



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Larissa Balduino da Paixão

**EQTRQU'1P +F~ EGHUAXk' pekuf g'b wij gt gu'er »u'c'ek wt i k'dct k vt kec'pq'
r gt qf q'ctf kq'**

"
"
"
"
"
"
"
"
"

"

Belo Horizonte, 2021

Larissa Balduino da Paixão

**EQTRQU*IP +F~ EGRUA'XKZ PEKUF G'O WNJ GTGU'CR' UC''
EK'WTI KC'DCTK VTEC'PQ'RGT~QF Q'VCTFKQ''**

"
"
"
"
"

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de DOUTORA em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Márcia Stengel.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

P149c Paixão, Larissa Balduino da
Corpos (in)dóceis?: vivências de mulheres após a cirurgia bariátrica no período tardio / Larissa Balduino da Paixão. Belo Horizonte, 2021.
227 f. : il.

Orientadora: Márcia Stengel
Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Obesidade - Aspectos psicológicos. 2. Cirurgia bariátrica. 3. Estômago - Cirurgia - Aspectos psicológicos. 4. Transtornos da alimentação. 5. Hospitais - Aspectos psicológicos. 6. Distúrbios do metabolismo - Cuidado e tratamento. 7. Psicanálise. 8. Comportamento compulsivo - Aspectos sociais. I. Stengel, Márcia. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 616.39

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Paim Brito - CRB 6/2999

Nelkuc'Derf qlpq'f c'Rclz q'

**" CORPOS (IN) DÓCEIS? VIVÊNCIA DE MULHERES APÓS A
CIRURGIA BARIÁTRICA NO PERÍODO TARDIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica
de Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de DOUTORA em Psicologia.

Área de Concentração: Processos Psicossociais

Prof.^a Dr.^a Márcia Stengel – PUC MINAS (Orientadora)

"

Prof.^a Dr.^a Jaqueline de Oliveira Moreira – PUC MINAS (Banca Examinadora)

"

Prof.^a Dr.^a Maria Paula Sibilía – Universidade Federal Fluminense (Banca
Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Darlane Silva Vieira Andrade – Universidade /federal da Bahia (Banca
Examinadora)

Prof. Dr. Domenico Uhng Hur –Universidade Federal de Goiás

Belo Horizonte, 19 de Março de 2021

CI TCFGEKO GPVQU'

"

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e a PUC Minas, especialmente as professoras-inspiradoras: a Roberta, Jaqueline Oliveira, Luciana Kind e Pituxa. Agradecimento especial ao querido Diego, sempre gentil e competente.

Agradeço à FAPEMIG, porque sem esta agência não haveria como dar continuidade a minha pesquisa.

A Márcia Stengel, minha orientadora, por sua constante leveza e compreensão

A todas as mulheres que gentilmente compartilharam suas histórias íntimas ... sem essa generosidade a qualidade do trabalho não seria a mesma.

Agradeço aos que estiveram em algum momento sob meus cuidados profissionais. Ao profissionalismo de Ângela Nolasco, na época minha coordenadora do “Centro de Diabetes e Obesidade” – Planserv/BA e a Maria Silene, médica endocrinologista sempre sensível a uma escuta afetiva.

Agradeço as parcerias e fraternidades estabelecidas neste longo trajeto. A minha irmã, minha primeira criança.

Aos amigos da velha guarda: Fernanda, Luciana, Lua, Roger, Liza e Sérgio...

Agradeço a Antônio, com quem tudo começou do outro lado do Atlântico,

Aos meus pais minha eterna gratidão por terem me dado a vida,

Agradeço a todos os livros que pude ler, e a todas as músicas que (ainda possa escutar),

Agradeço aos rebeldes, aos possuídos, aos indóceis, aos retirantes, aos invisíveis, aos que persistem, aos que sobrevivem em meio este desgoverno,

Agradeço a Bruno, meu irmão, que desde cedo me deu “capacitação” para transitar nas zonas abissais da desrazão. Eu e ele sabemos, de algum modo, quem *ori*-enta nossas cabeças. É em seu reino Atlântico que nossas lágrimas se diluem e é nele que nossos sorrisos (idênticos) se iluminam.

Agradeço a Hermê, aquele que no mundo material me fez escutar os chamados do Daímon. É de asas nos pés que os bons terapeutas precisam para sair do Olimpo.

"

"

"

”

Antes era o peso. Segue sendo o peso. Poder comer, não poder comer... É a pele flácida, é a náusea, é a fome, ou a ausência de fome, é o doce indigesto – dumping! A satisfação pelo olhar do desconhecido na rua não dura muito tempo. Os elogios dos amigos, dos vizinhos, da família também acabam e não raro se transformam em novas cobranças.

A rotina de trabalho continua ruim, o casamento continua ruim, as asperezas da vida continuam ferindo. É a entrada no Éden que não se concretiza. A felicidade não sabe quanto pesa. O corpo não se cala, e embora amordaçado, ainda diz: me solta ou acabo com você! (PAIXÃO, L. 2017)

”

”

”

”

”

”

”

TGUWO Q''''

''

Na cena contemporânea, a aparência do corpo possui centralidade única. Dele se exige “boa forma”, saúde, juventude e magreza junto a um imperativo disciplinar cada vez mais descarnado. É nesse contexto que a obesidade se destaca como uma epidemia do século XXI. O corpo obeso é uma imagem que evidencia os excessos de uma vida pautada no hiperconsumo. Uma vez estabelecida como categoria patológica, coube às ciências médicas oferecer respostas de tratamento a tal condição. Dentre as opções de tratamento invasivas, a Cirurgia Bariátrica tem sido considerada como a abordagem terapêutica mais eficaz para a perda ponderal significativa. O Brasil atualmente é o segundo país no mundo que mais realiza este tipo de procedimento. Embora não haja divergências significativas entre o percentual de obesidade entre homens e mulheres, 70% das cirurgias realizadas no Brasil foram realizadas em mulheres. Esta tese tem por objetivo compreender os efeitos da cirurgia bariátrica na vida de mulheres que se encontram no período pós-bariátrica tardio. Para tanto foi realizada uma pesquisa de campo a partir de entrevistas semiestruturadas com onze mulheres que se submeteram a este procedimento há no mínimo dois anos. Esta intervenção representa para muitas a possibilidade de transformar um corpo com o qual se tornou impossível conviver. Mas este corpo nunca cessará de ser corrigido. A intenção principal da cirurgia não parece ser a busca pela saúde, mas sim, uma melhor adequação aos padrões estéticos estabelecidos pela cultura. Foi possível identificar a partir dos relatos das interlocutoras um excesso de medicalização da obesidade assim como de diagnósticos psiquiátricos. As experiências de estigmatização social também marcaram as narrativas das entrevistadas, produzindo intenso sofrimento psíquico. A intervenção cirúrgica não é um fim, mas o começo de um longo processo que requer adaptações psíquicas além da continuidade dos cuidados médico-clínicos. Considera-se que a cirurgia bariátrica pode ser compreendida como um dispositivo disciplinar que incide sobre os corpos a fim de torná-los mais úteis. A utilidade neoliberal se refere a capacidade de consumo. A presente tese, dada a sua proposta interdisciplinar, dialoga com autores como Le Breton, Foucault, Debord, Butler, Dardot e Laval, além do constante diálogo com referências artísticas.

Resumo / **Abstract** <corpo na contemporaneidade, obesidade; pós-cirurgia bariátrica; estigma.

''

''

CDUVTCEV''

In the contemporaneous scene, the appearance of the body possesses unique centrality. From it, it is required “good shape”, health, youth and thinness, together with a disciplinary imperative that is increasingly stark. It is in that context that obesity stands as an epidemic of the XXIst century. The obese body is a view that highlights the excesses of a life based on hyperconsumption. Once established as a pathological category, it was up to the medical sciences to offer treatment responses to such a condition. Among the invasive treatment options, Bariatric Surgery has been considered as the most effective therapeutic approach for significant weight loss. Brazil is currently the second country in the world that most performs this type of procedure. Although there are no significant differences between the percentage of obesity between men and women, 70% of the surgeries performed in Brazil were performed on women. This thesis aims to understand the effects of bariatric surgery on the lives of women who are in the late post-bariatric period. To this end, a field research was carried out based on semi-structured interviews with eleven women who had undergone this procedure for at least two years. This surgical intervention represents for many the possibility of transforming a body with which it has become impossible to live. But this body will never cease to be corrected. The main intention of the surgery does not seem to be the search for health, but rather, a better adaptation to the aesthetic standards established by the culture. It was possible to identify, from the interlocutors' reports, an excess of medicalization of obesity as well as an excess of psychiatric diagnoses. The experiences of social stigmatization also marked the interviewees' narratives, producing intense psychological suffering. Surgical intervention is not an end, but the beginning of a long process that requires psychological adaptations beyond the continuity of medical and clinical care. It is considered that bariatric surgery can be understood as a disciplinary device that focuses on bodies in order to make them more useful. Neoliberal utility refers to consumption capacity. This thesis, given its interdisciplinary proposal, dialogues with authors such as Le Breton, Foucault, Debord, Butler, Dardot and Laval, in addition to the constant dialogue with artistic references.

Mg{/y qtf u<bbody in the contemporaneity;'obesity; post surgery; bariatric; stigma."

"

"

NUVC'FG'KNWUVT C¥ ð GU'

"

A supervisora de benefícios dormindo, Lucien Freud, 1995.....62

Kate Moss, Lucien Freud, 2002.....63

O Veado Ferido, Frida Kahlo, 1946.....169

Sem esperança, Frida Kahlo, 1945.....169

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

NRVC'F G'VCDGNCU'G'S WCFTQU'

| | |
|--|-----|
| TABELA 1 Caracterização das participantes..... | 54 |
| TABELA 2 Temas e subtemas..... | 57 |
| TABELA 3 Pré-categorias | 57 |
| TABELA 4 Definindo as Categorias de Análise..... | 58 |
| TABELA 5 Categorias de Análise..... | 58 |
| QUADRO 1 Uso de psicofármacos, fórmulas e sibutramina..... | 89 |
| QUADRO 2 Diagnósticos Psiquiátricos..... | 104 |
| QUADRO 3 Estratégias para controle do peso..... | 114 |
| QUADRO 4 Motivações para a Cirurgia..... | 164 |
| QUADRO 5 Atendimento Psicológico..... | 169 |

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

NRUVC'FG'CDT GXKCVWTCU'G'UR NCU'

"

ABESO - Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

IMC - Índice de massa corporal

INCA - Instituto Nacional de Câncer

FAO - Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura

MS - Ministério da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

SBCBM - Sociedade Brasileira Cirurgia Bariátrica Metabólica

WHO - World Health Organization

"

UWO f TKQ"

"

IPVTQFWi Q 7

"

40Q'EQTRQ 14

2.1 Notas sobre a Contemporaneidade 14

2.2 O corpo para o espetáculo 22

2.3 Corpo do espetáculo: deixe seu like 25

2.4 Uma história do corpo: entre o mal e a salvação 27

2.5 O corpo gordo na história 34

2.6 A saúde e a doença 40

2.7 A obesidade como doença 44

2.8 A obesidade: patologia do social 47

2.9 Parâmetros de avaliação: identificando a obesidade 51

"

50VQFC'I QTFWTC'UGTf 'ECUVH CF CA 54

3.1 A nova moral: a cultura fitness e o *bodybuilder* 54

3.2 Toda nudez será castigada? 58

3.3 A cura 64

3.3.1 O Balão Intragástrico 65

3.3.2 A Cirurgia Bariátrica e Metabólica 66

3.3.3 Avaliação Psicológica e Cirurgia Bariátrica 71

"

"

| | |
|---|------|
| " | |
| " | |
| 6'RGTEWTUQ'O GVQFQN~ I ÆQ" | 76 |
| 4.1 Caracterização das participantes | 78 |
| 4.1.1 <i>What do they call me?</i> | 80 |
| 4.2 Categorias de análise | 84 |
| " | |
| 70C'EN~PÆC | 87 |
| 5.1 Medicalização | 87 |
| 5.1.1 Medicamentos para emagrecer | 90 |
| 5.1.2 Psicofármacos | 98 |
| 5.2 Diagnósticos Psiquiátricos | 100 |
| " | |
| 80C'QDGUE CF G" " " " | 110 |
| 6.1 Ser gorda, gordinha, enorme | 110 |
| 6.2 Engordando e emagrecendo | 112 |
| 6.3 A comida: a fome e a relação com a comida | 116" |
| 6.4 Toda a gordura será castigada: o estigma da obesidade | 122 |
| " | |
| 90Q'EQTRQ'TCUEWP J Q" | 132 |
| 7.1 Emagrecer: a magreza é a norma | 135 |
| 7.2. Insatisfação com o corpo e a cirurgia plástica | 139 |
| 7.3 A moda | 144 |
| 7.4 Corpo estranho, cabeça de gordo | 150 |
| " | |

"

:0C'EKTWTI KC'DCTKŹ VTKEC"

157

8.1. ANTES: Informações prévias, motivações e expectativas

157

8.2 1,2,3 e já!

163

8.3 O durante e pós- imediato: nem tudo são flores

170

8.4 O depois

176

8.5 Complicações Clínicas

178

8.6 Vida social

183

8.7 Vida afetiva e sexual

184

8.7.1 Relações abusivas

190

"

EQP UŹ GT CŹ ð GU'HKŹ CKU

195

"

TGHTŹ PEKU

209

"

CRŹ PFKEG'C<"

VGTO Q'F G'EQPUGP VKO GP VQ'NKŹTG'G'GUENCTGEKŹ Q

222

"

CRŹ PFKEG'D<

S WGUVð GUPQTVGCF QTCU'F C'GP VTGXKŹVC'UGO KGUVTWWT CFC

224

"

CPGZQ" " " " " " " " " " " 225"

"

"

RPVTQFWÿ Q'''

"

Estou em meu corpo e não posso deixá-lo. (CORBAIN, 2008, p. 8).

Esta tese foi escrita em português. Uma escrita na qual ainda reverberam fortes signos de um passado colonial. Para Fanon (1952/2008, p. 50): “Falar uma língua é assumir um mundo, uma cultura”. Escrever em uma língua é, então, se deparar com os circuitos discursivos que operam nesta cultura e seus entraves. O processo da escrita já é por si só difícil e comprometedor. Ao escrever, inscrevo as ideias num campo de transmissibilidade documentado. Surpreende a facilidade com a qual as palavras generificadas fluem de modo naturalizado para compor o sentido das frases. Grada Quilomba (2018) aponta uma diferença, por exemplo, de um processo de escrita em anglo saxão, (e nesse sentido, imagino as dificuldades em traduzir Butler) na qual a palavra sujeito, que, por certo é termo caro à psicologia, é escrita no masculino. Tanto sujeito no sentido de indivíduo (também outro termo masculino), como no sentido que diz respeito ao que é humano. Em inglês, sujeito é *subject*, um termo que não tem gênero. Nesse contexto, foi um grande desafio compor uma escrita acadêmica na qual as palavras não têm licença poética para serem inventadas.

O corpo, especialmente em sua concepção imagética, se destaca na construção dos referenciais identitários da contemporaneidade, produzindo formas inéditas de subjetivação (BIRMAN, 2016). Instância que relembra a condição de vulnerabilidade humana, é a partir deste *corpo-carne* passível à doença e à velhice que a medicina faz suas apostas e intervenções (LE BRETON, 2009). Diversas são as tecnologias capazes de modificá-lo, como se o corpo em sua natureza original fosse algo inverossímil e talvez último vestígio da vulnerabilidade humana (SIBILIA, 2014).

Discordo de que vivemos em um momento de “culto ao corpo”; ao contrário. Não cultuamos o corpo e tampouco a vida. Talvez seja mais apropriado falar de uma obsessão coletiva e tirânica por certas formas corporais de apresentação baseada em imagens que sustentam formas de poder. Não diria que há uma tirania do corpo, mas uma tirania sobre o corpo. E nesse eixo de inúmeras tiranias sobre o corpo, desdobram-se uma ampla variação na qual certos corpos são mais ou menos “tiranizados” que outros. A título desta pesquisa, a escolha foi pensar sobre os corpos de mulheres que realizaram a cirurgia bariátrica e metabólica. Elas viveram (e talvez ainda vivam) efeitos de uma tirania sobre seus corpos.

É nesse contexto de obsessão por certas formas corporais que a obesidade foi situada como a epidemia do século XXI. Sua incidência mais do que dobrou entre 1980 e 2014, afetando países desenvolvidos, de baixa ou média renda, especialmente as zonas urbanas. No Brasil, 55,7% da população adulta está com excesso de peso e 19,8% está obesa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). O aumento da obesidade é uma realidade em praticamente todo o ocidente, em todas as idades, sem variações significativas entre homens e mulheres (MS, 2014). A projeção é que em 2025 cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões obesos (OMS, 2016). No contexto do Brasil, entre os anos 1970 e 2009 acentuou-se uma transição nutricional caracterizada pelo aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, açúcar, gordura saturada, e alimentos ultraprocessados. (MS, 2014, p. 20).

O mundo engordou, embora haja outra parcela da população mundial para a qual não existe a possibilidade de acesso à alimentação, quiçá saber do seu próprio índice de massa corporal. E se o mundo engordou é porque está sendo excessivamente alimentado, seja por comidas, excessivamente industrializadas, seja pelos excessos de mercadorias e substâncias adicionadas ao cotidiano no intuito de “reanimar” uma vida corporal amortecida. E agora resta pensar o que fazer com tantos excessos, sendo um deles nomeado de obesidade.

A obesidade vem sendo considerada um problema prioritário nas políticas públicas devido aos seus índices de morbimortalidade e custos para o sistema de saúde (OMS, 2016). A esta condição, associam-se diversas patologias e complicações clínicas, dentre as quais se destacam: diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, problemas articulares, apneia do sono, dentre outros. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, (INCA, 2017, s/p) a obesidade e o sobrepeso estariam relacionados a 13 tipos de câncer, “[...] sugerindo uma carga significativa de doença pelo excesso de gordura corporal”. Além das complicações clínicas já mencionadas, cabe destacar um recente estudo publicado na revista *Obesity Research & Clinical Practice* (Sales-Peres et al, 2020). De acordo com os resultados apontados por pesquisadores brasileiros, a obesidade em si favorece o avanço rápido do Coronavírus (COVID – 19) aumentando significativamente o risco de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e óbito.

A obesidade é uma condição corporal complexa de etiologia multifatorial e com predisposição à cronicidade. Possui influências genéticas, psicológicas, sociais, culturais e metabólicas, sendo difícil definir sua causalidade. No Brasil, a Lei 11.721/2008 estabeleceu que o 11 de outubro é Dia Nacional de Prevenção da Obesidade. As diretrizes políticas desse documento chamam à atenção para a necessidade de *prevenção*, o que é uma abordagem evidentemente mais interessante do que o “combate” à obesidade. Essa condição de caráter

epidêmico também indica os efeitos tardios de um modelo político-econômico que explora ao máximo a noção de liberdade e do livre consumo. É pertinente indicar o posicionamento do Ministério da Saúde (2014) ao pensar em *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica e Obesidade*: “O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população”. Embora algumas diretrizes das Políticas de Saúde apontem para uma contextualização macropolítica acerca da obesidade, o que prevalece é uma abordagem de culpabilização e patologização das pessoas obesas.

Em 2013, uma resolução da American Medical Association definiu a obesidade como um estado de doença crônica. Poulain (2013) destaca que a obesidade é, sobretudo, um problema de ordem social por ser fortemente impactada pela cultura, como os processos de estigmatização. Estes, ao serem atribuídos aos corpos gordos, produzem situações de desigualdades, seja de ordem laboral, seja de ordem social e/ou afetiva. Considera-se que a exclusão social interfere no processo de manutenção e agravamento da obesidade, o que significa um “fator de risco social” tão grave quanto os seus prejuízos à saúde (POULAIN, 2013, p. 47). O próprio Ministério da Saúde (2014, p. 21) partilha deste entendimento: “A globalização, o marketing exacerbado de alimentos processados, o consumismo, a necessidade de prazeres rápidos e respostas imediatas contribuem para o aparecimento da obesidade como uma questão social”. Para Franques e Levy (2019), a discriminação decorrente da obesidade é um agravante para a saúde mental da pessoa obesa e reforça o comportamento alimentar inadequado. Para Sibilía (2006, p. 8), a cena contemporânea experimenta mais do que nunca “[...] um horror visceral (e um combate acirrado) aos tecidos adiposos que conformam o corpo humano”. O obeso carrega sobre si o estigma de um corpo dissonante dos ideais de saúde e beleza, sendo comumente desqualificado do ponto de vista moral, estético, clínico e psicológico. Como bem esclarece Sant’Anna (2005, p. 1) na apresentação do livro *Políticas do Corpo*, “[...] há corpos que em nossos dias, decidiu-se desumanizar: os obesos por exemplo. Como se neles o peso ofuscasse a possibilidade de uma justiça social”.

A obesidade pode ser entendida como parte de um imbricado processo de modernização, no qual impera uma indústria alimentar altamente lucrativa e que pouco se importa com seus efeitos em longo prazo. Atualmente as políticas públicas de atenção à saúde abordam a prevenção e o tratamento da obesidade a partir de estratégias como redução de alimentos ultraprocessados e “ambientes favoráveis à alimentação saudável” (OPAS, 2016).

Nas últimas décadas, a Cirurgia Bariátrica e Metabólica se popularizou como opção eficaz no tratamento à redução do peso e na melhoria das comorbidades associadas à obesidade, tais

como como as síndromes metabólicas e diabetes tipo 2. (RAMIREZ, 2016). Atualmente o procedimento é considerado como a opção de tratamento mais eficaz para a obesidade com estimativas de êxito em até 85% das cirurgias considerando a melhoria das comorbidades e redução do peso. (RIBEIRO & CREMASCO, 2017).

O Brasil é o segundo país no mundo que mais realiza operações deste tipo, com 80 mil registros por ano, e fica atrás apenas dos Estados Unidos da América - EUA. Entre os anos de 2011 e 2018 o número de cirurgias realizadas no Brasil aumentou em 84,73%, passando de 34.629 para 63.969 (AGÊNCIA BRASIL, 2019). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2019) do total de cirurgias realizadas no ano de 2018, 49.521 foram realizaas pela saúde suplementar, 11.402 cirurgias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 3.046 cirurgias particulares. Apesar de não haver diferenças significativas nas taxas de obesidade entre homens e mulheres, a procura pela gastroplastia é, em sua maioria, feita por mulheres (FARINHOLT *et al.*, 2013). No Brasil, os estudos também apontam nessa direção (SILVA *et al.*, 2015). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica 70% dos pacientes que realizam este procedimento são mulheres com idades entre 35 e 50 anos (SBCBM, 2018). Esta mesma evidência é apontada por uma pesquisa realizada por Carrasco *et al.* (2014) no Chile. Entende-se que as exigências referentes à imagem, beleza e adequação estética recaem de modo mais insidioso sobre as mulheres.

Quanto ao período pós-cirurgia, a literatura científica aponta os benefícios deste procedimento sob uma perspectiva biomédica, destacando a melhoria das comorbidades associadas. As pesquisas que abordam a dimensão psicossocial tendem a priorizar a “Qualidade de vida” dos pacientes pós-operados (AGUIRRE, 2014). Estudos apontam que após dois anos de cirurgia há uma diminuição dos benefícios pós-cirúrgicos, havendo o risco de ganho de peso (VENÂNCIO *et al.*, 2011) e comportamento alimentar inadequado, tais como o “petisco contínuo” e a ingestão alimentar compulsiva (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018). Outro aspecto se refere às insatisfações acerca da imagem corporal que permanecem mesmo após o emagrecimento. Nesse sentido, destacamos a relevância dos dispositivos socioculturais nos processos de subjetivação.

Embora se considere importantes avanços nas técnicas cirúrgicas e laparoscópicas, com procedimentos cada vez menos invasivos e com menor risco de complicações pós-operatórias, ainda há pouco conhecimento em relação aos efeitos tardios da cirurgia, especialmente no que se refere às condições psíquicas do paciente operado e ao risco de reganho de peso. (MAGDALENO Jr, 2009).

Como dispositivo cirúrgico criado por um saber da biomedicina, a Cirurgia Bariátrica e Metabólica propõe um tratamento para a obesidade a partir de uma intervenção no trato gastrointestinal, por diferentes tipos de técnicas. Esse procedimento tem, portanto, dois efeitos: intervir sobre o corpo biológico em prol de uma melhoria na saúde e, ao mesmo tempo, promete maior aproximação aos ideais estéticos da atualidade, que repudiam qualquer indicador de gordura corporal. Busca-se transformar o corpo para mudar de vida, indicando assim o predomínio de uma mentalidade altamente materialista e biologicista nos modos de vida governados pelos regimes neoliberais. A vida contemporânea com suas inúmeras próteses tecnológicas torna o corpo cada vez mais desnecessário em sua capacidade de ação no mundo. Contudo, deste mesmo corpo abandonado em ação exige-se uma imagem estética cada vez mais magra, mais jovem e “sarada”. E cabe nesse contexto interrogar: sobre quais parâmetros este ideal de corpo foi construído?

A cirurgia bariátrica e metabólica pode ser considerada como um dos procedimentos mais radicais no que diz respeito à transformação corporal. Esta intervenção representa para muitos a possibilidade de modificar um corpo com o qual se tornou impossível conviver. Mas este corpo nunca cessará de ser corrigido. Diversas são as práticas de modelagem que operam neste *corpo-rascunho* visando a sua modificação (LE BRETON, 2009).

Se a aparência do corpo possui centralidade única na cena contemporânea ocidental, a obesidade passa a representar tanto uma doença quanto um mal para os quais as ciências médicas oferecem respostas, muitas vezes ocupando lugar de controle social e moral dos corpos “indisciplinados”. A escuta das mulheres que se submeteram a este procedimento nos sugere que a preocupação com a saúde se torna secundária quando comparada à experiência de “ser gorda”. Como lembra Sibilia (2006, p.23): “(...) é na superfície corporal onde cada um exhibe as suas verdades”. Nesse contexto, a magreza é situada tanto como um atributo estético, quanto como virtude moral, que evoca características como disciplina e persistência. Sair da condição de obesidade representa também a possibilidade de se retirar de um lugar social altamente estigmatizado. Este parece um ponto significativo em relação à decisão pela cirurgia. Sendo assim, a perda de peso proveniente da cirurgia teria efeito favorável no campo das relações afetivas e sociais. Não obstante, vemos a partir do relato das participantes que a insatisfação com o corpo está para além do peso e permanece orientada para a manutenção do consumo, seja através de novos procedimentos cirúrgicos e estéticos, seja através do consumo de roupas da moda, dietas e medicamentos. Tudo indica que o corpo pós-operado permanece um território desconhecido no qual a vida psíquica reivindica seu lugar.

O fato é que se torna cada vez mais necessário considerar a obesidade para além da dimensão médico-clínica, disciplinar, pedagógica e educada: a obesidade ainda possui algo de intratável e desafiador, que não sucumbe nem mesmo a intervenção cirúrgica. Tal argumento coincide com a informação de que aproximadamente 15% dos pacientes operados não conseguem manter a perda ponderal obtida após cinco anos de cirurgia (SBCBM, 2017).

Dada a complexidade do tema em questão, este trabalho se propõe a discutir a problemática dos corpos obesos a partir de uma perspectiva psicossocial. Busca-se aprofundar os sentidos do corpo na atualidade, para além do dualismo moderno ainda sob fortes influências do pensamento cartesiano. Nesse sentido, as mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica possuem um amplo repertório de vivências com o corpo. Do corpo gordo, estigmatizado e absolutamente dissonante dos ideais de magreza ao corpo que emagrece a partir de uma radical intervenção biomédica. O que *re-existe* no campo das subjetividades com este novo corpo?

A tese foi elaborada em nove capítulos, a partir de uma perspectiva teórica interdisciplinar. No capítulo “O corpo”, o diálogo com autores como Guy Debord, Le Breton e Poulain ajudaram a pensar nos sentidos do corpo na contemporaneidade considerando os processos históricos, políticos e sociais que culminaram nesta hipervalorização das formas corporais. É nesse contexto que a obesidade passa a ser considerada uma categoria patológica dada as suas alarmantes proporções em nível mundial. Uma vez reconhecida como doença, faz-se necessário opções de tratamento advindas das ciências médicas.

No terceiro capítulo, “Toda a gordura será castigada?”, abordaremos os processos de exclusão e estigmatização acerca dos corpos obesos. A peça *Toda nudez será castigada* (1965), de Nelson Rodrigues serviu como referência para aprofundar a moralização dos corpos. Se antes a moral recriminava a sexualidade, hoje ela opera na contenção dos corpos a partir da vigilância pelo olhar. Na cena atual, imoral é o corpo que não adere a norma. Nesse contexto, a mulher obesa representa uma imagem “imoral” que confronta tanto os ideais da saúde, quanto os ideais estéticos do corpo perfeito a partir de uma ótica heteronormativa.

O Quarto Capítulo caracteriza o “Percurso metodológico” da pesquisa de campo e a caracterização das participantes. A partir do quinto capítulo, daremos início à discussão da pesquisa de campo com o tema “A clínica”. Neste capítulo, abordaremos as questões da medicalização e diagnósticos psiquiátricos no contexto da obesidade.

O capítulo seis, “A obesidade”, discute os processos vividos pelas colaboradoras em relação ao ganho de peso, a relação com a comida, e o estigma da obesidade.

O capítulo sete retoma a discussão do “Corpo rascunho”. Discutiremos as questões trazidas pelas interlocutoras no que se refere às transformações corporais e o desejo por novas

retificações. Para tanto, os seguintes temas foram abordados: a moda, o emagrecimento, a insatisfação com o corpo, cirurgias plásticas e a dissociação entre o corpo operado e o que as interlocutoras chamaram de “cabeça de gordo”.

No capítulo oito, abordaremos “A cirurgia” a partir de um recorte temporal: O antes, O durante e O depois, considerando que cada etapa possui características e demandas específicas. Em relação ao período pós-cirurgia, abordaremos as repercussões desta intervenção nas relações sociais, afetivas e sexuais. Para finalizar, as “Considerações finais”, retomaremos algumas informações de destaque obtidas no percurso desta pesquisa, bem como novos questionamentos. Espera-se que os resultados dessa tese abram campo para um entendimento anti-moralizante da obesidade, atentando para os processos micropolíticos e macropolíticos que entrelaçam as subjetividades emergentes.

Palavras - chave: corpo, pós-modernidade, obesidade, pós cirurgia bariátrica.

4'Q'EQTRQ"

"

4B'P qvcu'tqdt g't'Eqpvgo r qt cpglf cf g

A história do meu corpo não é uma história de triunfo.

Roxane Gay, 2017, p. 11

Esta tese se dedicou a compreender a vida de mulheres que viveram com o “peso” dos seus corpos em um determinado tempo histórico no qual todos os corpos devem ser magros e saudáveis. Isso é o que se apresenta na atualidade, mas nem sempre foi assim. Como ensina Franz Fanon (1952/2008, p. 29): “Todo problema humano exige ser considerado a partir do tempo”. Nesse sentido, este estudo fará uma explanação a respeito dos sentidos do corpo na contemporaneidade através de um retorno ao passado. O tempo será um marcador importante para compreender porque nos dias de hoje mulheres recortam seus estômagos e pedaços de pele para suportarem uma vida socialmente reconhecida. A marcação do tempo já se estabelece quanto ao próprio tema da pesquisa: pós-bariátrica no período tardio.

O tempo também se faz presente quando se considera que o corpo é um espaço no qual a temporalidade se inscreve deixando rastros. O atravessamento do tempo relembra que a carne perece, é vulnerável e passível à morte. A luta contra o tempo e suas indiscutíveis marcas se fazem presentes no imaginário coletivo contemporâneo, que aposta em um padrão estético forçosamente jovem, criando sinteticamente rostos incapazes de transmitir emoções.

O corpo se destaca mais do que nunca, como objeto de interesse de diversos campos do saber. Diferentes dimensões teóricas e epistemológicas que se esforçam no intuito de apreender a polissemia do seu significado: corpo biológico, anatomizado, corpo antropológico, corpo social, corpo político, corpo (ainda) docilizado.

Em sua pluralidade de sentidos, a experiência corpórea possibilita contornos identitários, territórios subjetivos em que se inscrevem registros de historicidade, cultura e linguagem. Nesse sentido, Stengel e Soares (2018, p. 164) esclarecem: “Assim, temos um corpo que não é responsável apenas pela sustentação da vida física, mas intimamente ligado à subjetividade[...]”. A relação humana com o mundo é indissociável da experiência corporal. Atravessado pelos afetos, pelas sensações e percepções, o corpo porta uma dimensão simbólica e socializadora. É também matéria que transita no tempo e no espaço, convocando representações e produzindo sentidos. “O corpo é uma construção simbólica, não uma realidade

em si mesma” (LE BRETON, 2016, p. 15). Além do seu sentido simbólico, há também o corpo em sua pura organicidade. Este é o objeto das investigações científicas que o recortam, anatomizam, fotografam e o colocam sob suspeita (LE BRETON, 2016).

As profundas transformações que caracterizaram os dois últimos séculos apresentaram arranjos inéditos nos modos de subjetivação e de organização social (BIRMAN, 2016; ZORZANELLI & ORTEGA 2011). A era dita moderna foi marcada pela expansão europeia, bem como pela implementação hegemônica da cultura euro-norte-americana.

Oyèrónké Oyěwùmí (2004) destaca que a história da modernidade se caracterizou pela colonização europeia na África, Ásia e América Latina. Os saberes “modernos” produzidos sobre a “humanidade” foram estruturados a partir da visibilidade de pensadores inseridos em um contexto norte-europeu. De acordo com Oyěwùmí (1997/2017, p. 15) a cultura ocidental moderna norte-europeia se consolidou sobre as bases de um determinismo biológico como matriz organizadora da vida social. Nas sociedades Yorùbá pré-coloniais, a hierarquia social não se organizava a partir de distinções anatômicas, ou de características corporais, mas sim de acordo com a temporalidade, como bem esclarece Akotirene (2018, p. 17): “[...] o corpo se relaciona com alteridade, baseado na memória, informação ancestral do espírito, e não pela marcação morfofisiológica, anatômica, fenotípica [...]”. Nesse contexto, a noção de desigualdade de gênero por exemplo, não poderia ser pensada visto que diferenças corporais/anatômicas não eram marcadores estruturantes da ordenação social.

O olhar da biologia sustentou por muito tempo a “razão” pela qual determinados grupos sofriam mais desvantagens do que outros. O privilégio do olhar, comum ao ocidente Europeu, fez do corpo mera superfície de hierarquias estabelecidas pelo rastreo da diferença – diferença do gênero, da cor, da classe, e as sucessivas demarcações binárias acerca do normal e patológico, saúde e doença, razão e desrazão. Para pensar nas questões do corpo na contemporaneidade cabe retroceder, dar passo atrás, retornar ao passado para melhor entender o presente. É necessário ter em conta que a modernidade, tal e qual conhecemos, foi uma importação ideológica vinda do território colonizador.

A “razão” foi o princípio que governou a modernidade e seus ideais de progresso. A aposta no futuro trouxe também o rompimento com o passado. Como não olhar para trás? Os avanços advindos da modernidade também atualizaram os cenários das disputas imperialistas, trocando as baionetas por tanques de guerra. Com a modernidade e a aposta de renovação no futuro, nascem também os germes de um desejo incessante pelo aprimoramento, pela europeização e pela acumulação. Já não seria mais possível a manutenção das normas

estabelecidas por velhas instituições. O que por um lado pareceria benéfico, pois, uma vez liberto de velhos dogmas, o pensamento humano poderia criar referências culturais potentes e atentas ao sentido de coletividade. Mas no percurso da história, as lacunas foram substituídas por interesses mercadológicos, que se ocuparam de tamponar o vazio com “mercadorias”. Nesse sentido, Oyěwùmí (2004, p. 1) informa que: “A ideia de modernidade evoca o desenvolvimento do capitalismo e da industrialização, bem como o estabelecimento de estados-nação e o crescimento das disparidades regionais no sistema mundo.”

Dispersas na trama social, as individualidades sucumbem à ordem do *time is money*, buscando significações que auxiliem na produção de sentidos a partir do consumo. Para Ortega (2008, p. 60), a perda dos referenciais tradicionais transmitidos na coletividade fez com que o corpo se tornasse uma referência material para um mundo desprovido de sentido. Centradas no puro instante, as consciências individuais se distanciam dos sentidos de pertencimento histórico, desvinculando-se da sua ancestralidade e das gerações futuras.

A submersão numa trama social individualista e de exaltação ao consumo convoca a busca por alguma ancoragem que substancialize as subjetividades emergentes. Nesse sentido, o corpo estetizado encontra posição estratégica funcionando como um “suporte” da pessoa, representando um mundo em miniatura sobre o qual cada um pode voltar-se para si mesmo (ORTEGA, 2018). Entretanto, Butler (2018, p. 58) interroga o pressuposto de autonomia sobre os corpos – como voltar-se para si mesmo quando a própria condição de sobrevivência do corpo está intimamente vinculada ao que está fora dele? Para Lapoujade (2002, p. 86), é estar exposto ao fora que o faz sofrer: “Sofrer é a condição primeira do corpo. Sofrer é a condição de estar exposto ao fora.” Por estar sempre em fronteira com o esse mundo externo, o corpo é tanto vulnerável a morte e agressões, mas também, sobre ele reagem discursos alheios, conceitos e preconceitos.

A aparência corporal comunica qual suporte identitário se quer apresentar, para si e para o olhar do outro. Para Oyěwùmí (1997/2018, p. 57), tal fenômeno ocorre em culturas nas quais a visão é o principal vetor no processo de compreensão da realidade. Nas sociedades modernas ocidentais a observância dos corpos e seus modos de apresentação, caracterizavam a diferença, diferença esta apreensível ao olhar – diferente de quê? E de quem?

A etiqueta da diferença era distribuída por corpos considerados excessivamente carnisais, dominados pelos instintos e afetos, alheios a razão, como as “[...] mulheres, primitivos, judeus, africanos, pobres [...]” (OYĚWÙMÍ, 1997/2017, p. 40). Quando o assunto é a “diferença”, sempre surgirão velhas *bio-logias* para justificar situações de desigualdades e desvantagens

vividas pelos corpos “outros”: “A hierarquia e as diferenças foram consagradas ao corpo, e os corpos consagram as diferenças e hierarquias” (p. 47).

A pele seria uma espécie de vestimenta feita sob medida para contornar o eu que habita o corpo. Para Ortega (2018, p. 61): “[...] buscamos no corpo uma confirmação e uma verdade sobre nós mesmos que a sociedade não nos oferece”. Como vestimenta do eu, o corpo deve dobrar-se à espera de ajustes, adequações, costuras, remendos e perfurações que tentam transformar a carne em matéria não perecível. Refém de uma subjetividade que lhe escraviza, o corpo é esticado, torcido, passado a ferro para tornar-se cada vez mais liso e sem dobras. Nesse sentido, Le Breton (2009) aponta a dimensão do Corpo no Rascunho, perspectiva na qual o corpo se torna sempre provisório, um empreendimento passível a contínuas reparações. O que se busca através de diversas tecnologias de cinzelamento das formas corporais é aproximação a “[...] um corpo-ícone inspirado nas imagens e nos discursos midiáticos, um corpo exclusivamente desenhado para o consumo visual.” (SIBILIA, 2006, p.). Talvez o corpo se rebele na doença, ou pelo menos é onde encontra sua possibilidade de se fazer presente para além de uma imagem purificada e desencarnada.

A clínica contemporânea é marcada por diversos fenômenos sociais nos quais a problemática do corpo se destaca. Nesse cenário podemos citar as toxicomanias, os transtornos alimentares (anorexia e bulimia), vigorexia, compulsões das mais diversas ordens, isso sem falar nas automutilações, implantes e cirurgias plásticas. De acordo com a psicanalista Márcia Zucchi (2004, p. 17): “[...] a função da palavra e do sentido ficam subsumidos à presença maciça do corpo. As queixas são quase sempre corporais [...]”. Corpos desanimados pela depressão, corpos paralisados, panicados, que não dormem e que não acordam. Corpos medicalizados, repletos de susbtâncias e alegorias. O corpo pode ser analisado como lugar de um sofrimento social, sabendo que “[...] não há uma, mas muitas formas de fazer o corpo sofrer [...]” (CARRENHO *et al.*, 2019, p. 83). E como sofre!

Para Butler (2018, p. 58) o corpo não se situa como mera superfície sobre a qual recaem significados sociais: o corpo é o que sofre, é o que “[...] usufrui e responde a exterioridade do mundo, uma exterioridade que define sua disposição [...]”. Incessantemente a condição corporal esta por “defrontar-se” com um mundo exterior que lhe expõe a “proximidades indesejadas” e em circunstâncias que escapam ao controle.

No âmbito das biotecnologias, encontramos dispositivos que visam a modificação da aparência corporal como um projeto continuado. Dentre as práticas de modificação corporal destacamos

o *body modification*¹, os procedimentos estéticos invasivos (cirurgias plásticas) e não invasivos, como por exemplo as aplicações de toxina botulínica, *peeling*, *laser*, suspensão com fios (SBCP, 2017), todo um arsenal bélico que visa ajustar a forma corporal às vontades do caprichoso eu. O “mercado da purificação” que se esforça em apagar a passagem do tempo pelo corpo, impedindo a acentuação das suas marcas indesejáveis: “[...] gorduras, manchas, pneus, estrias, rugas.” (SIBILIA, 2012, p. 148). O tempo que degrada o corpo é o mesmo que traz sabedoria e conhecimento: só o tempo rei poderá transformar “as velhas formas do viver”. (GIL, G. *Vgo r q''Tgk* 1984). Conceição Evaristo, no livro *Rqgo cu''f c''tgeqtf c± q''g''qwt qu'' o qxlo gpvqu* (2008), evoca outras formas de pensar o tempo que atravessa o corpo:

Na face do velho
as rugas são letras,
palavras escritas na carne,
abecedário do viver.

Temos horror as letras do tempo que marcam a face e o corpo. O tempo contemporâneo transcorre na lógica da urgência, correndo como o coelho de Alice. O coelho branco murmura por si mesmo, sem dar-se conta que era observado pela criança: “- Ai meu Deus! Ai meu Deus! Vou chegar muito atrasado!” (CARROL, 1980, p. 41).

Este tempo faz a marcação de toda a composição do cotidiano moderno, pigmentando as relações de trabalho, os hábitos alimentares, os deslocamentos urbanos, as vivências das relações sociais e dos afetos, e a procura por soluções rápidas para todos os problemas da vida. Como bem esclarece Hillman (2002, p. 87): “A despeito de nosso gênio inventivo e depois de tantos séculos, nós, modernos, só fomos capazes de acrescentar um único pecado novo aos clássicos sete capitais: a pressa.” Este autor acrescenta que os avanços tecnológicos trazem principalmente “[...] o benefício da velocidade: um maior número de coisas feitas mais rapidamente. O que é poupado é o tempo.” (p. 89). Os deslocamentos pelas zonas urbanas são calculados seguindo esta mesma prerrogativa, com o mínimo de tempo possível, embora este projeto seja cotidianamente destruído por engarrafamentos.

A todo instante temos acesso a múltiplas informações, comunicações simultâneas, fragmentadas, comidas rápidas e artificialmente palatáveis e até mesmo é possível não se dar conta do clima do local – da casa para o carro, do carro para o escritório, do escritório para o

¹ A tradução literal seria modificação corporal. São procedimentos que modificam o corpo a partir de marcas na pele, perfurações (*piercings*), escarificações, amputações, dentre outras, com finalidade não médica. (NOLASCO, 2006).

almoço no shopping, tudo com ar condicionado. As exigências quanto às roupas e aos uniformes “adequados” para o trabalho não reconhecem as adversidades de climas quentes. Braços e pernas cobertos, pés dentro de sapatos fechados apesar do calor. Para as mulheres nada de tênis. Caminhar preferencialmente de salto, a depender da profissão. Quando dependem de ônibus para se locomoverem costumam trazer seus sapatos dentro de sacolas todos os dias para poder calçá-los no local de trabalho. Nos mínimos detalhes, nota-se que tudo está contra o corpo.

A relação com o tempo é a mais acelerada possível, e em meio a todo esse caos, a experiência estética com os espaços também é empobrecida. James Hillman, no texto *Estética e Política* (Aesthetics and Politics, 2006, s/p), aponta um sucessivo declínio estético dos espaços. Este autor ressalta, sobretudo, os efeitos psíquicos e corporais desta exposição constante muitas vezes ignorada pela própria psicologia: “Uma irritabilidade exacerbada; momentos súbitos de ódio incontrolável nos Correios; sendo obrigado a esperar no telefone; aguardando nas filas; presos no tráfego; com o traste que você comprou. E a raiva aparece como loucura [...]”. O pensamento de Hillman, apresentado neste texto, também dialoga com a ideia do anestesiamiento da vida corporal, da interação sensível do corpo no mundo:

Nós negamos nossas respostas estéticas ao fecharmos nossos sentidos, nossas percepções, e nós nos anestesiemos a nós mesmos com música em alto volume em nossos ouvidos, com Advil e Xanax, com pílulas para dormir e cafeína, e Prozac, com álcool, com cubos de gelo antes de cada refeição para anestesiarmos as nossas línguas, uma vez que já não sabemos mesmo o que estamos comendo [...].

A vida na contemporaneidade impõe um cotidiano que subutiliza o corpo na sua capacidade de ação, na sua potência motora. David Lapoujade (2002) traz os personagens da peça de Beckett para ilustrar o progressivo desbotamento da vida corporal. Os personagens sucumbem cada vez mais a uma letargia do movimento: é difícil andar de bicicleta e depois já não podem mais andar. Eles se arrastam e por fim, permanecer sentado já requer um enorme esforço. A formulação de Lapoujade se apresenta como metáfora da vida moderna, na qual progressivamente o corpo é submetido a uma economia máxima da ação corporal. Todo gesto e todo o esforço físico não podem existir sem ser desprovidos de intenção. Suportes tecnológicos cumprem a função de suplentes do gesto, tornando o movimento cada vez mais desnecessário. Tal entendimento é também compartilhado por Le Breton em *Gnqi kq'f gn' eco lqct* (2000). Para este autor, o corpo tornou-se supérfluo nas mínimas ações da vida moderna, tanto no trabalho como no lazer. “Não é de se estranhar que o corpo hoje seja

percebido como uma anomalia, como um rascunho que deve ser retificado”. (p. 8, tradução nossa).

Os corpos da atualidade passam a maior parte do tempo sentados, com suas inúmeras próteses ao alcance das mãos. Nesse sentido, Lapoujade propõe a questão (2002, p.82):

Como não se mexer, ou então, como se mexer só um pouquinho para não ter que se mexer durante um longo tempo? [...] Mesmo nas situações cada vez mais elementares, que exigem cada vez menos esforço, o corpo não aguenta mais. Tudo se passa como se ele não pudesse mais agir, não pudesse mais responder ao ato da forma [...].

