar esta situação. O “álcool” do alcoólatra, pode ser visto como a comida do obeso, aquilo que vai desviá-lo dos caminhos da sociabilidade.

Edmonds (2002) em seu estudo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro, observa que a mesma pode visar à normalidade, à invisibilidade ou à perfeição, à visibilidade. Neste sentido, analisando a cirurgia bariátrica analogamente à cirurgia plástica, ambas como modificadoras da aparência corporal, observei que, provavelmente, o grande desejo dos meus informantes em relação ao emagrecimento não é se tornarem *top-models*, ícones de perfeição estética, mas se tornarem “invisíveis”, como a maioria das pessoas não estigmatizadas:

“(...) vão olhar pra mim na rua e eu não vou chamar atenção, vou ter o prazer de dizer que eu me perdi na multidão, eu misturei-me na multidão. Ah, tá vendo aquela loira ali? Ah, aonde? Atrás do gordo. Ah, tá vendo aquela gostosa? Ah, aonde? Atrás do cego de bengala. Então eu deixo de ser um referencial pra ser só um indivíduo, e eu acho que isso é brilhante. Durante anos, o resto da minha vida, pode ser assim”. (Paulo, 42 anos)

Para Paulo, não é somente a pessoa gorda que chama a atenção, que é vista com “outros olhos”, diferentemente dos demais, servindo, inclusive, como referencial. Neste sentido, ele cita os cegos, os aleijados, os anões e diversas pessoas passíveis de serem estigmatizadas, as quais tem um estigma visível.

Na busca da “invisibilidade”, enquanto se permanece muito gordo, observa-se o que se pode chamar, segundo Goffman (1963:113), de “acobertamento”, isto é, a busca pela dissimulação do estigma, para que ele não apareça muito e, assim, diminua a tensão que ele provoca numa situação de interação social, tornando mais fácil esta situação para todos os envolvidos. Em relação a isto, observe o que fala Antônia:

“Lá dentro do hospital mesmo, quando eu entro, eu ainda olho gente olhando. E lá tem aquele lance de que tem muito gordo junto, por causa do C.O.M. Então, quando eles enxergam dois, três gordos juntos, já é um auê, né. Daí já ficam se olhando... a gente procura ser o máximo de discreta possível, até pra se vestir. Eu procuro ser o máximo de discreta pra me vestir, nunca uso nada muito berrante, nada que apareça muito, nada de muita pintura... nada assim, até na escolha do brinco, é tudo muito, como eu vou te dizer, tudo muito discreto, pra mim não me fazer notar mais do que eu já me faço.” (Antônia, 32 anos)

Querer ser “invisível”, é querer não ser notado e tratado de forma diferente dos demais. A maquiagem facial e o colorido das roupas dão mais visibilidade às pessoas, inclusive, são signos que conferem mais beleza à mulher. Entretanto, em detrimento de, supostamente, mais beleza, é preferível não ser muito visto, pois o que vai ser imediatamente percebido é a gordura do corpo e não os outros atrativos. A visibilidade do estigma, da gordura em excesso, gera muitas discriminações, o que resulta em revolta e raiva por parte dos estigmatizados, observe a fala de Paulo:

“Entro numa loja, numa boutique, eu ia comprar meia, obeso pode comprar meia! Quando você põe o pé dentro da loja, vem a vendedora aos gritos: pro seu tamanho eu não tenho nada, pro seu tamanho eu não tenho nada! E eu digo, mas eu vim comprar meia pro meu sobrinho que tem 60 Kg. Aí, o que a gente faz, devido ao seu comportamento eu não vou comprar nada e espero que a senhora morra com uma doença muito triste, que persista por toda a sua prole por três gerações e que esta loja vá a falência! Mas o mal já foi feito, por mais que peçam desculpas... então esta coisa também nos motiva a buscar uma saída”. (Paulo, 42 anos)