A frase de Lapoujade faz pensar no desequilíbrio entre o gasto energético e a ingestão calórica: o excedente transforma-se em gordura acumulada no corpo, que não foi gasta pelo movimento. A simples solução seria: que o corpo possa se movimentar mais e comer menos. Como se mover mais quando o mundo diz para permanecermos sentados? No avião, no metrô, no ônibus, no carro, no escritório, no bar, no restaurante, na tela do computador, no cinema, nas salas de espera dos consultórios, na psicoterapia, no salão de beleza. Lapoujad (2002, p. 82) prossegue: “Eles não conseguem mais ficar em pé nem ser atléticos. Eles serpenteiam, se arrastam. Eles gritam, gemem, se agitam em todas as direções”. O grande passeio não-sentado se dá dentro do supermercado: maior zona de experimentação pós-moderna urbana. Tocando uma manga, sacudir um maracujá, olhar a cor da carne bovina, esticar o braço para pegar dois quilos de arroz, abaixar, empurrar um carrinho de compras. O corpo só tem lugar para se mover intensamente nas academias de ginástica ou nas noites dançantes regadas a cervejas, *red bull* ou algo mais. Na academia de ginástica ou na aula de pilates o tempo é bem estipulado com metas de rendimento bem programadas. Para correr também devem-se monitorar os quilômetros, o tempo, o ritmo cardíaco. (Temos então os novos elementos para a velha Disciplina: tempo, espaço, corpo e rendimento). Em tais circunstâncias o corpo magro e forte é uma exceção, a raridade que demonstra autocontrole e disciplina, tenacidade do caráter, daqueles que “não se dão por vencidos”, ao menos não pelo cansaço. Tal imagem contradiz a progressiva mortificação da ação do corpo ao mesmo tempo em que lhe é requisitada uma crescente aceleração “cerebral”. Figura-se, então, um fenômeno mais do que nunca, atual: a obsessão coletiva por um *corpo-liso*, leve, atemporal, fabricado, seja pelas vias mais drásticas das intervenções cirúrgicas, seja através de exercícios físicos e suplementos alimentares. Esta lapidação extrema do corpo pode ter apresentado seus primeiros germes a partir da figura do soldado. No século XVII, como aponta Foucault (1975/2018, 133): “seu corpo é brasão da sua força e de sua valentia [...]”, ele conforma uma “retórica corporal da honra”. Entretanto, na

segunda metade do século XVIII o soldado já é um modelo que se fabrica: “[...] de um corpo inapto fez-se a máquina que se precisa [...]”, máquina para matar e morrer, corpo-artilharia pronto para o embate. A partir deste exemplo, vê-se que o corpo diz muito sobre os modos de vida na atualidade.

Na cena contemporânea estes corpos também fabricados devem ser rápidos, passageiros, jovens, polidos, livres do fardo da perecível carne, futuramente putrefata. O corpo e a sua imagem ancoram subjetividades fluidas e porosas, desejosas por eliminar “[...] a condição carnal e material do corpo humano, a sua viscosidade orgânica e biológica, que se tornou o alvo de uma rejeição ativa nas sociedades ocidentais dos inícios do século XXI.” (SIBILIA, 2006, p. 11). Frente à tal utopia técnica de purificação, os modos de interação social se sustentam na aparência, naquilo que “parece ser” (DEBORD, 1997).

Seja pela via da imagem, dos esportes, do consumo, do uso da moda, na postagem das redes sociais, o corpo só encontra lugar pela via de uma imagem altamente estetizada, lapidada, que refuta qualquer resquício de vulnerabilidade humana. Para Le Breton (2009, p. 21), “[...] esse sonho de uma humanidade livre do corpo é a lógica numa sociedade em que o veículo é o rei e o ambiente é excessivamente tecnicizado [...]”. O corpo reduzido à condição de imagem indica um novo modo de se relacionar com o mundo, que, para Le Breton (2009), é uma relação ontologicamente marcada pela experiência corporal. Seria simplista demais afirmar que o progressivo abandono do movimento, assim como os personagens de Becket, poderia ser explicado somente pelos avanços tecnológicos. Entretanto, cabe a seguinte questão: e então, qual sociedade foi essa capaz de produzir maquinarias inimagináveis, supérfluas ou necessárias, mas que cumprem ritualisticamente um desejo de consumir o que quer que seja? Qual o corpo que resta quando as fronteiras entre o real e o simulacro se fundem? Um começo teórico se delineia para a compreensão destas questões a partir das formulações de Guy Debord (1968/1997) com o conceito de Sociedade do Espetáculo.

40'Q'èqtr q'r ctc 'q'gur gv^a ewuq''

O corpo valorado pela sua aparência (LE BRETON, 2009) é vivido como uma espécie de ente autônomo, substancializador de uma subjetividade empobrecida de sentido. Seria uma inversão da lógica cartesiana na qual a matéria era hierarquicamente inferior ao cogito?

É possível pensar que o protagonismo do corpo na contemporaneidade deve-se mais que nada à sua imagem estética, agenciadora de fascínio e poder nas sociedades geridas pelo modelo capitalista. Retomando Guy Debord (1968/1997) a lógica do consumo de massa inaugura um sistema de interações sociais pautadas no *espetáculo*, vivências coletivas sustentadas pela imagem e aparência: “o espetáculo é a afirmação da aparência e a afirmação de toda a vida humana, socialmente falando, como simples aparência” (p.11). Desta maneira, signos efêmeros e circunstanciais flutuam a partir de imagens produzidas massivamente pela mídia, pela publicidade e pelos dispositivos tecnológicos que se utilizam do recurso visual como principal veículo de comunicação. O espetáculo se constitui por uma escolha já estabelecida, é dizer, a lógica do consumo. Nesse sentido, podemos afirmar que o espetáculo é composto por imagens com poder de mediatizar as relações entre os sujeitos e entre os sujeitos com o mundo. Mais de três décadas se passaram e *a Sociedade do espetáculo* (DEBORD, 1968/1997) em nada parece haver desaparecido: “Falou-se muito que a ‘sociedade do espetáculo’ havia sido superada (...). Esse diagnóstico é manifestadamente inexato. De fato, nunca a dimensão espetacular teve tanto relevo em tantos domínios (...)”. (LIPOVETSKY & SERROY, 2015, p. 264, grifos dos autores)

Em uma nota divulgada vinte e cinco anos após a publicação do livro original, Debord esclarece sua decisão em não haver modificado a obra:

Uma teoria crítica como esta não tem que ser mudada; não enquanto não tiverem sido destruídas as condições gerais do longo período da história de que esta teoria terá sido a primeira a definir com exatidão. A continuação do desenvolvimento do período não fez senão confirmar e ilustrar a teoria do espetáculo... (DEBORD, 1997, p. 4)

A sociedade do espetáculo aponta em tom profético os efeitos de um modelo econômico que impregnou todas as esferas da vida moderna. Assim, a potência do espetáculo permanece. Para Lipovetsky & Serroy (2015) a contemporaneidade se apresenta como um *hiperespetáculo*, ou seja, um espetáculo hiperbólico, superlativo, marcado pela incessante oferta de imagens a serem consumidas, de forma individual e dessincronizada.

A superabundância midiática oferece um universo de opções ilimitadas dispostas em modo *self-service* (LIPOVETSKY & SERROY, 2015). Ao longo dos anos, as telas de

televisões e computadores tornaram-se capazes de reproduzir imagens com tal perfeição que a imagem reproduzida parece mais realista (e atrativa) que a própria realidade vivida. A realidade virtual, portanto, já é uma realidade em si mesma, sendo difícil estabelecer limites entre o original e a cópia. Para Baudrillard (1991), trata-se de uma *hiper-realidade*, é dizer, uma realidade na qual já não é mais possível fazer distinção entre os seus elementos concretos e virtuais. Este autor se utiliza da relação entre mapa e território para esclarecer este entrelaçamento: “O território já não precede o mapa (...). É agora o mapa que precede o território” (p. 8).

Um mapa se constituía a partir da exploração e conhecimento sobre um determinado território. Trata-se, portanto, de uma representação bidimensional de um determinado espaço que permitia a circulação pelo território. Mapa e território admitem a coexistência entre o real e o abstrato. Contudo, as transformações na experiência com o espaço se traduzem atualmente numa indissociação entre o território tridimensional e sua representação bidimensional. O *Google Earth* traz imagens “reais”, transformando mapa em território, e o espaço físico em imagem. O território passa a ser apreendido a partir da informação visual prévia ofertada por inúmeros aplicativos de localização em tempo real. A relação com a imagem do corpo parece ocorrer de modo similar. A imagem de si deve indicar as pistas para o território de si. O corpo, nesse sentido, pode ser entendido como um território desconhecido a ser explorado a partir da imagem que o representa. Esta imagem é sobretudo visual e dela se depreendem sentidos que dão sentido ao ser que habita o corpo.

Para Baudrillard (1991, p. 8) nessa passagem de indiferenciação entre a verdade e a simulação, “(...) a capacidade de abstração perde seu encanto e lugar, pois é na diferença que consiste a poesia do mapa e o encanto do território, a magia do conceito e o encanto do real”. Sem coexistirem, mapa e território se fundem, originando um outro formato que é preciso desbravar. A era do simulacro e da espetacularização da vida declina na “(...) liquidação de todos os referenciais – pior: com a ressurreição artificial nos sistemas de signos” (BAUDRILLARD, 1991, p. 9). Já não se trata mais de réplicas, espelhos, duplicidades entre o abstrato e o concreto. A lógica das aparências adquire status de verdade, simulando o falso em verdadeiro e o verdadeiro em falso, até o ponto em que não é mais possível separá-los: “No mundo realmente invertido, o verdadeiro é um momento do falso.” (DEBORD, 1997, p. 11)

O império das aparências indica muito mais que uma predileção pelo olhar na sociedade do consumo. Ele demonstra uma captura do desejo pela via da sedução, marcando uma cultura da estetização da vida e de apelo ao consumo mercadológico. A partir de uma análise sobre a

moda, Lipovetsky articula assim como Debord, a impregnação do modelo econômico nas mais diversas esferas da vida moderna. Deste modo, ao analisar o impacto social da moda, Lipovetsky (2016b, p. 185) conclui: “A lógica econômica realmente varreu todo o ideal de permanência, é a regra do efêmero que governa a produção e o consumo dos objetos.”

A estetização dos objetos de consumo convoca o poder de compra tornando a “beleza” extremamente rentável. A via da sedução aparece como ferramenta de captura na sociedade do espetáculo. Hedonismo mais virtual que vivido, porque em verdade o reino das aparências encobre a proliferação de sofrimentos individuais ocultados pela mesma aparência que o produz. Se a “ética hedonista” aposta no divertimento frívolo, ela também torna os indivíduos pouco propensos a abrir mão dos seus pequenos privilégios: “As lutas sociais mais duras que se desenvolvem em nossos dias não são mais orientadas para objetivos globais, mas para conquista ou defesa de vantagens muito localizadas” (LIPOVETSKY, 2016b, p. 207).

Com efeito, a exteriorização é a marca das subjetividades contemporâneas (BIRMAN, 2016). Nesse sentido, a aparência e o que se diz dela tornam-se constitutivos do ser e dos modos de vinculação social. As práticas de modificação corporal podem ser pensadas como tentativas de retomar uma vida encarnada, fazer o corpo sentir e se individualizar (ORTEGA, 2008). Exemplos dessas intervenções são os *piercings* genitais, implantes cutâneos, *branding body* (queimaduras que criam marcas ou desenhos sobre a pele) e escarificações. Outros fenômenos vinculados às modificações corporais se referem ao BIID (*body identity disorder*), que se caracteriza pelo desejo de amputar membros saudáveis ou de trocar membros por próteses de maior performance (CARRENHO *et al.*, 2019).

Ortega (2008) ressalta que quando práticas de modificações corporais são capturadas como mercadorias pela lógica neoliberal do consumo, novas modalidades de intervenção são inventadas. Nestes casos, a imagem almejada não se vincula aos ideais estéticos do senso comum, mas propõe justamente a sua ruptura. As tatuagens, as marcas feitas por queimaduras e algumas perfurações (alargadores, por exemplo) são inscrições visíveis e definitivas. Não é possível desfazer uma marca rapidamente, não se pode voltar atrás. Ato que convida à responsabilidade da permanência. A marca requer tempo de espera, cicatrização, preparação, cuidados posteriores, assim como o contato com a experiência de dor sem anestésico. O autor (2008) argumenta que esta composição barra a captura das inscrições corporais como meros signos da moda. Na literatura sobre o tema, há uma equivocada concepção das práticas corporais como formas de automutilações. A patologização destas condutas nega a capacidade de agenciamento de quem as realiza, além de “[...] desacreditar os motivos assumidos,

reduzindo-os a comportamentos aditivos ou compulsivos”. (ORTEGA, 2008, p. 59). As marcas corporais teriam o sentido de reivindicar a existência do corpo, confirmando a sua veracidade, a sua razão de ser. Marcas que materializam um modo de existir e de viver que prima pela diferenciação.

A centralidade do corpo, marca da cultura ocidental encontra-se a serviço da espetacularização, um dispositivo favorável à visibilidade e ao reconhecimento social. Este corpo nunca cessa de ser corrigido, e dele se almeja um ideal apropriado às exposições frenéticas da sociedade do espetáculo. Até onde é possível sustentar o espetáculo nas microrrealidades cotidianas?

"

405'Eqt r q'f q'gur gv^h ewm<f glz g'tgw'ikog''

Quando a criança era criança,
 não tinha opinião a respeito de nada,
 não tinha nenhum costume,
 sentava-se sempre de pernas cruzadas,
 saía correndo,
 tinha um redemoinho no cabelo
 e não fazia poses na hora da fotografia.

(Peter Handke, Canção da Infância.)

Na atualidade, os modos de socialização são profundamente marcados pela via da imagem: *selfies*, fotos, narrativas em áudio e vídeos e todo um conjunto performances que compõem aquilo que se pretende ser na esfera social. De acordo com Eduardo de Jesus (2018, p. 155) a imagem se figura como uma das mais potentes formas de mediação nos regimes midiáticos servindo como pilar para a “[...] sustentação-ativação dos processos de subjetivação”. Nesses modos socialização as imagens podem ser retocadas e programadas, é possível escolher o melhor ângulo e a melhor versão de si a ser apresentada. Como bem esclarece Sibilia (2006, p. 32): “[...] corpo passou a ser, mais do que nada, uma imagem. E tal substância é dócil e moldável, conforme apregoa essa eficaz aliança implícita entre a tecnociência, a mídia e o mercado”.

Em 2020, o *Google* (empresa multinacional de serviços online e software dos Estados Unidos) criou uma iniciativa para fornecer maior transparência sobre os filtros aplicados em fotografias que servem para retocar imperfeições e criar efeitos na imagem. De acordo com o gerente de produto do Google Vini Modi: “Esses filtros padrão podem definir discretamente

um padrão de beleza com o qual algumas pessoas se comparam”.² O intuito desta ferramenta seria trazer uma certa conscientização coletiva de que as imagens amplamente difundidas não representam a realidade. Em certo sentido, a exposição massiva á imagens retocadas reforçam as exigências despóticas sobre a aparência. O corpo deve estar sempre “[...] em forma com suas curvas milimetricamente bem definidas, sem pelos, sem gorduras localizadas, sem imperfeições, sem odor; sem ser humano”. (STENGEL & SOARES, 2018, p. 173).

A questão exemplificada pela posição do Google a respeito dos filtros, faz pensar na fusão entre a verdade e o simulacro que está além da apreciação estética. Por exemplo, a credibilidade de um profissional já não se constitui mais pelo seu percurso profissional e formação. Até mesmo a figura de um padre já não se pode mais valer do seu saber religioso para obter notoriedade: ele precisa performar, cantar e aparecer em programas televisivos.

A marca das subjetividades contemporâneas se funda a partir da exterioridade, através dos modos de apresentação de si. A aparência do corpo nesse contexto, adquire centralidade única. Nessa lógica do existir, o corpo aparece quase como um “em si”, ente autônomo e regulador de sentidos: “O corpo é dissociado do homem que ele encarna e considerado como um em si.” (LE BRETON, 2009, p 17.) A lógica do capital investe sobre o corpo tal e qual uma mercadoria, um objeto passível a reparações. As subjetividades emergentes flutuam desprovidas de sentido e conectividade. Estão ontologicamente cindidas do corpo.

A antropóloga Miriam Goldenberg (2011) encontrou dados que coincidem com esta ideia. A partir de uma pesquisa realizada com homens e mulheres da classe média do Rio de Janeiro, torna-se evidente a partir da fala dos seus entrevistados a ideia de autonomização do corpo: “O mais instigante é que ‘o corpo’ é nomeado dessa forma, sem a ajuda de qualquer adjetivo, quase como se fosse uma entidade autônoma, independente e abstrata.” (GOLDENBERG, 2011. p. 552, grifo da autora). A partir dessa lógica de corpo como um ente que dispensa adjetivações, evidencia-se o espetáculo contemporâneo. O corpo vivido como supérfluo, desprovido da sua capacidade de ação e interação sensorial com o mundo, se constitui como pura imagem: “[...] implicado em uma encenação de si que alimenta uma vontade de se reapropriar de sua existência” (LE BRETON, 2009, p. 22).

O invólucro é o próprio conteúdo, não havendo mais distinção entre o real e a aparência (BAUDRILLARD, 1991). O corpo é a roupa e como tal entra ou sai de moda a cada temporada. E qual seria o corpo da moda? O corpo da moda é aquele que não precisa de roupa, podendo

² Disponível em: <https://olhardigital.com.br/2020/10/01/noticias/google-planeja-inciativa-que-deixa-claro-quando-uma-selfie-foi-editada/>

ser exposto sem decoro. É um corpo liso, polido, que não denuncia a passagem do tempo, “vestido” de músculos e despido de gordura (CORBAIN, 2008; GOLDENBERG, 2011). Tal ideal de corpo contraria a própria noção de experiência corporal, tornando-a uma abstração possível graças a recursos farmaco-bio-tecnológicos. Como indica Stengel e Soares (2018, p. 173): “o corpo-que-importa”, o que é passível ao reconhecimento e visibilidade, é aquele que encarna as exigências de mercado. Dissonâncias e rupturas a estes indicadores são tomadas com um ressentido desprezo e indignação. Contudo, até então, as reflexões apontadas sobre os sentidos do corpo se entrelaçaram ao contexto da contemporaneidade. Faz-se necessário um breve retrocesso no percurso histórico afim de trazer elementos sobre as narrativas do corpo inscritas em um processo histórico e filosófico, com profundas implicações na atualidade.

"

406'Wb c'j km»tk'f q'èqtr q<gpvt g'h'b cnlg'c'bcnc± q0"

Interrogar o corpo significa pôr em questão os modos de existência do sujeito contemporâneo e os processos históricos que o trouxeram até o presente. O corpo, provisório e polissêmico se decompõe em abstrações: as discussões em voga que dizem respeito à corporeidade não parecem se destinar a um corpo vivido, mas sim ao valor da sua imagem.

O corpo, essa presença indissociável, rompe a lógica de um suposto controle da inteligência sobre o corpo. As sensações produzidas pela fisiologia corporal atravessam imperiosamente a racionalidade: a fome, o sono, o cansaço, uma febre, uma dor. “Por tudo isso, a tradição filosófica antiga o entende como prisão da alma. Ele será um futuramente um cadáver” (CORBAIN, 2008, p. 8).

Desde Platão, se atribuem ao corpo certas indignidades em detrimento ao virtuosismo da alma. Na perspectiva platônica, cuida-se do que é imortal, verdadeiro, ao que resiste às ações do tempo. O contato com a beleza na tradição platônica se deve menos ao uso da sensorialidade do que na prática virtuosa da filosofia, do uso da inteligência. O corpo seria um estorvo para a alma, como nos esclarece Umberto Eco (2010, p. 50): “[...] o corpo é para Platão uma caverna escura que aprisiona a alma [...]”.

Nas tradições judaico-cristãs, a “culpa” é sempre do corpo. O texto bíblico que descreve o princípio do mundo localiza no discurso e na ação algo da ordem do divino, como aparece na primeira frase em Gênese: “No princípio era o Verbo, e o Verbo estava com Deus...” (Gênese, Evangelho Segundo João; 1:1). Foi pela via da *encarnação* que Cristo se degradou à condição humana e sofreu seus martírios na carne. O pecado se transmuta pelo corpo e pela matéria.

Como bem situa Gustavo Barcellos (2017, p. 26) a tradição judaico-cristão enquadrando a gula como um mal, excesso dos instintos. Fazendo referência a Tomás de Aquino, Gustavo Barcellos (2017) também sinaliza que na perspectiva católica, o comer excessivo, ao contrário do que encontramos nos banquetes greco-romanos, revela uma voracidade anti-natural. No livro de Dante Alighieri (1265-1321) a *Divina Comédia*³, o terceiro círculo do inferno tem como guardião o Cão Cérbero: “[...] com suas três goelas [...]”.

No início do Canto VI, há um encontro entre Dante e o espírito de Ciaccio. Chafurdando na lama e exposto a tormentas intermináveis, Ciaccio revela o motivo da sua condenação, bem como a dos outros espíritos que ali estavam: a gula. “Uivando como cães”, os pecadores da gula são caracterizados a partir de uma referência animalesca: uivando como cães, banhados em lama como porcos. Como indica Campos et al (2012), os pecados capitais se manifestam por um desregramento, uma ausência de moderação. O corpo é a via pela qual o pecado se manifesta, seja em pensamento ou em ação. Ele é o condutor pelo qual o pecado acontece.

Entre os séculos XV ao XVII a imagem do Cristo martirizado fundamentou um conjunto de crenças morais e religiosas a respeito do corpo, especialmente os místicos (GÉLIS, 2012). O Cristo crucificado representou uma forte imagem de sacrifício, o verbo que se fez carne, a superação das dores terrena pela força do espírito. Aniquilar o corpo tornou-se um modo de conseguir a salvação. Uma das práticas de atingir a ascese espiritual era o jejum, prática comum em religiosos. A privação do alimento que santificava por demonstrar a capacidade de renúncia, de superação das necessidades carnis: “A abstinência parcial ou total, episódica ou permanente, dá ao místico o extraordinário sentimento de ser enfim senhor do seu corpo: o espírito domina finalmente a carne” (GÉLIS, 2012, p. 58). Contudo nota-se que o discurso religioso não abdicou de certa ambivalência na forma de entender o corpo. Pois se a humanidade é criação divina, e é no corpo que repousa a vida, como este poderia ser local de ruína? Algumas saídas eram encontradas por pensadores da mística religiosa que circundava o momento, mas as questões não se encerravam. Deus poderia criar monstruosidades, bem como usar o corpo como provação da fé. Das referências à perfeição dos corpos despídos no paraíso, ao local onde se instalam os pecados, as reflexões sobre o corpo na tradição cristã nunca foram unânimes. O que se repete no percurso de um corpo historicamente significado é a sua recorrente aparição como local de ruína e queda.

³ A *Divina Comédia* (DANTE, 1955) disponível em:
<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/divinacomedia.pdf>

No final do século XVII início do século XVIII, a tradição filosófica entende que o corpo é uma espécie de máquina, invólucro de complexa biologia tal como aponta o pensamento de Descartes. O corpo “(...) se naturaliza e se ‘desencanta’”. (PORTER & VIGARELLO, 2012, p. 459). Retirado da dimensão sagrada, o corpo se separa da “coisa pensante”.

A razão deve educar as paixões e os sentidos. Em “As paixões da alma”, Descartes confirma o oposicionismo entre mente e corpo, característica evidente na filosofia moderna até os dias atuais: “Depois, também considero que não notamos que haja algum sujeito que atue mais imediatamente contra nossa alma do que o corpo ao qual está unida (...)”. (Art. 2, p. 227).

Novamente, o corpo é o empecilho, o fardo que limita a racionalidade da alma. Ao tratar do tema da morte Descartes traz a ideia de uma máquina que deixa de funcionar por alguma falha técnica nas suas engrenagens. Assim, o homem já não é mais culpado pela sua morte, mas sim corpo, que segue como local de ruína: “[...] consideremos que a morte nunca sobrevém por culpa da alma, mas somente porque alguma das principais partes do corpo se corrompe”. (Art. 6, p. 228). Ocupa, portanto, um lugar no espaço e denuncia a passagem do tempo.

Na era Das Luzes, nota-se o fascínio pelas máquinas, e o desenvolvimento dos estudos sobre o corpo humano. As investigações sobre a anatomia humana alavancaram as produções de saberes sobre a fisiologia do corpo. As descobertas sobre os ossos, músculos e órgãos causaram fascínio no meio científico. Investigações sobre cada órgão, seu modo de funcionamento e anatomia eram estudados com entusiasmo. Os mesmos princípios que regiam a mecânica eram aplicados ao funcionamento do corpo: “Aos poucos, os aparelhos mecânicos passaram a automatizar as mais diversas funções, transferindo seus ritmos, sua regularidade e sua precisão para os corpos e para a rotina do homem”. (SIBILIA, 2014, p. 73).

É neste período que a cisão entre o humano e seu corpo parece haver se consolidado, marcando a dualidade característica do pensamento ocidental moderno: “[...] Descartes estabeleceu o dualismo entre substância corpórea (*res extensa*) e a substância pensante (*res cogitans*), isto é, entre o corpo e o espírito” (BIRMAN, 2016, p. 100).

O corpo é despotencializado e reduzido a uma função de suporte do indivíduo pensante. Le Breton (2016, p.75) afirma que filosofia de Descartes pode ser entendida como “[...]um eco do ato anatômico, ela distingue no home, o corpo da alma [...]”. A lógica moderna centrada no indivíduo como valor supremo parece um cenário social bastante profícuo a esta filosofia. Outro ponto importante no pensamento cartesiano diz respeito à vontade e à percepção: novamente nota-se a cisão entre uma suposta “nobreza” da alma e as vontades materiais manifestadas

através dos sentidos. A dicotomia entre alma e corpo se revela novamente no livro “As paixões da alma” (DESCARTES, 1649/ 1987):

Nossas vontades são, novamente, de duas espécies; pois umas são ações da alma que terminam na própria alma (...) as outras são ações que terminam em nosso corpo (...) (Art. 18, *Da vontade*, p. 234)

Nossas percepções também são de duas espécies: umas têm a alma como causa, outras o corpo (...)” (Art. 19, *Da percepção*, p. 234).

O dualismo que aparece fora de um contexto religioso, faz emergir no ocidente a própria ideia do “corpo” do indivíduo, a cisão fundamental entre corpo e mente. Para Foucault (1975/2018, p. 134) a noção do homem-máquina foi consolidada por um lado, a partir de um registro “[...] anátomo-metafísico cujo as primeiras páginas foram escritas por Descartes e que os médicos, os filósofos continuaram”. Por outro, um conjunto de regulamentos institucionais, que o autor denomina de “técnico-político” possibilitou que o projeto do homem-máquina pudesse ocupar espaços institucionais como escolas, hospitais, a igreja e o exército, além da formação de saberes destinados a educar, controlar e corrigir as imprevisibilidades de um corpo irracional.

Foi pelo corpo também que se infligiram as punições aos humanos, seja através dos suplícios da carne, seja através do cerceamento destes corpos privados em sua liberdade. Castigava-se a matéria para atingira alma. Em 02 de março de 1757, na entrada principal da Igreja de Paris, se inicia o suplício de Damiens, o condenado por parricídio que protagoniza as primeiras páginas de *Vigiar e Punir: o nascimento das prisões* (FOUCAULT, 1975/2018). Seu corpo foi submetido a um ritual de execução em praça pública. Os gritos de Damiens ecoaram pela França do século XVIII atestando o poder ilimitado do Rei sobre os súditos: poder de fazer morrer e deixar viver. A carne recebe o castigo e o corpo do condenado se tornava “[...] coisa do Rei sobre a qual o soberano imprimia suas marcas e deixava cair os efeitos do seu poder.” (FOUCAULT, 1975/2018, p. 107). A descrição do suplício de Damiens revela esse corpo-coisa, supliciado como um não humano perante os olhos do povo: “[...] seu corpo será puxado e desmembrado por quatro cavalos e seus membros e corpo consumidos ao fogo [...]” (FOUCAULT, 2018, p. 9).

Entre os séculos XVIII e XIX, ocorreu a progressiva suspensão dos suplícios e o caráter corretivo da pena se modifica. A punição tornou-se menos explícita: “[...] menos diretamente

físicas, uma certa discrição na arte de fazer sofrer, um arranjo de sofrimentos mais sutis, mais velados [...]”. (FOUCAULT, 2018, p. 13).

O sofrimento físico desaparece como objeto da punição penal. Progressivamente, busca-se atingir menos a carne e mais os gestos, as condutas, a moral o direito a liberdade formando “uma economia dos direitos suspensos” (p. 16). O corpo passa a ser interditado, submetido a um sistema de coerções e privações. Três décadas após o suplício de Damiens. Foucault (2018) apresenta detalhadamente a rotina da “Casa dos jovens detentos de Paris”. Cada ação, até o mais banal comportamento está circunscrito a uma janela de tempo pré-estabelecida: hora para começar o dia, hora para lavar as mãos, para receber o pão, para estar de pé, para fazer a cama, para a inspeção das vestes no pátio, para deitar-se na cama. Além do tempo cronometrado as ações devem seguir uma sequência, um ritmo dentro dos espaços: o pátio, a escola, a oficina, as celas, a capela.

A dor e o sofrimento físico do corpo já não são mais o objeto das penas. Outros tipos de delitos se incorporam aos julgamentos: anomalias, instintos, paixões, perversões, inaptações. Neste momento se deflagra o velho romance entre a medicina e a jurisprudência. Mas se o corpo sangrento e supliciado vai desaparecendo do espetáculo público das punições, isso não significa seu abandono como alvo das punições. Foucault (2018, p.29) ressalta: “[...] mesmo quando utilizam métodos ‘suaves’ de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata – do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas [...]” (grifo do autor). Esta modalidade de poder se organizou a partir do investimento sobre os corpos individuais com a finalidade de extrair a sua força produtiva. É o que Foucault define como “Sociedade Disciplinar” (2018). Tratava-se de uma organização social na qual se explorava “[...] a mobilização das forças físicas do indivíduo [...]” a fim de potencializar a força de produção (NEGRI, 2016, p. 71). A figura do soldado exemplifica a possibilidade de modular o gesto e o corpo a partir de uma intensa disciplina a fim de aumentar sua eficácia.

Os corpos eram distribuídos estrategicamente no espaço seguindo estruturas rigorosamente hierárquicas: vide a disposição da sala de aula, o exército, a fábrica, o tribunal, o hospital, a igreja e as prisões: “O indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis.” (DELEUZE, 1992). Investiu-se na vigilância detalhada sobre os corpos a partir de recursos como o registro escrito, a cronometragem do tempo, a localização no espaço. Os modos de coerção se aplicavam pela necessidade de cumprir as normas, compelindo à obediência. Tratava-se de “(...) fazer crescer ao mesmo tempo a docilidade e a utilidade de todos os elementos do sistema” (FOUCAULT, 2018, p. 211).

A reprodução do Panóptico de Bentham é apresentada por Foucault em *Vigiar e Punir: o nascimento das prisões* (2018). Essa estrutura arquitetônica apresenta um modelo de vigilância ideal: no centro de uma torre central seria possível observar todo o espaço ao redor deste centro. Um jogo de luz e sombra tornaria imperceptível a localização do vigia, bem como o momento da inspeção. A invisibilidade do controle se faz presente no modelo de sociedade atual, embora suas estratégias sejam mais virtuais que arquitetônicas. As instituições de confinamento marcaram este modo de coerção sobre o corpo tornando-o dócil e produtivo.

O final do século XIX coloca em cena todo um arsenal de modos de uso do corpo: expressões, modas, gestos, disciplina e capacidade de auto agenciamento. Os modos de apresentar o corpo se refinam, expondo de forma mais acentuada diferenças entre gêneros e a formação de classes (CORBIN *et al.*, 2011). Nas artes, a imagem do corpo humano aparece como fonte de imaginação e representações que ligam o humano ao divino.

É no final do século XX que a ideia de corpo se restabelece como um organismo animado, e não mais um agrupamento de mecanismos. Em *Microfísica do Poder*, Foucault (2013, p. 82) descreve em que medida o corpo permaneceu submetido a um sistema de poder com outras roupagens: “O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo [...]”. Deleuze (1992) considera que a segunda Guerra Mundial precipitou uma crise progressiva das grandes instituições de confinamento. Os modos de controle, portanto, também foram atravessados por essa transformação. Para Deleuze (1992) este momento histórico não se adequava mais ao modelo da sociedade disciplinar, mas sim à “Sociedade de Controle”. Neste modo de organização política e social, a coerção disciplinar ultrapassa as estruturas de confinamento e o corpo, cada vez mais individual, adquire mais visibilidade. O corpo reduzido a estatuto de objeto biológico torna-se alvo de um tecnicismo que o investiga e o anatomiza visando o detalhamento das partes.

O modelo disciplinar garantiu as condições necessárias para a gestão biopolítica. Para Foucault (2005) o poder disciplinar e o biopoder não se excluem, ao contrário, se sobrepõem e se complementam. O biopoder opera fora do campo das individualidades, investindo sobre a noção de população, o *homo espécie* com seu corpo de “inúmeras cabeças”. Este dispositivo de controle se orienta para o que há de quantificável na vida da espécie humana: os dados estatísticos, as taxas de natalidade e mortalidade, as epidemias globais. Seus efeitos operam menos pelo detalhe, pela submissão à norma, e mais para uma regulamentação da vida enquanto

espécie. Enfim, o biopoder “substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (Deleuze, 1992, p. 4, grifo do autor). Caberia desta forma, ao Estado regulamentar cuidadosamente os modos de fazer viver de maneira a evitar “a subtração de forças, a diminuição do tempo de trabalho, baixa de energia, custos econômicos” (Foucault, 2005, p. 290).

Desde então, o corpo ocupa um lugar de investimento que permanece até os dias atuais e evoca um novo registro de corporeidade. Destituído da sua capacidade de ação, o corpo se transforma em uma alegoria, uma preocupação ansiosa (e ociosa). Assim, observou-se no decorrer das últimas décadas, uma série de “saberes” destinados aos cuidados com o corpo a fim de melhor adestrá-lo:

Das massagens aos spa, passando pelos exercícios de ginástica e danças orientais, tais tratamentos dispararam na preferência dos usuários, sem esquecer, é claro, os suplementos vitamínicos e os sais minerais[...] (BIRMAN, 2014, p. 76)

O corpo, concebido em sua pura organicidade, torna-se objeto de desconfiança, alvo do olhar perscrutador de uma medicina que o adjetiva e o anatomiza:

Em compensação, toda a arte da medicina, em particular da medicina preventiva, consiste em perturbar esta calma e denunciar em cada um de nós, uma desordem secreta. Inventamos exames periódicos, os check-up em intervalos regulares (MOULIN, 2011, p. 20).

Na medicina ocidental, o corpo é capturado como matéria prima, tornando-se um “objeto à disposição sobre o qual agir a fim de melhorá-lo” (LE BRETON, 2009, p 15). Deste modo, o humano que encarna o corpo é separado deste para melhor investigá-lo. Invólucro vazio, desprovido do seu valor simbólico e ontológico. Le Breton traz o exemplo dos anatomistas da Idade Média, período no qual a dissecação era um ato de heresia. Nesse sentido, era preciso apagar o rosto que conferia identidade aquele corpo, considerá-lo um objeto de estudo, a carne sem alma. A morte atribuía-lhe essa ausência de ser, sendo possível o estudo da anatomia corporal. Contudo a conduta religiosa pregava que o corpo humano (o corpo branco) deveria seguir intocável, considerando a ideia da ressurreição. O corpo era, portanto, uma presença inseparável da condição humana. Para Le Breton, os tratados de Versalius (*De corporis humani fabrica* -1543 apud Le Breton, 2016, p. 57) enunciam a futura ruptura entre ser um corpo e ter um corpo.

A cirurgia bariátrica exemplifica esta disjunção, entre o organismo e sujeito. Como dispositivo cirúrgico criado por um saber da biomedicina, propõe um tratamento para a obesidade a partir de uma intervenção no trato gastrointestinal, por diferentes tipos de técnicas. Opera-se o órgão para reduzir um ato de comer descomedido, compulsivo, conduta que, geralmente faz parte da constituição subjetiva daquela pessoa. O estômago, isolado, é operado no intuito de oferecer uma melhor adequação alimentar e a consequente perda de peso. Assim, uma pessoa, literalmente anestesiada, rende seu corpo ao saber do médico que o opera, como último recurso para o emagrecer. Um corpo, apenas, um rascunho a ser corrigido. E ao ser corrigido, este corpo torna-se passaporte para um novo lugar social, passível ao olhar e ao reconhecimento.

40'Q'èqtr q'l qtf q'pc'j km»tk''

Ao pensar nos deslocamentos históricos que atravessam as representações do corpo não podemos deixar de revisitar o corpo gordo. O passado da obesidade parece longínquo. É dizer apesar do seu caráter epidêmico no século XXI não se trata de uma problemática recente. Referências ao excesso de gordura corporal também aparecem em textos de Hipócrates. Contudo, foi somente no século XXI que a relação entre a gordura corporal e adoecimento se consolida.

Registros arqueológicos apontam a sua existência até mesmo na pré-história. A Vênus de Willendorf (24.000 – 22.000 A. C), uma pequena estatueta do período neolítico, sugere toda a opulência de um corpo com características femininas ampliadas. Esta escultura pode ser apreciada no Museu de História Natural de Viena, Áustria (Naturhistorisches Museum). Outra alusão à adiposidade na pré-história é a Vênus de Lespugue (Musée de l'Homme, Paris). Trata-se de uma pequena estatueta de marfim de mamute encontrada na França em 1922 e provavelmente esculpida há cerca de 23.000 anos antes de Cristo. Nesta pequena escultura as formas pronunciadas evidenciam acúmulo de gordura nos quadris e glúteos, apresentando um tipo de gordura diferente das formas arredondadas da Vênus de Willendorf.

As esculturas são citadas como representações da fertilidade. Considerando o contexto histórico, a capacidade de armazenar gordura corporal já foi um recurso importante para a sobrevivência humana em períodos de escassez alimentar e exposição a baixas temperaturas: “Na pré-história a luta árdua para conseguir alimentos, a maior exposição ao frio e a necessidade de movimentação constante [...] exigiam de nossos antepassados grande capacidade de estocar

energia e de obter proteção térmica.” (HALPERN, 1999). A partir desta afirmação entende-se que a predisposição genética para acumulação de gordura já foi uma condição favorável a sobrevivência em um modo de existência que exigia grandes deslocamentos e pouco acesso ao alimento.

Hipócrates (460 a.C.- 370 a.C.) já havia associado o excesso de gordura corporal com a morte súbita e a infertilidade no caso das mulheres. Nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016) há uma citação de Hipócrates fazendo referência a esta precaução: “A morte súbita é mais comum naqueles que são naturalmente gordos do que nos magros”. (ABESO, 2016, p. 10). Nas observações de Hipócrates já havia uma descrição das diferenças na composição corporal do gordo e do atleta, uma alusão ao que hoje se denomina massa muscular e percentual de gordura: a do atleta era aquela que “se dobra sobre a carne” e a do gordo “sobre a banha” (VIGARELLO, 2012, p. 32).

Imagem emblemática e controversa, a obesidade podia tanto ser associado a prestígio material e bom humor, como também a pecado e desleixo. De acordo com Fischler (2005, p. 71), tal ambivalência é representada por dois estereótipos. O primeiro deles, diz respeito a qualidades como extroversão, aptidão para socializar, o gordo como brincalhão e *bon vivant*. O segundo “é um doente ou depressivo, um egoísta desenfreado”, sem controle sobre si.

No percurso da história, não se sabe ao certo se os considerados gordos de hoje são os mesmos de outros tempos. Os indicadores da gordura e sua quantificação são bastante imprecisos. Foi a partir do século XX que se tornou possível a precisão quanto ao peso e medida dos corpos.

Os corpos opulentos eram apreciados em momentos em que a fome e a desnutrição ameaçavam vidas, e desprezados em épocas de farta produção de alimentos. Nota-se nesse sentido um entrelaçamento entre classe e ideais estéticos. Outrora ícone da beleza, vigor e fertilidade, hoje ser gordo parece ser um “mal” que afeta a saúde e o “bem-estar”, denotando uma falência (ou resistência?) de ordem moral. Contudo, revisitar os sinuosos trajetos históricos nos mostra que nem sempre foi assim. Como bem nos esclarece Vigarello (2012, p. 10): “[...]a história do gordo está ligada a estas reviravoltas”. Faremos um breve percurso sobre as diferentes representações da gordura ao longo da história ocidental no intuito de elucidar alguns processos que participaram da transformação da gordura em doença. Do amplo ao mais específico, da história geral ao sofrimento mais singular, pensemos se os interesses pela

moldagem e contensão dos corpos, em verdade, são pistas para entender que os padrões estéticos e práticas de cuidado com a saúde representam muito mais que uma questão de “peso”.

As precauções e reticências acerca da gordura não aparecem de forma declarada no percurso da história. Em princípio, destinam-se mais a aspectos comportamentais do que a estética em si. A Idade Média foi um período marcado por guerras, miséria, pestes, escassez de alimentos, precariedade das condições de moradia: “[...] os séculos centrais da Idade Média enfrentam cerca de 1.300 crises de abastecimento [...]” (VIGARELLO, 2012). Nesse contexto econômico e social a opulência do corpo representava mais que nada o acesso à mesa farta e a possibilidade de maior sobrevivência em períodos de guerra. Contudo, não é possível distinguir de que se trata essa opulência e qual seria o critério para alguém ser considerado obeso. Neste período ainda não havia dispositivos para mensurar o peso e avaliar as medidas corporais.

Em seu longo estudo sobre a História da Obesidade, Vigarello (2012) descreve alguns mitos medievais nos quais as qualidades de força e grandeza eram ressaltadas. Em períodos de escassez de alimentos, acumular gordura corporal era um bom indicador de sobrevivência. Não obstante, há certa ambivalência no que diz respeito às dimensões da gordura, um discreto escalonamento entre ausência de magreza e excesso de adiposidade. Nesse sentido, convém precaução ao afirmar a permissividade da obesidade na Idade Média. Considerando que nesse período não havia instrumentos para calcular as medidas corporais, não é possível afirmar qual era o limite desta corpulência indicadora de saúde e vigor. Tudo indica que a capacidade de mobilidade era determinante para esta avaliação.

Os insultos e estigmas deste período incidiam sobre as características morais e sociais de uma pessoa mais do que sobre a sua aparência. Além do contorno do corpo, o que imperava nesse período era a necessidade de exercer determinadas atividades. Temos, então, a figura do lanceiro e do cavaleiro. Para vestir armaduras e suportar o peso da lança era necessário um corpo robusto. Não se trata de peso e tampouco de padrão estético. A avaliação acerca da gordura era mensurada a partir da disposição e habilidade para a guerra. Um homem pesado a ponto de não conseguir cavalgar seria desqualificado não pela sua aparência, mas pela sua inabilidade de ação.

A representação de força também se expõe no caráter voraz, naquele que é capaz de comer muito. Força, comida e saúde simbolizam qualidades do homem da Idade Média. No que diz respeito às mulheres, no século XV já se evidenciam vestimentas compressoras. A opacidade da gordura se revelava também por uma falta de palavras, um vocabulário que descrevesse essa constituição. No fim da Idade Média e o início do Renascimento, a figura do

cavaleiro se converte na do cortesão (VIGARELLO, 2012). Os hábitos da vida na corte possibilitam mais encontros sociais, dando visibilidade aos gestos, costumes e hábitos. A partir dessas progressivas transformações culturais, o status da gordura corporal também se modifica – é possível identificar associações entre gordura e lentidão, torpeza. A iconografia deste período traz representações humanas mais realistas, demonstrando um olhar mais atento para a anatomia humana.

As vestimentas dos séculos XVI e XVII demonstram um aperfeiçoamento na contenção da gordura: cintas, faixas e até mesmo chapas de aço para afinar a cintura.

Observa-se a necessidade de conter a gordura e, mais que isso, a crença de que a modelagem via contenção poderia alterar as formas do corpo. Em 1635, Peter Paul Rubens (1577–1640) produz a sua famosa obra intitulada *As três graças* (óleo sobre tela, 221 × 181 cm, Museu do Prado.- Madrid). Na obra o artista apresenta três mulheres com corpos despidos e opulentos, com acúmulo de gordura corporal em certas partes do corpo e pele extremamente clara. Neste período ainda não há nenhum tipo de apologia ou culto a magreza, e sim uma certa modelagem das formas, contendo certas partes e aumentando outras.

A Era das Luzes enuncia também o refinamento do olhar, ainda que isso não evidencie preocupação com o peso. São esboçadas neste período noções de medidas, inclusive na perspectiva médica. A percepção começa a distinguir graus de comparação e escalonamentos: mais alto, mais baixo, mais gordo, menos gordo. A relação entre o corpo do homem e da mulher também aparece acentuando estas distinções: afinamento da cintura da mulher, ventre mais projetado no caso dos homens: “[...] a barriga como sinal de opulência e mesmo de dignidade do homem.” (VIGARELLO, 2012, p. 157).

Houve uma mudança na percepção da imagem atrelada às condições socioeconômicas. A esbelteza e a graça do cortesão foram deslocadas para uma figura mais robusta e encorpada: a do homem de negócios, do comerciante, aquele indivíduo sedentário dos balcões e escritórios. Contudo, uma aceitável corpulência não destituiu a repulsa destinada à gordura excessiva, paralisante. Os excessos, sejam eles quais forem, permanecem rechaçados. O Iluminismo também aporta uma percepção mais crítica da glotonaria, que passa a ser associada à desigualdade social. A gordura em excesso representava o declínio da monarquia, a figura dos abades, dos coletores de impostos e, enfim, representava a inércia dos que não trabalham. Este longo processo se articula com os interesses de uma burguesia emergente, para o qual o corpo dos indivíduos se tornaria um recurso a ser explorado no ganho de capital.

As transformações nos modos de produção de trabalho propiciam novas apresentações e sentidos acerca da imagem dos corpos. Vender a força de trabalho por um tempo determinado O século XIX renova as ferramentas capazes de mensurar, de calcular. Não necessariamente o peso, mas os volumes e as dimensões. A época das máquinas se evidencia pelo apreço à quantificação, aos resultados numéricos. O muito gordo permanece como alvo de interesse e preocupação. A escala que relaciona o peso com a altura se afirma a partir dos estudos de Auguste Quételet em 1832. Este interesse em nada corresponde às questões de saúde e estética. Para Quételet o estudo do peso poderia auxiliar as construções civis e a rotina de trabalho nas fábricas. Quantos quilos trabalhadores podem carregar?

Delineia-se a figura do burguês barrigudo, o “homem de escritório”, o “novo rico” sempre trajando terno e gravata. Imagem que se contrapõem ao corpo do trabalhador braçal, pois a barriga seria um indicador de trabalho intelectual. Em relação às mulheres, a percepção é diferente: a mulher burguesa deveria manter a cintura afilada, ressaltada pelo corte das roupas e cintas. A reconfiguração dos sistemas de avaliação estética dos corpos é também uma demonstração da organização econômica e social da época. Nesse sentido, Silvia Federicci (2017, p.243) esclarece: “Na tentativa de formar um novo tipo de indivíduo, a burguesia estabeleceu uma batalha contra o corpo, que se converteu em sua marca histórica”.

No contexto do Brasil a imagem de uma pessoa obesa despertava curiosidade e graça por ter um aspecto fora do comum, o contrário do que era visto no cotidiano: “Na imprensa nacional, vários obesos de ambos os sexos apareciam como fenômenos a ser curiosamente vistos em espetáculos circense e feiras populares”. (SANT'ANNA, 2016, p. 23). A glotonaria, ou seja, o ato de comer em grandes quantidades também parecia ser percebido como uma espécie de proeza.

A partir da década de trinta as pesquisas científicas sobre a nutrição se destacam no país, tendo como prioridade o combate à desnutrição. Vale lembrar que a problemática da fome no Brasil não foi decorrente de epidemias, situações de calamidades, guerras ou escassez de alimentos. Tratava-se de um problema mais que nada econômico, decorrente da miséria social e da falta de recursos financeiros para comprar os alimentos. A imagem da magreza também era associada à figura do sertanejo e de trabalhadores braçais. Antítese entre o “trabalho de escritório” e o “trabalho do campo”. Nota-se nesse sentido, uma certa articulação entre as representações da magreza e a estratificação social. Uma certa valorização do acúmulo de gordura aparece novamente em períodos nos quais a disponibilidade e o acesso aos alimentos era para poucos privilegiados. Contudo, algumas ressalvas quanto ao excesso de gordura já se

faziam presentes através de anúncios que iam desde medicamentos para emagrecer à cintas modeladoras. A modernidade não combinava mais com os “muito gordos”.

Cabe ressaltar que o século XIX foi também marcado por *freak-shows* nos quais eram exibidos corpos dissonantes: os *freaks* variavam desde uma criança com microcelia, a figura da mulher barbada, ou o caso conhecido no filme “O homem elefante” (David Lynch, 1980). Entretanto, o que Courtine (2011, p. 257) destaca é que as exposições do “zoo humano” tratavam de demarcar a “diferença”, o estranho, o corpo racializado. A história de Saartjie Baartman representa os níveis de crueldade do olhar europeu sobre os corpos racializados, inumados, incivilizados. Saartjie ou Sarah, pertenceu à etnia Khoisan (Junção das etnias Khoi-Khoi e San), uma das mais antigas do sul da África.

Ainda criança, foi “adotada” por uma família de holandeses e desde então Saartjie passou a se chamar Sarah Baartman. Na vida adulta Saartjie foi exibida enjaulada como um animal exótico por suas dimensões corporais muito divergentes do padrão “Vênus” de Milo, ou da pintura de Sandro Botticelli (O Nascimento da Vênus, 1483). A “Vênus Hotentote” possuía características comuns ao povo Khoisan. Seu corpo, deslocado do seu território, é percebido como aberração. Saartjie, uma mulher negra, chamava atenção pelo excesso de gordura nos glúteos e 1,35cm de altura. Em entrevista a Carta Capital⁴, Amanda Braga, professora do Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas da Universidade Federal da Paraíba comenta que: “A presença da jaula funcionava na ratificação de seu caráter supostamente perigoso, selvagem e incivilizado, diretamente relacionado, à época, à crença de uma sexualidade ameaçadora, posto que irreprimível”. Sua breve existência foi renegada à condição de mero espetáculo bestial capitalizado pelo olhar branco. Não se sabe em verdade o que Sara pensava sobre tudo isso, e é este o silêncio aniquilador que recai aos corpos abjetos, cujo as sobrevidas são interceptadas pelas mais diversas formas de violências. Mesmo após a morte, Sarah teve seu corpo estudado e dissecado por cientistas marcando novamente a parceria entre medicina e poder a serviço de práticas eugenistas. Os seus restos mortais de Sarah permaneceram por muitos anos no Museu Nacional Francês em Paris. Nelson Mandela fez um pedido de repatriação e foi somente em 2002 que o corpo de Sarah que só retornaram para a África do Sul.

O corpo de Sarah era considerado “estranho” em terras estrangeiras. Nesse sentido, considera-se que o “estranho” é o que dá consistência para o familiar, como bem nos esclarece

⁴ <https://www.cartacapital.com.br/cultura/as-venus-negras-5562/>.

Butler ao pensar em como o abjeto constitui as margens para os que pertencem a norma. Neste caso, o “familiar” é a norma, isto é, o homem, o branco, o europeu, o heterossexual, o civilizado. Os *freaks-shows*, ou as marcas da “diferença”, construíam assim, categorias binárias entre “o selvagem” e o “o civilizado”, “o doente” e “o saudável”.”

É na transição do século XIX para o século XX, que o processo de estigmatização do corpo gordo se consolida no mundo ocidental (RANGEL, 2019). Nesse sentido, compreende-se que os parâmetros que fomentam os ideais estéticos de uma determinada época não são ingenuamente construídos. A complexidade desse processo inclui um movimento dialético entre historicidade, cultura, política e interesses econômicos. Podemos pensar que o atual modelo estético que impõe aos corpos um conjunto de práticas e regras para moldá-los não pode ser meramente reduzido às preocupações com a saúde. A gordura corporal gradativamente se desvincula das representações de fartura, assim como a magreza passa a ser significada para além dos corpos marcados pela miséria econômica. Inaugura-se assim a nova epidemia que iria assolar o mundo nas próximas décadas: a obesidade.

"

408'C'lc Àf g'g'è'f qgp±c''

Peste bubônica, câncer, pneumonia
Raiva, rubéola, tuberculose, anemia
Rancor, cisticercose, gripe, leucemia
O pulso, ainda pulsa.

O Pulso, Arnaldo Antunes/ Titãs, 1989

As representações de um corpo adoecido são, geralmente, formuladas pelo domínio das ciências médicas, que se constituem a partir de métodos objetivos. Contudo, o que se estabelece como “doença”, bem como a sua gravidade são influenciados pelo contexto político, social e histórico no qual se localizam. A noção de adoecimento muda a depender de *quem* adoecce: qual a sua condição econômica, a que se dedica, onde mora, com que trabalha? Porter e Vigarello (2012) exemplificam esta ideia a partir da melancolia: um tipo de depressão plenamente aceitável nas elites, mas que teria outro significado caso ocorresse, por exemplo, em trabalhadores rurais.

Como nos indica Foucault (1974/2010) após a segunda guerra mundial se iniciou um fenômeno no qual ao Estado caberia não somente garantir o direito à vida, mas também o direito à boa saúde dos corpos individuais. A tomada da saúde como objeto da ação do Estado não é tão inédita assim. No século XVIII uma das funções do Estado era preservar a integridade física

dos cidadãos garantindo a defesa do território contra ataques militares. Em suma, a noção de saúde estava vinculada a integridade física.

No século XIX, com os avanços da microbiologia a noção de cuidado com a saúde se vincula às práticas de higiene. Neste cenário a prevenção em saúde nas condutas individuais em um mundo assombrado pelas pestes e pelo medo do contágio, cada um é responsável por manter a saúde através da vigilância com a limpeza. E se em princípio, todos estariam igualmente vulneráveis aos ataques invisíveis dos micróbios, em pouco tempo a desigualdade econômica passou a demarcar maior ou menor risco à doenças. “O estudo dos micróbios ampliou milhares de vezes o território do medo e da prevenção: não bastaria evitar os eflúvios nauseabundos, vindos dos cemitérios, hospitais ou locais considerados pestilentos”. (SANT’ANNA, 2020, p. 2). Espaços como os prostíbulo e as tabernas seriam locais mais propícios à contaminação. O risco, nesse contexto, possuiria sua própria geografia, com relevos bem demarcados pelas discrepâncias sociais. As noções de higiene e boa saúde se apresentam entrelaçados.

Com a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) o arsenal tecnológico para a destruição de corpos dispôs de um rápido desenvolvimento. Tais tecnologias bélicas produziam ferimentos bem diferentes das espadas, pistolas e das baionetas usadas nas guerras napoleônicas. As bombas deixavam estilhaços no corpo dos feridos o que tornavam os procedimentos cirúrgicos complicados e com maiores riscos de infecção. Os resíduos das granadas permaneciam nos corpos dos feridos, criando rotas destrutivas em nervos e músculos, e impondo ao mundo “[...] o estilhaçar irreversível da figura humana e que, certamente, determinaria todas as tecnologias de poder e as artes dos anos seguintes”. (SANT’ANNA, 2020, p. 5).

Com a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) e seus efeitos nefastos sobre a vida humana, fez-se necessário estabelecer não apenas um direito a vida, mas sobretudo, o direito a vida com saúde. Foucault localiza o Plano Beveridge, na Inglaterra de 1942, como um protótipo dos pressupostos que organizariam o sistema de saúde garantido pelo Estado como um direito. E é justamente aí que a saúde começa a ser calculada, apreendida, pelos cifrões da macroeconomia.

A medicina moderna, especialmente a partir da metade do século XX foi orientada não mais para a cura de doenças, mas para tudo aquilo que estivesse suscetível a tornar-se patológico – a chamada medicina preventiva. (HENRIQUES, 2012). Desta forma, se promulgam uma série de regras de comportamentos subsidiados pela ideia de prevenção a doenças. Regras que

modulam condutas individuais, modificando a autonomia dos sujeitos com a sua saúde e com o seu corpo. Como bem esclarece Moulin (2011, p. 15):

[...] a assim chamada medicina ocidental tornou-se não apenas o principal recurso em caso de doença, mas um guia de vida(...). Ela promulga regras de comportamento, censura dos prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações.

A vinculação entre obesidade e doença pode ser pensada como um efeito da dimensão do risco em saúde. De acordo com Castiel *et al* (2010, p. 17) a noção do risco foi amplamente explorada a partir da década de setenta em produções científicas vinculadas aos campos da epidemiologia, medicina, ciências sociais, economia e engenharia. No campo da saúde, a compreensão do risco permite identificar o potencial adoecimento e morbimortalidade de uma determinada população ou dos grupos mais vulneráveis dentro de uma população. É com base nesta orientação que as seguradoras de saúde, por exemplo, estipulam preços mais altos para pessoas idosas, ou no âmbito da economia, as seguradoras de carros oscilam suas taxas a depender dos indicadores de violência em determinadas áreas. Evitar o risco passa a ser um condicionante comportamental normativo no contexto neoliberal, no qual cada um deve ser responsável pela própria saúde.

Os avanços da medicina atendem ao sistema laboral neocapitalista no qual não existe mais o direito de adoecer. É necessário retornar as atividades o mais rápido possível, voltar a produzir, estudar, trabalhar, cuidar dos filhos, ainda que seja sobre os efeitos de analgésicos e antibióticos que aliviam a dor e o mal estar. É importante notar que a obesidade progressivamente se desvinculou da noção de risco e é atualmente considerada uma doença em si mesma. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a obesidade se apresenta como um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial em se tratando de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Segundo informações do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, o excesso de peso é considerado um indicador de risco para as Doenças Crônicas não Transmissíveis, assim como o sedentarismo, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e refrigerantes, e consumo de alimentos ultraprocessados. No Brasil, as DCNT foram responsáveis 74% do número de mortes ocorridas no ano de 2016. (VIGITEL, 2019, p. 15).

Um artigo publicado no site da OMS (WANNMACHER, 2016, p. 2), aponta que a obesidade e sobrepeso em adultos trazem as seguintes consequências:

“[...] doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrite, alguns cânceres (colorretal, renal, esofágico endometrial, mamário, ovariano e prostático), dificuldades respiratórias como hipoventilação crônica (síndrome de Pickwick) e apneia do sono, infertilidade masculina, colelitíase, esteatose, refluxo gastroesofágico, transtornos psicossociais e hipertensão arterial sistêmica”.

Os períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade são: a vida intrauterina, o primeiro ano de vida, entre os cinco e seis anos e a adolescência (ANS, 2017, p.14). De acordo com Silva & Oliveira (2018, p. 87) mudanças de hábitos sociais reforçam o início cada vez mais precoce da obesidade, dentre as quais se destacam: a inserção de alimentos formulados e processados, a prática recorrente de jogos eletrônicos “[...] que levam as crianças a passarem muitas horas em frente à televisão ou do computador, em invés de praticarem atividades físicas tais como brincar na rua, andar de bicicleta ou caminhar pelo bairro”. Neste sentido, a ANS (2017, p. 9) recomenda como abordagem preventiva a observância de uma alimentação saudável, o aumento da atividade física, além do controle do tempo de tela a que as crianças e adolescentes estão submetidos.

A abordagem preventiva deve considerar aspectos comportamentais, ambientais, históricos e socioeconômicos. Pode-se observar neste caso, uma abordagem mais ampla para a compreensão da obesidade. Rangel (2018) destaca que a discussão sobre a gordura corporal requer um entendimento “[...] inter e transdisciplinar”. Não obstante, as produções bibliográficas disponíveis a respeito dos corpos gordos geralmente se restringem ao campo da saúde, reforçando assim a noção do corpo obeso como uma categoria patológica. No contexto do Brasil Rangel (2018, p. 94) ressalta a inexistência de grupos de estudos sobre a obesidade que estejam desvinculados das questões de emagrecimento e da obesidade como categoria patológica.

A visão biologizada da obesidade é para uma das razões pelas quais as ciências sociais tardaram em produzir conteúdo acerca deste tema. Há uma censura biológica que divide os corpos em saudáveis, não saudáveis e potencialmente doentes. O IMC pode ser um destes critérios de avaliação, embora apenas ele não seja suficiente para avaliar o quão “mórbido” pode estar um organismo. As preocupações quanto aos problemas do aumento da obesidade no mundo que se sobrepõe a uma enorme quantidade da população que vive em condições alimentares precárias. Disso se depreende que de alguma maneira, os obesos precisam viver, embora se saiba que toda vida dependa não só de um corpo saudável, mas de um reconhecimento social que o entenda como forma de vida. A vida de uma pessoa obesa se

apresenta atualmente como um campo biológico passível a sucessivas correções e coerções, considerando que a obesidade “pesa” no orçamento da saúde.

"

409'C'qdgulf cf g'èqo q'f qgp±c'''

"

Durante muitos anos, a magreza representava uma ameaça “a reprodução saudável da espécie” como indica Sant`Anna (2016). Entretanto, foi no século XX que a figura do “obeso doente” e “antiecológico” se consolidou. Esta condição corporal passou a ser considerada como fator de risco para doenças não transmissíveis, dentre as quais destacamos diabetes *melitus*, hipertensão, síndrome da apneia obstrutiva do sono e doenças cardiovasculares (ABESO, 2016).

Classicamente a obesidade se caracteriza por um acúmulo de gordura corporal excessivo que decorre de um desequilíbrio entre o gasto energético e a quantidade de ingestão alimentar. Dentre os fatores preponderantes para este desequilíbrio destacam-se o aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, o e “a tendência global a uma diminuição de atividades físicas e sedentarismo”. (MAGDALENO Jr, 2009, p.26). O endocrinologista Halpbern (1999) compreende o aumento da obesidade como um fenômeno genético mas também vinculado a vida moderna, em seu contínuo desuso do corpo diante dos confortos da vida moderna: “Podemos afirmar que obesidade é uma doença resultante do conflito entre genes antigos e vida moderna”.

Nos dois últimos séculos observou-se a progressiva transição de um padrão corporal centrado na opulência das formas para um corpo cada vez mais longilíneo. As dietas de engordar cederam lugar aos regimes de controle alimentar. Os medicamentos para abrir o apetite, assim como os fortificantes também foram substituídos por fórmulas para emagrecer (SANT`ANNA, 2019).

A referência à obesidade aparece na Classificação Internacional das Doenças pela primeira vez em 1948. Na década de 1950, os médicos relacionavam abertamente as taxas crescentes de obesidade com o subsequente aumento nos diagnósticos de doenças do coração e hipertensão arterial. Contudo, a obesidade ainda não era considerada como uma epidemia ou um problema de saúde pública. No começo da década de 1960 já havia a necessidade de uma organização que abordasse os estudos sobre a obesidade. Em 1966 um comitê sobre o tema foi

formado no Reino Unido, o que deu lugar ao primeiro encontro da "Obesity Association", em 1967, seguido de um "Simpósio sobre Obesidade" em 1968, ambos em Londres.

Na década de 1970, a área de pesquisa em obesidade experimentou um particular florescimento na Europa. Os clínicos e os fisiologistas na Europa Ocidental começaram a examinar a troca de calor, o metabolismo da energia e a genética, enquanto pesquisadores escandinavos focavam em atividade física, consequências metabólicas e em identificar os parâmetros que influenciam a quantidade de células de gordura na infância. Esta década também vivenciou o aprimoramento e a generalização da fenfluramina, um supressor de apetite usado para tratar a obesidade. (BARCELOUX, 2012). Outros marcos significativos nesta década foram a primeira conferência internacional sobre obesidade (Maryland, USA, 1973) e o início da publicação, em 1977, da revista internacional de obesidade (The International Journal of Obesity - IJO). Nos primeiros anos da década de 1980, começou a mudar a percepção da obesidade como apenas um mau hábito individual que favorecia a aparição de doenças cardiovasculares. Um relatório do Real Colégio de Médicos de Londres já destacava em 1983 as implicações da obesidade na saúde pública (BLACK et al., 1983).

""A chamada medicina preventiva, ancorada por estudos estatísticos e epidemiológicos estudos epidemiológicos detectaram uma articulação entre o excesso de peso corporal e a diminuição da expectativa de vida."As empresas de seguros de saúde nos Estados Unidos passaram a apoiar estudos e pesquisas que pudessem identificar correlações entre determinadas patologias e a obesidade, especialmente no que se refere às doenças cardiovasculares e Diabetes tipo 2 (POULAIN, 2013). Ao analisar os índices de doenças cardiovasculares, alguns pesquisadores iam além do índice de massa corporal e colocavam o foco no tipo de dieta (SHAPER, 1972; KEYS, 1980). Esta abordagem epidemiológica teve um papel significativo ao considerar a obesidade como um fator de risco.

Neste período a obesidade era considerada como um problema típico de países desenvolvidos enquanto a sociedade da época assistia espantada a imagens de fome e de mal nutrição como as de 1984-1985 na Etiópia. Nesse contexto, definir a quantidade de calorias recomendada resultava interessante para quantificar a ajuda humanitária necessária e para projetar programas de combate à fome mais eficazes. O estudo da obesidade continuou se desenvolvendo e em 1985 foi estabelecida a Associação Internacional para o Estudo da Obesidade (IASO). A percepção da obesidade como uma doença típica de países desenvolvidos começou a mudar, após o acompanhamento de dados estatísticos de peso dos habitantes de distintos países. Esses dados apontavam para um incremento continuado da obesidade em países

desenvolvidos, mas também indicavam que a obesidade começava a aparecer em regiões de países subdesenvolvidos na medida em que os níveis de atividade física caíam e os hábitos alimentares tradicionais eram substituídos por outros com maior presença de alimentos industrializados. Se fez necessário adotar um parâmetro para identificar a gordura corporal em adultos, que fosse fácil de medir e permitisse acompanhar a evolução do sobrepeso em amplos grupos populacionais: o índice de massa corporal.

Em 2013 uma resolução da American Medical Association (AMA, 2013), a obesidade foi classificada como um estado de doença crônica após um acalorado debate. A pergunta fundamental era: Em que medida a definição da obesidade como doença poderia beneficiar a saúde dos obesos? A conclusão é que sim. Uma vez reconhecida como uma condição clínica que requer tratamento, poderia influenciar as políticas governamentais de saúde a investirem mais recursos em medidas de prevenção e assistência, bem como forçar os planos de saúde privados a ampliarem o rol de cobertura. Nesse sentido também foi considerado que o reconhecimento desta condição como patológica poderia incentivar pesquisas e práticas de prevenção.

Opiniões contrárias afirmaram que a obesidade aumentaria os riscos de morbidez e o surgimento de outras patologias, mas que não necessariamente isso acontece. Outro aspecto destacado é se a classificação da obesidade como doença poderia reduzir a estigmatização. Nessa perspectiva, uma vez entendida como doença, o indivíduo seria menos culpabilizado por sua condição. Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (2016) definiu a obesidade como um problema prioritário para as políticas públicas. Dois argumentos se destacaram nesta questão: um diz respeito aos altos índices de morbimortalidade da população obesa. E o outro é financeiro: a obesidade e as comorbidades associadas acarretam elevados custos para o sistema de saúde pública.

No campo médico-científico atual já há um consenso acerca dos prejuízos causados pelo sobrepeso e pela obesidade, em seus efeitos clínicos e sociais. Não obstante, considera-se que a abordagem desta complexa condição deve priorizar estratégias macropolíticas direcionadas para a redução do ambiente obesogênico. A seguir, abordaremos a questão da obesidade sob uma perspectiva social.

40: 'C'qdgulf cf g<t cvqmi k 'f q'iqekci'

Poulain (2013) destaca que a obesidade é, sobretudo, um problema de ordem social. Primeiro, porque a incidência desta condição se diferencia a depender da condição sócioeconômica de um determinado grupo. Nas palavras do autor: “A distribuição social da obesidade é socialmente diferenciada” (p. 35). Segundo ela é social por ser fortemente impactada pela cultura, pelos discursos dominantes que modulam os sentidos e significados atribuídos à obesidade. Terceiro, porque o obeso sofre tanto pela sua condição física na perspectiva da saúde, como (e principalmente) pelas condições de exclusão social da qual são vítimas. Os processos de estigmatização atribuídos aos corpos gordos comumente produzem situações de desigualdades, seja de ordem laboral, seja de ordem social e afetiva. Considera-se também o impacto dessa exclusão social no próprio processo de manutenção e agravamento da obesidade, o que significa um “fator de risco social” tão grave quanto os prejuízos à saúde (POULAIN, 2013, p. 47).

Em um artigo que aborda a obesidade na perspectiva do materialismo histórico, Barbieri e Mello (2012) fizeram um levantamento sobre as causas da obesidade a partir de 75 artigos científicos publicados no período de 2005 a 2010. Sobre a etiologia da obesidade, 82,66 % dos artigos apontavam o sedentarismo e a alimentação inadequada como fatores que predisõem ao acúmulo de peso. O estilo de vida é um termo frequentemente utilizado para designar estes dois aspectos, como bem esclarecem as autoras: “[...] a literatura científica aponta que o desenvolvimento da obesidade está fortemente associado ao ‘estilo de vida’, mais especificamente, no que se refere à prática de atividade física e alimentação.” (p. 127, grifo das autoras). Poulain (2013, p. 45) ressalta que não se trata especificamente de “estilo de vida”, mas sim de “estilos de alimentação”, ou seja, a escolhas, hábitos e preferências alimentares e, sobretudo, o acesso a alimentos de qualidade nutricional.

Os jargões “estilo de vida”, “qualidade de vida” e “bem-estar” podem ser pensados a partir de uma reflexão crítica, o que não destitui a sua importância e utilização. Barbieri e Mello (2012) apontam que a prática regular de atividade física geralmente ocorre em locais específicos, ou seja, nas academias de ginástica. Frequentar uma academia de ginástica implica em dispêndio de tempo e um gasto financeiro que nem todas as famílias têm acesso. A proposta de exercitar-se fora das academias esbarra nas questões relacionadas à violência urbana, evidência que limita a livre circulação para quem vive fora dos condomínios protegidos. Nesse

sentido a organização econômica e social promove um impacto importante nas condutas individuais, o que coloca em questão uma possível autonomia da gestão do corpo e da saúde.

Na América Latina, os últimos 20 anos representaram um avanço no controle da desnutrição. Contudo, os países latino-americanos viveram um processo de transição alimentar com o aumento do consumo de alimentos processados e redução na preparação de alimentos tradicionais e frescos. Desta forma estes países que até pouco tempo eram assolados pela fome hoje experimentam o crescimento da obesidade e sobrepeso, tanto em zonas urbanas quanto rurais (FAO e OPAS/OMS, 2017). Evidentemente que o estilo de vida característico das urbanizações e, mais que nada, da vida contemporânea estimula uma escolha alimentar pautada na rapidez e praticidade, além de que há o apelo publicitário para o consumo de alimentos processados que são altamente palatáveis.

Um dos objetivos descritos no documento do Panorama de Segurança alimentar e nutricional citado acima é que o combate à fome implica na disponibilidade de alimentos suficientes, mas não apenas isso. Implica em que estes alimentos estejam acessíveis à população de forma contínua, e que tenham uma qualidade nutricional e sanitária adequadas.

Lembremos que o aumento da obesidade coexiste com o problema da insegurança alimentar grave – a fome. Entretanto, as informações amplamente divulgadas quanto aos riscos da obesidade e sobrepeso parecem de algum modo haver silenciado o problema da fome. Em 2016, o relatório anual da ONU sobre segurança alimentar e nutricional informou que o problema da fome atingiu 815 milhões de pessoas na África, Ásia, América Latina e Caribe⁵.

No continente africano, países como Nigéria, Somália e Sudão do Sul enfrentam a insuficiência de alimentos provenientes de conflitos políticos e alterações climáticas, ameaçando matar cerca de vinte milhões de pessoas⁶. Estas informações em princípio parecem uma realidade distante em um contexto mundial no qual se destacam o aumento da obesidade e as preocupações com a imagem corporal. Vale lembrar foi somente em 2014 que o Brasil saiu da lista de países que compunham o Mapa Mundial da Fome⁷.

Se a miséria social e escassez de alimentos ainda representam um problema mundial, por que o destaque dado à gordura corporal tanto na mídia quanto no discurso médico científico? Nas palavras de Paula Sibília (2006, p. 101):

⁵ Nações Unidas no Brasil. *ONU: após uma década de queda, fome volta a crescer no mundo*. 15/09/2017. Mais em: <https://nacoesunidas.org/onu-apos-uma-decada-de-queda-fome-volta-a-crescer-no-mundo/>

⁶ Da ONU NEWS. *Agência da ONU diz que 20 milhões podem morrer de fome na África*. 24/04/2017. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/>

⁷ FAO no Brasil. *Brasil em resumo*. Disponível em: <http://www.fao.org/brasil/fao-no-brasil/brasil-em-resumo/pt/>

[...] uma das principais preocupações da tecnociência contemporânea é a de descobrir (e vender) uma “solução mágica” aos que pertencem àquela outra parcela da humanidade: não àquela que continua sendo assediada, em número crescente, pelo **λεπτερο κ'f c'ηγο g**, mas àquela outra que está sendo insidiosamente assombrada pelo **λεπτερο κ'f c'l qtf wt c**. (grifos da autora)

Parte da resposta a esta questão envolve mais que nada dimensões macropolíticas e interesses econômicos. A invisibilidade daqueles que são afetados pela escassez de recursos e pelas consequências da fome parece ser rompida somente na frieza dos dados estatísticos. Destarte, um outro tipo de narrativa é atribuído ao tema da obesidade, geralmente sob a égide do saber das ciências. O enfoque em torno dos “males” da obesidade quando comparada ao problema da fome e desnutrição parece ter uma outra explicação bem menos altruísta.

A invisibilidade da fome, condição que destrói vidas tanto quanto a obesidade, obedece a lógica da neo-docilização dos corpos que o submete a uma lógica de consumo contínuo. Como bem esclarece Sibília (2006, p. 105): “A conclusão é óbvia: apesar de serem muitos, quase tantos (ou mais) que os gordos e obesos, eles simplesmente não contam. Não constituem um mercado, não são consumidores. Portanto, na atual configuração, praticamente não existem”.

A genética, a farmacologia, as tecnologias em geral se ocupam em alertar sobre os riscos de um IMC (Índice de Massa Corporal) alto, divulgando a correlação entre obesidade e diversas patologias, inclusive câncer, como podemos ver em uma alarmante publicação do INCA - Instituto Nacional de Câncer (MELO e PINHO, 2017):

[...] o excesso de gordura corporal representa risco para o desenvolvimento de pelo menos 13 tipos de câncer, como esôfago (adenocarcinoma), estômago (cárdia), pâncreas, vesícula biliar, fígado, intestino (cólon e reto), rins, mama (mulheres na pós-menopausa), ovário, endométrio, meningioma, tireoide e mieloma múltiplo.⁸

Estas informações não respondem ao estigma que se destina a toda e qualquer evidência da gordura no corpo. Se a prevenção de doenças e a adesão a um estilo de vida mais saudável seriam os objetivos das políticas de atenção à saúde, um indivíduo com sobrepeso não poderia ser saudável? Neste exemplo hipotético, o indivíduo “saudável” e fisicamente ativo, mas que apresentasse indicador de gordura corporal provavelmente seria estigmatizado.

O estigma foi um termo utilizado pelos gregos para caracterizar uma marca corporal feita com ferro ou fogo, com a finalidade de alertar as outras pessoas sobre aquele indivíduo

⁸ MELO, M. A; PINHO, A. C. *Câncer e obesidade: um alerta do INCA*. Rede Câncer, agosto 2017, p. 34.

marcado, que poderia ser um escravo, um assassino, alguém que deveria ser evitado nos espaços públicos (GOFFMAN, 1963/1980). O autor retoma este conceito sob a perspectiva da sociologia. Estigma se refere a um tipo de tratamento pejorativo dado a uma pessoa a partir de alguma marca corporal ou característica que a coloca em uma condição previamente depreciativa. A estigmatização também acentua uma relação fundada na desigualdade. Goffman (1980) caracteriza três tipos fundamentais de estigmatização: a primeira diz respeito às “abominações do corpo”, ou seja, a desqualificação prévia que se orienta por uma característica física. Neste caso, toda a potencialidade de uma pessoa, bem como seus atributos são suprimidos pelo estigma.

A segunda se refere à estigmatização a partir de uma perspectiva moral, de caráter individual – neste caso se incluem por exemplo, os transtornos mentais, o alcoolismo, pessoas de “vontade fraca”, os vícios, a prisão, o desemprego, o suicídio. Na terceira perspectiva a estigmatização parte de características raciais, étnicas e religiosas.

Com respeito à obesidade, o estigma incide tanto sobre a aparência física quanto moral, pois pressupõe um conjunto de características relacionadas à falta de vontade, descontrole e infelicidade. Na vida de um obeso, “ser” gordo parece destituí-lo da possibilidade de reconhecimento social. Poulain (2013) retoma a discussão sobre o estigma na obesidade, ressaltando seus efeitos contraproducentes. O estigma nada mais que favorece a manutenção da obesidade, e por que não dizer, a potencializa. A exclusão e desqualificação contínua desencorajam, por exemplo, a procura por práticas esportivas, socializadoras e até mesmo pelo atendimento em saúde.

Uma vez definida a obesidade como uma categoria médico clínica, foi necessário investir em recursos técnicos e farmacológicos que pudessem atender à nova demanda clínica. Nesse contexto, a Cirurgia Bariátrica e Metabólica se apresenta como uma intervenção técnica posta pelo saber médico que promete a redução de peso, bem como a melhoria das comorbidades associadas à obesidade.

É possível pensar a Cirurgia em sua dupla dimensão: como uma técnica de neodocilização, que promete aumentar o rendimento em seus níveis de trabalho e de consumo; como uma intervenção que possibilita um afastamento do imperativo consumista no qual nada se pode recusar. Contudo, como nos ensina Foucault (2006), não existe um poder absoluto. Haverá especificidades nos níveis de captura a esses dispositivos, como também haverá sempre a possibilidade de retomada de si para o exercício de uma consciência mais reflexiva e orientada para a vida em comum. Com isso temos alguns aspectos emaranhados nesta temática tão

complexa. Destacamos os parâmetros de avaliação da saúde, a supervalorização da aparência corporal e as condições da vida moderna - todos estes capturados, em diferentes medidas, pelos dispositivos que regulam a circulação do capital. Traçaremos agora algumas informações sobre a identificação e prevenção da obesidade na perspectiva da saúde.

40 'Rct -o gvt qu'f g'êxcnk± q<lf gpvllccpf q'ê'hdgu'f cf g

Na revisão da CID-10 de 1990, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu o Índice de Massa Corporal (IMC) como um parâmetro para identificar a gordura corporal em adultos. Para Poulain (2013) isso representa a modificação de uma análise que antes era qualitativa para uma análise quantitativa da gordura corporal. O IMC tem sido uma das maneiras mais utilizadas para identificar e classificar a obesidade em adultos, dada a sua praticidade e ausência de custo. Este valor é facilmente calculado a partir da divisão do peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado: $IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2}$

A obesidade, então, passa a ser definida como índice de massa corporal igual ou superior a 30; já o excesso de peso é caracterizado pelo IMC de 25,0 kg/m², e os valores entre 25,0 kg/m² a 29,9 kg/m² correspondem ao sobrepeso (ABESO, 2016). De acordo com Anjos (2006, p. 17) foi somente em 1997 que a OMS decide incluir a categoria de sobrepeso, ou segundo este autor, “pré-obesidade”. Apesar de ser um critério utilizado mundialmente, existem aspectos que podem interferir neste parâmetro, tais como especificidades étnicas de cada população e a idade. Em idosos a perda esperada da massa magra altera os resultados do IMC, assim como no caso de pessoas com alto percentual de massa magra. No caso da etnia, os orientais tenderiam a ser mais magros, alterando assim o referencial do IMC. A medição da circunferência abdominal também é utilizada como medida em virtude das relações entre a gordura abdominal e os fatores de risco para doenças não transmissíveis.

Segundo as Diretrizes Brasileiras da Obesidade elaborada pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016) o uso das medidas antropométricas associadas ao IMC representa bons indicadores do estado do peso de uma pessoa. Até o ano de 2019, a obesidade foi considerada pela OMS como um dos maiores desafios para a saúde humana. Por isso a atualização dos critérios para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade constitui uma parte fundamental da revisão do CID-11 que seria apresentada em 2019 se não fosse o contexto da pandemia mundial causada pelo Corona Vírus – COVID 19. A Associação Europeia para o Estudo da Obesidade (EASO) havia elaborado

uma proposta para melhor ancorar o diagnóstico de obesidade (HEBE BRAND et al., 2017). A proposta está baseada nos seguintes pontos:

- considerar a obesidade como uma categoria de doença própria. Atualmente, a classificação de “sobrepeso” e de “obesidade” se enquadra dentro da categoria “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” e da subcategoria “Doenças nutricionais”.
- avaliar a adiposidade e a distribuição regional de gordura, devido a que a classificação das diferentes classes de obesidade é baseada no IMC.
- recomendar que o diagnóstico de “pré-obesidade” (sobrepeso), correspondente a um $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$, seja incluída na CID-11 apenas se o paciente manifesta sintomas de doenças cardiovasculares ou metabólicas.
- usar definições de diagnósticos e categorias de obesidade que aludem à idade de um paciente. Assim, um determinado IMC na faixa de sobrepeso é de maior preocupação médica em um paciente mais jovem do que em um idoso.

Resulta relevante que a EASO, nessa mesma proposta, recomende que as sociedades em geral se esforcem por reduzir o ambiente obesogênico e ajudem as pessoas com obesidade a ultrapassar a estigmatização.

Um evento internacional realizado em Brasília na sede da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS & OMS, 2017) discutiu possíveis metas para reduzir a incidência da obesidade no Brasil até 2019. Para tanto, seriam adotadas algumas estratégias de políticas intersetoriais e de segurança alimentar. Dentre as ações planejadas encontra-se a redução do consumo de refrigerantes e sucos artificiais; aumento do consumo regular de frutas e hortaliças; combate à exibição de propagandas de alimentos processados para crianças. Dentre as estratégias de prevenção e redução da obesidade e sobrepeso, em especial no Brasil, atentam para a necessidade de reduzir o consumo de alimentos “com excesso de componentes críticos, como açúcares, sal, gorduras totais, gorduras saturadas e gorduras trans.” (OPAS, 2017), isto é, alimentos processados. Os alimentos processados são aqueles fabricados

“(…) pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos *in natura* para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar”. (ANS, 2017, p. 20).

Os alimentos ultraprocessados são formulações industriais a base de ingredientes como óleos, açúcar, amido modificado, gorduras hidrogenadas, corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, “[...] sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão [...]”. Existe um forte apelo mercadológico sobre este tipo de alimentos, especialmente entre crianças e adolescentes, além do fácil acesso. Por alimento *in natura*, a definição dada pela Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS, 2017) é:

Alimentos *in natura* são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza, como folhas e frutos ou ovos e leite. Alimentos minimamente processados são alimentos *in natura* que foram submetidos a alterações mínimas, a exemplo dos grãos secos polidos ou moídos na forma de farinhas, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado. (OPAS, 2017)

Outras estratégias se dirigem a subsídios para reduzir o preço de alimentos *in natura* bem como alertar nos rótulos das embalagens quanto a quantidades de sódio, açúcar, gorduras saturadas, dentre outros. Consideramos favorável o enfoque destas políticas no se refere à redução de alimentos ultra processados e aumento do consumo de alimentos *in natura*, além de estimular “ambientes favoráveis à alimentação saudável” (OPAS, 2016). No intuito de difundir o conhecimento sobre a alimentação saudável no contexto do Brasil, o Ministério da Saúde elaborou o Guia Alimentar para a população Brasileira (Ministério da Saúde, 2014). O documento aporta informações que vão além do âmbito nutricional e considera as implicações políticas, sociais e econômicas engajadas na escolha alimentar. Entende-se que o padrão alimentar não é construído apenas de uma escolha individual, mas é também atravessado por questões de “[...] natureza física, econômica, política, cultural.”

Consideramos que a abordagem desta complexa condição deve priorizar estratégias macropolíticas direcionadas para a redução do ambiente obesogênico. Neste ponto, ressaltamos os seguintes eixos: a melhoria das condições de trabalho, a segurança pública (o medo da violência conduz às praças de alimentação dos grandes centros comerciais), o sistema de transporte, os modos de circulação nas cidades, o acesso a alimentos *in natura* e livres de agrotóxicos. Cabe ressaltar que no Brasil ainda é permitido o uso de agrotóxicos que já foram proibidas nos Estados Unidos e na União Europeia (Câmara dos Deputados, 2019). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2018) o contato e a exposição aos agrotóxicos podem

ocasionar inúmeras doenças e afetam principalmente a saúde dos trabalhadores agrícolas, embora toda a população também esteja vulnerável à toxicidade destes produtos. Nesse sentido, investir em transformações no âmbito política e social se apresenta como uma estratégia mais eficaz para o controle da obesidade e seus possíveis efeitos agravantes à saúde.

52'VQF C'I QTF WTC'UGT f 'ECUVK CF CA''

58'C'pqc' b qt cκ'è'èwnt c'hs'pgu'g'h'bodybuilder

A moral que outrora recaia sobre a sexualidade agora se desloca para as formas do corpo. Este é continuamente submetido a vigilância, auto inspeções, investigações que o retratam em seu interior (pelas imagens da biomedicina) e em seu exterior (pelo olhar social e exposições midiáticas). Após séculos de puritanismo referente a sexualidade, a busca pela saúde e pela “boa forma” parece representar um novo código de moralidade. De acordo com Goldemberg (2011):

(...) a exibição do corpo requer dos indivíduos não apenas controle de seus impulsos, mas também o (auto) controle de sua própria aparência física. O decoro, antes restrito à não exibição dos corpos, é agora concentrado na obediência a um novo código para sua exibição. (p. 550).

Este “código”, se consolida a partir de uma produção de saberes e tecnologias sobre o funcionamento do organismo e sua exequível promessa de longevidade. Retomando a Foucault (1988, p. 10), em *História da Sexualidade I - A vontade do saber*, observamos um momento histórico no qual o puritanismo vitoriano do século XIX reprime os corpos, a sexualidade e a tudo que diz respeito a ela: “Ao que sobra só resta encobrir-se; o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos.” Nesse sentido, o trabalho de Goldenberg (2011) robustece a compreensão sobre o ideal do corpo moderno: despido de roupas, coberto de músculos. O império da saúde e da “boa forma” se apresenta atualmente como um novo tipo de moralidade, legitimado pelo saber científico e pela medicina. O psicanalista Joel Birman (2014) nos aponta que os anseios pela “boa saúde”, pode ser entendido como algo análogo a busca pela “salvação”, típico do pensamento religioso da idade média. Desprovido de um Deus, ou de uma instituição religiosa que possa estabelecer normas e explicações para seu destino incerto, as subjetividades na contemporaneidade depositam nas ciências toda a sua “fé” para livrar-se da morte, da doença e da velhice, estes, verdadeiros suplícios infernais para sociedade do espetáculo.

No imaginário social, evidencia-se uma articulação entre saúde e “boa forma”. Estar em forma, significa estar mais próximo dos ideais de beleza disseminados em uma determinada época. No contexto atual, a “boa forma” é a de corpo adequadamente docilizado, cinzelado por condutas, técnicas e suplementos que o tornem mais jovem, mais forte, mais magro. Nesse contexto, observa-se a banalização do uso de medicamentos, no consumo de alimentos “light” (porém industrializados), na busca por técnicas e procedimentos estéticos que muitas vezes podem ser letais. Vemos então que nem sempre um estilo de vida “saudável” é compatível com um determinado ideal de beleza.

A imagem do corpo ideal da atualidade evidencia valores como disciplina, obediência e esforço. Livre de gordura, fabricado, esculpido com persistência e devoção, e com o auxílio da medicina. E o corpo, como palco para as performances deste espetáculo, se localiza como veículo para a consolidação destes códigos. Um estilo de vida mais saudável é difundido na cena contemporânea como “cultura fitness”. A expressão, tão recorrente em diversos veículos midiáticos nada mais é do que uma adaptação mercadológica que investe na ilusão de um consumo saudável.

O termo *Fitness*, de origem anglo-saxã, tornou-se facilmente reconhecido no Brasil. A palavra é adicionada há diversos produtos, alimentos e representa um conjunto de práticas corporais. Tornou-se um adjetivo com poder adstringente capaz de tornar produtos confiáveis, alimentos incapazes de engordar e caracterizar um estilo de vida saudável. Tudo pode ser *fitness*: uma receita de bolo, um tipo de roupa ou uma pessoa.

A lógica fundamental da cultura *fitness* é promover o sentimento de ter uma vida saudável e, portanto, mais protegida dos riscos de adoecimento. Representa também um ato simbólico de recusa as tentações alimentares facilmente encontradas no cotidiano. Estas delícias cheias de glúten e açúcar permitem o acesso a um prazer imediato em qualquer lugar a qualquer hora. Se adequam a uma dura rotina do trabalho (por que não comer biscoitos no rápido intervalo do escritório? Um chocolate para se distrair na hora do engarrafamento?). Eles estão sempre à disposição nas prateleiras do mercado, suculentos ou crocantes, coloridos, bem embalados e com um longo prazo de validade. Não necessitam de tempo de preparo, evitam sucessivas idas ao mercado. De fato, parece um ato de resistência não ceder a estes apelos gustativos.

O *fitness* tornou-se um estilo de vida, um traço identitário que caracteriza uma personalidade tão tenaz quanto seus músculos. Seus verdadeiros adeptos devem apresentar um

modelo de corpo “sarado”. Lembremos que o corpo sarado⁹ tem o mesmo sentido de corpo curado. O verbo sarar é sinônimo de “curar”, tornar saudável. Notamos assim uma importante articulação entre beleza, saúde e a cultura fitness.

As práticas regulares de exercícios físicos possuem uma ampla gama de adeptos que almejam diferentes níveis de transformação corporal. É possível transformar a aparência com o próprio esforço e abnegação, a partir de uma ótica bem semelhante ao protestantismo. O *fitness* favorece um lugar seguro, afastando seus seguidores dos riscos da vida pós-moderna como por exemplo, o uso de drogas, tabaco, o sexo fora do casamento (inseguro por excelência). O sedentarismo também aparece nesse contexto como um potencial risco à saúde, sendo necessário combatê-lo já que a vida atual nos impõe uma rotina sedentária: nos deslocamos em veículos coletivos ou particulares, trabalhamos sentados, assistimos filmes e séries na cama ou sofá, só nos dispomos a andar em viagens ou na esteira da academia).

Vale destacar que não nos referimos aqui as práticas de exercício físico como um gosto, um esporte, como uma prática que produz satisfação. Localizamos aqui um aspecto da cultura *fitness* que opera como um dispositivo do poder no sentido foucaultiano, que se impõe como uma necessidade moral e quase ideológica. Este poder estrategicamente atua favorecendo práticas consumistas, comportamentos de auto vigilância e a segregação dos grupos que não se adequam a este registro (como por exemplo, os idosos). A cultura *fitness* nesse sentido se ocupa em disseminar uma busca incessante pela lapidação da imagem de si e do corpo, tornando-o mais aprazível a normatização pós-moderna. Observamos então uma formação subjetiva centrada em si mesma e portanto, com pouca disponibilidade para pensar na vida coletiva. “Mediante as atividades do fitness, o psiquismo é externado, os indivíduos são somatizados.” (ORTEGA, 2003, p. 62). A experiência subjetiva se conforma às regras de disciplinamento dos corpos. Temos como resultado, “[...] um indivíduo responsável que orienta suas escolhas comportamentais e estilo de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito [...]” (ORTEGA, 2003, p. 65). A radicalidade da cultura do corpo em seu disciplinamento máximo pode ser representada pela imagem dos halterofilistas que fabricam o corpo dos sonhos com o com o lema: *No pain, no gain* (sem dor, sem ganhos).

Na tradução literal do inglês, o significado do *bodybuilder* parece bem adequado: construtor do corpo. O *bodybuilder* é um operário que trabalha ferrenhamente em sua própria

⁹ Os sentidos encontrados no Dicionário Aurélio foram: “Dar saúde a (quem está doente); Curar.Curar-se”. <https://dicionarioaurelio.com/sarado> Acesso em 23/11/2018.

construção, sempre em reforma para aumentar e melhorar seu rendimento. Seu objetivo incessante é o de ampliar as dimensões do corpo real, torná-las um espetáculo da anatomia humana. Para este grupo o corpo é um fim em si mesmo, e por esta razão, a vida está a serviço dele. É primazia do alto rendimento, do corpo reconstruído pelo esforço, o cinzelamento das formas hipertrofiadas. Longe dos antigos *freak-shows*, o corpo do body building se incorporou ao cotidiano dos anos oitenta para além dos limites das academias. É uma evidência hiperbólica e pós-humana como bem exemplifica a figura do cyborgue indestrutível representado Arnold Schwarzenegger no filme “O exterminador do futuro” de 1984.

O bodybuilding é a apoteose do espetáculo. Seu corpo objetivamente não tem funcionalidade alguma para além das competições. São músculos que não se destinam a prática esportiva, como por exemplo, aos feitos extraordinários da ginástica olímpica. O corpo do bodybuilding é mais que nada um efeito visual, um impacto, uma escolha determinada. “Para tornar-se um fisiculturista, diferentemente do que ocorre nas sociedades primitivas, é preciso seguir leis e normas: ser disciplinado e desenvolver autocontrole”. (ESTEVÃO, 2005).

Alcançar o corpo super musculoso requer um conjunto de práticas que não se restringem as horas diárias de treino. Estas práticas incluem uma alimentação rigorosa, geralmente a base de proteínas, o uso contínuo de suplementação sintética e esteroides anabólicos. Conhecidos popularmente como anabolizantes, trata-se de substância sintética que possui efeitos masculinizantes, tais como o aumento da massa muscular esquelética. (Iriart *et al*, 2009). A questão da saúde, não parece ser um bom argumento para o caso dos bodybuilding. O uso dos esteroides anabolizantes possui efeitos colaterais com potenciais riscos a saúde. Há um aumento dos riscos de problemas cardiovasculares, tais como arritmia, hipertrofia ventricular e infarto do miocárdio. O sistema hepático também sofre alterações, havendo um maior risco de hepatite e hiperplasias. (Iriart *et al*, 2009).

A noção de vulnerabilidade ao risco não aparece nesse contexto. Inclusive, a exposição ao risco parece reforçar um significado de coragem, um tipo de desafio heroico a ser superado pelos corpos hiperbólicos. Para um bodybuilding, ou um fitness, a gordura é uma camada espessa que oculta aquilo que mais se deseja exibir. Quanto menor o percentual de gordura, mais visível se torna a definição muscular. Podemos pensar no fisiculturista como a antítese absoluta do obeso. Corpos dos excessos, gigantes que transitam na cena contemporânea com diferentes composições e provocando diferentes olhares. O bodybuilder experimenta seu corpo como uma vitória gloriosa. Seu andar se caracteriza por uma rigidez quase robotizada do músculo, com movimentos curtos, sempre tensionados, a pele esticada ao máximo

(COURTINE, 2005), enquanto o obeso arrasta seu corpo como um fardo. A lassidão do caminhar, o aspecto geralmente flácido, de contornos pouco definidos, com formas mais arredondadas (pouco masculino?). No primeiro caso a vida se submete ao corpo e no caso do obeso, o corpo submete a vida. O alimento possui para ambos os sentidos completamente opostos.

A disciplina alimentar do fisiculturista é tão dura quanto a rotina dos extenuantes exercícios diários. O ato de comer é desprovido da satisfação, torna-se um ato mecânico semelhante a um combustível que alimenta uma máquina, orientado exclusivamente para o rendimento. A satisfação é deslocada do ato de comer e remanejada narcisicamente para a imagem no espelho. O prazer está em se superar, vencer os limites, ver na carne a realização do trabalho árduo.

No caso dos obesos, este corpo que confessa publicamente seus excessos carrega a insolência frente a ordem da boa forma e da saúde. Supõem que lhe falta amor-próprio, escapam as normas do controle de si. É uma questão de “saúde”, dizem. Contudo, no caso dos fisiculturistas a temática da boa saúde parece questionável. O uso constante de substâncias, suplementos, esteroides e anabolizantes não parece dialogar com parâmetros de “boa saúde”. Entretanto, ainda que não cumpra os requisitos da boa saúde o corpo super musculoso no qual a gordura não penetra, exalta a supremacia da razão sobre o corpo, o operário que controla sua própria obra com tenacidade e persistência e faz questão de exibir ao mundo a conquista dos seus esforços. Uma meritocracia do corpo?