No momento que Paulo fala que “*obeso pode comprar meia*”, subentende-se que ele diz que não pode comprar outras roupas que não sejam meias, ou seja, parece que é difícil conseguir roupas que “caiam bem” no corpo da pessoa gorda, ou mesmo que sirvam para o seu tamanho. Em relação a isto, Gustavo comenta sobre a diferença entre comprar roupas atualmente, após ter emagrecido, e enquanto era muito gordo:

“(...) porque é mais fácil tu ir ali na esquina e comprar uma camisa, um sapato, uma calça, tu não precisa mandar fazer tudo. Gordo tem que ter uma pessoa certa pra cada tipo de coisa! Não é qualquer um que costura pra gordo, porque senão, é costurar um saco de linhagem, fazer um furo no meio, enfiar a cabeça e sair na rua. Não é qualquer corte que cai bem, chega a um ponto que a tua auto-estima, o teu amor próprio... tu não quer mais nem te olhar no espelho, qualquer coisa pra ti tá bom, tu começa a te largar, te jogar.” (Gustavo, 44 anos)

A dificuldade em conseguir roupas adequadas causa muito sofrimento para a pessoa gorda, desmotivação para se vestir ou se arrumar. Ela não quer se vestir com qualquer roupa, não basta que sirva, é preciso “cair bem”. Neste sentido, sentir-se bonita de acordo com a roupa que se está vestida parece que faz parte do que é considerado necessário para a pessoa se valorizar, por exemplo, querer se olhar no espelho. Entre as possíveis formas que as pessoas “medem” o seu peso, que avaliam se estão bem ou não, é através da sua imagem no espelho. Além disso, subentende-se, pelo fato do meu informante “não querer se olhar no espelho”, uma possibilidade negativa do “olhar do outro”. No momento que ele não quer se olhar no espelho pelo fato de não estar se sentindo bem com a imagem que reflete, ele pode achar que os outros também podem sentir da mesma forma, ou seja, a sua aparência pode ser desagradável e/ou a sua própria presença.

Ainda em relação às roupas, Amélia considera uma espécie de falta de adaptação do mundo atual à realidade social, observada nas ruas, no que se refere, por exemplo, a falta de alternativas de roupas para pessoas gordas.

“(...) pensa bem, tanta dificuldade que tu tem pra arranjar um sapato, pra arranjar uma roupa, é incrível! Tem tantas pessoas gordas hoje em dia, tantas pessoas gordas, tu tem que ir em casas especializadas, ou tu compra o que tem lá e te serve e deu, se bem que às vezes tu não tem dinheiro pra escolher também. E às vezes é uma roupa reta, sem cintura, sem nada, eles pensam que gordo não tem cintura, não tem tamanho, não tem nada, é só um saco com costura do lado e deu. Eu penso, pôxa, já era pra terem entrado mais no mundo de agora, porque tem tanta gente gorda, tanta gente gorda, é só sair na rua que a gente vê, pessoas gordas, pesadas, já era pra eles terem se conscientizado disso”. (Amélia, 32 anos)

A roupa deve mostrar que a pessoa gorda também “tem cintura”, atributo corporal que pode não estar limitado somente ao corpo magro. Vale ressaltar que a cintura, nesse caso, pode ser um sinônimo de feminilidade, em contraste com a roupa “reta” e, portanto, indiferenciada. A cintura fina da mulher é um atributo corporal valorizado desde o passado, os espartilhos, muito usados no século XIX, comprimiam a cintura feminina para construir um “corpo-ampulheta”. (Del Priore, 2000: 59).



No momento que Amélia afirma que as roupas são “sem nada”, pode estar subentendido que as roupas não tem atrativo, inclusive, atrativos da moda, adereços. A minha informante demonstrou que gosta de se arrumar, de se maquiar, de “andar na moda”,<sup>iv</sup> apesar de, ultimamente, estar desmotivada para tanto. Porém, mesmo se estivesse motivada para se embelezar, isto é, vestir-se com roupas consideradas bonitas, seria difícil, pois não há muitas alternativas. As pessoas responsáveis pela confecção das roupas, ou melhor, a indústria do vestuário, não se “conscientizou disso”, que existe muitas pessoas gordas que não gostariam de se vestir de qualquer maneira, isto é, vestir “um saco com costura do lado, e deu”.