"

504'Vqf c'pwf gl 'tgt^a 'écwli cf cA''

No século XXI, a nudez é bem vinda e jamais será castigada desde que os corpos performem em consonância aos imperativos estéticos mais centrais da atualidade: juventude e magreza. A polidez dos gestos vitorianos se literaliza agora na carne. Portanto nossos corpos propagam um outro tipo de docilização. O corpo, além de “belo”, precisa ser útil – mas já não se trata da utilidade pelo trabalho nas fábricas, mas sim pelo exercício incessante do consumo – ou de ser consumido. O corpo que consome é o que se permite aderir as múltiplas ofertas do mercado. Adereços, acessórios, cosméticos, maquiagens, massagens modeladoras, exercícios, suplementos, procedimentos estéticos, cirurgias plásticas, e uma infinita gama de tecnologias que associam o consumo contínuo à manutenção de um corpo “saudável” e publicamente apresentável. A moral e os bons costumes vitorianos se apresentam agora com outros discursos

que recaem sobre a imagem do corpo e não mais sobre a sexualidade. Dele se exige bons modos, boa forma, disciplina, saúde e juventude. O corpo consumido se localiza como “(...) objeto de uma exploração farmacopornográfica máxima.” (PRECIADO, 2018, p. 52). Para Preciado a junção farmaco-pornográfico deriva-se do fato de que “Não há pornô sem Pílula ou Viagra” assim como não há “viagra ou Pílula sem pornô”. O corpo consumido torna-se rentável a depender da sua qualidade de “força orgásmica”. (p. 49).

Na peça teatral “Toda nudez será castigada” (1965), Nelson Rodrigues discorre uma crítica ácida aos costumes e moralismos da sociedade carioca da década de sessenta, tendo como eixo da trama a relação entre Geni, a prostituta, e Herculano, o viúvo provedor da família. Herculano é aquele que se encarrega de reproduzir os valores da tradição familiar, que, por conseguinte, tornam-se incompatíveis com seu desejo. A contradição e dualidade marcam este personagem, repleto de culpa e moral. Herculano quer legitimar-se como um “homem de bem”: almeja ser um bom pai, um bom irmão, um homem de família. Ele zela pela memória da sua falecida esposa, figura quase santificada em um primeiro momento da trama. Deprimido e pensando em suicídio, à sua salvação, nas palavras do irmão Patrício, não estaria nas mãos de um padre e nem de um médico. Seria uma mulher a que iria fazê-lo voltar a condição de provedor da família. Nesse momento a prostituta Geni aparece na vida de Herculano, subvertendo todos os seus ideais de moral e “bons costumes”.

Em um diálogo com uma das tias, Herculano evidencia seu preconceito e hipocrisia ao desqualificar as prostitutas logo após um encontro amoroso com Geni (RODRIGUES, 1965/2012, p. 38, Segundo Ato).

HERCULANO (desesperado) — (...) Todos os meus amigos sabem que eu tenho horror, horror da prostituta. Nunca entrei numa casa de mulheres. Só entrei uma vez. Em solteiro. Eu era rapazinho. Entrei e fugi logo, nunca mais. Entenda! Esse assunto, aliás. Mas compreendeu? Simplesmente, eu não acho a prostituta mulher. Não é mulher!

Percebemos a partir deste fragmento, que a voz do personagem Herculano destitui Geni da possibilidade de ser reconhecida como uma mulher. Entretanto, no começo do texto (que é em verdade o fim) Geni devolve a resposta a Herculano:

GENI - Herculano, ouve até o fim. Você pensa que sabe muito. O que você sabe é tão pouco!

De fato, Herculano pensa que sabe, mas sabe pouco. Ele é um reprodutor de falas e de normas as quais nem ele sustenta. Mas ele pensa que sabe muito. Patrício, seu irmão e articulador de toda a trama – e lembremos que patrício é aquele que pertence a mesma pátria - assume o seu lugar no núcleo familiar. Ele diz a Geni:

PATRÍCIO (exaltando-se) — Eu sou o cínico da família. E os cínicos enxergam o óbvio. A salvação de Herculano é mulher, sexo! (p. 14)

Patrício também aponta com seu típico cinismo e deboche as repressões sexuais vividas pelas mulheres da época. Então, ele conclui que Geni não “é qualquer mulher”: por seu saber sobre o corpo e sobre o sexo, ela se localiza como exceção, conforme ele diz: “De cada mil mulheres, só uma não é chata sexual. Novecentas e noventa e nove são chatérrimas”. Patrício portanto, percebe que há em Geni um saber. Ela saberá desarticular o conservadorismo de Herculano através do sexo.

PATRÍCIO (berrando) — Geni, meu irmão é um casto. E o casto é um obsceno.

O medo de que Herculano cometa suicídio parece válido. Podemos pensar numa necessidade metafórica de que certas mentalidades se auto exterminem, não no campo de uma materialidade corpórea, mas sim, no campo da abstração. Quem precisa morrer é um porta voz de discursos normatizadores, sexistas e opressores. Cabe lembrar que a formosa dama Geni, da música de Buarque, Geni e o Zeppelin (1979), foi também a que salvou a cidade. Talvez o comandante do Zeppelin tivesse o mesmo papel de “matar” no campo da abstração. O próprio comandante do Zeppelin afirma:

Quando vi nesta cidade
Tanto horror e iniquidade
Resolvi tudo explodir

O comandante desiste do extermínio quando se depara com a outra Geni, “tão bondosa tão singela”. Herculano facilmente poderia compor o coro da cidade que diz: “Joga pedra na Geni”. Frente à censura e a repressão, a sexualidade só poderia ser exercida na invisibilidade de zonas abissais, camufladas, em espaços destinados a essas práticas, como bem ilustra a composição de Chico Buarque. O corpo de Geni está disponível para encontros com vidas abjetas, segregadas da norma da cidade, em espaços específicos, como “na garagem, na cantina, atrás do tanque, no mato”. Geni oferta seu corpo para “quem não tem mais nada”.

Preciado (2018, p. 50) localiza que ao longo da história, os corpos mais pornificados – é dizer, explorados enquanto objeto de consumo ejaculatório - foram “(...) o das mulheres e o das crianças, o corpo racializado dos escravos, o corpo do jovem trabalhador, o corpo homossexual (...)” e também, eu diria, o corpo transexual.

Na peça de Nelson Rodrigues, Herculano novamente inscreve Geni em um lugar determinado e irreversível (p. 16): “Vagabunda é vagabunda!”. Imerso em ideal de família nuclear “importada”, Herculano acredita que deveria estar morto e enterrado junto com a esposa, figura em princípio sacralizada pelo personagem. Como bem indica Oyěwùmí (20014, p. 4): “[...] a categoria ‘esposa’ está enraizada na família”. Mas de qual modelo de família? A autora situa que: “A família nuclear, porém, é uma forma especificamente euro-americana; não é universal.” Este modo de organização familiar se estrutura a partir de relações generificadas, tipificadas pelos papéis de esposa-mãe/pai-provedor/ filho-filha. Herculano, alienado às forças que modelam seu pensar, expressa seu repúdio e preconceito a prostituta Geni. Nesse contexto, entendemos que a sexualidade foi confiscada pelo leito matrimonial, restando-lhe ocupar os espaços “invisíveis”, marginalizados, como os becos e prostíbulos.

Na peça de Rodrigues, assim como na música de Chico Buarque, a sexualidade da Genis era considerada “imoral” perante a moral repressora da época. Atualmente e até certo ponto, a mulher obesa é uma das figuras que ocupa um lugar “imoral” visto que confronta os valores da saúde e de uma cultura heteronormativa que objetifica os corpos das mulheres. Há na imagem da mulher obesa uma estética que recusa a subserviência aos desejos de masculinidades formatadas em bases capitalistas-eurocênicas-heterossexuais-sexistas. Estes corpos também sobrevivem “às escondidas”, conforme veremos posteriormente nos relatos das participantes. Corpo camuflado, escondido, que não deve (embora possa) se expor ao olhar social. Nesse sentido, podemos pensar numa espécie de transição progressiva nos modos de controle e disciplinarização das últimas décadas: o rigor moral, que outrora cerceava a sexualidade, hoje recai sobre os referenciais estéticos. Uma espécie de “puritanismo pós-moderno” reprime a liberdade dos corpos, mantendo-os úteis, saudáveis e laboralmente produtivos. Para Ortega (2003, p. 61): “O tabu que se colocava sobre a sexualidade deslocou-se agora para o açúcar, as gorduras e taxas de colesterol”.

Vemos assim a normatização dos corpos a partir de discursos orientados pelas ciências médicas, encarregadas de determinar quais são os parâmetros de prolongamento da vida. Justapostos a esta ideologia da saúde e bem estar, contamos com o auxílio da mídia, sempre disposta a proliferar imagens de corpos jovens, sarados, retocados, inatingíveis e

completamente adequados aos ideais estéticos vigentes. Quais seriam os corpos desejáveis? Desejáveis seriam, sobretudo, aqueles corpos docilizados, os que melhor perpetuam o potencial de consumo. Retomemos Foucault em *História da Sexualidade*, ao destacar que o poder seria essencialmente aquilo que “dita a lei” (1988, p. 15). Se em 1965, toda nudez foi castigada, em 2018, podemos pensar que toda gordura será castigada. Nas palavras de Paula Sibilia (2006, p. 47) : “(...) hoje a subjetividade parece se mostrar na exterioridade da pele. Agora somos apenas e tão somente aquilo que aparentamos ser, mas também somos tudo aquilo que em nós se vê”. Os modos de apresentação de si implicam no refinamento de práticas de visibilidade. Nesse sentido, tudo o que possa “sair bem na foto” é capturado como um valor inestimável. É o mercado da aparência no sentido posto por Debord (1997): aquilo que parece ser bom é o que é bom. Portanto, a aparência física é tratada como uma evidência subjetiva, revelando qualidades ou defeitos, aquilo que é passível à admiração ou rejeição.

Entretanto, a arte em seu potencial de flexibilizar perspectivas calcificadas, ofertou um contraponto através do trabalho realizado pelo artista plástico Lucien Freud. Em 1995, o artista, neto de Sigmund Freud, inspirou-se em Sue Tilley, uma mulher que na época pesava 127 quilos para uma das suas obras intitulada *Benefits Supervisor Sleeping* ou *A supervisora de benefícios dormindo* (óleo sobre tela, 1995).

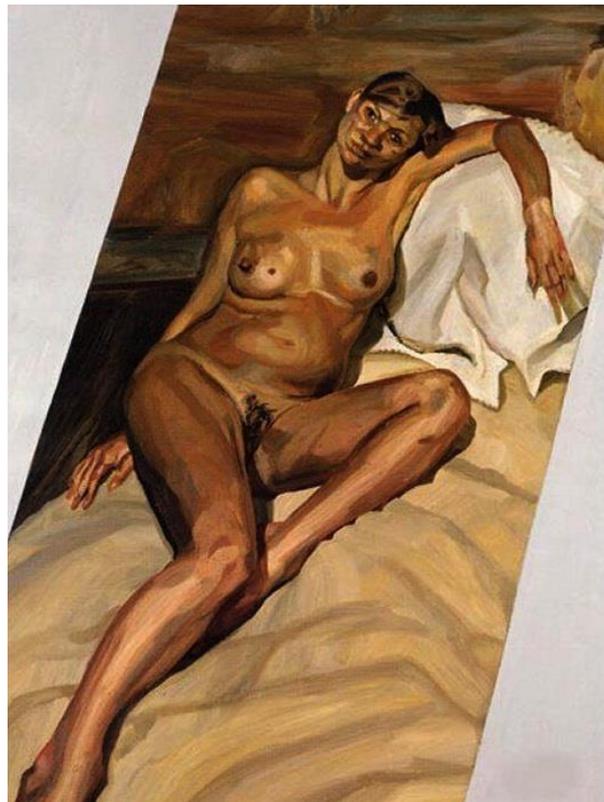
A supervisora de benefícios dormindo, 1995



O corpo nu de Sue é retratado com um realismo extremo, como se ali não houvesse nenhum expectador. A *Supervisora de benefícios* é uma imagem que se inscreve como uma

antítese do espetáculo. Ela não está interessada em se mostrar, em camuflar a gordura do seu corpo, em cobri-lo com o habitual decoro que recai sobre os corpos dissonantes. Ao mesmo tempo a obra permite uma relação de intimidade com Sue, como se fosse possível ter as chaves da sua casa, entrar a qualquer momento e flagrar seu cotidiano. Em 2008, a obra foi comprada por Roman Abramovich, um bilionário russo dono do Chelsea (clube de futebol britânico) por US\$ 33,6 milhões e atingiu o recorde por se tornar o quadro mais caro pintado por um artista em vida. A venda da *Supervisora de Benefícios* causou bastante polêmica e comentários pejorativos nas redes sociais. Lucien Freud também retratou em uma das suas obras, a super model Kate Moss. Ela representava a imagem de uma magreza extrema que era a marca das modelos desta década cumprindo uma estética popularmente chamada de *“heroin chic”*. Em 2002, o artista retrata de modo hiper realista o corpo esbelto de Kate Moss com o mesmo olhar que retrata a Sue Tilley. Kate Moss é apresentada pelo olhar do artista como nunca antes vista: ela se encontra reclinada sobre uma cama de modo desprezioso, cabelos escondidos e quase sem expressão. Kate não faz pose, não se esforça por parecer magra e até transmite certo tédio.

Kate Moss, Lucien Freud, 2002



Em seu realismo extremo, o artista subverte todo o ideal de uma sociedade espetaculista que associa a magreza dos corpos a valores estéticos e morais. Os personagens de Lucien Freud estão cansados, sem nenhum interesse em sair “bem na foto”. Eles querem descansar, sem roupas, sem adereços, sem iluminação especial. Talvez aí se encontre o mistério e brilhantismo da sua obra, para além da mercantilização das artes. É intrigante que justamente a imagem realista de uma mulher obesa descansando em um sofá tenha sido o quadro mais caro vendido por um artista vivo, considerando o momento no qual os corpos devem ser magros e “sarados”.

No momento atual, a “boa forma” do corpo aparece como uma obrigação moral, um atributo que qualifica o humano, tornando-o digno de admiração. Diversos dispositivos e técnicas atuam na modelagem dos corpos, tanto para fins meramente estéticos como de saúde. Nesse sentido, concordamos com Le Breton (p. 30, 2009): “O homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou a fragilidade, manter sua ‘saúde potencial’. O corpo é hoje um motivo de apresentação de si”. (grifos do autor). Assim, a materialidade física do corpo torna-se alvo de constantes modificações, como um empreendimento a ser continuamente reformado. Descreveremos agora algumas estratégias, técnicas e intervenções desenvolvidas no intuito de modelar os corpos e finalmente livrá-lo de um “mal” do século XXI – a obesidade. Talvez, atualmente, Geni precisasse submeter seu corpo a novas práticas de adestramento com investimento de capital afim de que sua nudez não seja castigada.

"

56' C'êwt c''

A obesidade, uma vez estabelecida como uma doença crônica requer estratégias para sua prevenção e de tratamento. Por se tratar de uma condição multifatorial, a abordagem terapêutica também deve ser considerada sob uma perspectiva multiprofissional e transdisciplinar (ANS, 2017). O aumento dos índices de obesidade entre crianças e adolescentes requer atenção e estratégias preventivas a partir de uma noção de saúde ampliada, visto que este grupo encontra-se mais exposto ao estilo de vida excessivamente sedentário, tecnológico, com amplo acesso ao consumo de alimentos processados e industrializados. Nesse sentido, é pertinente o entendimento da ANS (2017, p. 29) de que: “Um dos alicerces para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade reside na promoção da alimentação saudável”.

As opções de tratamento do ponto de vista técnico-científico podem ser definidas como abordagens farmacológica, não farmacológica e cirúrgica. A abordagem farmacológica inclui

tratamento medicamentoso onde a perda de peso esperada é de aproximadamente 10% do peso corporal, e pode incluir alguns psicofármacos como tratamento coadjuvante. O uso de fitoterápicos e suplementos não é uma opção terapêutica recomendada.

Por abordagem não farmacológica considera-se o acompanhamento nutricional, tratamento psicoterapêutico e atividade física regular (MAGDALENO Jr, 2009). A inatividade física se relaciona não apenas com a obesidade, mas outras doenças crônicas como “(...) doença coronariana, da hipertensão arterial, das doenças musculoesqueléticas, das doenças respiratórias e da depressão”. (ANS, 2017, p. 32).

A orientação nutricional deve ser individualizada, respeitando as especificidades culturais, econômicas e sociais de cada paciente. (ZANELLA & RIBEIRO, 2019). Para os casos de pacientes adultos obesos não responderam ao tratamento condicional, recomenda-se a Cirurgia Bariátrica, atualmente considerada a opção de tratamento mais eficaz para a obesidade. De acordo com a ANS (2017, p. 26): “Com relação à indicação de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes, não está claro se algum perfil de paciente - criança ou adolescente - pode se beneficiar do tratamento cirúrgico.” Outra opção de tratamento pouco invasiva e não definitiva, é o balão intragástrico, uma técnica que merece uma melhor caracterização.

5.5. Balão Intragástrico

Para os casos em que tratamentos convencionais não promoveram resultados satisfatórios a médio e longo prazo pode-se optar por procedimentos mais invasivos.

O balão intragástrico (BIG) é uma técnica restritiva, não cirúrgica e de efeito provisório. Este procedimento tem por objetivo reduzir o volume do estômago através da introdução de um balão de silicone inflado com uma mistura de soro fisiológico (entre 400ml e 700ml) e corante azul de metileno. O BIG é colocado no estômago via endoscopia e requer uma leve sedação podendo ser realizado em ambiente ambulatorial.

O balão intragástrico é indicado para pacientes com obesidade grau II, ou seja, com IMC entre 35 e 40 kg/m², ou com IMC abaixo de 35 kg/m² desde que associado a outras comorbidades agravadas pela obesidade mórbida. (Flesch et al., 2017). Além destas indicações o uso do BIG é recomendável como tratamento prévio a cirurgia bariátrica para os casos de pacientes superobesos e que devido as próprias condições clínicas não possuem condições de se submeter a intervenção cirúrgica. (Borges et al., 2018; Sallet et al., 2012).

É uma técnica indolor, com baixos riscos de complicações (Borges et al, 2018). O BIG possui ação mecânica, causando a redução do reservatório gástrico que resulta numa sensação de saciedade. Desta forma, a diminuição do apetite favorece a adesão a uma conduta alimentar menos calórica. O volume do balão pode ser equivalente ao volume de uma refeição, mas com o balão não haverá o esvaziamento gástrico. (Flesch et al., 2017).

Este procedimento apresenta pouco impacto na rotina do paciente, sendo que os primeiros dias são os que mais demandam atenção por se tratar de um período adaptativo. É comum nos primeiros dias um desconforto causado por náusea e vômitos. Contudo é possível que a pessoa retorne as suas atividades de rotina no dia seguinte.

A durabilidade do tratamento pode variar de seis meses até um ano, e requer acompanhamento nutricional durante e após a retirada do BIG. A perda média de peso com este tratamento é em torno de 14 a 19 quilos. (FLESCHER, 2017). Por se tratar de um procedimento temporário, após a retirada do balão, existe a possibilidade de reganho de peso e dificuldade para a manutenção de peso perdido. A eficácia do balão para a perda ponderal a médio e longo prazo tem resultados pouco animadores na literatura científica (Repetto & Rizzolli, 2006).

O balão intragástrico, ainda que possua um caráter temporário, não deixa de ser uma técnica que intervém no corpo, estabelece uma limitação que é externa ao sujeito. Um interdito material posto por alguém que domina a técnica – neste caso o médico. A fome é interdita não por cortes, mas por um objeto que promove uma sensação de saciedade contínua. O balão preenche um vazio real, matéria que ocupa o estômago, é uma presença sintética que limita a voracidade da fome.

5.5.4.4. O Balão Intragástrico

A Cirurgia Bariátrica Metabólica, ou gastroplastia, é o nome dado a intervenção realizadas no aparelho digestivo para tratamento da obesidade e tem como objetivo promover a redução de peso. Considerando a dimensão epidêmica da obesidade nas últimas décadas, a Cirurgia Bariátrica e Metabólica se popularizou como uma opção rápida e eficaz de tratamento para a redução do peso e melhoria das comorbidades associadas à obesidade (VENÂNCIO et al., 2011). Segundo Ribeiro e Cremasco (2017) as estimativas apontam êxito de 85% das cirurgias. Entretanto, com o passar o tempo, resulta dificultoso aos pacientes operados manter o peso perdido, além dos riscos de reganho ponderal (Garroni et al., 2014). Como aponta

Magdaleno Júnior (2009, p. 31): “(...) o sucesso da terapêutica cirúrgica depende de mudanças comportamentais significativas”.

Em princípio, os resultados benéficos da cirurgia incidem tanto no emagrecimento quanto na melhoria das comorbidades associadas a obesidade. não somente no aspecto clínico do paciente. Carrasco et al, (2014) destacam os benefícios da cirurgia no âmbito psicossocial.

Os primeiros registros da cirurgia bariátrica ocorreram nos anos 50. A técnica inicialmente consistia na redução do intestino delgado. No Brasil, as primeiras cirurgias foram realizadas pelo médico Salomão Chiab na década de 60 seguindo os parâmetros técnicos da época que visavam o desvio do intestino, reduzindo assim, a capacidade de absorção de nutrientes (BERTI & CARAVATTO, 2019).

Nos Estados Unidos, no início da década de 1980, o médico Edward Mason começa a desenvolver a gastroplastia vertical com bandagem, conceito cirúrgico orientado para a ação restritiva de a ingestão alimentar. Esta técnica consistia do fechamento de uma parte do estômago através de um grampeamento vertical com adição de uma bandagem. Contudo, o segmento desta intervenção demonstrava que os pacientes operados voltavam a ganhar peso. A resposta para este resultado não tão animador estaria vinculada a uma readaptação do consumo alimentar dos pacientes que passavam a ingerir alimentos altamente calóricos e facilmente suportados pelo estômago reduzido, como por exemplo, leite condensado, *Milk shake*, etc. (FÂNDINO et al., 2004).

No Brasil as técnicas seguiam o modelo disabsortivo, com desvio de grandes áreas do intestino delgado. Nesse período, início da década de oitenta, haviam poucos procedimentos realizados. De acordo com Berti e Carvalho (2019) isso se deve ao fato a obesidade ainda não era considerada uma doença. Além disso, as dificuldades técnicas próprias a intervenção bem como o déficit nutricional pós-operatório geravam certa desconfiança sobre a eficácia do procedimento.

Surpreende que o Brasil seja o segundo país no mundo que mais realiza operações deste tipo, ficando atrás apenas do Estados Unidos. Segundo informações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM, 2018) 76% dos procedimentos são realizados em mulheres. No ano de 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar estipulou a cobertura obrigatória da gastroplastia por videolaparoscopia pelos planos de saúde de segmentação hospitalar através da resolução normativa Nº 387, de 28 de outubro de 2015 (ANS, 2017). No Sistema Único de Saúde o número de procedimentos também aumentou em torno de 13,5% a cada ano. (SBCBM, 2018) De acordo com Marchesine, presidente da SBCBM um dos fatores

a ser considerado para o aumento do número de procedimentos realizados pelo SUS é que muitos Brasileiros deixaram de ter plano de saúde privado no ano de 2017. Os estados brasileiros que mais realizam a cirurgia pelo SUS são respectivamente: Paraná, com 47%; São Paulo, com 20,2%, Minas Gerais, 8,7% e Espírito Santo 6,8% (SBCBM, 2018). Entretanto, em março de 2020, considerando o contexto da pandemia pelo Covid-19, houve um decréscimo de 35,6% no número de cirurgias Bariátricas realizadas pelo SUS (SBCBM, 2020).

Sobre os tipos de procedimentos existem três modalidades: restritivos (que diminuem a quantidade de alimentos que o estômago é capaz de comportar), desabsortivos (que reduzem a capacidade de absorção do intestino) e técnicas mistas (com pequeno grau de restrição e desvio curto do intestino com discreta má absorção de alimentos). Devido a suas complicações posteriores relacionadas a má absorção de nutrientes, as técnicas unicamente desabsortivas foram substituídas pelas restritivas, e preferencialmente técnicas mistas. (HOUT & HECK, 2009). Uma técnica restritiva que é atualmente utilizada é a gastrectomia vertical, conhecida como *sleeve*, é uma técnica que remove cerca de dois terços do estômago sem intervir no intestino (SBCBM, 2017). Existem algumas controvérsias sobre a eficácia deste procedimento, pois, acordo com Marchesine, presidente da SBCBM, tem sido comum os casos de recidiva da obesidade.

Atualmente esta é a técnica mais utilizada no mundo seguido do *bypass gástrico em Y de Roux* (Sallet et al., 2019). Trata-se de um procedimento misto que consiste na divisão do estômago por meio de um grampeador cirúrgico que reduz o volume gástrico. Além da restrição no estômago, realiza-se também um desvio no intestino inicial, procedimento que reduz a capacidade de absorver carboidratos e gordura. Atualmente, o *bypass gástrico y de Roux* e a *gastrectomia vertical* são as técnicas mais utilizadas no Brasil. (Sallet et al., 2019)

A Banda Gástrica é outra técnica criada no início da década de 80, e que chegou ao Brasil em 1996 (SBCBM b, 2017). Consiste na inserção de um anel de silicone e ajustável ao redor do estômago, que ao ser inflado com solução salina cria um estrangulamento do estômago, restringindo o volume gástrico. Inicialmente a banda gástrica parecia ser uma técnica pouco invasiva e reversível. Entretanto, em longo prazo, apresentava complicações que demandavam nova reabordagem cirúrgica. (Sallet.et al., 2019). O Duodenal Switch é uma técnica que associa a gastrectomia vertical e desvio intestinal. (SBCBM, 2017). Diante da falta de evidências consistentes, a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica ainda considera esta técnica como experimental. As cirurgias também podem ser abertas ou por laparoscopia sendo

esta última um grande avanço tecnológico que permite uma cirurgia bem menos invasiva e com menor tempo de recuperação.

A cirurgia bariátrica e metabólica é indicada quando os tratamentos clínicos convencionais não obtiveram resultados satisfatórios há pelo menos dois anos. Entende-se por tratamento convencional a “[...] a orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia [...]” (MS - Ministério da Saúde, 2017).

Para a realização da Cirurgia pelo Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu os seguintes critérios: pessoas com $IMC \geq 50 \text{ Kg/m}^2$, os superobesos, de acordo com a SBCBM (2017); pessoas com $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$, com ou sem comorbidades e que não obtiveram êxito no tratamento clínico longitudinal por no mínimo dois anos; e considera-se também os que possuem $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ associado a comorbidades, tais como, hipertensão arterial de difícil controle, alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e apneia do sono. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A cirurgia conta com avaliação prévia e acompanhamento da equipe multidisciplinar. De acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.172/2017, uma equipe básica deve contar no mínimo com os seguintes profissionais: cirurgião geral ou do aparelho digestivo, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Tal procedimento só pode ser realizado em hospitais de grande porte que realizem cirurgias de alta complexidade, com plantonista hospitalar 24h e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Do ponto de vista clínico o procedimento cirúrgico é contraindicado por exemplo em casos de doença cardiopulmonar grave e descompensada, tumores endócrinos, doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco; síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada (Ministério da Saúde, 2017); pessoas com limitação intelectual importante, uso abusivo de álcool e substâncias ilícitas. O suporte social e familiar é um aspecto a ser observado em todos os casos. Contudo, estas contraindicações não são fatores impeditivos para a realização do procedimento.

O procedimento permite uma perda ponderal intensa no primeiro ano de cirurgia, especialmente nos três primeiros meses. (PEREIRA & GONÇAVES, 2019). Espera-se haver uma perda de 20 - 25% do peso inicial após cerca de dois a três anos de procedimento. (ANS, 2017). Alguns estudos apontam que após dois anos de cirurgia parece haver uma diminuição

dos benefícios pós-cirúrgicos e nisso se inclui o risco de ganho de peso (VENÂNCIO et al., 2011) e comportamento alimentar inadequado, tais como o “petisco contínuo” e ingestão alimentar compulsiva. (CONCEIÇÃO et al., 2018). Estas informações reforçam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e acompanhamento contínuo do paciente após a cirurgia. De acordo com a ANS (2017, p. 37): “Os pacientes que serão submetidos a cirurgia bariátrica devem receber informações realistas quanto às necessidades no pós-operatório, uma vez que a cirurgia não é a cura para a obesidade, mas um tratamento que ajuda no seu controle”.

O período pós-cirúrgico requer um acompanhamento clínico e nutricional por toda a vida. Podem ocorrer efeitos como a síndrome de dumping, excesso de tecido cutâneo, flacidez, intolerância alimentar e carência de vitaminas. Em um artigo de revisão sistemática, Gonçalves et al. (2020) identificam a escassez de estudos qualitativos acerca da adesão ao tratamento multidisciplinar no período pós-bariátrica.

Embora haja um aumento contínuo no número de realizações de cirurgia bariátrica no Brasil, a orientação para o controle e tratamento da obesidade envolve estratégias de políticas intersetoriais e de segurança alimentar (OPAS & OMS, 2017).

Compreendemos a cirurgia bariátrica como um dos procedimentos mais radicais no que diz respeito à transformação corporal. A partir de apenas uma intervenção cirúrgica, torna-se possível uma transformação no corpo inteiro. Isso sem contar com o impacto desta transformação corporal na vida psicossocial daquele que se submete a este procedimento.

Os efeitos da Cirurgia Bariátrica são mais intensos do que a própria cirurgia plástica. Esta se destina a retocar, corrigir, e remover determinadas partes do corpo, e em geral, seus objetivos geralmente visam o rejuvenescimento e a modelagem das medidas corporais. Dentre alguns destes procedimentos podemos citar a abdominoplastia (remoção de gordura e pele do abdômen), rinoplastia (modificar a forma do nariz), *lifting* facial e levantamento das pálpebras. (Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética, ISAPS, 2016). A cirurgia plástica é orientada para o detalhe, para o cinzelamento da forma. Por esta predisposição a minúcia seu efeito convoca a necessidade de realizar outros procedimentos, seja para modificar outras partes do corpo, seja para complementar a correção já realizada.

A Cirurgia Bariátrica não apresenta um caráter lento progressivo no seu efeito, como vemos, por exemplo, no caso dos fisiculturistas. Apesar de ser considerada uma solução eficaz no controle do excesso de gordura corporal, deve ser entendida como parte de um tratamento contínuo, que implica na mudança de hábitos alimentares, estilo de vida, e consciência dos aspectos psicológicos e culturais envolvidos neste processo. De acordo com Magdaleno Júnior

(2009): “Estudos mostram que os obesos que se apresentam para tratamento cirúrgico da obesidade apresentam mais problemas psicopatológicos do que as pessoas obesas em geral da comunidade”. Embora o procedimento muitas vezes se apresente como uma “solução” para o problema da obesidade, os sintomas psíquicos e comportamentos alimentares inadequados não são tratados com a cirurgia. Portanto a intervenção cirúrgica por si só não assegura só um prognóstico favorável a longo prazo (MARIANO et al., 2013). Sabe-se também que a rápida transformação na aparência corporal traz consigo a emergência de novos posicionamentos psicológicos e necessidades de adaptação à nova condição. A escolha pela Cirurgia Bariátrica e Metabólica, embora bem fundamentada do ponto de vista médico-clínico, ainda é um procedimento pouco conhecido em seus efeitos tardios. Seu espectro, orientado para uma lógica imediatista, pouco favorece a compreensão dos processos subjetivos e sociais fundamentais para escolha.

A partir da escuta com mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica foi possível identificar o efeito ambíguo deste procedimento e a complexidade da intervenção.

"

505 'Cxcrlc ± q'Ruleqni lcc 'g'Elk wt i lc 'Dctk vt lcc"

A psicologia é uma das especialidades que compõem a equipe multidisciplinar tanto na avaliação pré-cirurgia bariátrica quanto no seguimento dos pacientes operados. No início da década de 90, centros de pesquisa do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos Estados Unidos, *National Institutes of Health*, recomendaram que os pacientes de cirurgia bariátrica recebessem avaliação psicológica pré-cirúrgica. A partir desse ano, as associações cirúrgicas e as companhias de seguros médicos começaram a solicitar a avaliação psicológica como parte do processo cirúrgico.

Em 2005, 90% das instituições bariátricas dos Estados Unidos já realizavam avaliação psicológica pré-cirúrgica (Bauchowitz et al., 2005). No Brasil, a presença do profissional de psicologia na equipe de Cirurgia Bariátrica foi instituída através da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM - Nº 1.766, publicada em 11 de julho de 2005.

Quanto aos critérios norteadores para a avaliação psicológica pré-cirurgia bariátrica e metabólica ainda não há um consenso. Os recursos técnicos de avaliação neste processo podem contar com a entrevista clínica, uso de testes psicológicos, inventários de habilidades sociais, representações gráficas realizadas pelo próprio paciente para avaliar o grau de distorção da imagem corporal e o quanto o paciente está idealizando a cirurgia, uso de registros para a

observação sobre os hábitos alimentares do paciente e os sentimentos vinculados a alimentação. Alguns Conselhos Regionais de Psicologia recomendam avaliar a história clínica do paciente, os padrões de comportamento, os hábitos e estilo de vida, a estrutura familiar, as tentativas de emagrecimentos, sua vida social, sexual, profissional, e suas expectativas quanto à cirurgia bariátrica (SILVA et al., 2019). Entretanto, o uso de testes psicológicos ou o tempo necessário para uma avaliação contundente ficam, muitas vezes, a critério do profissional responsável por emitir a avaliação.

No I Consenso Latino-Americano sobre o manejo psicológico em Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Bariátrica e Metabólica Ibero –Americano, BMI, 2014) foi criado um guia de trabalho para nortear as atividades dos profissionais em psicologia tendo como base trabalhos realizados na Argentina, Brasil, México e Chile. Em relação ao número de sessões necessárias para o pré-operatório a recomendação foi de um mínimo de quatro atendimentos iniciais.

A avaliação pré-cirúrgica deve cotejar aspectos relevantes na dinâmica do paciente obeso tais como a história do ganho de peso, os tratamentos já realizados, se já fez acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico, quais são as características do comportamento alimentar e a qualidade do apoio social do paciente (FREIRE & MARTINS 2019). Além destes aspectos, as indicações propostas no I Consenso Latino-Americano sobre o manejo psicológico em Cirurgia Bariátrica e Metabólica (Bariátrica e Metabólica Ibero –Americano, BMI, 2014) recomenda que avaliação aprofunde as expectativas e motivações do paciente, seu estado emocional atual, os hábitos de vida e projetos de futuro. Ressalta-se novamente a atenção quanto aos antecedentes psiquiátricos: ideação suicida, compulsões, transtorno de humor, transtorno alimentar dentre outros. Quanto as abordagens, pode-se recorrer a grupos de apoio, intervenções junto a família, Psicodiagnóstico e entrevista interdisciplinar, bem como outras estratégias terapêuticas fundamentadas pela comunidade científica.

É importante considerar que a cirurgia bariátrica acarreta transformações físicas, psíquicas e sociais, e demandam capacidades adaptativas por parte da pessoa operada. Nesse sentido, é importante que na entrevista psicológica prévia sejam esclarecidos os riscos e implicações deste procedimento. A abordagem pode ser realizada tanto no atendimento individual quanto grupal, podendo ser utilizado nos mais variados contextos de acompanhamento da pessoa obesa. O apoio psicológico psicoeducativo é uma abordagem indicada na prevenção da recidiva da obesidade no pós-operatório. Esses grupos além de fortalecer a rede de apoio dos pacientes, também esclarecem questões relacionados a dinâmica

da obesidade, a cirurgia bariátrica, interações familiares e a necessidade de adesão ao tratamento (RODRIGUES et al, 2017, p. 19).

Um aspecto ainda bastante controverso na avaliação pré-bariátrica diz respeito à compulsão alimentar ou *Binge Eating*. Alguns testes podem ser utilizados para avaliar este aspecto, como por exemplo, Escala de Compulsão Alimentar Periódica, o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso, o *Eating Disorder Inventory*, o *Eating Disorder Examination - Questionnaire Version* e o *MOVE! Questionnaire*. Ainda não há um consenso se a compulsão alimentar seria ou não uma contra indicação para a Cirurgia bariátrica (FLORES, 2014). O Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) e Síndrome do Comer Noturno indicam menor perda de peso após a cirurgia (FREIRE & MARTINS, 2019).

Nos hospitais brasileiros, é comum os protocolos de cirurgia bariátrica enfatizarem a necessidade da avaliação psicológica inicial, mas sem especificar quais testes ou procedimentos avaliativos devem ser aplicados. Esse é o caso, por exemplo, do Hospital Alemão Oswaldo Cruz de São Paulo, que apenas indica no seu protocolo que durante a avaliação e o preparo psicológico (terceira fase após as avaliações do endocrinologista e o cirurgião) devem ser abordados “transtornos do humor, do comportamento alimentar e outros relevantes para o tratamento cirúrgico, assim como a capacidade do paciente em aderir ao mesmo” (HAOC, 2018). O Hospital Albert Einstein de São Paulo desenvolveu seu “Protocolo Gerenciado de Cirurgia Bariátrica” no Centro de Cirurgia da Obesidade Einstein (CCOE). A avaliação pré-cirurgia e o posterior acompanhamento são realizados por uma equipe multiprofissional composta por endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas.

A avaliação psicológica dos candidatos à gastroplastia é feita mediante entrevista e a aplicação do teste de qualidade de vida EuroQol EQ-5D. Durante a internação e após a alta hospitalar são aplicados aplicam questionários por um período de até 5 anos. Nos Estados Unidos, atualmente a avaliação psicológica pré-cirurgia inclui uma entrevista clínica, em conjunto com formulários a serem preenchidos pelo paciente que visam avaliar seu histórico de tratamento de saúde mental, distúrbios alimentares, adesão, e capacidade de consentimento (Butt et al., 2020).

Nos Estados Unidos, atualmente a avaliação psicológica pré-cirurgia inclui uma entrevista clínica, em conjunto com formulários a serem preenchidos pelo paciente que visam avaliar seu histórico de tratamento de saúde mental, distúrbios alimentares, adesão e capacidade de consentimento (BUTT et al., 2020). Nos Estados Unidos, atualmente a avaliação psicológica pré-cirurgia inclui uma entrevista clínica, em conjunto com formulários a serem preenchidos

pelo paciente que visam avaliar seu histórico de tratamento de saúde mental, distúrbios alimentares, adesão, e capacidade de consentimento (BUTT et al., 2020). Para Clark et al. (2020), é fundamental que a avaliação psicológica pré-cirurgia considere os seguintes 4 domínios de funcionamento:

- Comportamentos Alimentares (transtorno da compulsão alimentar periódica, dependência alimentar e síndrome da alimentação noturna)
- Transtornos do humor (depressão e ansiedade)
- Comportamentos de Dependência (álcool, cannabis, opióides e comportamentais)
- Nível motivacional para alimentação saudável e atividade física

O Sistema Único de Saúde – SUS também deixa a avaliação a critério do especialista, sem especificar nenhum protocolo. O SUS requer, para enquadrar o paciente dentro do diagnóstico de obesidade mórbida e das indicações de Cirurgia Bariátrica, laudos de um psicólogo ou psiquiatra com “relatório da avaliação clínica com informação sobre transtornos do humor, do comportamento alimentar, etc.” (CNRAC, 2020).

O Conselho Federal de Medicina a partir da Resolução Nº 1766/05 recomenda os seguintes critérios: “Não uso de substâncias ilícitas e alcoolismo”. De acordo com Freire e Martins (2019) alguns serviços de cirurgia bariátrica exigem pelo menos um ano de abstinência antes do procedimento cirúrgico para os casos de pacientes com histórico de uso abusivo de álcool e ou outras substâncias psicoativas. Essa Resolução esclarece que a cirurgia não deve ser realizada em pacientes com “quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados”. Ressalta-se que é de fundamental importância a compreensão do paciente com relação ao procedimento: “Deve-se certificar de que há um entendimento claro por parte tanto do paciente quanto dos familiares e ou acompanhantes, quanto ao procedimento cirúrgico, seus riscos e recomendações no pós-operatório.” (CFM, 2005). Um dos documentos de referência na atualidade é o guia de práticas clínicas para pacientes de cirurgia bariátrica da AACE/TOS/ASMBS de 2013, atualizada em 2019 (AACE/TOS/ASMBS/OMA/ASA, 2019). Desde a primeira versão de 2013, o guia enfatizou a necessidade de realizar avaliação psicossocial aos candidatos à cirurgia bariátrica. Em particular, o guia aponta a necessidade de precaução nos casos de diagnóstico psiquiátrico presente ou suspeito, ou com abuso de substâncias, sendo necessária uma avaliação psicológica antes da intervenção cirúrgica. Embora não haja uma padronização nesse sentido, essas

observações devem ser bem avaliadas pelo profissional de psicologia responsável pela avaliação pré-cirúrgica.

Alguns Conselhos Regionais de Psicologia recomendam avaliar a história clínica do paciente, os padrões de comportamento, os hábitos e estilo de vida, a estrutura familiar, tentativas de emagrecimento, sua vida social, sexual, profissional, e suas expectativas quanto aos efeitos da cirurgia bariátrica (Silva et al., 2019). O contexto social diz respeito à qualidade do apoio social e familiar do paciente, indicadores de um melhor prognóstico pós-cirúrgico. A qualidade do apoio é considerada tanto no aspecto emocional, como também em termos operacionais que envolvem tarefas práticas do cotidiano. O apoio social e familiar também se mostra favorável na adesão e manutenção de hábitos mais saudáveis em longo prazo, como por exemplo, a prática de atividade física e o seguimento das orientações nutricionais. (RODRIGUES et al., 2017, p. 33). Entretanto, a avaliação psicológica pré-cirúrgica deve considerar também que o emagrecimento decorrente da cirurgia costuma ser favorável a uma melhoria da vida social. O psicodiagnóstico pode ser considerado um recurso importante no momento prévio a intervenção cirúrgica a fim de identificar possíveis condições psicopatológicas que podem se agravar com a intervenção. De acordo com Franques e Levy (2019), através do psicodiagnóstico é possível identificar e avaliar sintomas de ansiedade, estresse e depressão. O diagnóstico do Transtorno de Compulsão Alimentar e Síndrome do comer noturno também é importante pois compromete o êxito da cirurgia. O tratamento especializado pode ter efeito preventivo além de intervir no sucesso da cirurgia.

Para Freire e Martins (2019) cabe atentar que alguns pacientes durante a entrevista podem demonstrar uma atitude excessivamente otimista no intuito de acelerar o processo para a cirurgia. Tal atitude pode estar relacionada à certa falta de familiaridade quanto à atuação do profissional em psicologia, que pode ser visto como um “avaliador” que poderá dificultar os trâmites para a realização da cirurgia. A própria natureza do tipo da atuação pode favorecer esta atitude, pois, neste caso, o contato com a psicologia é motivado pela necessidade do laudo. Cabe situar que quando a pessoa obesa decide pela cirurgia geralmente já experimentou uma longa trajetória de insucesso com dietas e tratamentos anteriores, alto nível de insatisfação quanto ao corpo e vivências carregadas de estigmas. Nesse sentido, o momento de avaliação pode ser benéfico no intuito de estimular a conexão do paciente com expectativas pós-cirúrgicas mais razoáveis. Ramirez (2016) aponta uma crítica no sentido de que os trabalhos em psicologia no contexto da cirurgia bariátrica geralmente priorizam a compreensão das prescrições médico clínica por parte do paciente, as consequências da intervenção e possíveis relações entre ganho

de peso e diagnósticos psicopatológicos. Este autor, não desconsidera os efeitos benéficos de tais condutas, mas chama atenção para o fato de que nenhuma destas indicações aborda a dimensão do corpo em seu aspecto simbólico. É dizer, o enfoque da psicologia nesse contexto não deve se restringir às demandas do psicodiagnóstico e das abordagens educativas, na qual a pessoa em questão nada tem a dizer. Importante estar atento a escuta e ao entendimento do corpo como potência narrativa. Ramirez (2016) reforça a importância de uma abordagem sensível à produção simbólica do paciente acerca do seu próprio corpo, aspecto este que marcará toda a trajetória no período pós-operatório. Entende-se nesse sentido que a avaliação pré-bariátrica pode contemplar o psicodiagnóstico e a psicoeducação como recursos. Contudo, cabe ao profissional estar sempre atento. A abordagem da psicologia neste momento não é apenas a de transmitir informações e identificar possíveis condições psicopatológicas, embora saibamos do quão relevante isso seja durante todo o processo cirúrgico e pós-cirúrgico. O contato com a psicologia neste momento pode representar também uma abertura para o seguimento psicoterápico posterior, e “abrir caminho” para alguma reflexividade para além do um corpo que se rende a espera de um milagre. A pessoa que vem em busca de uma avaliação psicológica ela já está “entupida” de exames médicos, de críticas, de recomendações, de sugestões, de expectativas. Nesse contexto, torna-se pertinente trazer uma fala do psicanalista Pierre Naveau (2004, p. 9) quando interroga: “Pois o que quer o *falasser*? Pelo menos um ouvido que não esteja fechado”. Embora se reconheça importantes recortes que diferenciam a abordagem psicanalítica, a formulação citada aporta um grande ensinamento. A psicologia pode e deve ofertar uma escuta diferenciada, deixar que a pessoa possa falar, mesmo através do silêncio do seu corpo.

"

602'RGTEWTUQ'O GVQFQN I ÆQ"

Para apreender o universo de significações atribuídas ao emagrecimento após a cirurgia bariátrica, será realizado um estudo de abordagem qualitativa. Esta metodologia se apresenta como recurso mais adequado para a compreensão dos sentidos e significados atribuídos às experiências do emagrecimento. Nessa perspectiva, ao acessar o objeto estudado, o pesquisador deve se abster de juízos e valores prévios. Os significados são construídos através da percepção das pessoas sobre a realidade social (MINAYO, 2000).

Sobre o perfil dos participantes a ser estudado, optou-se por delimitar a pesquisa com mulheres que realizaram a Cirurgia Bariátrica e Metabólica há pelo menos dois anos.

O recrutamento se apoiou na técnica “Bola de Neve” (*snowball sampling*), uma técnica de amostragem intencionalmente não probabilística na qual se utilizam cadeias de referência. No método bola de neve, os informantes chave indicam outros participantes para compor a amostra. Desta forma, o recrutamento não se vinculou a nenhuma instituição. Com respeito a esta pesquisa, partimos de uma rede de contatos já estabelecida, proveniente da vivência acadêmica e da prática clínica da pesquisadora com o tema em questão. A pesquisa foi aprovada ao Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - CAAE 83547218.2.0000.5137.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas durante o ano de 2018.

A entrevista com perguntas norteadoras (ANEXO 1) foi elaborada a partir de três eixos temáticos definidos no primeiro ano do doutorado: a trajetória da obesidade; as relações sociais e afetivas; a experiência com a cirurgia bariátrica. Alguns dados de caracterização das participantes foram incluídos no roteiro da entrevista: idade, profissão, data do procedimento operatório, peso atual e peso antes da cirurgia e a situação afetiva.

As entrevistas foram realizadas individualmente com duração média de uma hora e meia. Recursos não presenciais foram utilizados tais como Skype, Gtalk e Whatsapp tendo como critério de escolha, a disponibilidade e preferência das participantes. As perguntas norteadoras foram apresentadas de forma fluida, flexível, permitindo que as colaboradoras pudessem construir sua própria narrativa e não somente responder questões. Nesse sentido, Quilomba (2019, p. 86) pontua que a entrevista não diretiva possibilita que as entrevistadas possam falar livremente sobre suas experiências biográficas. Há de se considerar que a condução foi realizada por uma pesquisadora que também é psicóloga clínica, o que pode ter permeado o processo de escuta. As entrevistas foram gravadas em áudio (sem imagem) e transcritas para posterior análise de conteúdo. Trata-se de um método que consiste em criar categorias de análise do texto visando encontrar um sentido comum. Para Bardin (2006, p. 37) as categorias visam organizar o material textual, ordená-los em “(...) espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas, da mensagem.”