### O exercício de controle sobre o corpo

De acordo com Paulo, “ser gordo é carregar tarefas além do que a gente pode suportar”. Nesta frase, parece que estão contempladas todas as dificuldades que as pessoas muito gordas passam. As “tarefas difíceis de suportar” vão desde a dor nas articulações devido ao peso, que dificulta a locomoção, até a “dor” da humilhação, que as pessoas obesas passam ao serem agredidas nas ruas, seja por palavras ou por olhares.

Para andar na rua, para subir escada, para trabalhar, para tomar banho, para se vestir, para fazer quaisquer atividades de forma mais eficiente, parece necessário que as pessoas muito gordas dêem “um jeitinho”, utilizando algumas técnicas corporais que, de certa forma, a gordura “impõe”. Estas técnicas são adquiridas culturalmente, não são naturais. Segundo Mauss (1974: 211), as técnicas corporais são “maneiras como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos”. Observei que a gordura do corpo dos meus informantes, visto que dificulta a mobilidade corporal, interferindo em diversos aspectos das suas vidas, desde o caminhar, por exemplo, implica em aprender a viver com ela da melhor forma possível. É preciso aprender determinadas técnicas que possibilitem o desenvolvimento das atividades cotidianas.

“Esses dias eu sai com uma amiga e ela disse: pára, pára e te mexe o menos possível, mexe com as pernas e respira, quanto menos esforço tu fizer para caminhar, quanto menos tu te mexer, mais longe tu vai. E daí, a gente se mexe pra caminhar, né. Aí, quando eu comecei a controlar a minha respiração e mexer basicamente com as pernas pra andar, eu consegui andar mais” (Antônia, 32 anos)

Antônia consegue andar mais à medida que aprende a caminhar de forma que lhe cause menos, mexendo menos o corpo e controlando a forma de respirar. Em princípio, pode-se pensar, mexer-se bastante seria mais adequado para quem busca emagrecer, pois se pressupõe maior gasto calórico. Entretanto, a possibilidade de andar mais sem se cansar tanto, ou mesmo de conseguir caminhar, o que às vezes parece impossível, implica em aprender algumas formas de controlar o corpo, mexendo-se o menos possível. Gustavo compara o seu caminhar antes de emagrecer e após o emagrecimento:

“É muito bom ser magro, eu sinto disposição para caminhar, sair mais de uma vez. Antes eu tinha que fazer um roteiro, meu Deus, como é que eu vou fazer! É uma maratona, tenho que me levantar de madrugada, porque eu tenho que ir parando, por exemplo, agora eu não tenho mais carro porque eu vendi, logo que eu vendi o carro, eu não conseguia ir até o centro de C. sem parar quatro vezes e assim... as passarelas são curvas, tu tem que subir a passarela, tem que ir parando, te agarrando. Carregando uma garrafinha de água pra ir tomando, podia ser até no inverno, tu não conseguia respirar e vinha a secura na boca, faltava o ar e tu tinha que tomar água. Eu vivia com uma pasta e nessa pasta eu carregava chá, água, e como eu precisava de estímulo, café.” (Gustavo, 44 anos)

Caminhar devagar, mexendo-se pouco, basicamente só com as pernas, além de parar para descansar e respirar melhor, tomando água, chá e café, para controlar a secura da boca e dar estímulo para prosseguir, são técnicas utilizadas que facilitam a locomoção da pessoa muito gorda. As técnicas são necessárias para facilitar a locomoção, bem como para facilitar a convivência com os outros. Amélia me contou o motivo pelo qual foi despedida de seu trabalho de costureira:

“(...) tu sabe que a pessoa gorda sua, tu sabe que sua, ainda mais o dia todo sentada. A patroa passou a dizer assim: bá, Amélia, não dá pra agüentar o teu fedor, não dá mais pra agüentar o cheiro, sabe. Pô, eu ia pra casa e tomava banho, botava perfume, por mais que tu tome banho, se arrume, sabe. O gordo tem essa coisa vaidosa, eu gosto de me perfumar, de me arrumar... e quando chega uma pessoa e te diz que tu tá fedendo, bá, bate.(...) eu passei por uma humilhação... ela já trabalhou muito comigo. Quando ela me pegou, ela sabia que eu era assim, até tinha uma cadeira especial pra mim, de ferro. (...) eu sou costureira, eu costurava pra ela. Aí, de uns tempos pra cá ela começou a me humilhar, me humilhar. Eu não via a hora de sair de lá, ficava pensando, qual vai ser a piadinha de hoje. Ela não deixava eu entrar na sala dela com medo que eu quebrasse o som dela. Pra tomar um copo de água eu tinha que pedir para as pessoas(...).” (Amélia, 32 anos)

“(...) Às vezes, quando eu vou na casa de alguém, eu fico sentadinha, sem mexer uma palha, pra não suar, porque o gordo sua muito e fede, a gente tem muita dobra. A tua roupa fica molhada de suor. Às vezes eu ponho uma roupa e chego na casa de alguém e tô encharcada. Os médicos ficam com nojo de tocar na gente. Eu não tenho vontade de sair de casa” . (Amélia, 32 anos)

Tomar banho várias vezes ao dia para controlar o suor e o cheiro deste, que pode ser desagradável, além de tentar evitar ao máximo suar, “*sem mexer uma palha*”, pode ser algo comum quando se trata de pessoas muito gordas que almejam ser bem aceitas socialmente, isto é, agradáveis de se ter por perto. Inclusive, estes recursos parecem ser muito importantes até mesmo para manter o emprego. Os movimentos corporais também devem ser controlados, pois um corpo muito grande pode não ser conveniente num ambiente pequeno, por exemplo, em que os móveis podem estar distribuídos de maneira “apertada”. Este corpo pode estar relacionado, no imaginário das pessoas, a uma pessoa bruta, que pratica movimentos grosseiros e desajeitados,<sup>lvi</sup> o que pode causar danos, no caso da minha informante, ao aparelho de som da sua patroa, o qual poderia ser quebrado.

## Conclusão

Coisa bonita  
Coisa gostosa  
Quem foi que disse  
Que tem que ser magra  
Pra ser formosa<sup>lvii</sup>

Os estigmas e preconceitos atribuídos à aparência física da pessoa muito gorda são revelados através de olhares que constrangem, de insultos e agressões. Numa sociedade que valoriza extremamente a aparência corporal, é natural que pensemos que determinado aspecto físico considerado negativo, que fomenta tanta discriminação e causa tanto sofrimento, seja algo que motive o indivíduo a buscar uma solução. Contudo, o problema estético relacionado ao corpo de uma pessoa muito gorda pode não ser considerado tão importante se levarmos em consideração outros fatores que se sobrepõem.

Também “pesam” as dificuldades de locomoção e mobilidade, o tamanho e o peso elevado do corpo (excluindo-se a sua questão estética), que são fatores que implicam na forma das pessoas muito gordas viverem, de serem e de estarem no mundo. A dificuldade de locomoção e mobilidade implica em isolamento da vida social. O tamanho e o peso do corpo dificultam o acesso aos mais diversos ambientes e equipamentos humanos, bem como a realização das mais diversas tarefas sociais de cunho pessoal, doméstico e econômico. Além disso, a dor física é muito grande quando se chega em determinado “estágio de gordura”.

Ressalto que não se trata aqui da obesidade da forma como é definida pela Medicina Oficial, atrelada à *Tabela do IMC*. A esta os meus informantes nem fizeram referência. Trata-se da “obesidade” enquanto uma quantidade de gordura corporal que impressiona o “olhar do outro”, que faz a pessoa se sentir diferente das demais, o que traz constrangimento, culpa e sentimento de revolta. Outrossim, falo da “obesidade” que prejudica a mobilidade das pessoas, a locomoção destas e a forma como se relacionam com suas famílias e seus amigos, suas formas de sociabilidade.

Os meus informantes não desejam ser magros para escaparem destes problemas, desejam ser menos gordos para que estes problemas não ocorram. No que diz respeito à estética, o emagrecimento desejado por eles é muito menos no sentido de desejar serem considerados “bonitos” do que no sentido de serem relativamente bem aceitos. Eles buscam um certo “padrão de normalidade”. Padrão este, que, por enquanto, as pessoas *simplesmente gordas* parece que se incluem. Sentir-se bonito, inclusive, não implica necessariamente em ter um corpo conforme os

padrões que pregam a magreza como ideal de beleza. Também é possível sentir-se bonito sendo gordo, o que se evidencia pelos grupos como o já citado *Criatura GG*.

Já no que se refere às questões de gênero, este trabalho mostra, principalmente, que os papéis de gênero influenciam a maneira das pessoas viverem com a sua corpulência. A gordura corporal “pesa” mais para as mulheres em diversos aspectos. Por um lado, as mulheres são mais coagidas culturalmente a se enquadrarem em determinado estereótipo de beleza que está relacionado ao corpo magro. Por outro lado, são elas que usualmente se ocupam das tarefas domésticas, com os cuidados dos filhos e do marido. A ela cabe geralmente este papel, logo, ela precisa ser ágil, ter uma boa capacidade de se locomover e boa mobilidade corporal para cumprir suas funções. Entretanto, a “obesidade” dificulta o desempenho das mesmas, tão caras à construção da identidade feminina. Observa-se que *ser mulher*, isto é, ser valorizada como tal, não é simplesmente estar enquadrada num determinado padrão de beleza, mas é também ser capaz de desempenhar os papéis sociais designados a tal gênero.

A gordura corporal excessiva ao mesmo tempo que dificulta o desempenho das atividades domésticas, pessoais e econômicas, torna as pessoas dependentes dos outros. Foi constatada que esta dependência faz parte da vivência de quaisquer pessoas muito gordas que já não conseguem se locomover ou não tem mobilidade suficiente para realizar suas atividades cotidianas. Contudo, ela afeta de forma distinta os diferentes gêneros. Neste sentido, a obesidade também “pesa” mais para a mulher, pois a partir do momento que ela encontra dificuldade em ser cuidadora do lar, dos filhos e do marido, por exemplo, ela passa a ser dependente deles para realizar os cuidados da casa e, inclusive, os cuidados consigo própria. Há uma inversão de papéis, a qual é sentida por ela como prejudicial a toda a família. À medida que a mulher vai se tornando mais dependente dos outros, ela vai se sentindo mais doente.

Portanto, a doença não atinge o indivíduo somente no que se refere ao corpo e suas funções biológicas, mas também atinge um determinado conjunto de relações sociais das quais ele faz parte. A doença vai sendo construída na relação com os outros. Ela é uma construção social, logo, pode ser sentida como mais prejudicial para um gênero do que para outro.

## Bibliografia

BASTIDE, R. Técnicas de repouso e relaxamento. In: QUEIROZ, Roger Bastide. São Paulo: Ática, 1983.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BORGES, Zulmira Newlands. A Construção Social da Doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In: LEAL, Ondina F. (org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social* – Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2001.

CENTRO DA OBESIDADE MÓRBIDA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. Disponível em <<http://www.centrodaobesidademorbida.com.br>>

COCCARO, Luciane M. *Estar gorda: estudo antropológico sobre representações de corpo*. Monografia para seleção de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. UFRGS, Porto Alegre, 1999.

COUTINHO, Walmir (org.). *Consenso Latino-americano de Obesidade*. Disponível em <<http://www.abeso.org.br>>

DEL PRIORE, Mary. *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora SENAC, 2000.

EDMONDS, Alexander. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GOLDENBERG, M. (org.) *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

FELIPPE, Flávia M. L. *A intervenção terapêutica do Assistente Social em clínica privada de Porto Alegre*. Dissertação Mestrado em Metodologia do Serviço Social – PUCRS, Porto Alegre, 1994.

\_\_\_\_\_. *O peso Social da Obesidade*. Tese Doutorado – Faculdade de Serviço Social – PUCRS, Brasil, 2001.