Seguindo esta orientação metodológica, após a transcrição de todas as entrevistas o material textual foi submetido aos seguintes passos (BARDIN, 1977; FRANCO, 2008):

a) Pré-análise: fase da organização do material a ser analisado; leitura flutuante do conteúdo textual. Para Bardin (1977, p. 96) a leitura flutuante é um exercício que permite ao pesquisador se familiarizar com o material textual “(...) deixando-se invadir por impressões e

orientações. Esta fase é chamada de leitura ‘flutuante’ por analogia com a atitude do psicanalista”.

b) Exploração do material: elaboração das categorias de análise.

Para este trabalho, a elaboração das categorias se apoiou da seguinte forma: analisamos os conteúdos temáticos presentes nas questões norteadoras do roteiro de entrevista que podem ser resumidos em: Obesidade, Cirurgia Bariátrica, Vida Afetiva e Sexual.

O tema da situação afetiva era relevante no começo da tese, aspecto presente no pré-projeto. Entretanto, como toda pesquisa, o processo de investigação se ampliou a partir do contato com novos autores, e com a própria escuta das narrativas que trouxe temas profundamente relevantes e não previstos no começo da pesquisa, como por exemplo, a medicalização. Desta forma, as relações afetivas e sexuais deixaram de fazer sentido enquanto uma categoria tão absoluta, embora seja possível realizar investigações futuras acerca deste tema.

É pertinente mencionar a inspiração na pesquisa de Grada Quilomba (2019, p. 89) ao se dedicar ao tema do racismo cotidiano. A autora destaca seu interesse na descrição do “fenômeno em si”. Embora considere a relevância da abstração na produção de conhecimento, Quilomba pontua o risco de reproduzir “(...) a forma dominante de produção de conhecimento (...)”. Interessam nesse sentido, os aspectos sociais e subjetivos vinculados às vivências do período pós-cirurgia, mais do que produzir formulações universalizantes.

”

68'Ectcevtg k c± q'f cu' ct vlek cpvgu''

As entrevistas foram realizadas individualmente durante o ano de 2018. Foram entrevistadas 11 mulheres que realizaram a Cirurgia Bariátrica e Metabólica com idades entre 23 e 57 anos. Conforme pode-se observar na tabela da caracterização das participantes foram entrevistadas mulheres da Bahia, Minas Gerais e uma de São Paulo, trazendo assim variações regionais ricas que contribuiram para a pesquisa.

Para identificar as entrevistadas e preservando o sigilo e a confidencialidade das informações, seus nomes foram substituídos por pseudônimos de mulheres de destaque na música, na arte, no esporte e na literatura¹⁰. Os pseudônimos foram escolhidos de forma

¹⁰ Camille Claudel, Clara Nunes, Elis Regina, Elza Soares, Hilda Hilst, Leila Diniz, Maria Gomes de Oliveira (conhecida como “Maria Bonita”, Marta Vieira, Nina Simone.

aleatória não havendo nenhum tipo de associação com a história de vida das entrevistadas. Seguem os nomes em ordem alfabética: Camille, Clara, Clarice, Elis, Elza, Hilda, Leila, Maria, Marta, Nina e Stella¹¹.

Quadro 3: Características das entrevistadas

| Nascimento | Onde reside | Idade | Profissão | Filho | Situação afetiva | Tempo de cirurgia | Peso (kg) | | |
|---------------|-------------|-------|-------------------------|-------|------------------|-------------------|-----------|--------|-------|
| | | | | | | | Inicial | Mínimo | Atual |
| BH | MG | 23 | Estudante de Psicologia | 1 | Solteira | 2 anos e 6 meses | 110 | 60 | 61 |
| SP | SP | 25 | Comerciante | 2 | Namorando | 3 anos e 8 meses | 116 | 74 | 85 |
| SSA | BA | 34 | Professora de teatro | 0 | Solteira | 8 anos | 107 | 60 | 84 |
| SSA | BA | 34 | Enfermeira | 1 | Casada | 9 anos | 115 | 69 | 70 |
| Mucugê | BA | 39 | Correios | 0 | Casada | 1 ano e 8 meses | 110 | 60 | 58 |
| BH | MG | 30 | Assistente Social | 0 | Namorando | 3 anos | 140 | 58 | 70 |
| Mucugê | BA | 34 | Enfermeira | 0 | Casada | 8 anos | 137 | 75 | 75 |
| BH | MG | 38 | Arquiteta | 0 | Namorando | 18 anos | 117 | 60 | 71 |
| Pará de Minas | MG | 27 | Estudante de psicologia | 1 | Casada | 5 anos e 7 meses | 127 | 60 | 67 |
| Pará de Minas | MG | 34 | Estudante de psicologia | 0 | Namorando | 7 anos | 112 | 70 | 84 |
| BH | MG | 57 | Enfermeira | 0 | Casada | 11 anos | 148 | 84 | 92 |

¹¹ Destacamos a homenagem a Stella de Oxóssi, falecida no ano em que estas entrevistas foram realizadas (2018). Mãe Stella foi escritora, enfermeira e a primeira Ialorixá a ocupar uma cadeira na academia de letras eleita por unanimidade em 2013.

608 "What do they call me" (Nina Simone – Four Women)

A seguir serão apresentadas breves biografias das colaboradoras para situar a leitura. A omissão de informações biográficas mais específicas tem intuito de preservar a identidade das colaboradoras.

1. *Camille*

Na época da entrevista Camille estudava psicologia e estava perto de concluir a graduação. Em sua trajetória refere a vivência de relacionamento abusivo com o genitor do seu filho. Nesse período teve diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. Camille foi a primeira entrevistada desta pesquisa e o encontro se realizou na sua casa.

2. *Clara*

Clara foi indicada por Camille. Mora com os pais adotivos e durante a entrevista se destaca o sofrimento diante do relacionamento conturbado com o ex marido, pai dos seus dois filhos. Refere que a relação com a mãe é também marcada por muitos conflitos. O corpo de Clara era alvo de constantes críticas e ataques verbais por parte do antigo companheiro: “monte de banha, pelanca, baleia”. O emagrecimento pós-cirúrgico foi importante para seu fortalecimento pessoal e a consequente coragem para romper com o ex marido. Atualmente refere estar bem em um outro relacionamento. Não faz nenhum tipo de acompanhamento pós bariátrica por ter perdido o plano de saúde.

3. *Clarice*

Clarice trabalha em uma escola dando aulas de teatro. Já foi internada algumas vezes em virtude do diagnóstico de Transtorno Bipolar. Teve ganho de peso e refere mal estar com o corpo, sente muita vergonha. No período da entrevista estava com uma vida social bem limitada e sem contatos com parcerias afetiva-sexuais. Mora com os pais.

4. Elis

Elis relata episódios importantes de depressão e seu discurso é bem permeado pelo saber médico clínico. Talvez pelo fato de ser formada em enfermagem. Em sua narrativa, Elis descreve um longo processo de segregação social, atravessada pelas dificuldades inerentes aos estados depressivos, ao excesso de peso (embora passou períodos da vida magra e em dieta restritiva), e por ter estudado em uma escola junto a “uma elite branca”. No momento da entrevista estava com planos de sair do país com seu atual companheiro, pai da sua filha. O nascimento da filha parece ter lhe dado um novo sentido para a vida.

5. Elza

Elza refere que mesmo no período da obesidade nunca teve problemas com auto estima, fato este que inclusive surpreendia as pessoas ao seu entorno. Se percebia como uma mulher atraente e bem humorada. É casada há quase dez anos e não percebeu nenhuma mudança na sua relação com o marido em virtude do emagrecimento. Não relata nenhuma queixa quanto a cirurgia e está muito satisfeita. No momento da entrevista, Elis havia se submetido a cirurgia em 1 ano e 8 meses. Faz acompanhamento com nutricionista e psicólogo. Observou, contudo, um excesso de gastos com roupas após o emagrecimento.

6. Hilda

Hilda tem um histórico de obesidade desde a infância. Conseguiu emagrecer na pré adolescência e outra vez aos 15 anos. Observa que por ter vivido experiência de emagrecimentos anteriores a cirurgia bariátrica não trouxe grandes mudanças. Segue com ganho de peso. Se declara homoafetiva e atualmente está namorando. No período da bariátrica estava em outro relacionamento ao qual considerava abusivo e acredita que o processo do emagrecimento colaborou para o término. Percebe que sua alimentação segue inadequada e que isso tem relação com aspectos emocionais.

7. Leila

Leila se considerava uma pessoa “farta”, como as mulheres da sua família, mas não obesa. No período da faculdade foi realizar seus estudos em uma cidade maior, e neste período

experimentou um aumento acentuado do peso. Outro fator que lhe gerou intenso sofrimento foi a morte do seu pai quando já havia ingressado na universidade. Atualmente é casada, mas contou que antes se casar sempre teve relacionamentos afetivos a despeito do seu peso. O companheiro também era obeso, mas conseguiu perder bastante peso com alimentação. Leila se graduou na área de saúde em uma universidade federal e foi a única colaboradora que fez o procedimento pelo Sistema único de Saúde.

8. Maria

Refere histórico de obesidade desde a infância. A experiência de ser gorda lhe traz memórias de profundo sofrimento. Falou sobre uma situação de abuso sexual por parte de um parente na infância e adolescência. A palavra “vergonha” atravessa toda sua narrativa. Obteve êxito com a cirurgia bariátrica e mantém o peso estável com uma alimentação rigorosa. Maria é bastante sensível a gordofobia, e acredita que não pode haver “gordo feliz”. Possui diversas vivências de *bullying* desde escola até a universidade. Faz acompanhamento psicológico e uso de psicofármacos. Ainda se sente insatisfeita com seu corpo e já realizou algumas cirurgias plásticas. Vive um relacionamento estável com um parceiro há alguns anos. Refere um uso indevido de álcool durante um período pós cirurgia. Atualmente, optou pela abstinência alcoólica.

9. Marta

No momento da entrevista Marta estava no início do curso de psicologia, embora tivesse outra atividade laboral que lhe garantia uma renda. Engravidou um ano após a bariátrica, com pouco mais de 20 anos. Refere a questão da obesidade a partir de um contexto familiar, pois sua genitora também era obesa e se submeteu a cirurgia bariátrica. Ser obesa era quase um rótulo que permeava todos os seus contextos sociais, alvo de críticas contínuas. Ainda no contexto familiar menciona uma questão problemática com uso de álcool por parte de um membro da família nuclear. Já se submeteu a cirurgia plástica e tem vontade de realizar outros procedimentos. Sentia muita vergonha do corpo antes da cirurgia, de acordo com suas palavras, tinha “medo” de mostrar o corpo. Atualmente se mantém com peso estável e planeja realizar uma nova cirurgia plástica.

10. Nina

Nina refere uma experiência traumática na sua vida relacionada a violência urbana. Não entra em detalhes quanto ao assunto, mas percebe que após este evento sua relação com a comida piorou, passou a comer de maneira mais descontrolada. Neste período não procurou nenhum tipo de acompanhamento. A morte do pai na adolescência também marcou sua trajetória. Quando emagreceu após a cirurgia bariátrica notou que os homens passaram a lhe tratar como “um pedaço de carne”. Sempre teve relacionamentos afetivos estáveis e um círculo de amigos próximos. Observa que o atual reganho de peso se vincula a uma rotina acelerada e cheia de atribuições.

11. Estela

Estela já atuava na área de saúde e já havia tido contato com pacientes pós-bariátrica em situação de UTI (local onde já atuou). Previa em certo sentido, as dificuldades que encontraria caso optasse pelo procedimento. Segundo Estela, a cirurgia era *uma forma de mutilação desnecessária*. Entretanto, ao longo dos anos passou a ter complicações clínicas associadas tanto a obesidade quanto ao ritmo de trabalho: longas jornadas de trabalho, muitas horas em pé, plantões de 24 horas. Antes de realizar a cirurgia, Estela já era considerada uma “super obesa”. Descreve situações de discriminação por parte dos próprios profissionais de saúde. Refere situações de abusos vividos na infância, mas não entra em detalhes. Acredita que por conta por conta destes abusos, nunca fez questão de ser uma pessoa magra. A questão estética não se apresentava como um problema, mas sim, a própria saúde. Estela é casada e demonstra ser muito vinculada a esposa, com a qual convive há muitos anos. Fez psicoterapia de abordagem psicanalítica por muitos anos.

"

"

"

"

"

"

"

"

60'Ecvgi qt kcu'f g'cp^a ikg''

As categorias de análise foram estabelecidas a partir de grandes eixos temáticos: A obesidade, o corpo, a cirurgia. Estes temas mais amplos se desdobram em subtemas conforme a segunda coluna da tabela abaixo.

"

"

Vcdgrc'4/'Vgo cu'g'Uwd/Vgo cu'

| Temas | Sub-Temas |
|---------------------|--|
| Obesidade | Histórico do ganho de peso Relação com a comida Ser gorda Percepção sobre as pessoas obesas Impacto da obesidade na vida social e afetiva |
| O corpo | Insatisfação/satisfação com o corpo pós operado Emagrecer/ Engordar Estranhamento com a aparência corporal |
| Cirurgia bariátrica | O antes: Motivações, expectativas, informações sobre o procedimento Durante e pós imediato: relato sobre o procedimento Efeitos pós-cirurgia |

No processo de construção das categorias de análise, iniciamos a elaboração de pré-categorias. Um novo eixo se delineou a partir do evidente conteúdo das entrevistas, que neste caso foi o aspecto da Medicalização. Nessa etapa do processo da análise de conteúdo, foi possível estabelecer a seguinte organização:

"

"

"

"

Vcdgr '5'6'Rt²/ecvgi qt kcu'

| Uwd/Vgo cu' | Rt²/''ecvgi qt kcu' |
|---|---|
| Obesidade | Comportamento alimentar na obesidade |
| Percepção sobre as pessoas obesas; Percepção do que o grupo social pensa sobre as pessoas obesas | Estigmatização da obesidade |
| Cirurgia bariátrica | A medicalização da vida |
| Satisfação/ insatisfação com a aparência do corpo; | Insatisfação com a imagem corporal; Outros procedimentos cirúrgicos estéticos e corretivos; Estranhamento quanto ao corpo pós operado |

A partir destes conteúdos fizemos uma articulação do tema das pré-categorias com o conteúdo semântico presente no texto do material analisado. Desta forma, os títulos das categorias foram elaborados a partir da fala das entrevistadas e com os conteúdos do corpo teórico desta tese.

Vcdgr '6'6'Rt qeguq'f g'grdqtc± q'f cu'Ecvgi qt kcu'f g' Cp^a ikug'

| Pré – categorias | Categorias |
|--|--|
| Comportamento alimentar na obesidade | “Cabeça de gordo” |
| Estigmatização da obesidade; | Toda gordura será castigada |
| A medicalização da vida | A clínica |
| Insatisfação com a imagem corporal; Outros procedimentos cirúrgicos estéticos e corretivos; | Corpo- rascunho |
| Estranhamento quanto ao corpo pós operado | Corpo Estranho |
| Expectativas quanto a vida afetiva e sexual após a cirurgia | Relações afetivas e sexuais; Relações abusivas; |

A diversidade de conteúdos apresentados nas narrativas das colaboradoras conduziu a necessidade de uma melhor sintetização dos temas. Nesse sentido, as categorias foram reestruturadas a partir de quatro temas gerais: A Clínica, A Obesidade, O corpo, A Cirurgia. Conforme o conteúdo dos temas analisados, subcategorias foram estabelecidas conforme ilustra o quadro a seguir:

Vcdgr '7'6'Ecvgi qt kcu'g'lwdecvgi qt kcu'

| Categories -Eixos Temáticos | Sub- Categorias |
|---|---|
| A clínica | A medicalização Medicamentos para emagrecer Psicofármacos Diagnósticos Psiquiátricos |
| A obesidade | Ser gorda, gordinha, enorme Engordando e emagrecendo A comida: a fome e a relação com a comida O estigma da obesidade |
| Corpo-Rascunho | Emagrecer Insatisfação com o corpo e cirurgias plásticas A moda Corpo estranho, cabeça de gordo |
| A Cirurgia (optamos por definir este eixo por temporalidades) | O antes: Motivações 1,2,3 e já! O durante e pós-imediato: nem tudo são flores O depois: complicações clínicas Vida social Vida afetiva |

Os temas articulados no corpo teórico da tese dialogam com os resultados apresentados, conforme veremos no esquema a seguir para melhor situar a posterior leitura:

| T g l g t g p e k n V g > t l e q' | T g u m n c f q u' |
|--|--|
| 2.2 O corpo para o espetáculo | 7.0 O Corpo - Rascunho |
| 2.6 A saúde, a doença | 5.0 A clínica |
| 2.7 A obesidade como doença | |
| 3.0 Toda gordura será castigada? | 6.4 toda gordura será castigada: o estigma da obesidade. |
| 3.3 A Cura | 4.0 A Cirurgia |

70' C'EN PÆC''

"

70' O gf kēnġ c± q'''

O uso de medicamentos e psicofármacos como opção de tratamento para emagrecer foi mencionado por cinco interlocutoras, conforme ilustrado no quadro a seguir. No roteiro da entrevista semiestruturada não houve perguntas diretas sobre este assunto. A referência ao uso de medicamentos foi espontânea, como ilustra o Quadro 1.

S wēf t q'3'ō'Wuq'f g' t uēqġ to cequ' hōto wēu' c t c' go ci t gegt. 'ū d v t c o l p c''

"

| | T g h t g' w u q' f g'' R u e q ġ t o c e q u A'' | S w e n A'' | Hōto wēu' c t c' go ci t gegt. '' ū d v t c o l p c'' |
|---------------|--|---|--|
| Camile | Sim | Quetiapina, Fluoxetina, Rivotril | Sibutramina |
| Clara | - | | |
| Clarice | Sim | Lítium; Risperdona | anfrepamona, masindol, sibutramina |
| Elis | Sim | Fluoxetina; ansiolítico, especialmente “benzos “ | |
| Elza | - | | |
| Hilda | | | |
| Leila | Sim | | Fórmula |
| Maria | Sim | Efexor 150mg, Frotal XL 0,5 mg | Refere uso de “medicamentos para emagrecer” |
| Marta | - | | |
| Nina | Sim | | Formulas; Femproporex; dietilpriona |
| <i>Estela</i> | - | | |

De onze mulheres entrevistadas, quatro mencionaram tratamentos com psicofármacos. O uso de medicamentos e fórmulas para emagrecer foram mencionados por cinco participantes. O consumo fármacos no contexto desta pesquisa dialoga com o processo de medicalização social.

A partir dos anos 1970, conforme nos indica os estudos de Zorzaneli *et al.* (2014), o conceito de medicalização se ampliou abarcando outros agentes além das ciências médicas. Nesse contexto destacam-se a indústria farmacêutica, as descobertas no campo das neurociências e os avanços das biotecnologias. Considera-se que a medicalização é um processo no qual as intervenções médicas são estendidas a campos onde não há uma condição patológica a ser tratada (HENRIQUES, 2012). Nessa mesma perspectiva os autores Zorzaneli *et al.* (2014, p. 1861) abordam este conceito como uma “[...] ampliação do campo de ação da medicina para além da demanda de cura de um sofrimento.” A prática médica se insere no cotidiano de tal maneira que intervém sobre os mais amplos aspectos da vida humana. Ainda seguindo o entendimento destes autores (ZORZANELLI *et al.*, 2014) a medicalização se refere à onipresença da mediação médica a tudo que concerne ao corpo: “[...] a dimensão da medicalização já não encontra limite e incorpora não somente a salubridade, mas também a saúde e o bem estar, encarregando-se de uma função normatizante [...]”. Tal abordagem aponta para um modelo tutelar de atenção à saúde, característica dos Estados modernos ocidentais (BIRMAN, 2012, p. 13).

Cabe ressaltar que a medicalização é um processo amplo marcado por relações de reciprocidade entre o poder médico e uma sociedade que demanda por diagnósticos e tratamentos. (ZORZANELLI *et al.*, 2014).

De acordo com Vaz (2015) a relação entre a doença e o medicamento se constitui na atualidade de modo análogo à relação entre o consumidor e mercado. O que se estabelece como categoria clínica é, nesse sentido, orientada para a lógica neoliberal do livre consumo, que entende o “doente” como um potente consumidor. Assim nos esclarece este autor (2015, p. 58): “Para cada nova substância fabricada, portanto, haverá o esforço de produzir doentes em potencial, que são, de fato, consumidores [...]”. Contudo, o processo de medicalização se ampliou de tal maneira que captura não apenas a noção do *páthos* como também se dispõe a ofertar soluções para as mais diversas esferas da vida humana, como por exemplo, a sexual.

A sexualidade também se insere nesse escopo de domínios sobre o corpo através de próteses químicas. Como indica Le Breton (2009, p. 65) a popularidade do *Viagra* demonstra a necessidade contemporânea em se livrar das incertezas do corpo. Com este medicamento, é possível obter resposta sexual dissociada do desejo. O corpo se transforma em “[...] máquina confiável que responde imediatamente às exigências”. Assim, tudo o que se refere ao cotidiano do corpo possui alguma substância reparadora, seja ela sintética ou fitoterápica capaz de neutralizar seus embaraços.

Nas narrativas das entrevistas, tal perspectiva se evidencia. Busca-se uma técnica ou uma substância para sanar os mais diversos problemas da vida, ainda que tal questão não seja enquadrada como patológica. A fala de Camille bem exemplifica esta discussão: “Eu pedi para ginecologista me passar um remédio, ele é antidepressivo, mas faz aumentar a produção de leite”.

Clarice compartilha da sua experiência em tentar tratar uma condição psíquica e também a questão da obesidade. Para cada condição diagnosticada como patológica, é prescrita uma substância reparadora: “Então, eu tomava remédio para controlar o transtorno e o remédio para emagrecer”.

Para Preciado (2018, p. 38), o uso dos fármacos pode ser concebido como uma nova tecnologia de controle que incide sobre os corpos, mas, sobretudo, sobre a subjetividade. Nesse sentido, pode-se interrogar: Diga-me qual substância consome e te direi quem és! Disso se trata quando Preciado se refere aos “[...] sujeitos-cannabis, sujeitos-cocaína, sujeitos-álcool, sujeitos-ritalina, sujeitos-cortisona [...]”. A produtividade da medicalização não se destina a produzir objetos-substâncias, mas sim a disseminar ideias, necessidades e modos de gerir a vida.

A respeito desta temática, o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, instituído em caráter consultivo no âmbito do Ministério da Saúde (2019), elaborou um documento com recomendações e estratégias para promover o uso racional de medicamentos. Considera-se para tanto a necessidade de difundir informações imparciais, desprovidas de interesses de mercados, que priorizem a segurança dos pacientes e a sustentabilidade da saúde pública. Um dos argumentos para o uso racional de medicamentos se refere às prescrições medicamentosas inapropriadas e/ou desnecessárias. De acordo com dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde, estima-se que a metade dos medicamentos sejam vendidos, prescritos e dispensados de modo inapropriado (CNPURM, 2019, p. 13). Os efeitos e riscos destes medicamentos nem sempre são conhecidos, podendo causar danos à saúde ou até mesmo óbito.

A medicalização, conforme informações deste documento, afeta de modo mais expressivo os seguintes grupos: idosos, crianças em idade escolar, adolescentes e adultos privados de liberdade e usuários que demandam atenção em saúde mental. Como exemplo das crianças em idade escolar, destaca-se a do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. A banalização do cloridrato de metilfenidato, medicamento conhecido como Ritalina, sugere a parceria entre a medicalização e o controle social na normatização de

crianças que não cumprem o “protocolo comportamental” esperado. Na população privada de liberdade, a mesma lógica de “contenção química” se evidencia.

O processo de medicalização da vida não se resume apenas ao uso inadequado e excessivo de medicamentos, mas, principalmente, diz respeito a uma mentalidade contemporânea submetida ao imediatismo na resolução dos mais diversos problemas da vida humana. A medicalização atende a urgência da rentabilidade do corpo e dos humores, regulando as funções orgânicas insatisfatórias. Como bem indica Le Breton (2009, p. 61), a substância ingerida visa ajustar o tempo do corpo ao ritmo da produtividade, adequando o sono, a fome e as dores ao tempo do trabalho. A substância “[...] propicia o estado desejado no tempo desejado”. Para Preciado (2018, p. 36) a economia mundial depende da grande circulação, produção e consumo de “[...] novas variedades de psicotrópicos sintéticos legais e ilegais (Bromazepan, *Special K*, *Viagra*, *speed*, cristal, *Prozac*, *ecstasy*, *poppers*, heroína)”. Substâncias a serem enxertadas em um corpo que, como diz David Lapoujade (2002), é um corpo que já não aguenta mais.

708'O gf leco gpvqr'tct'go ci tgegt "

Os resultados da análise qualitativa das entrevistas apontam que o uso de medicamentos, “fórmulas” ou psicofármacos não se mostraram efetivos na redução e manutenção do peso em longo prazo. Estes dados dialogam com a posição de Wannmacher (2016) em um artigo publicado na página da OMS Brasil:

Embora resultados satisfatórios sejam difíceis de atingir, vale à pena envidar esforços nesse sentido, pois é o manejo não medicamentoso que se mostra mais favorável no manejo da obesidade, com conseqüente melhora nos riscos que essa acarreta. Já o uso de medicamentos nem sempre logra resultados permanentes e se acompanha de efeitos adversos, não justificando o emprego na maioria dos obesos. (WANNMACHER, 2016, p. 5)

Dentre as opções medicamentosas para o tratamento da obesidade na realidade do Brasil, existem medicamentos autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Dentre as opções, encontra-se o Orlistate, um medicamento não interfere no apetite e nem é um acelerador metabólico. O Orlistate possui uma ação inibidora sobre a lipase, a enzima responsável pela digestão da gordura. Sem esta enzima a gordura que chega ao intestino não pode ser absorvida fazendo com que 30% da gordura ingerida seja eliminada pelas fezes

(ZANELLA & RIBEIRO, 2019). A ação do medicamento se restringe ao trato intestinal sendo pouco absorvido pelo organismo. Os pacientes em tratamento com Orlistate devem evitar alimentos gordurosos para impedir reações adversas como, por exemplo, diarreia.

O Orlistate se mostrou útil na manutenção do peso perdido nos casos dos pacientes que já obtiveram algum emagrecimento. Parece que seu efeito adverso no trato gastrointestinal possui alguma ação no comportamento alimentar, restringindo a ingestão de alimentos gordurosos. Seu uso também está associado à redução da pressão arterial, especialmente no caso de hipertensos, segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2016). Para efeito de emagrecimento, este medicamento requer uma adequação alimentar e orientação nutricional. Atualmente o Orlistate genérico de 120 mg com 84 cápsulas pode custar aproximadamente R\$140 reais. O medicamento não foi citado pelas participantes como opção de tratamento. Pode-se supor que o preço, as reações adversas (diarreia em caso de ingestão de gordura) e a necessidade de readequação alimentar poderiam interferir na adesão. Contudo não se sabe ao certo a posição dos profissionais de medicina que acompanhavam as colaboradoras desta pesquisa, se houve ou não indicação e o porquê. Ao contrário do Orlistate, o uso do Cloridrato de Sibutramina foi citado nesta pesquisa como opção de tratamento coadjuvante ao emagrecimento.

Camille recebeu indicação do uso deste medicamento antes de se submeter à cirurgia bariátrica:

Eu fui na endocrinologista, e aí ela queria passar Sibutramina, aí eu falei, a sibutramina eu não vou tomar porque antigamente eu já tinha tomado, eu emagreci 10 quilos num mês, mas depois engordei 30 quilos. Então eu não queria tomar sibutramina porque eu sabia que não ia resolver. (Camille)

O cloridrato de sibutramina monoidratado é fármaco de ação inibidora na recaptção da serotonina e noradrenalina. Existem 22 tipos de sibutramina no mercado brasileiro (ANVISA, 2018). A sibutramina foi utilizada como opção de tratamento de acordo com as participantes, bem como fórmulas para emagrecer.

Teve um período que eu fui viciada em remédio para emagrecer. Eu conseguia manter o peso, até 60, 64 quilos [...]. Eu usava anfrepamona, masindol, sibutramina. (Clarice)

Como efeito a substância atua nos níveis de saciedade alimentar, sendo indicada para o tratamento da obesidade junto a mudanças alimentares e prática regular de atividades físicas. Este medicamento se encontra na lista substâncias sujeitas a controle especial pela ANVISA.

(2017). Conforme informações também descritas na bula, o uso da sibutramina pode causar o aumento da pressão arterial e/ou frequência cardíaca. Um estudo realizado em 2009 indicou um aumento de 16% do risco cardiovascular não fatal em pacientes obesos."Nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016, p. 57) consta que este medicamento pode ocasionar uma pequena alteração da pressão arterial e da frequência cardíaca. O curioso é que um dos problemas apontados pelo excesso de peso é a sua forte relação com a pressão arterial e consequente aumento do risco de doenças cardiovasculares.

Isto não é tudo: a lista das advertências e precauções quanto ao uso deste medicamento é bem ampla. Os efeitos colaterais mais comuns e geralmente transitórios são: dor de cabeça, obstipação intestinal, secura na boca, náusea e palpitações. (ZANELLA & RIBEIRO F., 2019). Além destes efeitos, cabe destacar os aspectos psiquiátricos expressamente mencionados na bula: casos de depressão, psicose, mania e ideação suicida foram relatados em pacientes em uso deste medicamento.

O uso da Sibutramina foi descrito pela entrevistada Clarice que recebeu o diagnóstico de Transtorno Bipolar: “Então eu tomava remédio para controlar o transtorno, e o remédio para emagrecer. O remédio me deixava eufórica, não dava certo.” (Clarice).

Clarice descreve um tipo de “vício” em medicamentos para emagrecer, como estratégia para manter o peso: “Teve um período que eu fui viciada em remédio para emagrecer. Eu conseguia manter o peso, até 60, 64 quilos. Eu tomava sibutramina passada por psiquiatra”. Esta mesma colaboradora, além do uso de psicofármacos também refere tratamento com uso de “fórmulas para emagrecer”.

As fórmulas para emagrecer é o nome dado ao que se denomina polifarmácia, é dizer, associações medicamentosas que podem conter ansiolíticos, antidepressivos, anorexígenos, diuréticos e fitoterápicos. De acordo com Carneiro *et al.* (2008) o “padrão ouro” das fórmulas para emagrecer são as associações entre: anorexígeno, ansiolítico e laxante. O uso de diuréticos também é comumente associado a estas formulações, produzindo um aumento da perda de líquido, mas não a perda de gordura.

Nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016, p. 66), há uma observação expressa quanto ao uso de fórmulas:

Não é recomendado que fossem prescritas fórmulas contendo associação medicamentosa de substâncias anorexígenas quando associadas entre si ou com ansiolíticos, diuréticos, hormônios ou extratos hormonais e laxantes bem como quaisquer outras substâncias com ação medicamentosa porque podem ser potencialmente prejudiciais.

Entretanto, a referência ao uso de fórmulas para emagrecer foi citada por quatro participantes. De acordo com Carneiro *et al.* (2008), a estratégia para redução do peso corporal é a dieta hipocalórica e a prática regular de exercícios físicos para aumentar o gasto calórico. A indicação da abordagem clínica com uso de fórmulas seria justificada somente mediante a impossibilidade de adesão à dieta e atividade física. Esses autores ressaltam o potencial de dependência dos anorexígenos e seu uso não pode ultrapassar entre 8 a 12 semanas. Drogas anorexígenas como dietilpropiona (anfeparamona), e femproporex foram explicitamente citadas por Nina e Clarice: “Tomei Femproporex... eu acho que tem um outro que se chamava dietilpropiona.” (Nina); “Eu usava anfrepamona, masindol, sibutramina...” (Clarice).

Com relação a anfeparamona, dentre os efeitos colaterais mais comuns descritos na bula destacam-se: arritmia cardíaca; hipertensão arterial; aumento das mamas; boca seca; diarreia; distúrbio urinário; dor de cabeça; dor no peito; fraqueza; impotência sexual; náusea; tontura; urticária; visão borrada. A anfeparamona também possui efeitos psíquicos e comportamentais como irritabilidade; manifestação depressiva e diminuição da concentração.

O femproporex além de ser um inibidor de apetite que atua no sistema nervoso central tem o efeito de alterar o sabor dos alimentos. Vertigens, náuseas, irritabilidade, ansiedade e palpitação são alguns dos efeitos colaterais mais comuns durante o tratamento.

Leila e Maria fizeram referência a este tipo de conduta terapêutica sem especificar a composição. Todas as participantes tiveram acesso aos medicamentos prescritos por profissionais de medicina.

No ano de 2011 a ANVISA, através da resolução da Diretoria Colegiada RDC 52/2011, vetou a comercialização de medicamentos à base de femproporex, mazindol e anfeparamona. De acordo com a ANVISA (2011) os três medicamentos são inibidores de apetite do tipo anfetamínico. A decisão da Anvisa considerou que a relação risco e benefício do uso destes medicamentos não era favorável.

A comercialização dessas três substâncias é proibida na Europa. Nos Estados Unidos somente a anfeparamona é liberada. Alguns laboratórios brasileiros como Medley, Aché e Libbs produziam até então medicamentos com essas substâncias. De acordo com a ANVISA (2017):

Os laboratórios que tinham registro desses produtos no Brasil não apresentaram estudos de eficácia e segurança dentro dos padrões exigidos pela Anvisa e cobrados em outros países do mundo. Além disso, uma revisão da literatura científica apontou que os riscos relacionados ao uso de inibidores de apetite do tipo anfetamínicos eram maiores que o seu benefício.

Apesar das restrições apontadas pela Anvisa, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de Lei 2431/11 intervindo sobre a restrição a esses medicamentos anorexígenos. A partir deste projeto de lei: “[...] volta a ser permitida a produção e comercialização dos derivados dos anorexígenos (mazindol, femproporex e anfepramona) e da sibutramina, para o tratamento da obesidade.” (SBEM, 2017). O posicionamento da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia foi favorável à decisão da Câmara, alegando não haver evidências científicas que justifiquem a restrição do uso dos anorexígenos, além de que a retirada do mercado não impede a sua comercialização. Outro argumento apresentado pela SBEM se refere ao baixo custo dos anorexígenos, o que poderia ser uma opção de tratamento favorável à população obesa de baixa renda. Em 2017 foi sancionada a Lei 13.454 de 23 de junho de 2017 autorizando a produção e comercialização da anfepramona, femproporex e mazindol e da sibutramina.

A questão parece envolver interesses bem específicos e desvinculados da saúde do paciente. Uma complexa rede que envolve interesses entre políticos, laboratórios, farmácias de manipulação e o poder médico. Do outro lado, há um grupo de consumidores dispostos a pagar qualquer preço para emagrecer e “melhorar” a saúde.

Nesse contexto, faz-se necessário aprofundar alguns dos efeitos dessas substâncias numa perspectiva mais ampla do que a perda de peso. De acordo com Carneiro *et al.* (2008) os efeitos dos anorexígenos atuam não somente na inibição do apetite, mas promovem os seguintes efeitos: ação estimulante no sistema nervoso central e no sistema cardiovascular, aumento da pressão sanguínea e dos batimentos cardíacos, com efeitos semelhantes aos da “[...] adrenalina, noradrenalina e dopamina”.

Do ponto de vista psíquico e comportamental, sua ação promove o aumento da sensibilidade aos estímulos, insônia, agitação e sentimento de autoconfiança. De acordo com Carneiro *et al.* (2008, p. 1764), há o risco de tolerância e neste caso é necessário aumentar a dose do anorexígeno, potencializando assim os “[...] efeitos secundários de natureza estimulante sobre o sistema nervoso central, como agressividade, ansiedade, angústia, inquietude e pânico”.

Para situar o contexto do uso dos anorexígenos, cabe mencionar o filme “Réquiem para um Sonho” (2000), dirigido por Darren Aronofsky. No longa-metragem, a personagem Sara Goldfarb ilustra o percurso de uma trágica adição aos anorexígenos.

A personagem experimenta um cotidiano banal, solitário, empobrecido de vínculos afetivos, sociais, além das suas próprias limitações financeiras. Nesse contexto, Sara é uma assídua espectadora de televisão. Ainda que a realidade lhe prove o contrário, os discursos

televisivos lhe afirmam: “Viva melhor!” Seja “alto astral”. Berwig & Silva (2013, s/p) atentam para enunciados televisivos que aparecem nas cenas de Sara:

Nele são reproduzidos e veiculados diversos imperativos de sucesso, saúde e cuidado com o corpo (‘não coma carne vermelha’, ‘não ingira açúcar’), vendidos como uma forma de direcionamento, um manual, um *step by step* para uma trajetória de provável acesso rápido, e de eficiência quase mágica, à felicidade. (Grifos dos autores).

No seguimento da narrativa ficcional, Sara recebe um telefonema que lhe convida a participar de um dos programas que acompanha com assiduidade. Embora não fosse uma mulher obesa, ela se obstina pela ideia de aparecer na televisão usando um vestido vermelho da sua juventude. O tempo do vestido remete a um passado no qual seu marido não estava morto e o seu único filho ainda não era usuário de heroína.

Contudo, o vestido vermelho já não lhe cabia mais. Sara, então, pensa em estratégias para emagrecer. No livro de dieta emprestado por uma vizinha, aderir àquela prescrição lhe parece impossível: “um café, um ovo cozido e uma toranja”. Faminta, Sara escuta o roncar do estômago, e olha a geladeira como uma tentação. Sem êxito na dieta, ela, então, procura um atendimento médico também indicado por outra vizinha, que ouviu falar de umas “pílulas que tiram a fome”. Sara procura um médico que lhe prescreve diversas pílulas coloridas. Berwig & Silva (2013) ressaltam a impessoalidade médica presente na cena: “O que segue disso é a dependência, que acaba se desenvolvendo rapidamente por se tratar de um psicotrópico bastante aditivo da classe das metanfetaminas”. O destino da personagem é a degradação e o grave adoecimento psíquico, embora estivesse magra e usando o vestido vermelho. Ainda que possa haver diferenças entre a Sara e Clarice, esta entrevistada também compartilha uma trágica interação entre o uso anorexígenos e a ingestão de álcool, que culminou em um surto de mania. Ela lembra que começou a usar fórmulas aos 18 anos de idade, em princípio pela indicação de uma tia: “[...] minha tia foi no médico, e ela conseguiu uma fórmula para emagrecer, eu tinha uns 17 para 18 anos. Ela me recomendou essa fórmula. Com 18 anos eu comecei a tomar fórmula, o médico já vendia... eu tinha que emagrecer!”. As condições psíquicas de Clarice pareciam invisíveis até mesmo para a tia que lhe recomendou uma fórmula para “emagrecer”. O imperativo pela busca do emagrecimento se assemelha à obstinação da personagem Sara Goldfarb. Através do vestido vermelho, a personagem Sara sonhava encontrar alguma possibilidade de reconhecimento social e sentido de existência, assim como Clarice o faz pela via do corpo.

O uso das fórmulas parece haver precipitado a primeira crise de Clarice: “Então eu tomei essa fórmula e um dia eu saí com minhas amigas, esqueci que não podia beber... eu não sabia... E aí o que aconteceu é que eu tive um surto”. Clarice teve alucinações, dificuldades motoras, e acabou sendo internada numa clínica psiquiátrica: “Foi precipitado da minha família, porque depois eu fiquei sendo internada [...] não conseguia mais viver como uma pessoa normal”. A partir do relato de Clarice, observa-se que a urgência pelo emagrecimento se sobrepõe à dimensão do risco. Busca-se “emagrecer a qualquer preço” e tal entendimento é endossado muitas vezes por práticas médicas que insistem em uma visão reducionista da obesidade, um grande sintoma a ser tratado (aniquilado?).

Leila refere a um momento específico da sua vida, que, de alguma forma, acentuou seu ganho de peso: mudança de cidade, afastamento da vida familiar, a pressão por ser aprovada em uma universidade pública. Antes de realizar a cirurgia bariátrica Leila contou que fez tentativas de emagrecimento com uso de fórmulas: “Aí tomei fórmula, tomei uns seis meses, a nutricionista junto com a endocrinologista que passou”. Sobre os efeitos do uso de fórmulas, Leila observou o efeito sanfona: “[...] tomei fórmula [...] o que eu perdi eu ganhei o dobro [...] quando me vi eu estava com quase o dobro do peso depois que parou”.

Cabe lembrar que Leila não fez acompanhamento psicológico neste período embora percebesse que a “ansiedade” era um grande aliado para seu comer compulsivo: “[...] aí eu me vi sentada o dia inteiro estudando, o dia inteiro com a bunda na cadeira estudando, a pressão de ter que passar senão eu voltava para minha cidade”. Em outro momento da entrevista conta: “[...] quanto mais nervosa eu ficava mais eu queria comer”. A partir do relato de Leila destaca-se o olhar excessivamente biologicista sobre as pessoas obesas, vistas muitas vezes somente como “corpos que precisam emagrecer”. Não houve, nesse sentido, escuta quanto às questões subjetivas vividas por Leila. A “fórmula” indicada para diminuir o apetite e aumentar seu gasto calórico não intervém sobre a angústia que lhe fazia comer. Uma vez suspendendo a fórmula, Leila voltou a engordar.

Nina também descreve uma experiência semelhante: “Aí fica meio que dependente daquilo, e se parar engorda a mesma quantidade que emagreceu, talvez até mais [...]”. Sobre as substâncias informou: “Tomei Femproporex... eu acho que tem um outro que se chamava dietilpriona”. Cabe lembrar que atualmente Nina ainda mantém certa dificuldade em estabilizar o peso mesmo após a cirurgia bariátrica. Sobre o acesso a esses medicamentos disse que foi através de profissionais de medicina, assim como Clarice e Leila. De acordo com Nina:

“Conseguia as receitas de forma ilícita mesmo, sempre tem um médico disposto a passar a receita [...]”.

Maria faz referência ao efeito sanfona decorrente deste tipo de conduta terapêutica:

Fiz uma dieta com um médico Dr xx. E eram medicamentos, né? Eu fiz dieta de tudo quanto é jeito. Mas aí era com medicamento forte. Eu cheguei a perder 30 quilos. Rapidão recuperei, além dos trinta e poucos, mais 20. E aí eu entrei numa depressão muito grande. Eu fiquei...nossa...eu fiquei...muito triste.

A questão da obesidade, geralmente tratada como um sintoma a ser combatido com urgência, parece ofuscar a possibilidade de escuta acerca da trajetória subjetiva engajada nesta complexa relação com o corpo e com o alimento. Tal relação é representada num breve diálogo entre a personagem Sara Goldfarb e o médico que lhe diz: “– Qual é o problema? O peso está bom”. – Sara responde: “– O peso está bom, mas eu não”. Em resposta, o médico especialista lhe entrega uma receita e diz: “– Não se preocupe. Compre estes remédios e volte em uma semana”. Nesse sentido, Berwig & Silva (2013, s/p) analisam o percurso da personagem Sara Goldfarb a partir da medicalização da vida. que oferta elementos fármaco-materiais como resposta às complexidades da existência: “A cena retrata o que parece-nos ser um apagamento absoluto de qualquer escuta do sujeito, buscando o tratamento para o que o paciente traz enquanto sintoma em uma correlação linear que o desconsidera em sua singularidade”.

Outro ponto que marca esta cena é quando o médico simplesmente não escuta quando Sara diz não estar nada bem. O médico se recusa a escutar Sara, o que faz pensar na formulação de Grada Quilomba (2019, p. 42) quando esta autora se refere ao contexto do racismo: “Ouvir é, nesse sentido, o ato de autorização em direção á/ao falante”. O ato de falar requer alguém que escute. O diálogo é o estabelecimento de uma negociação, um acordo. A não escuta é o não reconhecimento do enunciado enquanto ser falante. O medicamento é oferecido como mercadoria a ser consumida e silenciar Sara e todas as outras que se encontram na mesma situação.

Uma informação identificada em duas colaboradoras se refere a alguns comportamentos inapropriados para controle de peso, como por exemplo, o uso de laxantes. Camille faz uso desta medida até o momento atual, embora mantenha seu peso estável: “Eu sei que é errado, mas o que eu faço é tomar Almeida Prado. É como se fosse um laxante. Só que é fitoterápico”.

No caso de Clarice, o uso de laxantes era associado a outros comportamentos de purgação: “Não aguentei só ficar tomando laxante, então eu fazia lavagem para emagrecer”.

Também fez tentativas de indução de vômitos: “[...] tentei vômitos algumas vezes, mas eu não conseguia. E depois eu voltei ao laxante”.

A partir dos dados obtidos nesta tese de doutorado, pode-se inferir que o uso de “fórmulas” no tratamento da obesidade não se mostrou eficaz na manutenção da perda de peso. Haveria de se supor que o uso de medicamentos poderia funcionar em princípio como um complemento que favorecesse a perda de peso inicial. Contudo, os resultados indicados pelas entrevistadas apontaram que uma vez suspendendo o uso dos inibidores, o peso retorna. Além do efeito “sanfona”, o uso de anorexígenos possui efeitos psíquicos potencialmente graves, talvez mais graves do que a própria obesidade.

”

7.04 'Ruleqñ to cequ'”

O crescente consumo de substâncias psicotrópicas se insere no processo de medicalização da vida. De acordo com o Ministério da Saúde (2019) o Brasil é o terceiro maior consumidor de benzodiazepínicos do mundo e o sexto maior produtor destas substâncias. O hermitarato de Zolpiden, apesar de não ser considerado um benzodiazepínico, é um hipnótico indutor de sono e vem ocupando o espaço do Clonazepam, mais conhecido como Rivotril. O uso dos psicofármacos aparece nas narrativas das participantes:

E me passou Quetiapina, Fluoxetina... eu sei que tava tomando tipo, muito remédio. E o rivotril para dormir, porque eu falava que tava acordando de noite para comer. Nessa época eu tava tomando 0,5 de Rivotril. (Camille)

Hoje eu tomo lítium... (Clarice)

Aí se você tem ansiedade aí tem que tomar mais um remédio, um ansiolítico para poder dormir, aí só vai aumentando [...] eu tava tomando muito muito muito remédio, ansiolítico, especialmente “benzos”. (Elis)

”

Então eu estou tomando Eflexor 150mg, ela aumentou minha dose agora, e to tomando Frotal XL 0,5 mg de manhã e para dormir Frotal também, meio milgrama. (Maria)

Os psicofármacos podem ser utilizados como coadjuvantes no tratamento da obesidade. De acordo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016) alguns medicamentos apresentaram relação com ganho de peso. As evidências foram descritas a partir de uma revisão sistemática de 257 estudos randomizados com 54 tipos de medicamentos diferentes. Na classe dos antidepressivos, o estudo apontou a amitriptilina e mirtazapina; na classe dos antipsicóticos atípicos a olanzapina, quetiapina e risperidona. No DSM-V (2014, p. 229) há outra especificação sobre a relação entre os psicofármacos e ganho de peso: “Os efeitos colaterais de

alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais”. Nota-se a partir do fragmento descrito o entendimento de que a obesidade pode potencializar ou até mesmo precipitar condições psicopatológicas e sofrimento psíquico intenso.

Com relação à perda de peso, o estudo apontou os anticonvulsivantes zonisamida e topiramato, bem como os antidepressivos bupropiona e fluoxetina.

A Fluoxetina, um tipo de antidepressivo recaptador seletivo da serotonina, pode causar efeito inibidor no apetite, especialmente nos primeiros seis meses de uso. Entretanto, como ocorre com outros fármacos, após a interrupção do tratamento é comum o reganho do peso perdido. Sobre os efeitos da Fluoxetina no tratamento para a depressão, Elis faz a seguinte observação: “Logo no início... quando eu tava tomando só a fluoxetina, eu senti mais energia, me senti um pouco melhor... mas depois passa”. Ela também pontua sobre as suas próprias expectativas em relação ao psicofármaco: “E tem também efeito placebo, que você acha que achou a solução. Só que depois de três meses aí tem que aumentar a medicação”. Nesse contexto, cabe mencionar uma crítica pertinente apontada no Guia de Gestão Autônoma de Medicação (2014, p. 5) no contexto da saúde mental: “[...] ainda enfrentamos o desafio de que o tratamento baseado em medicamentos – ou fármacos – seja o mais utilizado, colocando em segundo plano outras formas de cuidar das pessoas, baseadas nas relações, nos afetos e na comunicação”. Tal informação reforça a lógica contemporânea pautada no tempo urgência, no imediatismo e na busca por soluções materiais para solucionar os problemas da vida. Esta é a (des) razão neoliberal na qual não há tempo para pensar, cada um é levado às pressas a encontrar arranjos emergenciais de sobrevivência.