FERREIRA, Jaqueline. Semiologia do corpo. In: LEAL, Ondina F. (org.) *Corpo e Significado: ensaios de Antropologia Social* – Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2001.

FISCHLER, Claude. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

\_\_\_\_\_ *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Trad. Mário Merlino. Barcelona: Editorial Anagrama. Paris, 1990.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GOLDENBERG, Mirian. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, Mirian (org.) *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KNAUTH, D. R. *Os caminhos da cura: sistemas de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.

LOURENÇO, J.; RICOMINI, K. (orgs.) *Revista Criatura GG Online*. Ed. XXV. Setembro de 2002. Disponível em <<http://criaturagg.com.br/>>

MATOS, Amélio F. de Godoy, BAHIA, Luciana. Tratamento Médico da Obesidade. In: NUNES, Maria Angélica Antunes et.al. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: ArtMed, 1998. 215 p.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. Trad. Lamberto Puccinelli. São Paulo: EPU, 1974.

OLIVEIRA, F. A.. Concepções de doença: o que os serviços de saúde tem a ver com isto? In: DUARTE, L.F.D; LEAL, O.F. (orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ZAMBRANO, Elizabeth. *Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.



---

## Notas

<sup>i</sup> Entre muitas revistas disponíveis nas bancas, estão: Corpo a Corpo, Elle, Cláudia, Boa Forma, Nova. Entre os jornais, estão: Diário Gaúcho, Correio do Povo.

<sup>ii</sup> “Sarado”, registrado no dicionário Aurélio com o sentido de “forte, rijo, resistente”, é utilizado, atualmente, para designar um corpo com musculatura definida e ausência de gordura. Sobre o prestígio social dos corpos “sarados”, ver Goldemberg (2002).

<sup>iii</sup> Entre três denominações possíveis para referir tal assunto, como Biomedicina, Medicina Ocidental e Medicina Oficial, escolhi arbitrariamente esta última, que se refere à Medicina ensinada nas universidades e praticada nos hospitais, clínicas, postos de saúde; na atualidade, nos países ocidentais.

<sup>iv</sup> Fonte: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br). Referências a esta tabela vão permear este estudo, a qual será designada aqui por: *Tabela do IMC* (Tabela do Índice de Massa Corporal).

<sup>v</sup> Pode-se observar esta questão nos comerciais de produtos dietéticos veiculados por algumas emissoras de televisão. Entre eles, o *Magridiet* e o *Zero.Cal*.

<sup>vi</sup> Numa entrevista realizada com um profissional do Centro da Obesidade Mórbida da PUCRS, em julho de 2003, ele afirma que a obesidade passou a ser reconhecida como doença na década de 90.

<sup>vii</sup> Matos (1998); OMS (1995); Consenso Latino-Americano em Obesidade (2002).

<sup>viii</sup> A classificação de “doença” torna um de seus tratamentos, a cirurgia, mais fácil de ser viabilizada. Um exemplo disso é que um dos meus informantes somente conseguiu realizar a cirurgia bariátrica pelo SUS depois de dois anos de “muita batalha”, no momento que foi diagnosticado como doente em decorrência da obesidade.

<sup>ix</sup> Correio do Povo, 03/3/2002.

<sup>x</sup> Dado obtido na secretaria do Centro da Obesidade Mórbida da PUCRS, que corresponde a todas as cirurgias realizadas até junho de 2003.

<sup>xi</sup> Conforme a fala de um dos meus informantes, o emagrecimento decorrente da cirurgia resultou em excesso de pele, se antes da cirurgia a questão da aparência corporal era problematizada devido ao excesso de gordura, agora é o excesso de pele que prejudica a aparência. Ele acredita que parece ter muito mais idade do que realmente tem, pois sobrou muita pele após o emagrecimento e, de acordo com ele, esta parece “pelanca de velho”; o que não é desejado, pois é considerado feio.

<sup>xii</sup> Esses dados foram fornecidos por um profissional da equipe médica do C.O.M numa das reuniões mensais assistidas por mim durante o trabalho de campo. Além disso, no CID 10 há várias classificações de obesidade, como: obesidade devido a excesso de calorías; obesidade induzida por drogas; obesidade extrema com hipoventilação alveolar (Síndrome de Pickwick); outra obesidade (obesidade mórbida); obesidade não especificada (obesidade simples SOE).

<sup>xiii</sup> Dados do Consenso Latino-americano da Obesidade. Fonte: [www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)

<sup>xiv</sup> Notícias de jornal confirmam esta classificação, tal como: “Se você é daqueles que ainda pensam que uma criança gordinha é saudável, pode começar a rever seus conceitos. Por mais bonita que possa lhe parecer a imagem de um “pequeno fofinho”, não se deixe iludir. Excesso de peso em qualquer idade é um problema que precisa ser tratado” (Zero Hora, 17/09/2002).

<sup>xv</sup> Considerações a este respeito estão em Boltanski (1984) e Knauth (1991).

<sup>xvi</sup> Oliveira (1998).

<sup>xvii</sup> Zero Hora, 25/8/2002.

<sup>xviii</sup> Fischler (1991).

<sup>xix</sup> Predicativos pejorativos referidos a pessoas com obesidade foram observados nos estudos de Segal, A. (1998); Stuart, R.; Jacobson, B. (1990); Felipe, F. (1994); Felipe, F. (2001); Fischler, C. (1995).

<sup>xx</sup> Apenas mais recentemente percebe-se alguns movimentos no sentido de questionar ou até processar companhias de cigarro ou alimentícias que seriam as responsáveis por doenças. Ver reportagem: Isto É, 30/7/2003.

<sup>xxi</sup> “Em um encontro de obesos na Filadélfia, Pensilvânia, três amigas pedem o fim da discriminação aos quilos a mais”. Ver reportagem: Zero Hora, 25/8/2002.

<sup>xxii</sup> Dentre muitos *sites* disponíveis na rede, estão: NAAFA (organização americana que luta pela aceitação das pessoas gordas na sociedade); *Fat Person*; Gordinhas Unidas; Gordas na Web e Adoro Gordinhas.

<sup>xxiii</sup> Seção GGente.

<sup>xxiv</sup> Os documentos solicitados e encaminhados foram os seguintes: carta de apresentação do projeto e confirmação do seu conteúdo assinada por todos os pesquisadores; cadastro do pesquisador e registro da pesquisa na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); protocolo de pesquisa em duas cópias; orçamento financeiro detalhado da pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; carta de conhecimento do conteúdo do projeto e autorização do chefe de serviço e Curriculum Vitae resumido do pesquisador principal e dos demais participantes.

<sup>xxv</sup> Descrevo a sala de espera das consultas num item posterior.

<sup>xxvi</sup> Ver roteiro de entrevista em anexo (Anexo B).

<sup>xxvii</sup> De todas as entrevistas realizadas, apenas uma não foi gravada devido a uma falha do gravador. Nesse caso, as informações foram anotadas pela pesquisadora.

<sup>xxviii</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xxix</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xxx</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xxxi</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xxxii</sup> ISTOÉ, 04/9/2002.

<sup>xxxiii</sup> De acordo com a informação prestada por um profissional vinculado ao C.O.M em 04/7/2003.

<sup>xxxiv</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xxxv</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xxxvi</sup> Comunicação oral de um profissional numa reunião mensal assistida por mim.

<sup>xxxvii</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)



<sup>xxxviii</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xxxix</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xl</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xli</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xlii</sup> Comunicação oral de um profissional numa reunião mensal assistida por mim.

<sup>xliii</sup> Informações do site: [www.centrodaobesidademorbida.com.br](http://www.centrodaobesidademorbida.com.br)

<sup>xliiv</sup> Alguns informantes falaram sobre a frequência às consultas, um deles, por exemplo, tem consulta de 15 em 15 dias com o psiquiatra do C.O.M., o que indica que o tratamento também inclui a dimensão psicológica dos sujeitos.

<sup>xliiv</sup> Entre as barras de cereais existentes no mercado, uma muito comercializada é a chamada *Nutry*.