Nesse sentido cabe retomar a reflexão de Nina: “Mas hoje em dia em percebo que a minha ansiedade, o meu nervosismo e essa vida acelerada que eu to levando [...] de repente eu estou numa situação muito nervosa e de repente eu to comendo e nem percebi que eu tava comendo”.

O relato de Nina dialoga com reflexão do psicólogo James Hilman (2002, p. 88) a respeito do tempo na contemporaneidade: “Pressa, afobação, correria, velocidade, ímpeto, aceleração. Nosso [espírito do tempo] é regido pelo *Geist* (Espírito) do *Zeit* (Tempo). Vivemos numa economia da pressa [...]”. A lógica da urgência produz marcadores na própria avaliação do que é uma psicopatologia: “E a rapidez afeta nossos diagnósticos psiquiátricos: quem quer ser considerado lento, retardado, passivo, retraído, regredido, fixado?” (p. 88). Observa-se a

tríade entre um diagnóstico, um doente e uma substância reparadora que “nomeia” *personas*¹², vãos estratos identitários à deriva, em profunda desconexão com o próprio desejo (O que eu quero? Ou o que querem de mim? O que eu quero é o que querem de mim? E se não for?)

Com relação ao uso de psicofármacos na questão da obesidade, as nossas entrevistadas descrevem o chamado “efeito sanfona”, termo que caracteriza as rápidas alterações de peso. Entende-se que o uso de psicofármacos no tratamento da obesidade pode ser um tipo de opção terapêutica válida. Como bem esclarece Vianna (2018, p. 50): “Não há dúvida de que as substâncias químicas produzem efeitos, mas também sabemos que esses efeitos são parciais. Não podemos renegá-las e muito menos admiti-las como única terapêutica nos tratamentos que envolvem o psiquismo.”

Lembremos que o *Pharmakón*, em sua origem grega que possui sentido ambivalente: pode ser tanto remédio quanto veneno. O remédio poderá ser um veneno caso seu uso venha a responder uma demanda da urgência materialista e não da psychê.

”

7.4.1.1 'Fici p»vlequ'Ruls vk' vt lequ'

Conforme já discutido no escopo dessa tese, a obesidade, sob a ótica da medicina, é definida como uma doença não transmissível de etiologia multifatorial, e que afeta a qualidade e a expectativa de vida das pessoas. Trata-se de uma condição clínica inserida no rol das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas conforme a referência do CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

Na psiquiatria, o atual modelo epistemológico é pautado em critérios diagnósticos pragmáticos, que podem ser definidos pelo grupo de sintomas comportamentais, considerando a sua duração e frequência. Para Silva Júnior (2019, p. 41) a atual orientação epistemológica da psiquiatria se baseia em uma “nosografia purificada”, no qual se estabelecem doenças e grupos de sintomas tratáveis mediante “[...] a ação de drogas de ação neuroquímica”. Mediante a observância de tais critérios, a obesidade não se enquadra como categoria da psiquiatria embora possa estar associada a diversas psicopatologias como veremos a seguir, mais suscetíveis à ação dos psicofármacos.

¹² *Persona*, nesse contexto, refere-se tanto ao “indivíduo” quanto à máscara utilizada pelos atores no teatro grego. A máscara é sobreposta ao rosto criando aparência enganosa. ”

Tomando como referência a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014, p. 330), a obesidade não é considerada um transtorno mental. A referência a obesidade no DSM-V a descreve como uma condição que resulta do desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto calórico, além da influência de “[...] fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos”. Ao menos formalmente, a obesidade não se insere no rol das psicopatologias. Considera-se a título desta tese não ser possível estabelecer uma relação causal entre condições psíquicas e obesidade, mas sim, compreender que a exposição cotidiana a processos de exclusão e estigmatização possui implicações subjetivas danosas. Como já apontado por Poulain (2014), o que se observa na condição da obesidade é que o sofrimento psíquico favorece o ganho de peso, assim com a experiência estigmatizada da obesidade produz mais sofrimento psíquico declinando em um efeito bola de neve. Há décadas Cangliam (1966/2009, p. 8) apontou a importância dos trabalhos de Seyle que considerava a existência uma relação natural entre um estado emocional e suas repercussões no corpo: “Todo estado orgânico de tensão desordenada, todo comportamento de alarme e stress provoca a reação supra-renal. Essa reação é ‘normal’, tendo em vista a ação e os efeitos da corticosterona no organismo”. O pensamento de Seyle propõe que os estados emocionais tensão e estresse reverberam no corpo. A partir da escuta das participantes pode-se notar uma relação entre o excesso de peso e experiências de sofrimento psíquico intenso.

Quanto mais se sentem tristes, maior a inclinação a comer em excesso. E o ganho de peso, efeito deste desregramento alimentar, produz uma intensificação do sofrimento. Tal formulação é também indicada no DSM-V (2014, p. 329): a obesidade “[...] pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos).” Nesse sentido, Segal e Kusunoki (2018, p. 378) referem uma “[...] elevada associação entre transtornos psiquiátricos e obesidade, especialmente em candidatos à cirurgia bariátrica”. Estes transtornos psiquiátricos não tratados, segundo os autores, podem estar relacionados aos casos de suicídio em pacientes pós-operados.

A lista dos possíveis transtornos mentais é bem ampla, sendo facilmente possível encaixar muitas experiências afetivas e comportamentais no rol dos transtornos mentais. Nesse contexto, quatro interlocutoras obtiveram um diagnóstico realizado por médico psiquiatra antes da Cirurgia Bariátrica e fizeram tratamento com psicofármacos. Outras quatro interlocutoras se identificaram com o diagnóstico de depressão e ansiedade. No Quadro 2, a seguir, podem-se

observar os diagnósticos realizados por psiquiatra bem como as condições psicopatológicas mencionadas durante a entrevista:

S wcf t q'4'6'F lci p»wlequ'Ruls wã vt lequ'

| F lci p»wleq't gçñt cf q't qt 'Ruls wle vt c'' | F lci p»wleq'rt»r tkq'' |
|---|--------------------------------|
| Camille: <i>Transtorno afetivo bipolar</i> | Clara: <i>ansiedade</i> |
| Clarice: <i>Transtorno Afetivo Bipolar, Borderline;</i> | Hilda: <i>depressão</i> |
| Elis: <i>depressão.</i> | Leila: <i>ansiedade</i> |
| Maria: <i>depressão e ansiedade</i> | Nina: <i>ansiedade</i> |

Estes achados colaboram com as indicações de Clark *et al.* (2020) a respeito da importância da avaliação psicológica pré-cirúrgica que deve atentar para os seguintes eixos: transtorno da compulsão alimentar periódica, síndrome da alimentação noturna; Transtornos de Humor; Comportamento em relação ao uso de substâncias.

Em relação aos transtornos de humor, Camille e Clarice tiveram este diagnóstico, conforme as narrativas a seguir: “Aí eu procurei uma psiquiatra e ela me falou que eu tava com Transtorno Afetivo bipolar do tipo 2 – a psiquiatra” (Camille). No caso de Camille, ela suspendeu a medicação por conta própria, deu segmento as suas atividades acadêmicas e profissionais e cuida do filho. Não houve nenhum relato de ciclagens de humor.

Clarice menciona o período em que usou sibutramina: “[...] a psiquiatra me passava... E ela sabia porque naquela época meu diagnóstico, que era bipolar”, “[...] eu fico pensando nossa, eu não sou bipolar!” (Clarice). Vale ressaltar que o uso de algumas substâncias, medicamentos e até mesmo condições médicas podem ter apresentações semelhantes ao episódio de mania, de acordo com o DSM-V (2014, p. 122). Clarice até o momento questiona seu diagnóstico e atualmente se define como *borderline*.

De acordo com García *et al.* (2019) a depressão e a ansiedade são apontadas como as condições psicopatológicas mais comuns na obesidade.

O Transtorno de Ansiedade de acordo com o DSM-V (2014), pode ser definido como um estado de antecipação de uma ameaça futura. Este estado é geralmente persistente, é dizer, a ansiedade pode se apresentar por conta de um determinado evento específico da vida, mas

logo surgem outros eventos que desencadeiam novamente os estados de ansiedade. Embora não mencionassem um diagnóstico formal, quatro colaboradoras fizeram referência aos estados de ansiedade e depressão: Clara, Leila e Nina e Hilda.

Maria, mesmo obtendo o diagnóstico de depressão, faz inúmeras referências aos estados de ansiedade mostrando a complexidade das manifestações de sofrimento psíquico, nem sempre capturáveis pelos sistemas classificatórios dos manuais de psiquiatria:

[...] mas eu sempre fui uma pessoa muito ansiosa. Eu sou muito ansiosa. E a minha ansiedade, o meu desespero [...]; [...] e por causa da ansiedade eu faço tratamento com psiquiatra, então parei de beber por causa do tratamento também. Teve épocas de muita ansiedade, de vomitar três vezes ao dia. Comia demais vomitava, comia de novo vomitava” (Maria).

Clara observa uma relação entre o ganho de peso a ansiedade: “[...] a partir dos 12, 13 anos eu já ... eu acredito que eu já sofria de ansiedade... não sei... eu comia bastante”.

Nina em sua rotina repleta de obrigações, associa a alimentação irregular aos estados de ansiedade: “Mas hoje em dia em percebo que a minha ansiedade, o meu nervosismo e essa vida acelerada que eu to levando é como se fosse um combo”. O relato de Nina traz uma importante reflexão entre os estados de ansiedade e a compulsão alimentar.

Leila também aponta a relação entre ansiedade e ganho de peso em diversos momentos da entrevista:

O objetivo principal que me fez engordar além de gostar de comer, eu sou uma pessoa muito ansiosa.
[...] eu não viajei porque comecei a passar mal dois dias antes tendo uma crise de ânsia de vômito e sem entender que isso era ansiedade.

A mudança de residência para um centro urbano também é relatada por Leila como um fator que impactou na vivência da ansiedade: “Foi aí que eu me descobri ansiosa, porque lá no interior você tá ansiosa você sai para passear, tomar um banho de rio, gasta energia e nem sabe o que é ansiedade de verdade”. A partir do seu relato, pode-se inferir que certas geografias possibilitam um maior uso do corpo em sua potência de interação com o mundo. A interação corporal que vai além dos circuitos das academias de ginástica. Para Leila, a experiência de ansiedade encontrava uma possível diluição nas águas dos rios. Como indica Le Breton em **Ἄνη κ' ἔχει ἄνευ ἰσχύος**: “Praticamente já não nos banhamos mais nos rios, como antes era comum nos anos sessenta, exceto em lugares autorizados [...]” (2000, p. 7, tradução nossa). A paralisia do corpo, sempre sentado e submetido às overdoses mentais parece um cenário bastante propício para a ansiedade. Muito se fala na panaceia da atividade física como fórmula para

todos os males da humanidade. E é bem verdade, que atividade física possui muitos benefícios para o corpo e a saúde mental. Entretanto, do modo como se apresenta, nesse formato “kit”, “combo”, não deixa de ser mais uma obrigação com hora marcada. As doses da atividade física também são programadas, seus possíveis ganhos e efeitos, assim como é possível programar a hora de ingerir um comprimido. Comer, neste caso, se situa mais como uma re-ação, (“levantamento de garfo?”), que promove rotas de escape para as altas voltagens de ansiedade que eletrificam um corpo ocioso.

Triste é viver na solidão

(Elis Regina & Tom Jobim, 1974)

A participante Elis teve o diagnóstico de depressão e se submeteu a longos anos de tratamento com psicofármacos. A relação entre episódios de depressão e o aumento do peso aparecem em diversos momentos da sua trajetória desde a infância: “Eu comecei a engordar com 7 anos, com 11 anos começou a depressão”.

Já na vida adulta, Elis experimenta novamente este ciclo: “Assim, eu saía, eu tinha poucos amigos mas ainda saía, só que eu estava muito gorda e sair de casa era muito difícil e eu tava muito deprimida”. Em outro momento da entrevista o tema aparece novamente: “Eu acho que na verdade assim, a depressão fez com que eu engordasse um pouco”.

O relato de Elis vai ao encontro a uma pesquisa realizada pelo Centro Médico da Universidade de Vrije, em Amsterdã (ABESO, 2018). O estudo investigou possíveis relações genéticas entre distúrbios metabólicos e depressão. A amostra reuniu 26.628 participantes dos quais 11.837 obtiveram diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. O estudo identificou que 15% dos pacientes diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior descreveram aumento do apetite e do peso quando estão mais deprimidas (ABESO, 2017). Os pesquisadores ressaltaram a importância de abordagens terapêuticas que considerem as duas condições simultaneamente.

A evidência dos prejuízos clínicos decorrentes da obesidade é um argumento bem consolidado pelo discurso científico. O tratamento direcionado ao emagrecimento pode muitas vezes obscurecer os fatores significativos na manutenção desta condição. Elis aponta a seguinte ponderação: “A questão é essa... toda a questão da obesidade fica meio confusa com relação a minha depressão”. Não há como afirmar a existência de uma “psicopatologia da obesidade”, assim como não se pode afirmar que certos transtornos mentais causam a obesidade. Segundo Vianna (2018, p. 44) a relação é bidirecional, isto é, “[...] os transtornos mentais favorecem o

desenvolvimento da obesidade, assim como a obesidade aumenta a incidência dos transtornos mentais”. Se uma pessoa com depressão se torna obesa isso obviamente agravará o seu sofrimento. E uma pessoa obesa, por experimentar tantos enfrentamentos estigmatizantes muito provavelmente terá um estado de ânimo rebaixado.

No processo da entrevista, Elis problematiza outras questões relacionadas ao seu sofrimento psíquico dentre as quais a obesidade era mais um elemento articulado às questões de classe e raça. Nesse sentido, observa em sua trajetória o impacto de uma exclusão ainda em idade escolar: “[...] tinha essa parte de ser, digamos, eu classe média e que o meu entorno era de uma elite branca”. Ao lembrar este período, acrescenta: “É tipo... eu era muito excluída mesmo, eu era chamada de feia, essas coisas assim”. Elis procurou tratamento na psiquiatria e na psicologia quando recebeu o diagnóstico de depressão: “Como minha depressão tinha chegado em um nível muito alto... é porque assim, como eu tomei muita, muita medicação [...]”. Nestes períodos em que fazia uso de muitos medicamentos diz não se recordar de eventos importantes da sua vida: “[...] eu tenho *flashes* de memória de determinados momentos, mas eu não sei exatamente que ano era aquele”. Silva Júnior (2019, p. 43) discute sobre a “banalização” da depressão sob os seguintes aspectos: o crescente uso do termo no âmbito leigo; o aumento de diagnósticos de depressão no âmbito médico como um todo. Além da psiquiatria, o tratamento e diagnóstico da depressão são realizados com frequência por outros profissionais da área médica sem formação específica em psicopatologia, como por exemplo, clínicos gerais e ginecologistas. O autor também discorre sobre um processo de “naturalização” da depressão. Ela é “naturalizada” quando entendida como um “natural” do ser humano, decorrente de processos orgânicos e neuroquímicos, desarticulados de um determinado contexto histórico-cultural-pessoal. Nesse sentido, a narrativa de Elis reproduz a tendência contemporânea em “naturalizar”, isto é, atribuir causalidades químicas, genéticas e biológicas frente às experiências de intenso sofrimento psíquico: “Eu cheguei muito cética, achava que era tudo químico... E na minha família tem histórico de bipolar, esquizofrenia, depressão. Então eu pensava, não tem jeito, é genético”. Os discursos biologizantes acerca da depressão impedem que a experiência de sofrimento seja percebida como uma reação diante de certos contextos; àquele que sofre é rapidamente rotulado com a “[...] a marca da desrazão e da ausência de sentido, privando-o assim de sua potencialidade crítica na esfera da vida social” (SILVA JÚNIOR, 2019, p. 44).

A reabertura para outros aspectos da sua existência, para além do emagrecimento, lhe fizeram aos poucos se reapropriar de certa vitalidade. Nesse caso especificamente, pode-se

pensar no nascimento da filha como uma experiência singular, específica na biografia de Elis, que lhe permitiu novos sentidos para a existência: “Meu sonho era ter um filho e eu não ia ter um filho se eu tivesse doente”.

É relevante destacar que, quando se trata da obesidade, o que prevalece é uma perspectiva biologicista, pragmática e moralizante. Há nesse sentido uma diferença no que se refere às outras complicações relacionadas ao comportamento alimentar, como é no caso da anorexia e bulimia. Há nestes casos uma maior aceitação da complexidade destes fenômenos, que envolvem tanto uma dimensão singular quanto são também impactados pela cultura. A obesidade é comumente vinculada a uma culpabilização e a falta de auto cuidado com saúde, ao passo que a anorexia é compreendida como um sintoma contemporâneo fortemente impactado pela cultura. A anorexia é também reconhecida enquanto uma condição psíquica que produz sofrimento tanto a pessoa quanto aos seus familiares e pares. Reforça-se então um sentido equivocado de que “só é gordo quem quer”, mas só é anoréxico quem pode.

Os transtornos alimentares (TAs), de modo geral, são caracterizados como alterações persistentes no comportamento alimentar que podem trazer prejuízos tanto na saúde física como no funcionamento psicossocial. Embora a obesidade não seja descrita como um transtorno alimentar existe uma relação indicada no próprio DSM-V entre esta condição e algumas psicopatologias como: o transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, e esquizofrenia. De acordo com o DSM-V considera-se como transtorno alimentar: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

Interessa, a título deste trabalho, mencionar algumas características do transtorno de compulsão alimentar dada a incidência desta condição no grupo de pessoas obesas. Estudos indicam que a incidência de TCA em 15% a 50% dos pacientes em tratamento para perda de peso (FRANQUES & LEVI, 2019). Para Vianna (2018, p. 13): “Os obesos compulsivos diferem significativamente dos obesos sem CA [compulsão alimentar], apresentando níveis elevados de comorbidades psiquiátricas, com início precoce e maior gravidade da obesidade”.

A compulsão alimentar se caracteriza por episódios nos quais há uma grande quantidade de ingestão alimentar em um curto espaço de tempo. Para Costa *et al.* (2010) o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica é um distúrbio do comportamento alimentar recorrente, no qual há grande ingestão alimentar em um curto espaço de tempo. Neste caso, não há manifestações de comportamentos compensatórios inadequados, como por exemplo, o vômito induzido no caso da bulimia. Sua prevalência é de 30% na população de obesos em tratamento e 50% na

população de obesos graves (COSTA *et al.*, 2010). A relação entre o TCAP na população obesa é também apontada por Quadros *et al.*, 2006. O TCAP dificulta o tratamento do paciente obeso além de haver fortes oscilações no peso ao longo da vida.

Com relação à dificuldade em especificar o que poderia ser considerada uma “grande quantidade”, o DSM-V (2014, p. 350) sugere considerar: “uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes”. O que se destaca na compulsão alimentar é não somente a quantidade excessiva de alimento, mas a sensação de total falta de controle mediante a ação de comer. Clarice traz um exemplo que bem caracteriza esta experiência: “Eu já comi até vomitar, descontrole total. Eu tava comendo e de repente saía [...]”. O principal traço da compulsão é justamente essa impossibilidade de interdição por vias cognitivas e racionais. Nesse sentido, os discursos de culpabilização comumente utilizados até mesmo nas campanhas anti-drogas são absolutamente ineficazes.

Outros aspectos da compulsão alimentar são especificados no DSM –V (2014, p. 350) dentre os quais destacamos: “Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida”. Na minha experiência clínica psicoterápica com pacientes obesos pode-se observar que os episódios de compulsão alimentar são frequentemente descritos como atos solitários, dissociados de um contexto de socialização. Podem ocorrer, por exemplo, durante a noite, na cozinha ou no quarto, no carro indo para casa. Por vergonha, evitam o testemunho de outra pessoa conforme indicado no DSM –V (2014, p. 351): “[...] um indivíduo pode continuar a comer compulsivamente enquanto o telefone está tocando, mas vai parar se um conhecido ou o cônjuge entrar no recinto”. Na compulsão alimentar não há necessariamente uma busca fundamental pelo prazer do alimento ou satisfação da fome, mas sim, uma necessidade de “encher” além da plenitude gástrica. Clarice descreve outro momento de compulsão alimentar: “[...] uma vez eu comi e eu falei que estava cheia, e eu queria comer mais, eu queria preencher... Eu gostava dessa sensação de estar faltando ar.” (Clarice).

Embora ainda não haja um consenso na literatura, evidências apontam que pacientes obesos com compulsão alimentar estão mais predispostos a reganho de peso após a cirurgia bariátrica (FLORES, 2014; Mauro *et al.*, 2017), além de maior dificuldade para manter o peso perdido pós cirurgia. (VIANNA, 2018).

A questão parece complexa visto que a intervenção cirúrgica impede ao menos temporariamente a ingestão alimentar excessiva. Entretanto, os efeitos desta intervenção

mecânica não apreendem a complexidade da compulsão. Na economia psíquica de uma pessoa obesa pode-se entender que o ato de comer funciona como um recurso para lidar com as mais diversas experiências emocionais. Como a intervenção cirúrgica produz uma redução volumétrica do estômago, a pessoa operada se encontra impedida de descarregar seu sofrimento pela via do corpo, gerando profundos sentimentos de frustração e insatisfação. Como aponta Magdaleno Jr. (2009, p. 15): “Esta insatisfação é vivida como angústia e, pode levar à transformação da compulsão alimentar direção a outras compulsões ou mesmo ao desenvolvimento de novas estratégias alimentares que permitam a ingestão de quantidades aumentadas de caloria”. Frente a esta insatisfação, pode haver um aumento do consumo de álcool, sendo este um aspecto problemático nos pacientes pós-operados. De acordo com Silva & Oliveira (2018, p. 85), no pós-cirúrgico existe um risco de 6,5% de se desenvolver problemas relacionados ao abuso de álcool. A prevalência do uso de álcool foi encontrada também nos pacientes em período pré-operatório. Como aponta estes autores o uso de álcool pode atuar tanto como substitutivo da comida, quanto como recurso para a socialização.

Maria foi uma das entrevistadas que ampliou intensamente a vida social após o emagrecimento, saindo com muita frequência a bares e festas. Sobre uso de álcool observa que “[...] depois que eu fiz a cirurgia também eu comecei a beber. Aprendi a beber bebida alcoólica”. Após a cirurgia voltou a ter reganho de peso por um período, e atribui ao excesso de bebida alcoólica: “Eu engordei muito por causa de bebida alcoólica. Saía todo dia, bebia muita cerveja, engordei demais!”.

Para Segal e Kussonoki (2019), o ganho de peso é o efeito menos problemático mediante o consumo problemático de álcool após a bariátrica, podendo ocasionar desfechos negativos na vida do paciente. Após a cirurgia há uma alteração na farmacocinética do álcool, causando a absorção mais rápida e uma metabolização mais lenta. Dessa forma, alguns órgãos poderão ser mais rapidamente prejudicados, como fígado e pâncreas (2018, p. 372). Além deste efeito na absorção do álcool, deve-se considerar que a predisposição ao consumo problemático de álcool no caso dos pacientes operados pode funcionar como estratégia compensatória para suprir a ausência do alimento.

O consumo de bebida alcoólica também está fortemente vinculado à socialização, assim como a comida, presença massiva em festas, encontros com amigos em bares, churrascos e celebrações familiares. Nesse sentido, o caso de Estela representa o aspecto da socialização como eixo fundamental na vinculação com álcool e comida. Para Estela, a interdição da compulsão alimentar causada pela cirurgia lhe trouxe profundo impacto psíquico. Já era uma

pessoa bastante sociável a despeito do seu peso. Conta que sempre gostou de beber, mas que após a cirurgia notou piora: “Mas eu acho que eu fiquei pior. Pelo fato de hoje eu não conseguir comer e beber, então muitas vezes eu bebo demais e quando vou conseguir comer alguma coisa já estou totalmente alcoolizada. Dou uns ‘pts’ sabe?”. Estela também se observa mais consumista: “E assim, eu fiquei muito consumista. Eu peguei muita roupa e dei para os outros, estava usando uma roupa e passava um, dois meses eu dava a roupa, comprava outra, comprava outra, comprava outra...”. Estela deixa de consumir em parte alimentos que se armazenavam dentro do seu corpo e passa a consumir outros objetos que vestem o corpo – e estes ela pode descartar, doar ou trocar. A restrição da bebida e da comida ainda lhe afeta. Estela opta por não restringir tanto o consumo alimentar e de álcool, mesmo que isso implique em voltar a ser uma mulher, “mulher gorda” mas não obesa.

Poder-se-ia sugerir no caso de algumas entrevistadas uma espécie de “troca” de compulsão, embora não haja informações anteriores que confirmem se estes traços já não existiam antes da cirurgia e eram de certa forma “camuflados” pela compulsão alimentar. O caso de Elza exemplifica uma possível relação entre a restrição alimentar imposta pela cirurgia e um aumento no consumo voltado para outro tipo de mercadoria. Antes da cirurgia Elza nos contou que bebia litros de refrigerante por dia. “Depois que eu perdi peso eu surtei total, fiquei querendo comprar o mundo inteiro de roupa, fiquei devendo”. Passou a comprar roupas excessivamente a ponto de ter precisado vender suas férias para conseguir quitar as dívidas. Entendemos que em tais movimentos, tanto Elza quanto Estela ainda sustentam a voracidade em direção ao consumo, buscando descarregar uma profunda angústia pela via de um objeto material.

Pode-se pensar na busca pelos objetos de consumo com uma predisposição psíquica literalista, que tenta interpelar à sua maneira, as experiências de angústia e vazio.

Nos casos de Elza e Estela, embora se possa pensar numa mudança de “mercadoria” que já não pode mais ser “ingerida”, mas sim sobreposta ao corpo, não se pode negar a permanência da razão neoliberal impregnando as singularidades e modos de organização subjetiva no campo das singularidades.

"
"
"
"
"

80'C'QDGUF CF G'

Eu era um corpo, um corpo que exigia reparos... e há muito de nós no mundo vivendo em corpos profundamente humanos (Roxane Gay, 2017, p. 15)

"

80'Ugt 'l qtf c.'l qtf løj c.'gpqto g'

Uma variedade de termos e palavras são proferidas no intuito de descrever a dimensão do próprio corpo. O que é ser gorda? Como é ser gorda? Qual seria o limite entre ser gorda ou obesa a ponto de se submeter à cirurgia bariátrica?

As variações conceituais tentam apreender a enorme variabilidade dos corpos. A heterogeneidade das formas corporais se diferencia de pessoa para pessoa, e ao longo da vida de cada um. Na fala das entrevistadas uma progressão linguística que tenta acompanhar o aumento do peso corporal. Nesse sentido, diversos termos são utilizados como recurso para expressar a dimensão do próprio corpo: farta, grande, cheinha, corpulenta, gordinha, gorda, obesa. Qual seria o critério para classificar uma pessoa como gorda? De acordo com Rangel (2019, p. 71) “A definição mais recorrente é a que em que se entende que a pessoa pode ser considerada gorda a partir do momento em que encontra dificuldade acessibilidade pelo tamanho de seu corpo”. Limitações que cerceiam o livre acesso a locais como cinemas, teatros, meios de transporte, como se pode observar nas seguintes falas de Nina: “Eu, por exemplo, eu tinha vergonha de pegar um ônibus que eu tinha que passar na roleta”; “[...] a pessoa não poder se expressar para se vestir, a pessoa não tem nada disso, nada é acessível”. Acrescentamos a isso os enfrentamentos vividos no campo das subjetividades, marcadas por interações sociais carregadas de preconceitos.

Clarice nem sempre entende seu status corporal embora saiba que não era considerada uma pessoa magra, ao menos não tanto quanto uma Barbie. Mas, o que então poderia ser? “[...] eu me sentia gorda. Não é que eu fosse gorda”. É como se não houvesse vocabulário suficiente para apreender os corpos que não são nem gordos nem magros. A transição, este entremeio, demonstra um vazio de nomeação, um eixo que não se enquadra nos campos discursivos de inteligibilidade. De acordo com Rangel (2018, p.71, grifo da autora): “Em uma sociedade em que pessoas magras que engordam um pouco já se chamam de ‘gordas’, esta definição se torna ainda mais delicada”.

Camille se depara com a mesma indefinição do seu antigo status corporal: “[...] eu não estava tão gorda quanto eu fiquei depois... mas eu também eu não estava magra do jeito que eu

estou. Tipo assim, eu não era barriguda... era mais coxa, peito, bunda [...]”. A partir desta fala observa-se a heterogeneidade dos corpos. Sobre qual referencial Camille compara seu corpo? E porque há um determinado referencial tomado como “belo”, considerando a vasta multiplicidade de corpos e suas disposições estéticas?

Para Leila, ela nunca foi “[...] considerada aquela pessoa gorda, sempre fui àquela pessoa farta, minha família sempre foi àquelas pessoas corpulentas”. Quando Leila menciona as palavras “farta” e “corpulentas” parece haver um esforço por descrever as formas corporais que estão fora do enquadre normativo, é dizer, *não-magra*. Neste caso, ocupa-se então uma zona fronteira onde nem se está na norma e nem se está fora dela.

Clara inicialmente diz: “E fui assim... sempre fui cheinha”. Depois lembra que já foi magra: “Eu era magrinha... aí a partir dos 13 anos, eu comecei a ganhar peso”. De acordo com Rangel (2019, p. 70): “A identidade gorda acompanha consigo uma fluidez muito grande, uma vez que a quantidade de gordura e as massas dos corpos durante a vida variam muito”. Esta variação pode ser identificada na narrativa de Marta. Ela se lembra de ser uma criança considerada magra: “Como começou? Ah, quando eu era pequena eu era muito magrinha [...] aí eu comecei a engordar, indo, indo, cada vez comia mais... Com meus 15 anos eu já estava obesa”.

Elis relembra uma situação conflituosa com a genitora de um antigo namorado: “E quando eu cheguei lá, a mãe dele fazia críticas dizendo que estava gordinha, e eu não estava... eu estava assim... com um corpo normal, dentro do IMC, mas, um pouquinho acima”. Estar um pouco acima implicaria em ultrapassar qual fronteira? A constatação precisa ser reiterada: “Ela está gordinha”, repetia a ex-sogra em caráter de denúncia. Esta intenção de denúncia aparece na experiência de outras colaboradoras. Na trajetória de Marta, ser gorda era uma constatação continuamente nomeada pelo seu entorno: “Aí eu era a baleia da escola [...]”. O volume do seu corpo lhe conferia um rótulo pejorativo em todos os espaços pelos quais circulava. Marta era “A gorda”, “a gorda de tudo quanto é lado, a gorda da família”. Todos parecem dizer: “Joga pedra na Geni”, assim como dizem “você está gorda”. O peso do corpo lhe confere uma identidade social, uma marca não desejada e para evitá-la Marta se escondia. A denúncia será proferida estando gorda, gordinha ou enorme. Como bem esclarece Rangel (2018, p. 52), chamar alguém de “gorda” ressoa quase como uma ofensa, uma adjetivação indesejável que possui caráter de denúncia e ou depreciação.

Maria relata o fato de ser gorda como um demérito, mesmo sendo qualificada como “bonita de rosto”. Em suas palavras: “Independente de se todo mundo fala: ‘ah nossa, ela tem

um rosto lindo'... Mas eu era gorda! Então o corpo era feio". Ao contrário, tudo que se refere à magreza é associado a qualidades e melhorias. A frase "você emagreceu" é enunciada quase como um elogio. É como se ser ou estar gorda autorizasse a maledicência do outro e de si mesma, uma denúncia sutil (às vezes nem tanto) que precisa ser apontada, enunciada. Todos devem alertar sobre o corpo gordo em seu suposto crime que contraria a moral, a saúde e os bons costumes, especialmente em se tratando de corpos femininos. Nesse sentido, entendemos que toda sim, toda gordura será castigada.

A falta de percepção acerca da própria dimensão corporal é também acompanhada por uma ausência de vocabulário capaz de definir este corpo. O que se pode dizer sobre o corpo e seus contornos? Quais palavras e sob quais termos se definem o corpo apto para o espetáculo? Sobre qual molde este corpo rascunho pode ser decalcado? O vai e vem do peso torna a experiência estética de ser gorda uma questão ontológica: ser ou não ser? O que deixo de ser quando sou gorda? O que sou quando estou gorda? Sou atraente? Sou competente? Sou desprezível? Devo me esconder?

Alterações do peso e inúmeras tentativas prévias para emagrecer foram relatadas pelas entrevistadas com certa frequência, cabendo um tópico dedicado ao "efeito sanfona", conforme veremos a seguir.

804'Gpi qtf cpf q'g'go ci t gegpf q''

Ao contrário do que o senso comum pode supor, as participantes desta pesquisa relataram diversas tentativas para o controle da obesidade: uso de medicamentos (psicofármacos, fórmulas e sibutramina); dietas; atividade física, frequência a spas, jejum, práticas purgativas, uso de laxantes. Embora diversas estratégias tenham sido mencionadas, não se sabe ao certo o nível de adesão às condutas. Sabe-se que a mudança no processo alimentar é gradual e requer adesão contínua. Atenção em especial às interpelações das forças de mercado que tendem a construir sistema de consumo que influenciam escolhas acerca do que é prazeroso ou saudável.

O "efeito sanfona", como é comumente chamado, se caracteriza pelas rápidas alterações de peso corporal. De acordo com a pesquisa de mestrado realizada por Donato Júnior (2005), as constantes variações de peso tornam cada vez mais difíceis a estabilidade ponderal, assim como o emagrecimento. O organismo apresenta adaptações cada vez mais resistentes, criando

uma espécie de “economia” do gasto calórico. Este mecanismo cria um ciclo vicioso no qual o peso perdido seria facilmente adquirido.

O processo de ganho e perda de peso se apresenta como um fenômeno recorrente nas narrativas das participantes em uma tensão permanente que nem mesmo a cirurgia bariátrica parece sanar. Clarice viveu estas transformações físicas à custa de inúmeras tentativas para perder peso:

Eu tive um problema de depressão, de tudo, então eu engordei e emagreci, engordei 30 quilos e emagreci. Aí é assim, tem anos que eu fico magra e anos que eu engordo. Ano passado a partir de julho comecei a engordar de novo. E agora eu estou no ápice do meu peso, e eu nem acredito! Eu fiz bioimpedância e deu lá que eu tenho que perder 18 quilos. Eu não sei como é que eu vou perder 18 quilos.

O interessante é que esta primeira elaboração causal é aos poucos reformulada no transcorrer da entrevista. Clarice percebe que o sexo e a comida se apresentam como modos de tentar regular o estado de ansiedade:

Então na verdade é mais a forma de descarregar a ansiedade... quando eu estou me sentindo bem com meu corpo, a forma que eu uso para descarregar a ansiedade é o sexo. Quando eu estou ruim com meu corpo, a forma que eu uso para descarregar a ansiedade é alimentação.

Nina também experimentou as mudanças do engordar e emagrecer: “Aos 10 eu era gigantesca, aos 15 eu já estava mais magra, e depois eu engordei um pouco, emagreci de novo, engordei, e foi indo... sempre foi assim minha vida, sempre esse problema, esse efeito sanfona, vai e volta”.

Os pacientes obesos geralmente perdem peso com a dieta restritiva, contudo, não conseguem mantê-las em longo prazo. A metade dos pacientes retorna ao mesmo peso que tinham antes do tratamento nos primeiros 12 meses. De acordo com as orientações da ABESO (2016, p. 75): “Para o sucesso do tratamento dietético, devem-se manter mudanças na alimentação por toda a vida. Dietas muito restritivas, artificiais e rígidas não são sustentáveis, embora possam ser usadas por um período limitado de tempo”.

Programas que combinam a dieta hipocalórica associada à atividade física apresentam maior eficácia em longo prazo. Além da atividade física, a associação entre a dieta e terapia de grupo também se mostrou eficaz na manutenção do peso perdido em longo prazo (ABESO, 2016). O Quadro 3 a seguir indica de forma resumida as estratégias de controle da obesidade mencionadas pelas colaboradoras:

S wcf t q'5'6'Vgpvc lxcu'f ct c'èqpv t qrg'f q'r guq''

| | |
|---------|--|
| Camille | Não menciona. Atualmente faz uso esporádico de laxantes fitoterápico. |
| Clara | Não menciona |
| Clarice | Spa, uso de laxantes, medicamentos, uso de fórmulas |
| Elis | Dieta restritiva, atividade física, jejum, antidepressivos, benzodiazepínicos. Atualmente, mantém o peso com a dieta <i>low carb</i> . |
| Elza | Dietas da moda; dieta com nutricionista; atividade física (academia) sem adesão. |
| Hilda | Dieta indicada pela pediatra, acompanhada por nutricionista. Consegue emagrecer na adolescência. |
| Leila | “[...] nutricionista, endócrino, médico clínico”; uso de fórmulas, dietas. |
| Maria | Dieta variadas, consulta com endocrinologistas desde a infância; uso de medicamentos; após a bariátrica segue com a “dieta da proteína”/ <i>low carb</i> . |
| Marta | Tentativas anteriores com endocrinologista |
| Nina | “Dieta errada” e medicamentos |
| Estella | Não menciona |

A trajetória de controle do peso é longa. Sobre as dietas Clarice descreve as tentativas de fazer dieta desde a adolescência: “Então, eu resolvi ainda no fundamental fazer dieta”.

Leila relata insucesso nas tentativas de adesão a dieta, mesmo quando fez uso de fórmulas concomitante ao acompanhamento com nutricionista e com endocrinologista: “Tentei fazer dieta, fazer as coisas, mas não estava tendo resultado”.

Elis passou períodos de extrema dedicação ao projeto do emagrecimento e controle de peso, realizando intensa atividade física, dieta restritiva e jejum: “Comecei a fazer muito exercício, muita dieta restritiva [...]”. A questão é que eu estava querendo chegar ao peso ideal, vamos dizer assim, que eu achava ideal [...]. Era basicamente muito exercício e jejum para chegar a esse peso”. Atualmente mantém-se com o peso estável e segue a dieta de *low carb*, com baixo teor de carboidratos.

Nina também fala das suas diversas tentativas de controle do peso antes de realizar a cirurgia bariátrica: “Fui fazendo dieta, fazendo dieta errada, usando remédio para emagrecer... então chegou um tempo que veio rebote, eu engordei muito”.

Maria, em pouco mais de um ano após a cirurgia bariátrica voltou a ganhar peso. “Aí passou um tempo e eu engordei um pouco de novo. Fui para 90 quilos. É um vai e vem né? Engordei em 2013. Aí emagreci, fiz a dieta da proteína, e vai fazer dois anos”. Ela permanece com alimentação bem controlada e não consegue ter adesão a prática regular de atividade física.

A tentativa de emagrecer com o auxílio da atividade física regular também foi mencionada por Clarice “Eu já estava fazendo caminhadas, mas eu sentia muita dificuldade, muito peso...”.

Elza refere-se à falta de continuidade nas tentativas de seguir com atividade física: “Frequentava academia, mas era daquele jeito né? Mas eu ia... se eu não fosse não ia mais”. O que pode haver de equívoco nessas tentativas passadas descritas pelas entrevistadas?

A partir dos relatos apresentados não é possível identificar o grau de adesão às estratégias de emagrecimento citadas. Em um estudo realizado por Oliveira e Silva (2014) foram identificados alguns fatores que impedem a perda de peso em mulheres obesas, dentre os quais se destacam: a falta de tempo, ansiedade, baixa autoestima, acesso a alimentos altamente calóricos, falta de autocontrole e a falta de motivação para mudar os hábitos alimentares. Em relação às entrevistadas pode-se observar que a falta de tempo, baixa adesão à atividade física e a preferência por alimentos altamente calóricos e industrializados, foram elementos que colaboraram para o engordar-emagrecer.

”

85'C'èqo kf c<t'hqo g'g't'gn± q'èqo 't'èqo kf c''

A observância dos costumes alimentares pode indicar múltiplos aspectos de uma sociedade: seus sistemas de hierarquia e graus de parentesco, identidade religiosa, comércio, produção, exportação, economia, dentre tantos outros que mereciam um estudo à parte.

Carneiro (2005) aprofunda o estudo das práticas alimentares em uma perspectiva sócio-histórica, reafirmando que a alimentação não é somente uma questão de escolha individual conforme vem sendo difundido na cena contemporânea. Este autor exemplifica:

Ser judeu ou muçulmano, por exemplo, implica, entre outras regras, não comer carne de porco. Ser hinduísta é ser vegetariano. O cristianismo ordena sua cerimônia mais sagrada e mais característica em torno da ingestão do pão e do vinho, como corpo e sangue divinos. A própria origem da explicação judaico cristã para a queda de Adão e Eva é a sua rebeldia em seguir um preceito religioso: não comer do fruto proibido. (CARNEIRO, 2005, p. 72).

Práticas alimentares adotadas para uma determinada cultura pode ser impensáveis para outros grupos, causando até mesmo repugnância. Como bem esclarece Fischler (1995) não se ingere apenas o que é comestível, mas, principalmente, aquilo que é culturalmente considerado como comestível.

O gosto por certos alimentos se desenvolve mediante uma variedade sensorial que se estende além da simples percepção gustativa. As preferências por certos alimentos dependem de outros sentidos como o olfato, a visão, a sensação à textura, a temperatura dentre outras variáveis. É dizer que o gosto não se basta por si mesmo e sofre modulações provenientes da experiência individual, social, cultural, afetiva e biológica. (FISCHLER, 1995, p. 90). A dimensão social e afetiva é mencionada por Estela, uma das colaboradoras desta pesquisa: “Se alguém for me convidar para um café, um pãozinho com manteiga me compra, me conquista!” (Estela).

Fischler (1995) salienta que até mesmo predileções alimentares consideradas inatas, como, por exemplo, o gosto pelo sabor doce, pode ser impactado pela transmissão cultural. Um bom exemplo disso é a tolerância e apreciação ao sabor picante entre os mexicanos. Esse autor ressalta a aprendizagem por observação e imitação, especialmente entre crianças e jovens que tendem a assimilar os gostos alimentares observados nos seus grupos e pares.

Os cuidados e reticências sobre os hábitos alimentares já se faziam presentes na Medicina Greco romana clássica, conforme nos indica Foucault em **J kw>t k'f c'Ugzwrkf cf g**, vol. III. Os tratados alimentares ocupavam posição estratégica nas práticas destinadas cuidado de si.

Conservar a boa saúde exigia, nesta perspectiva, a observância detalhada de todos os fatores que pudessem causar desequilíbrios na Alma: “[...] o regime não se restringia a uma orientação alimentar; fixava um conjunto de regras de conduta, uma ‘arte de viver’...” (SEIXAS & BIRMAN, 2012, p. 14). Com isso, observa-se a vinculação entre relação entre práticas alimentares e o contexto cultural, que neste caso, prezada pela ideia da justa medida em todas as esferas da vida.

Na cena contemporânea, muito se fala em alimentação saudável, havendo inclusive um apelo à cultura *fit* da qual a indústria alimentar já se apropriou oferecendo uma ampla variedade de produtos “*light*”. De acordo com o Ministério da Saúde (2015), estas “[...] práticas de marketing muitas vezes vinculam a alimentação saudável ao consumo de alimentos industrializados especiais e não privilegiam os alimentos não processados e menos refinados [...]”. Mas em que consiste uma alimentação saudável? Haveria uma falta de informação por parte das mulheres obesas nesse sentido?

Em relação aos padrões alimentares saudáveis consideramos uma dieta composta prioritariamente por alimentos *in natura*, é dizer, pouco ou nada processados. De acordo com o sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico¹³ (VIGITEL, 2019), o consumo regular de frutas, hortaliças e alimentos não ou minimamente processados é considerado fator de proteção para doenças crônicas. Por alimentos industrializados consideram-se, os seguintes exemplos:

[...] refrigerante; suco de fruta em caixa, caixinha ou lata; refresco em pó; bebida achocolatada; iogurte com sabor; salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado; biscoito/bolacha doce, biscoito recheado, bolinho de pacote; chocolate, sorvete, gelatina [...] salsicha, linguiça, mortadela ou presunto; pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer; maionese, ketchup ou mostarda; margarina; macarrão instantâneo. (VIGITEL, 2019, p. 21).

Observa-se a partir das narrativas de quase todas as entrevistadas uma relação entre a obesidade e práticas de consumo alimentar que priorizam alimentos processados. Ao contrário do que se imaginam, as entrevistadas demonstraram entendimento sobre as consequências danosas deste tipo de alimentação não saudável. Além disso, pessoas magras também podem ter uma alimentação inadequada onde se prioriza consumo de industrializados e alimentos

¹³ VIGITEL é um sistema de monitoramento dos fatores de Risco para Doenças Crônicas do Ministério da Saúde desde o ano de 2006. Em 2019, foram realizadas entrevistas telefônicas em todas as capitais dos 26 estados Brasileiros e Distrito Federal, alcançando mais de 52 mil brasileiros.

altamente açucarados, com baixo teor nutricional. Não seria necessariamente a forma corporal é um indicador consistente para evidenciar hábitos alimentares saudáveis.

Podemos observar a partir da fala de Clarice que ela sabe sobre o que deve ou não comer: “Eu como besteira [...] eu costumava comer minha fatia de bolo na rodoviária com um cafezinho. Só que eu não posso comer bolo, eu estou de dieta.” (Clarice).

Elza demonstra total entendimento sobre a relação entre obesidade e uma alimentação inadequada: “Tem uma menina que fez a mesma cirurgia na mesma época que eu... só que um mês depois ela estava comendo pastel. Aí ela tá gorda.” Ao ser questionada sobre os motivos que levaram ao seu ganho de peso, responde: “É alimentação mesmo, *eu me alimentava muito mal, comia muito hambúrguer, refrigerante, muita coisa ruim para saúde mesmo*. Houve uma época que eu bebia dois litros de refrigerante por dia”.

A partir da fala de Elza e sua relação com a *junkie food*, vemos uma articulação com o que Carneiro (2005) designa de fetichização das mercadorias, traço típico da contemporaneidade. O apelo ao consumo recai tanto sobre os alimentos assim como roupas e tecnologias que são devorados como fetiche. Nesse contexto, considera-se uma dimensão ambiental e social com forte apelo ao consumo alimentar exagerado (VIANNA, 2018). As facilidades de aplicativos permitem que em apenas alguns instantes, comidas altamente palatáveis apareçam na porta de casa. Isso sem contar com os *buffets*, churrascarias, rodízios, casamentos, encontros familiares, celebrações entre amigos, aniversários, jantares românticos: parece que o mundo gira em torno do prazer alimentar, mas não suporta os corpos não sarados.

Camille e Estela descrevem a preferência por doces demarcando também a percepção de que comê-los em demasia pode levar ao ganho de peso.

Ao longo do dia eu comia bastante comida... mas era mais doce. Eu sempre... eu fui engordando por causa do doce. (Camille)

Eu sempre fui muito doceira, sempre gostei muito de chocolate. Quando eu estava na TPM eu assistia um filme e comia um tablete de chocolate. (Estela)

Para Marta, os hábitos alimentares da família colaboraram para o ganho de peso: “eu acho que aqui em casa, por exemplo, era alimentação mesmo. Minha mãe deixava a gente comer de tudo, até porque ela também era obesa, então ela também comia de tudo né?”.

Em outro momento da entrevista, Marta retoma este tema: “O meu pai dava refrigerante na hora da comida e minha mãe também... então não tinha uma boa alimentação”. A especificidade das preferências alimentares também é mencionada por outras colaboradoras,

demonstrando um entendimento sobre o tipo de alimento, por exemplo, doces, refrigerantes, e frituras e sua relação com a obesidade:

Nunca fui muito ligada a doce, gosto de comida mesmo, de fritura, estas coisas. (Clara)
 Eu adoro um pastel, coxinha, feijoada, comida. (Clara)
 Sexta-feira era comum eu sair e ir nas lojas Americanas e voltar com três sacolas de chips, barra de chocolate, caixa de bombom só coisas assim que engordam. (Hilda)

Cabe situar a formulação apontada por Santiago (2006, p. 21): “[...] Os casos discutidos demonstram o fato clínico de que não há sujeito compulsivo ou obeso que não saiba que esse ou aquele alimento engorda”. Podemos inferir com isso que o conhecimento sobre alimentação é necessário, mas não o suficiente para modificar uma alimentação inadequada. É dizer, as participantes sabem sobre os alimentos que engordam. Nesse sentido, a dimensão clínica da psicologia deveria se inserir fora dos discursos “prescritivos” e das pedagogias para emagrecer. Há de se considerar que já existe um vasto campo de profissionais da saúde que se dedicam a este tipo de acompanhamento. Para Santiago (2016, p. 22), a obesidade a partir de uma leitura psicanalítica é um corpo que se comunica pela via do “sintoma” e que, portanto, é refratário a mensagens e ordens prescritivas. No caso, a abordagem psicoterápica que desconsidera os afetos, as singularidades e subjetividades que compõem a dinâmica da obesidade termina se inserindo no rol das práticas terapêuticas “disciplinares”, que como vimos, tendem a fracassar. É provável que a insistência em manter estas abordagens ainda seja resíduo da crença na razão pura – o *cogitum* que comanda o corpo-máquina. A obesidade se localiza então como emblemática resistência. A razão fracassa, assim como a racionalidade médica.

Outro aspecto relevante nas narrativas das entrevistadas diz respeito à relação entre o estado emocional e o comportamento alimentar. Nesse ponto, Leila observa uma conexão entre os períodos de maior ansiedade e aumento do consumo alimentar: “[...] em época de prova era um horror, por exemplo, um pacote de bolacha na minha mão era uma sentada, eu estava sentada estudando e não estava vendo.” (Leila).

Leila se descreve como uma pessoa ansiosa e observa que a mudança do interior para a capital na época da faculdade afetou seu ganho de peso:

O objetivo principal que me fez engordar além de gostar de comer é que eu sou uma pessoa muito ansiosa então quando eu vim pra cá que eu me vi na situação de longe de casa, morando na época na casa de estudante tinha mais ou menos 15 pessoas, e a vida inteira foi eu minha mãe e meu pai, 3 pessoas.

Leila se descreve como uma pessoa ansiosa e observa que a mudança do interior para a capital na época da faculdade afetou seu ganho de peso: “O objetivo principal que me fez engordar além de gostar de comer é que eu sou uma pessoa muito ansiosa então quando eu vim pra cá que eu me vi na situação de longe de casa, morando na época na casa de estudante tinha mais ou menos 15 pessoas, e a vida inteira foi eu minha mãe e meu pai, 3 pessoas”.

No caso de Nina, ela aponta seu estilo de vida acelerado e a ansiedade como fatores que a fizeram aumentar o peso mesmo após a cirurgia bariátrica: “Hoje em dia em percebo que a minha ansiedade, o meu nervosismo e essa vida acelerada que estou levando, é como se fosse um *combo*, de repente eu estou numa situação muito nervosa e de repente eu estou comendo”. O termo “combo” inclusive chama atenção por se tratar de uma palavra utilizada na venda de *junkie food*, é dizer, grupo de alimento calórico e sem potencial nutritivo. O “combo” é um diminutivo da palavra inglesa *combination*. Geralmente, no *combo* vendido pelas lanchonetes, é possível um valor mais barato na compra conjunta de hambúrguer, refrigerante e batata frita por exemplo. Nina descreve um automatismo que lhe acomete na hora de comer: “[...] peguei um biscoito, sai andando comendo um biscoito sem perceber [...]”.

De acordo com um estudo realizado com pacientes pós-bariátricos, Marchesini e Antunes (2017) concluem que a alimentação dos pacientes pós-operados continua vinculada a memórias afetivas de fartura e sensações prazerosas. É comum sentimento de indignação ao se depararem com as pequenas quantidades de alimentos após a cirurgia.

De acordo um estudo realizado com pacientes pós-bariátricos, Marchesini e Antunes (2017) concluem que a alimentação dos pacientes pós-operados continua vinculada a memórias afetivas de fartura e sensações prazerosas. É comum sentimentos de indignação e frustração ao se depararem com as pequenas quantidades de alimentos após a cirurgia.

Um dado relevante apontado pelas interlocutoras é sobre a mudança na quantidade da ingestão alimentar após cirurgia, mas não necessariamente na qualidade do alimento. Nota-se uma tendência em reduzir as porções, porém mantendo as mesmas preferências. Clara refere que após a cirurgia: “Comprava uma coxinha, dividia em quatro e ia comendo ao longo do dia”. Em sua tese de doutorado, Magdaleno Júnior (2009) ressalta que o procedimento cirúrgico interfere na experiência de saciedade gástrica, mas não altera a necessidade de satisfação alimentar. Por exemplo, a saciedade gástrica se refere a uma necessidade do organismo: uma pessoa pode sentir sede e beber água até estar satisfeita, talvez beba um pouco mais ou um pouco menos do que o necessário. Já a satisfação alimentar se relaciona a sensações prazerosas vinculadas a certos alimentos, como por exemplo, o doce. Nesse contexto, Estela afirma: “Eu

não chego a comer tanto. Por exemplo, um tablete de chocolate Talento... antes era um tablete assim, puf... hoje eu passo três, quatro dias comendo aquele tablete”. O exemplo dado por Estela exemplifica bem a diferença entre saciedade e satisfação. A cirurgia realmente impactou nos seus níveis de saciedade alimentar, embora não tenha modificado a necessidade de satisfação alimentar, em seu caso, promovida pelo doce.

A “redução” nas possibilidades de satisfação pela via do alimento podem muito angustiantes para a pessoa operada. Com o passar do tempo, algumas pessoas “aprendem” a driblar os efeitos da cirurgia, seja comendo em pequenas quantidades muitas vezes ao dia, seja escolhendo alimentos de fácil digestão e altamente calóricos (MAGDALENO JR., 2009). O que se busca, nestes casos, é a uma experiência de satisfação alimentar altamente prazerosa.

Com isso, nota-se que a escolha por certos alimentos não se orienta pelo conhecimento nutricional, mas sim, pelo seu potencial de satisfação imediata. O fácil acesso também parece um indicador relevante nessas escolhas, juntamente com estratégias de marketing ostensivo. Estes alimentos geralmente são apresentados na mídia associados um sentido lúdico, leve, divertido, que convoca memórias da infância e adolescência. O acesso é sempre muito fácil, além do preço que é outro atrativo. Atualmente, é possível ir comprar um remédio em uma farmácia e encontrar uma ampla variedade de doces e *snacks* em promoção. Uma reportagem publicada no *New York Times*¹⁴ (2017) divulgou estratégias realizadas por grandes indústrias alimentares como a Nestlé para aumentar suas vendas. A queda das vendas nos países ricos fez com que grandes empresas como Nestlé, PepsiCo e General Mills, expandisse seu mercado para potenciais clientes que residem nos grandes conglomerados urbanos em países como Brasil e Índia. A estratégia consiste em revendedores que vão diretamente nos bairros onde vivem pessoas em situação de vulnerabilidade social, com pacotes de sobremesa láctea Chandelle, o chocolate Kit-Kats e cereal infantil Mucilon.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de um contexto sociocultural que favoreça opções alimentares mais saudáveis, especialmente no caso de crianças e adolescentes.

A noção de responsabilidade individual como única escolha para tratar a obesidade não tem se mostrado eficaz. A obesidade é uma condição multifatorial, e altamente vinculada ao estilo de vida contemporâneo que tanto apela para o corpo “saudável e magro” quanto oferece um tipo narcose acessível pela via do alimento. Concluímos que o padrão alimentar no caso da obesidade não se dá somente pela falta de informação nutricional, assim como a intervenção

¹⁴ New York Times. Como a grande indústria viciou o Brasil em *Junkie Food*. 2017. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2017/09/16/health/brasil-junk-food.html>

cirúrgica por si mesma não é capaz de modificar a qualidade da alimentação. Em longo prazo, estas escolhas alimentares vão trazer o reganho de peso sendo necessário um acompanhamento multidisciplinar continuado. É importante que, em alguma medida, estes pacientes “aprendam” a negociar com sua própria voracidade, onde os prazeres possam ser experimentados por outros sentidos e por outros recursos e quem sabe até suportar algum nível de insatisfação? "

86'Vqf c'è'l qtf wt c'tgt^a 'ècwlí cf c<q'gwí o c'f c'qdgulf cf g'

Ao escrever sobre meu corpo, talvez eu deva estudar essa carne, a abundância dela, como a cena de um crime. (Roxane Gay, 2017, p. 25).

Ela é um poço de bondade
E é por isso que a cidade
Vive sempre a repetir
Joga pedra na Geni!
(Geni e o Zeppelin, Chico Buarque, 1978)

[...] e o outro, através de gestos, atitudes, olhares, fixou-me como se fixa uma solução com um estabilizador [...]
(Franz Fanon, 2008, p. 103)

A sociedade contemporânea é bastante rigorosa quanto à gordura corporal, seja ela qual for. A obesidade vem sendo considerada nas últimas décadas uma epidemia que se evidencia através de uma condição corporal considerada patológica e radicalmente dissonante da norma social, cultural e científica da contemporaneidade. A cirurgia bariátrica possibilita, ainda que temporariamente, o deslocamento de lugar social altamente estigmatizado e carregado de sentidos depreciativos. Nesse sentido, as colaboradoras desta pesquisa relataram situações de exclusão e preconceito por conta da obesidade sendo este um fator relevante na decisão pela cirurgia bariátrica.

O termo, atualmente conhecido no Brasil como *gordofobia*, diz respeito às condições de segregação e preconceito que recaem sobre as pessoas obesas e com sobrepeso. A gordofobia difere da pressão social estética. A pressão estética diz respeito a uma expectativa de que determinados corpos cumpram certos modelos de apresentação. A gordofobia é situada na esfera do preconceito e suas implicações comprometem diretamente a vida das pessoas obesas nos mais diversos âmbitos da vida (RANGEL, 2018). Nos Estados Unidos, o termo é conhecido como *fatphobia*. Em 1969, foi fundado a NAAFA – *National Association to Advance Fat Acceptance* (Associação nacional para o avanço da aceitação das/dos gordas/os) – organização que se dedica à luta pelos direitos civis das pessoas gordas. Em 1973, o *Fat Underground*,

formado por mulheres gordas ativistas, publicou o Manifesto de Libertação das pessoas gordas. O documento amplia a discussão da obesidade para o âmbito da política, com pautas direcionadas para a igualdade de direitos, acesso à educação, instalações públicas e serviços de saúde (RANGEL, 2018, p. 49). As autoras também estavam atentas para os interesses mercadológicos das seguradoras de saúde bem como os da “indústria da redução”, agentes que lucravam com a venda de produtos e serviços direcionados para o emagrecimento: *spas*, cirurgias, dietas, livros de dieta, suplementos, equipamentos de ginástica dentre outros. Sobre o corpo das mulheres incidem exigências estéticas opressoras. No caso das mulheres obesas, outros níveis de exclusão e opressão se apresentam. Dentre eles encontram-se a dificuldade de mobilidade pelos espaços públicos, os constrangimentos vividos em ações do cotidiano e outras formas de violência. Rangel (2018) situa que a pauta das mulheres gordas tem sido secundária nos estudos feministas em detrimento de questões como desigualdades salariais e violência doméstica por exemplo.

No intuito de elucidar as representações negativas que recaem sobre a condição da obesidade, optamos pelo conceito de estigma, proposto por Goffman (1963/2004).

Na Grécia Antiga, o estigma se referia a marcas corporais feitas por ferro ou fogo, que tinham por objetivo alertar os demais sobre alguma condição da pessoa marcada, seja por se tratar de um escravo, ou de um criminoso. No Cristianismo, conforme ensina Goffman (1963/2004), o estigma passou a ter atribuições relativas à religiosidade, espécies de marcas do mundo espiritual que evidenciavam relação com divino.

Em meados do século XX, tal fenômeno despertou interesse das ciências sociais, sendo o trabalho de Goffman um dos primeiros a oferecer um aporte teórico e metodológico do conceito (MIRIC *et al.*, 2017). Os estudos sobre o estigma trouxeram contribuições não apenas nas ciências sociais como também em diferentes contextos no campo da saúde (MIRIC *et al.*, 2017, p. 174).

Para o contexto desta pesquisa, interessa, sobretudo, compreender as múltiplas consequências dos estigmas nas vivências das pessoas obesas, bem como do que evidência sobre uma determinada sociedade. A partir desta concepção, o estigma pode ser definido como uma “atribuição profundamente depreciativa” advinda do grupo social em relação a uma pessoa devido a uma característica física, moral, religiosa ou racial que a diferencie da maioria. Cabe ressaltar que o estigma diz respeito a uma experiência que vai além de um olhar de reprovação, crítica ou mera opinião pessoal. O estigma se sobrepõe de tal maneira que qualquer outra característica ou qualidade da pessoa tornam-se secundárias. A formulação apresentada por

Goffman (1963/2004, p. 11) elucida a situação vivida pelas pessoas obesas: “[...] deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem [...]”.

Experiências de preconceito como efeito da obesidade foram narradas por todas as entrevistadas desta pesquisa, o que corrobora com a noção de uma gordofobia social contemporânea. Esta aversão a qualquer tipo de gordura corporal não aparece nas sociedades tradicionais, conforme nos indica Fischler (GOLDEMBERG, 2011). Algum tipo de gordura é tolerado e até mesmo valorizado. Esse pesquisador reconhece a estigmatização das pessoas obesas: “Os gordos são vistos como responsáveis pela sua gordura e por suas doenças.” (p.239).

O fenômeno incide tanto na segregação do estigmatizado, quanto confere aos outros membros do grupo um sentimento de “normalidade”. Goffman (1963/2004, p. 44) destaca a questão da visibilidade do traço que desencadeia o estigma, “[...] quando um estigma de um indivíduo é muito visível, o simples fato de que ele entre em contato com outros levará o seu estigma a ser conhecido”. O excesso de gordura corporal na dinâmica da obesidade possui esta visibilidade excessiva, que só pode ser minimizada na evitação dos espaços públicos.

Este autor considera também que o nível de visibilidade de um estigma pode ser mais ou menos percebido a depender do contexto no qual ele se apresenta. Considerando esta afirmação, pode-se inferir que a perceptibilidade da gordura corporal se dá não só na sua visibilidade, mas, também por se tratar de um aspecto ressaltado como negativo pela norma social, o que torna sua percepção ainda mais acentuada. Hábitos cotidianos de uma pessoa obesa, como ir à padaria, a uma loja ou a uma reunião familiar podem ser atravessados por interações sociais desconfortáveis, como se pode observar na narrativa de Clara: “Até na hora que você vai em um restaurante comer você pensa que as pessoas estão te olhando, as pessoas estão achando que eu estou comendo horrores só porque eu sou gorda.” (Clara).

Para Maria, na vida de uma pessoa obesa o simples ato de passar pela rua é um possível campo para agressões verbais:

Às vezes você tá passando na rua e alguém dizia: ‘Olha a baleia!’. Na infância e adolescência Maria também evitava a exposição: “Eu ficava o dia inteiro dentro de casa, minha mãe dizia ‘vai passear, vai sair com os meninos’. Não, não quero. Vou ficar dentro de casa. Então eu tinha muita vergonha.

Nesse período a esquiva dos espaços pública era uma estratégia para escapar desses constrangimentos que lhe acompanharam até a época da faculdade: “Na faculdade eu sabia

todos os labirintos que tinha lá. Assim, quanto menos gente me visse melhor”. Estela também se refere a época da faculdade: “na faculdade eu sofri muito, muito preconceito com relação ao meu peso”.

De acordo com Franques e Levy (2019), a discriminação que recai sobre as pessoas obesas produz sentimentos de vergonha, desvalorização da imagem e depreciação, podendo agravar condições psíquicas patológicas. Tais vivências podem também aumentar o isolamento social. Marta usa a palavra “vergonha” em muitos momentos da sua entrevista. Sobre as interações afetivas, ela diz: “Eu tinha muita vergonha de começar a me aproximar de homens, eu tinha medo de acontecer relações, eu tinha medo de mostrar meu corpo, essas coisas assim, eu tinha muita vergonha.”

O processo de estigmatização se consolida quando a desvalorização da qual é vítima passa a ser internalizada e posteriormente reproduzida com outras pessoas. Este processo é bem exemplificado no relato de Camille: “O que eu acho engraçado é que mesmo quando eu era gorda eu também olhava pros gordos de maneira preconceituosa [...]. Eu gorda, eu olhava um gordo eu falava ‘nossa que pessoa horrorosa, que monstro de banha’”. A desvalorização é tanto consigo quanto com o grupo que possui a mesma característica. De acordo com Mirirc *et al.* (2017), as pessoas estigmatizadas tendem a reproduzir as mesmas normas sociais que as estigmatizam. A internalização do estigma pode ser identificada também na fala Clara: “Eu estou com um peso acima do normal, não sobrepeso, mas se eu vejo uma pessoa com sobrepeso, eu já consigo enxergar: putz, gordinha né? Eu acho até feio isso mas é uma coisa involuntária, que eu não consigo controlar.”

Para Clarice a imagem de uma pessoa obesa lhe faz supor uma ausência de auto cuidado, um descaso consigo: “Quando eu vejo uma pessoa gorda eu penso que ela come demais. E que ... ela não se importa sabe? Ela não se importa”. Se o entorno social considera uma determinada característica como algo extremamente pejorativo, parece esperado que na esfera individual haja alguma predisposição por criticar e recusar tal característica. Em relação à atratividade sexual de uma pessoa obesa, Elza compartilha uma situação na qual se interessou afetivamente por um homem obeso, contudo a condição corporal lhe impediu de sentir atração: “Eu fazia a mesma coisa que faziam comigo. Eu sentia uma atração incrível pela mente dele, pelo jeito dele, pela voz, mas quando eu olhava para ele eu falava ‘caralho, ele é gordo!’”.

Marta observa uma evidente mudança na sua própria atratividade: “[...] às vezes eu ia para uma festa e ninguém me olhava, eu era o patinho feio, aí eu comecei a ficar bonita e aí todo mundo queria me beijar”. Ela avalia que a percepção social da gordura corporal possui

associações com feiura e preguiça: “Ninguém queria namorar um gordo, o gordo era feio, o gordo era preguiçoso, o gordo come muito... as pessoas pensam isso”.

Goffman elucida uma tendência do grupo em elaborar racionalizações para justificar os sentimentos negativos frente a pessoa estigmatizada (MIRIC *et al.*, 2017, p. 175). Atualmente, o discurso da saúde estipula uma relação quase direta entre obesidade e doença junto ao binômio magreza e saúde. Nesse aspecto, o “argumento” científico parece encerrar a complexidade da questão e silenciar o amplo debate sobre o preconceito.

Goffman (1963/2004, p. 11) aprofunda as modalidades de respostas das pessoas estigmatizadas. Para este autor, haveria um esforço por tentar corrigir, ou diminuir a característica que desencadeia o estigma: “Onde tal conserto é possível, o que frequentemente ocorre não é a aquisição de um status completamente normal, mas de uma transformação do ego: alguém que tinha um defeito particular se transforma em alguém que tem provas de tê-lo corrigido”. No contexto dessa pesquisa, pode-se compreender que a busca pela cirurgia bariátrica parece ser um modo de tentar diminuir ou apagar o traço que desencadeia o estigma. Para Goffman (1963/2004, p. 10), estar próximo de pessoas que atendem a uma determinada norma social pode intensificar o sentimento de inadequação da pessoa estigmatizada. Na esfera individual, dar-se conta da condição de estigmatizado pode desencadear sentimentos de auto reprovação e depreciação.

O estigma também advém dos próprios profissionais de saúde, dificultando a procura e adesão ao tratamento. Rangel (2018, p. 80) usa o termo “gordofobia médica”, é dizer, este termo se refere a um conjunto de:

[...] práticas médicas que envolvem emagrecer a qualquer custo, independentemente de uma perspectiva mais ampla de saúde, envolvendo constrangimento do/a paciente gordo/a e prescrição compulsória de dietas e/ou da cirurgia bariátrica como meios de emagrecimento.

Estela traz dois exemplos de situações nas quais percebeu preconceito por parte de profissionais de saúde. A primeira foi com uma endocrinologista, antes de realizar a cirurgia: “Uma senhora assim muito rígida, muito brava, ela falou comigo ‘você tá muito acima do peso, do jeito que você tá você nem aguenta cirurgia agora!’” Ao retornar para esta mesma profissional, percebeu a mesma abordagem: “Ela muito dura comigo durante as consultas, ela disse ‘você não perdeu peso quase nenhum, num sei quê, você tem que entender que a sua vida vai mudar’”. A partir desta narrativa, observa-se que “[...] a autoridade médica muitas vezes é

utilizada como instrumento de inferiorização e desumanização das pessoas gordas.” (RANGEL, 2018, p. 81).

Estela também relata outra situação na qual precisou de um atendimento de urgência no período pós-cirúrgico: “Quando eu cheguei o endoscopista residente ... ele fala comigo: ‘você deve ter comido né? Aquele esganamento que o gordo tem depois que faz a bariátrica [...]’”. Estela reflete sobre estas situações e observa que deveria ter sido mais assertiva.

De acordo com Franques e Levy (2019, p. 42), a queixas dos pacientes obesos com relação ao tratamento dado pelos profissionais de saúde é recorrente. Segundo estes autores, o preconceito por parte de alguns profissionais de saúde pode se apresentar através dos seguintes indicadores: maior número de atrasos e desmarcações, redução do tempo de atendimento para conversas e orientações e menor número de intervenções. Para Rangel (2018, p. 81): “[...] as pessoas gordas se tornam um grupo fragilizado do qual o direito à saúde é usurpado pela violência verbal e psicológica por parte de profissionais da saúde à qual é frequentemente exposto em seu cotidiano”. A experiência de carregar este estigma potencializa o isolamento. Além disso, induz a pessoa a evitar condutas de auto cuidado que demandem exposição e contato. Por exemplo, seria fácil para uma mulher obesa procura por ginecologistas para realizar um exame preventivo? Ou buscar um atendimento no ortopedista para dores articulares? Caminhar em um parque aberto? Jogar futebol? Nadar?

Oh, Sinnerman, where you gonna run to?

Sinnerman, where you gonna run to?

Where you gonna run to?

All along dem day

(Nina Simone, Sinnerman, 1962)

Na mídia, os ataques às pessoas obesas podem ser facilmente identificados, como no exemplo da dançarina Thaís Carla, que processou judicialmente uma nutricionista¹⁵ por gordofobia. A nutricionista havia divulgado sem autorização uma imagem de Thaís com um “x” vermelho na sua boca em caráter pejorativo. A dançarina e modelo *plus size* divulga sua imagem para a naturalização do corpo gordo, apresentando-se em espaços e cenas estéticas comumente associados às mulheres magras, como, por exemplo, na relação com a dança e com a moda. A bailarina se expõe nas redes sociais, rompendo a lógica de silenciamento e vergonha. Outro caso de gordofobia com um destino trágico foi o de Dielly Santos, uma adolescente de

¹⁵ <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/thais-carla-ganha-processo-contra-nutricionista-baiana/>

17 anos que se suicidou em maio de 2018. Um dos motivos vinculado a sua morte foram os constantes ataques gordofóbicos, que se perpetuaram mesmo após a sua morte. Segundo informações no *site* do jornal **Co e| qpcu'3**, amigos da adolescente informaram que ela já não aguentava mais “brincadeiras de mau gosto” e, na escola, era constantemente chamada de “lixo, porca imunda e gorda”¹⁶. Comentários agressivos e de “humor” grotesco permearam os noticiários a respeito da sua morte, e até mesmo na sua página pessoal. Sobre este caso, Rangel (2018, p. 96) aponta a seguinte formulação: “A banalização da violência verbal e psicológica para com as pessoas gordas é disseminada muito por causa da culpabilização individual citada anteriormente, em que a pessoa que tem uma característica desviante não soube se enquadrar às regras sociais”. Dielly se enforcou em maio de 2018 e a trágica notícia reverberou de modo absolutamente desumanizado, como se sua existência não fosse passível de luto. Clarice, uma das interlocutoras, contou sobre uma situação com um rapaz com o qual estava flertando:

E um dia ele me disse, nem sei como foi que a gente chegou nesse papo, mas ele disse que tinha uma amiga gorda e que esta amiga não conseguia fazer dieta, e que ficava reclamando que não arrumava namorado por estar gorda. Aí ele falou que a opção dela era se matar, tipo: “Você não consegue fazer dieta então se mate”. Ele não falou aquilo comigo, né? Mas eu fiquei bem abalada.

Clarice, até o momento da entrevista, estava sem estabelecer nenhum tipo de tentativa de parceria amorosa ou sexual alegando sentir vergonha do seu corpo. O comentário descrito por Clarice, assim como o suicídio da adolescente, denuncia a desumanização que recai sobre quem, em alguma medida, não se apresenta em conformidade com a norma. Por que tal notícia não causou tanta comoção? Para Butler, a comoção é uma capacidade de resposta emocional que pressupõe o reconhecimento: “[...] só conseguimos sentir alguma coisa em relação a uma perda perceptível [...]”. A comoção depende de sentidos capazes de apreender quais os “[...] gritos que podemos ouvir dos que não podemos as visões que conseguimos enxergar das que não conseguimos.” (BUTLER, 2018, p. 82). Quais seriam os critérios que definem estas respostas morais em relação a determinados modos de violência? Por que o suicídio uma jovem seria motivo de piadas? Mudando-se o IMC da pessoa em questão, haveria mudança na repercussão da sua morte? Como situa Butler (2018, p. 83), a seletividade de resposta emocional mediante situações violentas não diz respeito apenas a uma condição subjetiva, mas revela, sobretudo, a qual enquadre social estamos submetidos. Cabe pensar na formulação de Butler a respeito do *abjeto* (2020, p. 18; 2002). A autora formula o abjeto como formas de existências desumanizadas, que simplesmente não importam por não serem reconhecidas enquanto

¹⁶ <https://amazonas1.com.br/policia/adolescente-vitima-de-bullying-se-suicida-por-nao-aguentar-mais/>

“sujeitos”. Abjeto é em sua própria definição aquilo que é renegado. Butler (2020) situa que o abjeto ao mesmo tempo em que está “fora”, como algo que “não existe”, ele está na constituição dos sujeitos, ou seja, o repúdio é fundacional. Corpos abjetos não são reconhecidos em sua condição de existência, em sua condição de “sujeito” humano. Situam-se fora dos campos sociais habitáveis, estão fora do campo da inteligibilidade dentro das possibilidades discursivas de matriz neoliberal ocidental.

No caso do estigma, a pessoa estigmatizada porta um traço torna seu corpo poroso a categorizações prévias, com impactos profundos nos modos de sentir e se apresentar no mundo. Não obstante, a pessoa estigmatizada ainda se encontra em algum no campo da visibilidade. A condição de obesidade possivelmente não se localizaria como um corpo abjeto, pois em alguma medida, são corpos que “pesam”, que importam, embora sejam destituídos em muitos níveis de reconhecimento. Pode-se pensar como exemplo, que os corpos obesos não são reconhecidos em sua capacidade de atratividade sexual e nem em sua aptidão para ser saudável e produtivo. Eles passam por julgamentos sistemáticos que podem ser mais ou menos violentos a depender de outros atravessamentos como gênero, raça e classe social.

Em relação ao racismo, podemos falar de um complexo sistema estrutural de opressão, violência e negação de direitos da população negra. Como bem aponta Djamila Ribeiro (2019, p. 5), historicamente esse sistema privilegia economicamente “[...] a população branca, ao passo que a negra, tratada como mercadoria, não teve acesso a direitos básicos e à distribuição de riquezas”. Uma pessoa, onde quer que ela esteja dificilmente correrá o risco de ser assassinada ou sofrer agressões da polícia por conta das suas dimensões corporais

Esta pesquisa foi realizada com mulheres cis, brancas e negras, heterossexuais e homoafetivas. Em todos os discursos, a questão da obesidade se sobrepôs e foi descrita com intensa carga de sofrimento. Como se toda a opressão, em seus diferentes níveis, ficasse na “sombra” na gordofobia. Sabe-se que o silêncio também é um enunciado. Suponho que para as mulheres entrevistadas nesta pesquisa, reconhecer-se como gorda é nomeado com mais facilidade do que expressar uma identidade racial ou destrinchar enfrentamentos sexistas nas suas trajetórias. Grada Quilomba (2019) aponta que raça e gênero interagem e são inseparáveis: “Formas de opressão não operam em singularidade; elas se entrecruzam” (p. 98). Por estarem entrelaçados, torna-se difícil especificar quais são os efeitos da raça e do gênero no conjunto de relações de poder. Sobre estes “[...] efeitos interativos das discriminações de raça e gênero [...]” (CRENSHAW, 2002, p.171) o conceito de interseccionalidade se apresenta como um

referencial teórico metodológico elaborado no contexto do feminismo negro (AKOTIRENE, 2018).

A interseccionalidade se refere à inseparabilidade de estruturas opressoras que envolvem racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado. Nesse sentido, embora o interesse desta tese esteja orientado para as vivências pós-bariátrica é pertinente trazer narrativas que são tingidas por diversos eixos de opressão. Este é o caso de Hilda, que desde sempre se sentia excluída por ser gorda: “Por causa do peso, sempre era aquela pessoa que não era escolhida para brincar”. Na vida adulta, Hilda percebe uma confusão entre a obesidade e seu desejo por mulheres. Durante um período em sua adolescência, ela experimenta ficar com rapazes, não porque gostasse, mas porque este era um hábito comum no seu grupo de amigas: “[...] eu ficava porque elas ficavam, e parei de falar que eu não gostei, porque estava ficando chato, todos os caras que eu ficava não era bom”. Novos encontros surgem na relação com sua família a partir do momento em que se reconhece como lésbica. Hilda foi “expulsa” da casa onde morava junto com a família: “[...] a minha avó com todas as letras ela fala ‘olha eu não aceito sapatão na minha casa’ ”. E uma vez se reconhecendo como lésbica ela vive um relacionamento no qual estereótipos “machistas” se manifestam na dinâmica com sua antiga namorada. A questão racial não aparece como um enunciado na narrativa de Hilda, assim como não aparece nas outras entrevistadas. Há um silêncio então. A interseccionalidade atravessa a existência de Hilda, onde diferentes modalidades de opressão se interceptam por eixos heteronormativos, sexistas e pela gordofobia. Em verdade, a própria gordofobia, embora seja uma vivência estigmatizada também para homens, parece ter uma vertente sexista se pensarmos na exigência de que mulheres devem ser belas e magras. Esta estereótipia, estes modos de opressão que recaem sobre os corpos das mulheres, são bem caracterizados pela autora Roxane Gay (2017, p. 18): “Isto é o que ensinam a maioria das garotas – que devemos ser magras e pequenas. Não devemos ocupar espaço. Não devemos ser vistas e ouvidas, e se somos vistas, devemos ser uma visão agradável aos homens, aceitáveis na sociedade”. Acho importante situar que esta autora é PhD em Comunicação, escritora premiada e é obesa mórbida que se recusou a fazer a cirurgia bariátrica.

Em relação aos corpos gordos, a opressão é muitas vezes é escamoteada por um discurso pró-saúde, um modo de naturalizar o preconceito silenciando outras opressões. É importante identificar e reconhecer tais modalidades de opressão, pois como bem aponta Djamila Ribeiro (2019, p. 9): “[...] não podemos combater o que não tem nome”. Nesse sentido cabe refletir

sobre os discursos que reforçam o poder sobre os corpos, seus adestramentos e tudo que o condiciona a regras supostas como “naturais”, como a norma.

No caso da Cirurgia Bariátrica, consideramos que a transformação corporal decorrente deste procedimento “retira” ou alivia a condição estigmatizada, produzindo uma transformação que é tanto física quanto psicossocial. Uma vez mais magra, a pessoa deixa de habitar gradativamente as zonas invisíveis e desumanizadas. Nesse sentido, observamos que este é um aspecto proeminente no momento da escolha pela cirurgia.

A predisposição ao isolamento, decorrente de uma vivência estigmatizada, pode ser refletida a partir uma formulação que Peter Palperbart descreve como “solidões produzidas”. De acordo com este autor, “[...] são essas solidões socialmente produzidas pelo descaso do Estado, pela exclusão dos velhos, dos deficientes físicos ou mentais, dos desempregados, dos inimpreáveis etc.”. Adicionam-se às exemplificações de Palperbart que essas solidões se dirigem também aos corpos que, de algum modo, não podem escamotear sua dissonância frente à hegemonia de uma sociedade que prioriza o espetáculo. Em se tratando de corpos dóceis, gostaríamos de retomar a ideia bem esclarecida pelo autor (2008, p. 6) de que a docilização dos corpos no contexto atual ocorre por uma submissão voluntária: “[...] seguindo um preceito científico e estético, nas academias ou nos consultórios cirúrgicos”. Nesse sentido, a obesidade é alvo destas solidões produzidas por contrariar radicalmente ao projeto de uma “corporeidade perfeita” tanto na dimensão estética quanto no campo da saúde. Este modelo pós-disciplinar, seria o que Deleuze definiu como Sociedade de Controle. E, cabe nesse ponto, uma pergunta quase retórica: esta corporeidade perfeita é pautada em quais critérios? Jovem-velho, gordo-magro, homem-mulher, saudável-doente, hetero-homo, branco-preto, pobre-rico? Os binarismos são também recursos discursivos que sustentam esta doce sensação de não pertencimento ao “abjeto”, “ao excluído”, ao que está fora da norma (Qual norma?). A solidão ocorre como o resultado final de forças sociais segregadoras que incidem sobre todos os corpos e subjetividades que contrariem a norma, como se pode observar nos fragmentos a seguir:

[...] porque na verdade eu era uma pessoa muito solitária, eu não tinha muitos amigos[...] *Elis)

[...] na escola eu não saía para o recreio... eu ficava dentro da sala, porque quanto menos gente me visse melhor. (Maria)

[...] sempre era aquela pessoa que não era escolhida para brincar. (Hilda)

As solidões produzidas são narradas pelas participantes desta pesquisa como algo que compõe diversas esferas da vida na experiência da obesidade trazendo marcas subjetivas profundas que perduram após o emagrecimento. As mulheres que se tornaram magras pela cirurgia bariátrica permanecem com corpos racializados, estratificados em classes econômicas, sexistas, em bases conservadoras culturais que sedentizam possíveis subversões da existência. Nesse sentido, a fala das entrevistadas indica uma relação significativa entre a escolha pela cirurgia bariátrica e o desejo de escapar dessas “solidões produzidas”. Esse tema será mais aprofundado no item “Motivações para a cirurgia Bariátrica”.

A obesidade passou de uma predisposição a doenças ao estado de uma doença em si. Como tal ela pode ser tratada e medicalizada. Neste ponto, considera-se que o que se estabelece como doença ou não doença e sua conseqüente medicalização se introduzem em uma ferramenta da biopolítica. O controle moral dos corpos produz, com ares de suposta autonomia, uma urgência de adequação às “[...] normas científicas da saúde, longevidade, equilíbrio, por outro, trata-se de adequar o corpo às normas da cultura do espetáculo [...]” (PELBART, 2008, p.5). Esta urgência é tanto subjetiva quanto aplicável ao corpo. Coloca-se então uma segunda questão apontada pelo Palperbart (2000, p. 19): “Que novas destrutividades aí se gestam?”. Entende-se que estas destrutividades dizem respeito a um “sequestro da vitalidade social”. Tal e qual a figura mítica de Narciso, abraça-se voluntariamente uma superfície corporal inalcançável. Anseio por uma experiência afetiva asséptica e indolor. Tal perspectiva tem como intenção a supressão de possíveis lampejos de alteridade.

Os corpos gordos evidenciam aquilo que não deve ser feito com o próprio corpo, constituindo, assim, marcos fundantes para a norma saudável. Estariam inscritos numa categoria de “corpos adoecidos” e importam na medida em que estejam aptos a se “curarem”. A cura é, nesse sentido, a capacidade para consumir saúde. A visão do corpo gordo restitui uma doce sensação de segurança aos corpos que materializam a norma.

"

90'Q'E QTRQ'TCUEWPJ Q"

"

É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. (FOUCAULT, 2018, p. 134)

A evidente popularização da Cirurgia Bariátrica se apresenta como resposta ao incremento da obesidade no mundo. No Brasil, entre os anos de 2012 a 2017 o número de procedimentos realizados aumentou em 46,7% (SBCBM, 2018). Entretanto, a despeito das

estatísticas, essa radical intervenção corporal que modificará toda a vida daqueles que se submetem a este procedimento, faz pensar também na centralidade do corpo na cena contemporânea ocidental. É comum o uso do termo “culto ao corpo”, expressão paradoxal que caracteriza a idolatria por certas formas corporais de acordo com critérios pouco heterogêneos. O paradoxo contemporâneo se evidencia em um uma sociedade que cultua o corpo em suas formas, mas mesmo tempo rechaça sua “viscosidade orgânica” (SIBÍLIA,2006).

A relação com o corpo possui estatuto de posse – tenho um corpo que vai representar quem posso ou quero ser. Contudo, Butler (2018, p. 85) constrói outra formulação: “O corpo está fora de si mesmo, no mundo dos outros, em um tempo e em um espaço que não controla.” Por estar imerso neste “mundo dos outros”, o corpo não pode pertencer exclusivamente a si mesmo. A própria vida corporal depende de algo que lhe é externo, por exemplo, o tempo, o clima, os recursos naturais, e mais nada, depende de que outros seres humanos estejam dispostos a não matar. Com este argumento pode-se entender que o projeto contemporâneo de “ter” um corpo, moldável como uma propriedade pessoal, é um projeto falacioso. E é nesse sentido que entendemos a atualidade dos “Corpos Dóceis”, seguindo a premissa Foucaultiana (1975/2018, p. 134) de que: “[...] é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”. O corpo dócil é o corpo sempre útil. Já não se trata da eficácia do movimento em seus mínimos detalhes, da coerção ininterrupta sobre os gestos a fim de fazer o corpo produzir mais. O poder foi internalizado de tal maneira que é sobre o próprio limite do corpo, é de dentro para fora que o poder opera. A forma corporal, os modos de apresentação e de existências cognoscíveis são coagidos a bater continência para uma vida estetizada, submetida a intenso controle, “[...] por meios de novos protocolos técnicos biomoleculares e multimídia” (PRECIADO, 2018, p. 36). Tudo isso mascarado sob a crença da liberdade (HAN, 2018), em um eficaz sistema no qual o coagido acata por uma submissão voluntária todos os tipos de tiranias sobre a vida corporal. Qual corpo deve-se ter para poder Ser alguém? Qual vida resta a seguir para Ser alguém?

Para cumprir o projeto das “reformas” sobre o corpo, torna-se necessário submetê-lo a diversas artificialidades a fim de potencializar seu aprimoramento. Portanto, o corpo na cena contemporânea se apresenta como um rascunho, um projeto em contínua manutenção. Este princípio de aprimoramento corporal, como bem indica Le Breton (2009) a partir do termo *corpo-rascunho*, se conecta a um processo político econômico ocidental pós-industrial. Esta transição foi pensada por diversos autores da contemporaneidade, como por exemplo, Guy Debord com a descrição da **Uqelgf cf g'f q'Gur gvª ewuq** (1997), por Deleuze em **Uqelgf cf g'f g'**

Eqpvt qrg (1995) e mais recentemente como o que Dardot e Laval (2016) caracterizam como a *razão neoliberal*. Este sistema representa mais que nada, um valor, uma atitude, um modo de existir, de se relacionar e de pensar, produzindo assim processos subjetivos específicos. A base desta racionalidade neoliberal se constitui basicamente pela naturalização da competitividade generalizada que tudo converte em mercadoria: o corpo, a saúde, a beleza e a própria felicidade.

É necessário reconhecer os arranjos subjetivos que se produzem nesse contexto, assim como suas repercussões nas relações interpessoais e nas expressões de sofrimento psíquico. A cobrança pelo êxito em todas as esferas da vida faz definhar os pactos de cooperação e a noção de coletividade. Para o filósofo Han (2018) uma das marcas subjetivas decorrentes da lógica neoliberal diz respeito à incapacidade de estabelecer relações afetivas e sociais desprovidas de interesses. Nesse sentido, este autor nos esclarece: “O sujeito neoliberal como empreendedor de si mesmo é incapaz de se relacionar *livre de qualquer propósito*. Entre empreendedores não surge amizade desinteressada”. (p. 11, grifos do autor). Neste sistema infinito de aprimoramento cada um é responsabilizado pelo seu desempenho, pelo seu emprego, pela sua precariedade, pela sua saúde e claro, pela sua forma corporal. É dizer: vigia a ti mesmo, seja teu próprio senhor e escravo. É nas palavras de Han (2018b, p. 10): “o servo absoluto que se crê livre”.

Os “gurus” neoliberais apresentam suas prescrições sobre os mais diversos campos da vida usando uma espécie de “doce coerção”. Estes discursos prescrevem modos de se vestir, o que se deve comer (e o que não comer), qual atividade física é realmente eficaz, como se deve gestionar as emoções (a fim de tornar o sujeito mais funcional) ou gestionar a educação dos filhos de forma positiva. Como bem esclarece Han (2018b, p. 11): “Explorar alguém contra sua própria vontade não é eficiente, na medida em que torna o rendimento muito baixo”. Além disso, a percepção de ser coagido abre espaço para a defesa: oposição, rebelião, greve, revolta – na doce coerção, não existem reis decapitados. É através dessas liberdades individuais que a “liberdade do capital se realiza”. Em todos os casos se faz presente a orientação para acelerar o desempenho, torná-lo mais eficaz em menos tempo. Se a finalidade é o “bem-estar”, o fracasso desta utopia corporal torna-se evidente, a partir da imagem das mulheres obesas. Elas experimentam um modo de existir onde espaço corporal é o *locus* do mal-estar e da infelicidade.

As mulheres que participaram desta pesquisa experimentaram um modo de existir em um corpo considerado abjeto, moralmente condenável e patologizado *a priori* pelo saber médico. Nota-se que a relação com o corpo é também modulada pela mentalidade empresarial. Como bem indica Le Breton (2009, p. 31): “É importante gerir o corpo, como se gerem outros patrimônios dos quais o corpo se diferencia cada vez menos”.

O projeto do corpo perfeito reverbera no *ethos* contemporâneo como verdadeiro signo da “boa saúde” e da própria felicidade. Mas para estar “em forma” de acordo com requisitos estéticos da atualidade, não basta ter um IMC baixo. É necessário, sobretudo, aderir a práticas de exercícios rigorosos (de preferência com um *personal trainer*), seguir uma determinada alimentação, ingerir determinados suplementos e consumir as mais diversas tecnologias de intervenção no corpo com fins estéticos. Disso se trata a perspectiva de um “*corpo no rascunho*”, formulação indicada por Le Breton (2009, p. 16). A palavra *rascunho*, de acordo com o Dicionário online de Português possui sentido de esboço, ou seja, um trabalho inicial em que se fazem as correções necessárias antes de dar-lhe a forma definitiva. De acordo com Rangel (2018, p. 78): “Quando o problema está no corpo, a solução é modificá-lo por meio de dietas, cirurgias e/ou atividade física”. O *corpo rascunho* é um modo específico de relacionamento com o corpo no qual se destaca uma busca incessante pelo remanejamento das suas formas, seja por motivos terapêuticos, seja por por motivos de conveniência pessoal e, sobretudo, pelo desejo de retificação de seu ser no mundo. O corpo encarna a parte ruim, o rascunho a ser corrigido. Esta análise de Le Breton (2009) sobre o corpo é bem pertinente quanto se pensa na cirurgia bariátrica. Neste procedimento estas três dimensões assinaladas se entrelaçam: “a necessidade terapêutica” dada às condições clínicas da pessoa obesa; “a conveniência pessoal”, que diz respeito às escolhas individuais; e “a necessidade de retificação no mundo”. Esta última, conforme aponta esta pesquisa, é especialmente motivada pela urgência em escapar de uma experiência estigmatizada e desprovida de reconhecimento social. O corpo como rascunho estaria passível a contínuas correções e apagamentos até alcançar sua versão final. Neste contexto, ser gorda/gordo desobedece à regra da “boa saúde” e da magreza, um troféu de uma vida *fitness*.

"

908'Go ci tgegt <è'b ci tgl c" 't'pqtó c"

O modo como minhas amigas falam do corpo delas me leva à mesma conclusão: Todas as mulheres que conheço estão de dieta. (ROXANE GAY, 2017, p. 255)

A partir da escuta das interlocutoras, foi possível identificar uma noção de felicidade que vincula bem estar subjetivo com o aprimoramento do corpo. No contexto desta pesquisa, um modo de “aprimoramento” se relaciona ao emagrecer, sair da condição de mulher gorda após diversas tentativas frustradas para o controle do peso.

A busca pelo emagrecimento é um desejo recorrente entre mulheres, a despeito do IMC. A fala de Camille ilustra bem essa formulação: “Sim, eu emagreci 50 quilos. Mas você acredita que eu ainda acho que poderia ter emagrecido mais? E eu ainda tento isso”.

Sobre o “corpo rascunho”, este projeto a ser continuamente corrigido gravita expectativas de que a cada “correção” realizada a felicidade chega mais perto.

Nas falas de Clara, emagrecer aparece vinculado à realização pessoal, como foi possível observar nas seguintes frases: “A cada peso que eu perdia eu me sentia mais corajosa”, “E aí você começa a se dar mais valor, a se amar mais [...]”. Se, na cena atual, o corpo é atrelado à felicidade e ao bem-estar, ser obesa seria sinônimo de tristeza, como bem enuncia Clara: “[...] você não precisava viver naquele mundinho fechado e triste, de ser obesa [...]”. O termo “mundinho fechado” parece bem apropriado para descrever uma vida limitada pela forma corporal. Ao emagrecer, após a cirurgia bariátrica, o mundinho fechado de Clara se abre: “E aí as coisas mudam, né? Em relação a convívio com a sociedade”. Se, na história de Clara, o processo de emagrecimento lhe trouxe um notório conforto subjetivo, isso também se deve ao seu entorno que passa a vê-la de modo menos hostil: “Você percebe que chama mais atenção, já ganha mais elogios, chama mais atenção, tanto dos familiares, dos amigos, quanto de pessoas de fora”. Tudo indica que nossa entrevistada passa a ser mais notada não pelas suas qualidades pessoais ou intelectuais, mas sim, pela sua forma física. Esta reflexão reforça a perspectiva de uma estetização da vida, na qual a aparência possui valor inestimável. Como nos indica Le Breton (2009, p. 28), “[...] o corpo é a peça principal da afirmação pessoal”.

Clarice também expressa o sentimento de bem-estar e pertencimento social decorrente do emagrecimento pós-cirúrgico: “E eu já estava com a auto-estima melhor, tava me sentindo bonita, tinha comprado umas roupas, eu tava me sentindo!”. A mudança no corpo lhe aporta uma certa vitalidade passageira. Clarice também afirma que seu desejo sexual está vinculado a magreza. “Na época que eu tô magra eu estou com libido, eu tenho desejo. Quando eu to na época gorda, eu só como”. Sobre a magreza ela afirma: “Eu queria usar 36... eu consegui, mas só usei uma vez. Eu só usei 36 uma vez na vida, aos 13, 14 anos”. E também diz: “Só que eu nunca fui tão magra quanto uma Barbie”. Quem pode ser tão magra quanto uma Barbie, e porque este foi o referencial apontado por Clarice? A Barbie foi uma boneca idealizada a partir de um protótipo de corpo que ignora qualquer atravessamento étnico/racial, Mesmo para mulheres brancas, a possui Barbie é um modelo de corpo impossível. É pertinente então, retomar a formulação de Oyěwùmí (2004, p. 1) ao situar o processo histórico da colonização:

Uma característica marcante da era moderna é a expansão da Europa e o estabelecimento de hegemonia cultural euro-americana em todo o mundo [...]. Como resultado, os interesses, preocupações, predileções, neuroses, preconceitos, instituições sociais e categorias sociais de euro-americanos têm dominado a escrita da história humana. (OYĒWŪMÍ, 2004, p. 1)

Então, este é foi o modelo ofertado como imagem e protótipo de mulher branca-loira-magra. Sobre diversos aspectos, Clarice está “fora” do padrão heteronormativo-branco desde o seu diagnóstico em saúde mental, ao seu cabelo crespo, ao seu peso, ao seu corpo, ao não se identificar com uma heterossexualidade compulsória. Nesse cenário de exclusões múltiplas, o corpo seria o que lhe resta como possibilidade de intervenção, adequação. Entretanto, vemos, neste caso, que o corpo rascunho, esta promessa de *upgrade* do corpo não está acessível para todas, ao menos não para Clarice.