<sup>xlivi</sup> Observei que foi usada esta denominação para mostrar que os resultados da cirurgia são positivos, a tal ponto que deve ser divulgado para os outros, em forma de propaganda, visando, inclusive, o convencimento do público de que aquela é uma boa alternativa para quem quiser emagrecer. No caso, a propaganda consiste na imagem corporal mostrada ao público, aspecto físico emagrecido da pessoa após a cirurgia, relacionado ao aspecto anterior à mesma; e depoimento pessoal da sua vida hoje, em relação a sua vida antes de operado.

<sup>xliiv</sup> Em relação ao corpo visto como uma máquina, ver Helman (2003).

<sup>xliiii</sup> Conforme uma informante, gorda demais, para fins cirúrgicos pelo SUS, é ter mais de 180 Kg. Pacientes mais pesados do que isto devem se submeter à cirurgia preferencialmente sendo acompanhados de uma máquina massageadora que diminui as chances do paciente ter embolia pulmonar durante a mesma. Entretanto, esta máquina não é fornecida pelo SUS, logo, o paciente não deve estar “gordo demais” para não correr o risco de ter essa complicação. Já os pacientes que tem convênios ou são particulares, podem ter um peso mais elevado, mas é aconselhado o menor peso possível.

<sup>xlix</sup> De acordo com um dos meus informantes, um amigo seu tentou se suicidar depois de ter feito a cirurgia, fato atribuído à depressão.

<sup>i</sup> Ressalto que a descrição relativa aos informantes é breve, sem muitos detalhes, tendo em vista a garantia da preservação das suas identidades. Seus nomes são fictícios, bem como constam somente as iniciais das cidades ou pessoas citadas por eles.

<sup>ii</sup> Conforme o ponto de vista de um profissional do C.O.M, numa entrevista que realizei, a questão estética foi salientada como a principal causa da busca pelo emagrecimento, tanto dos menos gordos até dos mais gordos.

<sup>iii</sup> “Algumas estão felizes assim (gordas), mas a gente tem que convencer que elas estão doentes” (comunicação oral de profissional do C.O.M, em palestra na I Jornada Gaúcha “Corpo e Relações de Gênero na Contemporaneidade”, ocorrida na PUCRS, no período de 01, 02 e 03 de agosto de 2002)

<sup>iiii</sup> Conforme uma reportagem da revista *Isto É*, o número de brasileiros que estão se convertendo ao Islamismo tem aumentado nos últimos anos. Uma moça que antes da conversão ia à praia de biquíni, atualmente anda coberta dos pés a cabeça. Em relação a isto, ela afirma “antes era vista como um pedaço de carne, apenas uma mulher bonita. Agora não faço mais à vontade dos homens, mas de Deus, discursa a jovem, que não se incomoda mais de ser chamada de mulher de Saddam Hussein pelas ruas”. *Isto É*, 29/04/98.

<sup>lv</sup> Em relação às viagens de avião, as pessoas muito gordas parecem que estão sendo mais prejudicadas atualmente, ou seja, Southwest Airlines, uma companhia aérea americana, noticiou que passageiros que não couberem em apenas um assento terão que pagar duas passagens. Folha de São Paulo, 20/6/2002

<sup>lv</sup> A revista *Elle*, em um edição dedicada às gordinhas (julho de 2001), afirma que, embora o mundo da moda faça crer o contrário, elegância e sensualidade não são exclusividade das magras. No entanto, recomenda: “Estampado só embaixo: estampas são proibidas? A resposta é quase, porque se for na parte de baixo pode até ficar bom. Lembre-se apenas de que as cores não podem ser vibrantes, para não deixar as proporções maiores do que são.”

<sup>lvi</sup> Representações pejorativas que se têm das pessoas muito gordas podem ser vistas nos filmes “O amor é cego” e “O professor aloprado”. Em ambos, aparecem situações “desastradas” das pessoas muito gordas, que “não conseguem” controlar adequadamente seus movimentos corporais.

<sup>lvii</sup> Música: “Coisa Bonita” de Roberto Carlos e Erasmo Carlos.