Nenhuma destas duas colaboradoras, nem Clara e nem Calarice, refere-se a uma melhoria da saúde corporal, mas, sim, aos efeitos sociais e subjetivos decorrentes de uma aparência corporal mais próxima dos ideais estéticos da atualidade. A magreza aparece como um atributo, um “bônus” que qualifica todo o seu ser. Para Rangel (2018, p. 75), uma pessoa magra não precisa passar pela experiência de ter “[...] seus corpos constantemente vigiados com o mesmo rigor que as pessoas gordas e nem sofrem a patologização de seus corpos”.

Hilda descreve a euforia inicial do emagrecimento pós-bariátrica: “[...] e aí foi esse o meu momento, agora eu sei que sou foda, agora eu sou magra e bonita!”. Estar magra se torna um atributo que qualifica todo o seu ser. Entende-se que a trajetória das mulheres obesas é permeada por uma complexa relação entre visibilidade e invisibilidade. Ser vista significa muitas vezes receber um olhar social que censura e critica, e ao mesmo tempo há uma invisibilidade no campo da atratividade. Nesse contexto, Hilda queria por fim ser vista sem censuras “[...] eu queria sair, eu queria que as pessoas me vissem magra”. A fala de Hilda remete a um processo de reconhecimento e visibilidade a partir deste novo corpo. Entretanto esse processo de reconhecimento não se sustenta em longo prazo: “[...] aquele sonho, eu sempre quis ser magra, a grande felicidade chegaria quando eu estivesse magra. Beleza, esse dia chegou mais cadê essa felicidade que eu achava que ia chegar?”.

Na trajetória de Elis, muitos sacrifícios foram realizados para alcançar a tão almejada magreza: “A questão é que eu estava querendo chega no peso ideal, vamos dizer assim, que eu achava ideal. Eu cheguei a 48 quilos.” (Elis mede aproximadamente 1,70 cm). O que se destaca nessa narrativa é um padrão corporal bastante rigoroso e pouco acessível para a maioria das mulheres, considerando a falta de tempo e de recursos financeiros. Para alcançar o peso ideal,

Elis recorreu a diversas práticas que lhe exigiram sacrifícios e alto investimento de tempo: “Mas era assim, 2 horas de corrida ou caminhada, mais tarde yoga, mais tarde musculação. E eu ficava fazendo dieta, dieta *low carb*... mas era basicamente muito exercício e jejum para chegar a esse peso”.

O caso de Elis é que ela queria realmente ser magra. E ser magra não significava perder alguns quilos ou manter um peso corporal estável. A magreza é, nesse contexto, um símbolo de reconhecimento, um *status* social. Aos 18 anos, o peso já lhe incomodava, embora não fosse considerada gorda: “Olha, atualmente eu não diria que eu estava gorda, mas a imagem que você tem, corporal, quando você está nessa idade é diferente e também por causa da mídia, eu tava com um pouco de sobrepeso [...]”. Notava-se uma busca pela magreza como ponte para um reconhecimento social: “Era aquela coisa de achar que se eu me encaixasse no padrão, eu teria mais amigos, eu conseguiria as coisas que eu queria para ser feliz”.

O enunciado de Elis dialoga com as discussões aportadas no escopo desta tese, na qual os modos de socialização e reconhecimento se organizam a partir da imagem corporal que se apresenta. E esta imagem possui recortes específicos dentre os quais ser magra é um marco relevante. Elis já havia mencionado a experiência de segregação na adolescência a partir da intersecção de eixos opressores relacionados à gordofobia e racismo. Vale repetir a consideração de Elis: “Eu não tinha muitos amigos... porque eu era a segunda negra de toda a minha sala e eu ainda tinha sobrepeso na escola... então eu não tinha muitos amigos”.

Maria também relata profundas marcas de sofrimento psíquico relacionado à obesidade. Foram anos de isolamento social, e *bullying* na escola e na universidade. Nesse sentido ela fala sua percepção sobre a magreza: “Eu ligo [associo] muito à magreza com ter uma aparência melhor... porque eu sofri muito com ser gorda”. Para ela a relação entre emagrecimento e aceitação social se estabelece de forma nítida: “Então, depois que eu emagreci ficou muito mais fácil: a aproximação, a aceitação das pessoas muda, muda muito!”. A respeito destas duas colaboradoras, vemos uma diferente articulação dos modos de experiência com a obesidade: Maria experimenta opressões sexistas de diversas ordens, dentre as quais, um histórico de abuso sexual. Elis relata a vivência de ser a segunda negra da sua sala, formada majoritariamente por “uma elite branca”. Nesse sentido, cabe retomar a formulação teórica da interseccionalidade como esclarece Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177): “[...] várias formas pelas quais as vidas de algumas mulheres são moldadas e controladas, e por vezes, perdidas aos nexos de gênero, raça, cor, etnia e outros eixos de subordinação”.

A colaboradora Estela se refere ao emagrecer como adoecer: “[...] me senti envelhecida, não me fez bem, parecia que estava com câncer, com AIDS, não gostei de mim. Hoje eu já gosto de mim, mas hoje eu to obesa”. No contexto clínico, como psicoterapeuta com pacientes pós-bariátrica em período tardio, pude escutar semelhantes aos de Estela. Certa vez, uma mulher com reganho de peso me disse que seu rosto magro lhe lembrava o do seu pai no hospital, antes de falecer. Assim como Estela, ela também era profissional da área de saúde. Na vida destas profissionais, o contato com a doença e com a morte fazia parte das suas rotinas.

A magreza, na cena contemporânea, é apontada como uma verdadeira virtude. O corpo magro escamoteia uma sociedade de consumo na qual nada se pode recusar. É justamente este corpo magro, que porta roupas de alto valor nas passarelas das frivolidades. Não obstante, os excessos do corpo gordo apontam nossa ferida, os nossos excessos e acúmulos, a nossa servidão as práticas de consumo neoliberal. No reino das ofertas, a magreza é uma questão elegância ou de *classe*?

"

9040Kpucvktc± q'èqo 'q'èqt r q'g'c'èk wt i k 'r ñ umec"

“GENI — Quer saber de um negócio? A coisa mais difícil é um seio bonito. (com uma graça triste) O meu, é?”. (RODRIGUES, N. **Vqf c'pwf g' 'ugt"** **ecum cf c.** 1965)

A cirurgia bariátrica não é um fim, mas o começo de um longo projeto de reconstrução do corpo. Como indica Le Breton (2009, p. 22), mudando-se o corpo busca-se mudar de vida. Este projeto inacabado conta com um arsenal de recursos biotecnológico capazes de retocar as formas corporais tal e qual um arquiteto maneja um grande empreendimento.

Nesse sentido, parece bem apropriado a formulação do *corpo rascunho* como indica Le Breton (2009, p. 22): “O corpo é muitas vezes considerado pela tecnologia como um rascunho a ser retificado, senão no nível da espécie, pelo menos no nível do indivíduo [...]”. Contrariando o pensamento religioso de que o corpo deve ser imagem e semelhança de Deus, tornou-se possível à sociedade contemporânea (a depender do investimento de tempo e capital) modular suas formas ao seu bel prazer. É possível, a partir destes dispositivos, ultrapassar o destino dado pela “natureza”. Se a obesidade era um “destino” para os glutões, a cirurgia bariátrica subverte essa regra.

A Cirurgia Bariátrica e Metabólica se apresenta como uma técnica que promete uma mudança radical na forma corporal, tornando-se cada vez mais popular nas últimas décadas.

Estimativas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2019) apontam que somente no ano de 2017 foram realizadas cerca 105.642 cirurgias bariátricas no Brasil. Entretanto, após a euforia decorrente do emagrecimento, muitos pacientes se sentem profundamente insatisfeitos com seu corpo.

A acentuada perda de peso decorre tanto pela diminuição da gordura corporal como também da massa muscular. Por esta razão, um dos efeitos corporais do emagrecimento é a flacidez e sobra de tecido cutâneo. De acordo com o cirurgião plástico Bozola (2016), a pele das pacientes que emagreceram através da cirurgia bariátrica apresenta lesão tecidual crônica predominantemente inflamatória, o que altera o aspecto e elasticidade do tecido cutâneo. A sobra de pele acomete regiões do corpo como abdômen, coxas e braços podendo ocasionar não apenas desconforto estético como também complicações, como candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido. (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016). Além destas complicações, a sobra de tecido cutâneo pode ocasionar desequilíbrio na coluna, limitações na mobilidade, além de alterações psicopatológicas (Ministério da Saúde, 2017). Esta é uma questão impactante na percepção das pacientes submetidas a este procedimento e deveria ser mais bem esclarecida antes da intervenção.

O tratamento para a sobra de pele requer novas intervenções cirúrgicas, chamadas de Cirurgia Plástica Reparadora. Este procedimento pode ser definido como uma intervenção que visa recuperar alterações congênitas (como, por exemplo, o lábio leporino) ou adquiridas (por acidentes, traumas), restabelecendo a forma mais natural possível. Diferente da cirurgia plástica para fins estéticos, a cirurgia reparadora é tão necessária quanto outros procedimentos relacionados à saúde. A intervenção é indicada em casos de tumores cutâneos, feridas complexas, revisão de cicatrizes, acidentes urbanos e domésticos, queimaduras, fissuras ou má formação congênita. Um levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2018) indicou que a cirurgia reparadora nos casos de pós-obesidade ocupou o segundo lugar no *ranking* de procedimentos realizados em 2018. Em um levantamento global realizado pelo ISAPS (*International Society of Aesthetic Plastic Surgery*, 2018), no ano de 2018, o Brasil foi o país que mais realizou procedimentos de cirurgia estética no mundo e os Estados Unidos apresentou maior número de procedimentos estéticos não cirúrgicos.

As mulheres são as que mais realizam procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos representando 87,4% do público de pacientes que buscam tais procedimentos, enquanto que os homens representaram 12,6% de todos os procedimentos em 2018. É pertinente notar que a pesquisa apresentada pelo ISAPS não especifica a situações de pessoas trans.

Nos casos dos pacientes pós-bariátrica, a cirurgia é indicada para os casos nos quais já houve alguma estabilização do peso, e preferencialmente, para pessoas com IMC abaixo de 30. Contudo, recomenda-se considerar as complicações clínicas decorrentes do excesso de pele. A contra indicação cirúrgica se refere ao grupo que não tem adesão ao tratamento multidisciplinar.

A flacidez das mamas é outro efeito recorrente após a cirurgia bariátrica. A espessura da camada dérmica de pele diminui após grande perda ponderal (BOZOLA, 2016).

Sem sutiã meu peito fica murchinho... se eu deito fica igual um ovo frito. Então, isso me incomoda (Clarice).

O implante mamário de silicone é uma intervenção indicada para esta condição. No caso da chamada “barriga de avental” a opção de tratamento consiste em um novo procedimento invasivo: a dermolipectomia abdominal ou abdominoplastia. Esta é a única intervenção reparadora que possui cobertura pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. (SBCP, 2019). Em 2018, este foi o terceiro procedimento mais realizado no Brasil de acordo com informações da SBCP (2019). Em primeiro lugar está o aumento da mama através do implante de silicone seguido de lipoaspiração. Ainda que seja considerado um procedimento com bom prognóstico, a abdominoplastia pode acarretar algumas complicações tais como infecções, doença tromboembólica, insuficiência respiratória, seroma, hematoma, necrose, infecção ou assimetria local (GEMPERLI & MENDES, 2019). Expectativas elevadas por parte do paciente também devem ser consideradas antes desta intervenção, pois existe risco de um resultado estético insatisfatório e cicatrizes.

Em relação à insatisfação com o próprio corpo, os relatos a seguir demonstram uma preocupação acentuada com uma parte específica do corpo: a barriga.

A barriga pelancuda me deixava frustrada. A pessoa me via de roupa achava que eu era magra. (Camille)

Ah, minha barriga. A coisa que mais me incomoda nessa vida é minha barriga. Odeio! (Clara)

Eu não tinha bunda, eu não tinha peito e eu tinha barriga [após a cirurgia bariátrica]. A barriga nunca sai, a barriga fica! (Clarice)

Determinados vestidos eu não usava antes por causa da barriga... (Elza)

Eu emagreci 70 quilos, então ela ficou muito flácida e muito murcha assim. Então o excesso que preciso tirar e os seios também assim me incomodam, mas a barriga me incomoda mais. (Hilda)

Fui fazer abdominoplastia em 2011. Fiquei com abdômen muito flácido e ainda tive hérnia esofágica. (Estela)

Nos discursos contemporâneos a expressão “barriga de tanquinho” aparece no circuito discursivo e midiático como objeto de fascínio por muitas mulheres. Contudo, não é novidade a busca pelo afinamento da cintura. Aparelhagens pedagógicas que se destinam a corrigir as indolências do corpo fazem parte da história ocidental. Vigarello (2005) nos recorda que no século XVII instrumentos corretivos se multiplicaram, em princípio com finalidades terapêuticas, os chamados “corretores de desvios vertebrais”. Eixos metálicos fixavam a coluna, faixas de contenção sustentavam a postura e o abdômen, enfim, dispositivos que tratavam de conter o corpo desobediente. A anatomia neste momento sucumbe às leis da física. No fim do século XVII estas aparelhagens, que, em princípio estariam a serviço do campo médico se tornaram “preventivas”, evitando assim possíveis desvios posturais. Pela contenção, o espartilho é um exemplo de uma técnica pedagógica que sustenta, comprime e modela o corpo dos “frágeis” – crianças e mulheres. Agenciamentos do corpo, contenção dos gestos – o espartilho em pouco tempo se tornou adereço da moda indispensável nos salões da aristocracia. No século XVIII os domínios sobre o corpo transitam de um modelo de contenção física para um modelo mecânico. Desde então, as correções do corpo se organizaram a partir do movimento, do esforço metucioso dos músculos. O que realmente interessa neste momento é a capacidade de rendimento do corpo, tal e qual o modelo industrial. Mais que conter a barriga seria necessário transformar o corpo através de exercícios, enxugar as medidas, dinamizar as formas. Ainda assim as cintas modeladoras não foram de todo abandonadas: “Os disfarces perduraram ao longo dos anos, mas com eles emergiu um arsenal de medicamentos, chás e regimes, conjugados ao exercício físico e, a seguir, a lipoaspiração” (SANT’ANNA, 2016, p. 92). A proeminência do abdômen parecia denunciar a medida da gordura a ser reduzida (p. 90).

Ressalta-se que nos casos pós-cirurgia bariátrica a questão é um tanto mais complexa, pois não se trata de um abdômen proeminente, mas sim de uma parte do corpo que verdadeiramente “sobra”. A sobra de tecido cutâneo pode ser percebida como um tipo de apêndice, um intruso do quão não se pode livrar sem uma drástica intervenção. Trata-se de um “demasiado” do corpo (RECALCATI, 2002) que perdura mesmo após o emagrecimento. Assim nos relata Nina: “Você acha que tem marca demais, tem excesso demais, tem gordura demais.”

A contemporaneidade aposta sem vacilar em um ideal de corpo absolutamente liso, polido, ciborgue, ou nas palavras de Sibília (2002) um corpo pós-orgânico. Pele de aço esticada sobre músculos de aço, peitos de aço, lábios de aço. Nenhum perímetro do corpo pode

apresentar vestígios paquidérmicos. A flacidez aparece neste contexto como um resíduo de viscosidade quase tão “imoral” quanto à obesidade.

Eu tinha muita vergonha que eles me enxergassem como eu era pelo fato de eu ter estria, ter excesso de pele no corpo e aí eu não queria que ninguém visse aquilo.
(Marta)

A flacidez e sobra de cutânea, ao contrário da obesidade, tem algo que é passível ao ocultamento, mas nem por isso menos incômodo. Identificamos na fala das entrevistadas dois aspectos: o primeiro diz respeito a um sentimento de “fraude”, de não ser verdadeiramente magra. O segundo traz o desconforto na exibição do corpo, mesmo em contextos de intimidade. Como se não fosse possível a este corpo ser tocado e ser visto.

... assim somente no escuro, não mostrava meu corpo, apagava a luz... e antes de fazer minhas plásticas não gostava que as pessoas ficassem me tocando porque eu achava que eles estavam sentido minha flacidez. (Marta)

A possibilidade de realizar outras intervenções que possam transformar o corpo é experimentada como um projeto, uma busca que não se encerra mesmo entre aquelas já fizeram a abdominoplastia. A genuína insatisfação que outrora era alimentar, agora recai sobre uma insatisfação que é sobre a estética corporal. O corpo permanece como um fardo e como um caminho, mas não mais como um destino. Os corpos destas mulheres permanecem como um espaço de insatisfação e de reinvenção. Por que não adequar o corpo ao que é considerado socialmente atraente e belo? “Ah eu vou fazer, eu vou botar silicone, mas daqui a uns dois anos ainda” (Camille). Clara ainda não realizou nenhum procedimento em razão de ter perdido o plano de saúde, mas declara o desejo em realizar cirurgias plásticas: “Eu gostaria muiiiito de fazer abdominoplastia e a reconstrução da mama” (Clara). A insatisfação com o próprio corpo permanece mesmo reconhecendo os benefícios decorrentes do emagrecimento.

eu já fiz algumas cirurgias plásticas, mas mesmo assim o corpo não volta a ficar do jeito que eu queria que ele ficasse. (Maria)
...queria para enrijecer os músculos como eu tive flacidez, mesmo com as plásticas eu continuo um pouco flácida. (Marta)
Então eu coloquei o peito só que não ficou do tamanho que eu quis. (Marta)

Com isso, vemos o engajamento de uma estética do corpo como um grande projeto arquitetônico que sustenta a subjetividade. A técnica parece estar a serviço do desejo de domínio sobre o corpo, tornando-o um “lugar” mais confortável para existir. O limite entre liberdade

sobre o corpo e submissão à normatividade possui fronteiras difusas. O corpo pós-operado permanece um rascunho ainda muito distante de se ofertar como lugar de conforto.

As cirurgias plásticas geralmente estão disponíveis para quem pode pagar por seu preço. Na prática clínica como psicóloga, era comum que muitos pacientes pós-operados apresentassem profunda insatisfação com o aspecto ocasionado pela flacidez. Um paciente inclusive por não suportar mais as peles flácidas do rosto optou por ganhar alguns quilos, contrariando as orientações da equipe que o acompanhava. Outra pessoa, acompanhada por mim antes e depois da cirurgia sentia intenso desconforto com respeito ao seu aspecto envelhecido, especialmente do rosto. Diante do exposto, é fundamental importância que no preparo pré-operatório estas questões sejam abordadas de modo mais realista, para além dos discursos entusiastas ilustrados com fotos de “antes” e “depois”.

"

96'C'b qf c"

Com que roupa,
Eu vou
pro samba que você me convidou
(Noel Rosa)

No samba do compositor Noel Rosa, gravado em 1930, a indagação sobre a própria vestimenta faz alegoria à precariedade econômica e social dos que não conseguem “ter nem para gastar”. Nesse sentido, é pertinente a crítica de Lipovetsky (2009) sobre um certo descaso do mundo intelectual em relação à moda. E não é para menos: a moda possui uma antiga vinculação com a frivolidade. Tal entrelaçamento pode ser visto no filme **O ctlc'Cpwpplgc** (2006), dirigido por Sofia Coppola. A rainha francesa do século XVIII, conhecida pelas suas vestimentas e perucas extravagantes, utiliza-se da ostentação da moda como forma de alcançar a aceitação da corte.

Para Lipovetsky (2009), a moda pode ser compreendida como “[...] uma formação essencialmente sócio-histórica” (p. 25). Disso se depreende que o incômodo com as vestes, como bem ensinou Noel Rosa, possui uma dimensão um tanto mais complexa do que a mera vaidade.

As participantes desta pesquisa fizeram referência a um desconforto proveniente da dificuldade em usar roupas da moda. O que para muitos parece uma ação prazerosa e por vezes corriqueira, para as mulheres obesas, o ato de comprar roupas pode ser um verdadeiro calvário.

Eu ia numa loja e nunca conseguia achar uma roupa satisfatória que coubesse em mim, era um sacrifício, tinha que dar um lance de sorte para conseguir comprar roupa e tudo isso me fazia muito mal. (Elza)

Esta exclusão nada discreta se evidencia no contato com os próprios vendedores de lojas de roupas, que reproduzem ostensivamente o processo de estigmatização das mulheres obesas. É como se elas estivessem invadindo um espaço que não lhes “cabe”.

Agora tinha coisas assim que não tem jeito, você ia comprar roupa e não achava e ficava o pessoal dando risadinha. Meio assim: “o que essa gorda tá fazendo aqui na loja se não tem nada aqui para ela?”. A cara que ela fez foi bem justamente isso! (Leila)

Após o emagrecimento decorrente da Cirurgia Bariátrica, a experiência de “caber” em uma roupa é descrita com inestimável valor. Assim nos relata uma participante ao descrever a experiência do emagrecimento: “[...] e a primeira vez que eu coloquei um vestido eu fiquei enlouquecida, assim como se fosse o primeiro brinquedo e os shorts, a mesma coisa” (Hilda).

Por muitos séculos, a moda estava radicalmente a serviço da distinção de classe. Contudo, entre os séculos XIX e XX a moda se destaca mais que nada como dispositivo cada vez mais orientado para uma lógica narcísica e individualista.

No contexto atual, pós-disciplinar, o imperativo da obediência é substituído por uma exploração da liberdade. Gosto pela versatilidade, pelo frívolo e pela espetacularização de si. Estar na moda representa o pacto de adesão ao seu próprio tempo. De Louis Vuitton a C&A, a moda na cena contemporânea é um fenômeno global e também parceira na incitação dos desejos de consumo.

Uma tendência da atualidade diz respeito aos cabelos naturais, sem alisamentos. Nesta tendência, como indicam as autoras Carneiro e Ferreira (2014), há um incentivo ao cabelo cacheado, mas não ao crespo. Conserva-se assim uma concepção estética de um cabelo que deve ser “controlado”, com formas e texturas definidas e somente possíveis através da contenção cosmética. Clarice menciona a “moda” dos cabelos naturais, crespos, como algo que a fez despertar para os atravessamentos raciais que compõem a sua subjetividade. “Agora tá na onda que cabelo crespo é bonito né? Eu não conseguia aceitar meu cabelo crespo, ele tá aqui, mas tá relaxado para ficar cacheado. Eu acordava de manhã e o cabelo tava *Black Power*, todo pra cima. E eu antes, não conseguia ver a quão negra eu sou”. Destaca-se mais uma vez, que os padrões estéticos são comumente orientados para uma aparência eurocêntrica: branca, magra e de cabelos lisos. Clarice segue: “Se fosse cacheado pelo menos... mas não, meu cabelo é crespo! E eu faço relaxamento para ficar cacheado, tipo, eu acordo e ele não tá mais para cima”. Grada

Quilomba (2019, p. 126), faz uma leitura acerca do cabelo das pessoas negras sob uma perspectiva política atravessada por uma longa história de colonização: “Historicamente, o cabelo único das pessoas *negras* foi desvalorizado como o mais visível estigma de negritude [...]”. Quilomba situa como o cabelo pode transmitir uma mensagem de fortalecimento racial a partir do uso de dreads, penteados africanos e cabelos *Black*.

Leila afirma que a decisão pela transição capilar lhe trouxe experiências de tensões especialmente na relação com a família: “Eu tive mais problema quando eu resolvi fazer a transição capilar, eu tinha o cabelo liso, eu tive mais problema e confusão na família quando eu decidi parar de alisar o cabelo do que quando eu decidi fazer a cirurgia bariátrica”. Ou seja, se submeter a um procedimento cirúrgico de risco foi mais aceitável para sua família do que deixar de alisar os cabelos: “Foram anos e anos minha mãe alisando meu cabelo, domando meu cabelo e no dia que eu falei não quero mais eu tive muito mais problema”.

Ao deixar de alisar os cabelos, Leila faz uma recusa ao padrão dominante de uma suposta beleza que lhe foi imposto. Por que haveria de ser tão perturbador deixar de alisar os cabelos? De acordo com Quilomba (2019), os sinais que evidenciam um descolamento em relação às normas brancas produzem o temor dos que dela se beneficiam. Leila, ao deixar de alisar os cabelos, passa a interrogar a norma a partir dos modos de apresentação do seu próprio corpo.

Nesse contexto, é pertinente a formulação de Lipovetsky (2009) de que a moda colaborou para um movimento de “igualação do parecer”. Ainda mais, se consideramos especialmente o passado de ostentação da aristocracia europeia. As vestes marcavam, e ainda marcam, lugares sociais e econômicos. Concordamos que houve uma pequena democratização nos modos de se apresentar com relativa margem de autonomia: “[...] não há mais uma norma única de aparência legítima, os indivíduos têm a possibilidade de optar entre vários modelos estéticos” (p. 167). Contudo, em relação ao corpo gordo esta prerrogativa não parece ter efeito, como vemos na narrativa de Nina:

Mas a pessoa não poder se expressar para se vestir, a pessoa não tem nada disso, nada acessível. Você chega numa loja e a pessoa já vem falando que não tem seu número. (Nina).

Esta participante indica o rigor despótico que regula os corpos considerados “fora da moda”. Nesse sentido, destaca-se o que o próprio Lipovetsky (2009) designa como caráter despótico da moda, na medida em que esta possui efeito de regulação social. Há uma “pressão” por estar na

moda, uma coerção disfarçada que impele à adesão dos valores ofertados por ela. A magreza é um valor amplamente difundido no mundo da moda. Na década de noventa, a supermodelo Kate Moss representava a imagem de uma magreza extrema, marca das modelos desta década, cumprindo uma estética popularmente chamada de “*heroin chic*”. Nos anos 2000, a magreza extrema das modelos se contrapõe a imagem da supermodelo brasileira Gisele Bündchen, ícone da moda e considerada como uma modelo de uma beleza globalizada. Entretanto, essa universalidade da beleza brasileira é representada no mundo por “[...] uma mulher de quase dois metros de altura, de cabelos castanhos claros com mechas alouradas, olhos azuis e pele clara, nascida no Rio Grande do Sul.” (MAIA, 2012, p. 311). Esta mesma autora pesquisou descrições sobre Gisele que apareciam de modo insistente em revistas brasileiras. A pesquisadora identificou adjetivações discursivas que descreviam o corpo da modelo como “saúdável” e “natural”. Estabelece-se assim, uma articulação entre o corpo magro naturalizado como “o padrão”, bem como a aproximação entre o corpo da modelo brasileira com a “natureza selvagem”. O padrão da magreza “natural” e “saúdável” é amplamente pulverizada tanto na moda quanto no discurso médico. Vemos a partir da fala de Clarice, o impacto da moda sobre a sua percepção do próprio corpo. “Eu acho que se ser gordo fosse moda, eu não ia ser totalmente gorda, mas eu ia ficar bem com uns 70 quilos. Eu não ia ficar querendo usar 36” (Clarice).

Compreendemos que a pressão social pelo corpo “da moda” pode agravar a condição da obesidade. (POULAIN, 2013) e de outros transtornos alimentares, conforme o relato de Elis: “A questão é que eu estava querendo chegar **pq'r guq'f gen** vamos dizer assim, que eu achava ideal. Eu cheguei a 48 quilos” (Elis).

Sobre este modo de coerção disfarçada, destaca-se a transição de um modelo estritamente disciplinar para um sistema pautado na efemeridade e livre escolha, ou nos termos de Deleuze (1995), a transição de uma Sociedade Disciplinar para uma Sociedade de Controle. Não nos parece que estes modelos sejam excludentes e sim se articulam como um *continuum*, apontando para uma intensificação do poder que atravessa os corpos de modo cada vez mais refinado e invisível. O modelo atual diz respeito a uma sedução hedonista que garante a rotatividade do consumo, inculcando uma falsa noção de poder e de escolha. Para Lipovetsky (2009, p. 201) o que está em jogo na alta rotatividade do consumo é menos a segregação social e mais a ânsia por “[...] imagens e espetáculo, o gosto pela autonomia, o culto ao corpo [...]”. A partir da fala de Elza vemos que o prazer no consumo é mais relevante do que distinção social: “Só que hoje eu posso usar o que a moda oferece e antes não, antes eu só usava o charme mesmo

e hoje eu tenho o charme e a moda. Usar um salto sem ser desconfortável, usar um short, coisa que eu não usava” (Elza).

Em relação às participantes desta pesquisa vemos que “caber” nas roupas da moda é um signo de pertencimento e individualização. Como se a partir do acesso à moda fosse permitido ver e ser vista, desejar e ser desejada, aceder aos signos de “[...] feminilidade, idade, refinamento, segurança [...]” (LIPOVETSKY, 2009, p. 203).

Algumas participantes relatam um consumo excessivo de roupas após o emagrecimento. Como se somente agora, mais magra, lhe fosse legitimado participar do mundo da moda, acessar insígnias valoradas pelo coletivo. Não compreendo todas estas ações como atos compulsivos “substitutivos” da compulsão alimentar. Os relatos apontam certa euforia mediante as novas possibilidades de exibição e redescoberta do corpo:

Depois que eu perdi peso eu surtei total, fiquei querendo comprar o mundo inteiro de roupa, fiquei devendo... (Elza)

Assim que eu emagreci eu não tinha vontade de comer eu tinha vontade de comprar, comprar as roupas que eu sempre sonhei e não podia usar, porque eu só podia vestir 56. Aí eu já cai 46 eu disse “nossa Deus”, já é outro mundo e aí na hora que eu caí nos 38 comprei 10 shorts. Isso foi só no começo. (Marta)

Eu não acredito que estou de vestido! E a primeira vez que eu coloquei um vestido eu fiquei enlouquecida assim com o primeiro brinquedo (Hilda)

A disponibilidade de roupas em manequins acima de 44 parece relativamente recente, ao menos no Brasil. A interlocutora Maria foi a que realizou a cirurgia bariátrica há mais tempo. Desde a data da entrevista, já haviam se passado 18 anos desde o procedimento. Somente após os 20 anos, ela pode experimentar a vivência de um corpo mais magro. Maria discorre sobre a impossibilidade de encontrar roupas durante sua adolescência. Uma pequena localização no tempo indica que este era o período das modelos extremamente magras, como a modelo Kate Moss, a moda *heroin chic* da década de 90.

Não tinha tanto gordo que nem tem hoje. Então assim, a gente era bem diferente. Não tinha por exemplo roupa...roupa eu usava a da minha mãe. Não tinha roupa do meu tamanho, mandava fazer. Então eu tinha muita **xgti qpj c**, não tinha roupa em loja... (Maria)

Durante a adolescência Maria recorria a roupas masculinas para ir à escola. Era difícil encontrar calças na sua numeração. As roupas reforçavam o seu desconforto com o próprio corpo: “Eu usava roupa masculina às vezes, calça 52 que não fechava... o zíper aberto, machucava minha barriga”. Para Maria o ato de vestir-se era tão custoso quanto o de despir-se,

mostrando que as vestimentas possuem sentidos mais profundos na relação com o próprio corpo. Era necessário “cobrir” o corpo, escamotear a própria gordura através de véus. Cobrir mas não vestir, como se fosse impossível ornar ou despir o corpo gordo: “Tem a ver com o corpo que eu tinha que eu morria de medo, de vergonha, de aceitação que não existia... eu não tiraria a roupa de forma alguma” (Maria).

Consideramos que a moda possui alguma potência para ampliar e inserir novas formas de experimentação com o corpo e aparência. Atualmente o mercado da moda apresenta certa variedade de roupas *plus size*. Este é um termo anglo-saxão que designa modelagens de roupas de “tamanhos a mais”, ou seja, numerações acima de 44. Como enuncia Rangel (2018, p. 91), o *plus size* diz respeito a “[...] roupas que sirvam e que façam com que pessoas gordas se sintam bem e na moda [...]”. No Brasil, atualmente é possível encontrar algumas opções de roupas *plus size* em lojas de departamentos como Riachuelo e Marisa.

Desde 2016, existe a Associação Brasil *Plus Size*, na qual é possível identificar uma amplitude do termo além do vestuário. São “[...] empresas especializadas na produção e comércio de vestuário, calçados, jóias e acessórios, além de demais insumos em outras cadeias produtivas” (ABPS, 2020). Rangel aponta que o acesso à variedade de roupas de grandes numerações é uma opção mais restrita a pessoas com privilégios econômicos devido ao custo mais alto. A autora também aponta que mesmo no mercado da moda *plus size*, existem restrições aos tamanhos “muito grandes”, o que reafirma a posição de que “[...] há pessoas que são ‘gordas demais’ para serem vestidas [...]”. Estes corpos, demasiado grandes, são exibidos em reality shows que exaltam certo sadismo no olhar daquele que se experimenta dentro de uma categoria de “normalidade”.

A moda *plus size* pode ser mais estratégia de captura do mercado que nada recusa na incitação do consumo. Ainda assim consideramos um avanço a amplitude do acesso à moda para quem quer se vestir ao seu gosto, a despeito do IMC. A moda, portanto, dada ao seu potencial de amplitude frente ao coletivo pode mobilizar a “naturalização” de corpos divergentes do “padrão Gisele”.

”

”

”

906'Eqtr q'gum cpj q.'ècdg±c'f g'l qtf q''

“Que sensação mais curiosa”, exclamou Alice. “Eu devo estar encolhendo como um telescópio!”
(Carrol, L., *Crieg'pq'Re¶iff cu'O ctexlj cu*, p. 45)

É o cadáver, portanto, o cadáver e o espelho que nos ensinam (enfim, que ensinaram aos gregos e agora ensinam às crianças) que temos um corpo, que este corpo tem uma forma, que esta forma tem um contorno [...]
(FOUCAULT, *Q'èqtr q'w»rleq*, 2013, p. 15).

As experiências narradas pelas entrevistadas indicam uma relação de estranhamento com a própria imagem, mesmo após o tão sonhado emagrecimento. O corpo pós-cirurgia favorece uma abertura a novas experiências e ressignificações, mas dele também se depreendem novos incômodos e estranhamentos. A dissociação entre a materialidade do corpo e o ser que o habita parece recorrente no contexto da obesidade. Após a euforia promovida pelo emagrecimento, a nova imagem corporal, seguramente mais valorizada pelo grupo social, requer deslocamentos subjetivos. As transformações decorrentes da cirurgia permitem em uma primeira instância sair de uma condição estigmatizada, com severos prejuízos sociais, psíquicos, afetivos e laborais. Entretanto, o passar do tempo evoca o confronto com as implicações psíquicas de um corpo despido das densas roupagens da gordura. Urge a necessidade de se reorganizar com o vazio, com os próprios interditos derivados da cirurgia. O que fazer com a vida sem os impedimentos decorrentes da obesidade? Quais seriam as estratégias para sobreviver em um modelo social no qual imperam a competitividade e o consumo desenfreado?

Na perspectiva psicanalítica apontada por Recalcati (2002, p. 56) observa-se, nestas modalidades de existência, uma dificuldade simbólica no registro da fala: “[...] não é um corpo que fala, é, antes, um corpo que sufoca”. Há uma distância entre o ser e o corpo, corpo este demasiado cheio e que refuta todas as tentativas de tratamento à revelia da vontade dos médicos, da família, dos amigos e dele mesmo. O corpo obeso, possuído pela voracidade alimentar, não cessa expandir suas bordas obstruindo o contato com o próprio desamparo. Neste sentido, Maria Goretti Machado (2017, p. 142) esclarece: na dinâmica da obesidade, impera “[...] o silêncio das palavras, uma desafetação, a incapacidade quase total de manter contato com suas próprias emoções [...]”.

Para Recalcati (2002), a clínica da obesidade, assim como na clínica da anorexia, a imagem do corpo se impõe como uma evidência de que algo vai mal. A gordura corporal se sobrepõe, nos termos deste autor, como uma obscenidade impactante, ao passo que os corpos

esquálidos da anorexia seriam mais toleráveis na perspectiva do grupo social dado a sua aproximação como o ideal estético contemporâneo. No caso da obesidade, o espetáculo do corpo dos excessos se coloca como evidência sem decoro, sugerindo que os impulsos da voracidade alimentar prevalecem sobre a razão. Este corpo narcisicamente desinvestido se apresenta como uma imagem com a qual é difícil se identificar, a imagem especular não se presta como referência para o eu. A desconexão, portanto, se coloca como se o corpo estivesse para fora, desconectado, não percebido como corpo próprio, mas como um “corpo estranho”. Tal deslocamento aponta a radicalidade da cisão entre corpo e mente típico do pensamento cartesiano. Entretanto, esta experiência de desconexão com o corpo permanece após a cirurgia, delineando assim um certo “estilo” subjetivo na dinâmica da obesidade.

As narrativas das entrevistadas, descrevem e relatam a experiência de estranhamento quanto à própria imagem após o emagrecimento, como pode-se identificar através da fala de Camille: “Eu estou ficando magra, mas eu não me via magra. Eu sabia que eu tava emagrecendo, mas eu não me enxergava magra.” Camille descreve a dificuldade em perceber-se magra, informação que lhe chega no campo da racionalidade. Ela sabe que está magra, mas não se reconhece como tal. Clarice, também se refere à falta de reconhecimento diante da sua imagem no espelho: “Eu não me reconhecia, não me reconhecia no espelho.” Maria relata uma experiência parecida: “Mesmo eu estando magra agora, eu não me vejo assim”.

Este fenômeno converge com as formulações do psicanalista Sérgio Campos: após o emagrecimento drástico decorrente da cirurgia bariátrica alguns obesos mórbidos “[...] continuaram a se verem gordos no espelho, resultado de uma distorção da imagem corporal. Esses pacientes se comportavam como aqueles anoréxicos que se viam no espelho como obesos, não obstante terem emagrecido” (CAMPOS, 2016, p. 199).

Mas esta falta de reconhecimento já se fazia presente mesmo antes do emagrecimento, indicando uma dificuldade em visualizar o próprio corpo e localizá-lo num campo discursivo.

Elza não se sentia gorda até um dado momento. Percebe o quanto engordou pela dificuldade em encontrar roupas que lhe coubessem. A dificuldade de reconhecer o próprio corpo é mencionada novamente: “Mas eu me olhava no espelho estando gorda, mas eu me via magra. E inclusive, essa era uma das razões de não ter a auto estima baixa por causa da minha gordura entendeu?”. Como ensina Campos (2016, p. 200), na dinâmica da obesidade assim como da anorexia, a imagem especular não coincide com “o acontecimento do corpo”. Para Elza, a relação com seu corpo é mediada pela fala de terceiros que certificam seu estado atual. Sabe agora pelos quilos que perdeu (cerca de 50 quilos) o quanto está mais magra. É sempre

um evento externo que lhe faz entender o estado do seu próprio corpo, da mesma forma quando soube que estava “gorda” através das roupas que não lhe cabiam, mas nunca através do espelho.

Maria faz uso da expressão que demarca a cisão entre corpo e a “cabeça”: “[...] a cabeça... eu ainda tenho cabeça de gordo. Não muda tanta coisa.” Na sua história, a imagem do seu corpo obeso era o verdadeiro “estranho”. Nesse caso em particular, a estranheza era vinculada ao inaceitável: “Eu nunca me aceitei. Gorda não. Aquilo era um trem que não me pertencia. [...]”. Para Maria, era impossível identificar-se com aquela imagem narcisicamente desinvestida, era um suplício: “Era... parecia que eu estava pagando um pecado”. Seu corpo era um lugar de ruína, de maldição. Em sua narrativa, Maria relata uma situação de abuso sexual na adolescência. O corpo que já lhe era “inaceitável” foi também objeto de investimento sexual não consentido por parte de alguém que não lhe era “estranho”, mas sim, “familiar”. Nesse período, ainda adolescente, Maria era gorda. Na sua biografia, as marcas por haver “suportado” o corpo obeso reverberam até os dias atuais: “Tanto que eu tenho muito problema com autoestima”. Mesmo permanecendo magra, o temor de ser excluída ainda se faz notar: “Então, eu tenho medo às vezes, de que a pessoa não vai me aceitar”. Sente-se insegura, e teme qualquer tipo de exposição corporal por medo do julgamento. Já realizou algumas cirurgias plásticas, contudo ainda não se sente confortável com sua aparência.

Outro aspecto que cabe destacar diz respeito à similaridade entre alguns enunciados que fazem referência ao termo “cabeça de gordo”, conforme vemos na fala de Clarice: “Porque tem que mudar é a cabeça. Só serve a operação se ela for com o *start* na cabeça.”

Formulação semelhante é também relatada por Leila: “Porque é isso, só tratou a vontade de comer, não tratou... a cabeça de gordo”. Na percepção desta entrevistada, a cabeça de gordo diz respeito a uma modalidade de relação com o alimento, como podemos observar na seguinte fala: “Ah, tem horas que eu tenho vontade de sair comendo tudo se deixar... hoje eu já tive vontade de comer bolo já tive vontade de tomar sorvete [...]”. Disso se trata a “cabeça de gordo” para esta entrevistada. Ela nos indica que o ato de comer é limitado pela cirurgia, mas a “vontade” de comer é preservada. Neste sentido, a colaboradora Nina também aborda esta modalidade de relação com o alimento que não cessa após a cirurgia: “Eu ainda acho que tenho essa mentalidade assim. Eu ainda compenso as minhas frustrações com a comida.” Nina procura no alimento, não satisfazer a fome, mas sim, apaziguar as insatisfações emocionais.

As narrativas das entrevistadas apontam para a cisão cartesiana entre o ser e o corpo. A estranheza quanto à própria imagem se revela tanto na experiência da obesidade quanto do emagrecimento pós-cirurgia. Recalcati (2002, p. 56) localiza esta cisão entre o ser e o corpo na

dinâmica da obesidade: “[...] uma massa de carne amorfa totalmente separada do sujeito”. Nesse sentido, trata-se de uma relação com o corpo virtualizada, cindida, alienada. Dessa modalidade de funcionamento psíquico da qual ocorre uma certa desapropriação da vida no corpo, deriva a “cabeça de gordo”. Esta mentalidade por assim dizer, se sustenta mesmo após operação do estômago. A “cabeça de gordo” permanece à mercê de uma lógica própria que não corresponde e não governa o corpo operado.

A intervenção cirúrgica penetra o órgão, limita no corpo biológico a quantidade de alimento a ser ingerida, faz uma tentativa de restaurar na realidade do corpo um certo limite perdido. Mas, obviamente este limite não interdita a “cabeça de gordo”, não transforma o modo de pensar e de se posicionar no mundo. Além disso, observa-se no processo cirúrgico tardio que a modalidade de relação com o consumo (seja alimentar, ou de roupas, ou de álcool), perdura, pois, a intervenção cirúrgica somente limita uma “fome” que é biológica. Nesse sentido, Campos (2017, p. 201) ressalta que na dinâmica da obesidade: “Trata-se menos de uma fome, e mais de uma vontade de comer”. Para este psicanalista, a obesidade não se vincula a uma fome excessiva propriamente dita, mas sim, a uma fome, um “vazio”, sem mediação simbólica. Nestas trajetórias singulares, o ato de comer é em certo sentido desumanizado, incontrollável e dissociado de uma necessidade de nutrição orgânica. Essas predisposições subjetivas parecem ser acentuadas mediante uma cultura excessivamente materialista, que tudo converte em mercadoria e na qual não há tempo para a construção de sentidos.

É possível notar que a cirurgia ainda que regule de algum modo essa fronteira antes absolutamente desconhecida, não é capaz de intervir naquilo que movimenta a vontade de comer. Identificamos assim nas entrevistas desta pesquisa relatos sobre essa “cabeça de gordo”, que se mantém reivindicando o comer descomedido (RECALCATI, p.56), bem como novas modalidades de consumo. Como bem elucida Machado (2017, p. 138): “[...] os obesos permanecem vagando pelo mundo, consumindo novas patologias quando também fracassam as cirurgias bariátricas”.

Vimos que, após o período tardio da cirurgia, alguns aspectos permanecem, como por exemplo, a “cabeça de gordo”. Mas se a mentalidade se mantém “de gordo”, qual seria então o atributo do corpo? Sobre esta questão, outro termo se repete no decorrer das entrevistas: o corpo estranho.

Hilda compartilha a dificuldade em apreender suas dimensões corporais: “Eu era magra, mas me sentindo gorda, é muito estranho!”. Hilda sempre foi considerada obesa desde bebê. Ela teve uma primeira experiência de emagrecimento na adolescência e a cirurgia bariátrica foi

uma segunda grande transformação. Em vários momentos da entrevista menciona a divergência entre a percepção da sua imagem e seu ser: “[...] mas eu não me reconhecia naquele corpo assim eu não sei se foi uma crise de identidade, eu não sei se eu posso falar assim [...]].”

Esta colaboradora descreve uma espécie de desapropriação de um corpo que não lhe pertence e, portanto, é desconhecido, estranho: “Embora eu estivesse magra é como se fosse eu no corpo que não era meu, sabe?”. Estrangeira no seu próprio território, sequer se reconhecia como obesa e é com surpresa que escuta o amigo lhe sugerir fazer a cirurgia bariátrica:

Aí meu amigo virou para mim e me disse assim “oh amiga você já pensou em fazer uma bariátrica?” Na hora que ele falou isso eu pensei: “ele é louco não é? Ele tá me tirando! Como eu vou fazer uma bariátrica se bariátrica é para uma pessoa extremamente gorda e obesa?” [...] não é possível que eu tô gorda desse jeito e não estou vendo!

Como aponta Maria Goretti Machado (2017): “O corpo deixa de ser o lugar do sujeito e torna-se um objeto de seu ambiente”. É como se o corpo fosse um bem material sobre o qual se estabelece uma relação de posse, apropriação ou alienação. É necessário em certo sentido um contrato, uma instância legisladora que “nomeie” a posse. A relação é terceirizada, mediada pelo discurso de terceiros, que lhe confere sentido e valor.

Hilda não pode “ver” seu corpo quando está gorda. Experimenta esta imagem como a de um “corpo-recusado”, “corpo-descartado” (RECALCATI, 2002, p. 63). Entretanto, isso muda ao emagrecer. Ao emagrecer ela quer mostrar o corpo, quer ser vista, comprar roupas, como uma criança que encontra um novo brinquedo: “Agora eu queria sair eu queria que as pessoas me vissem magra queria usar roupas”.

Para Estela, a obesidade não era vivida como um martírio, mas sim, como um tipo de construção que fazia sentido na sua história: “Eu desde a infância eu sou uma criança obesa, fui uma adolescente obesa, e em decorrência de muitos abusos que eu sofri na infância eu não fazia questão de ser uma pessoa magra”. Ser gorda era um traço com o qual estava identificada e que em certo sentido, lhe protegia contra as investidas do masculino, como descreve ao falar do seu passado: “E os meninos tinham mania de querer ‘aproveitar’ das gordinhas né? Aí quer passar a mão, mas não quer namorar”. Em outro momento da entrevista, retoma este assunto: “A minha relação afetiva com o sexo masculino sempre foi muito problemática”. O tema do abuso também aparece sem maiores especificações: “Eu sempre tive muita dificuldade, eu cresci sem pai, eu fui muito abusada na infância”.

Para Estela, a mulher gorda não é atrativa para o olhar masculino: “Um homem, ele não é atraído pela pessoa obesa, não tem esse cuidado, esse zelo de cativar [...] Quem falar isso com você tá mentindo”. A vivência de Estela pode ser caracterizada pela formulação do grande corpo adiposo como uma armadura, uma fortaleza para si, uma construção sólida para alguma organização psíquica possível. Para Recalcati (2002, p. 63), nestes casos a adiposidade do corpo tem o sentido de um invólucro que protege o “eu sem carne”. Estela foi uma das poucas participantes que optou pela cirurgia bariátrica motivada por uma questão de saúde. Sempre trabalhou muito, tinha uma vida social ativa e mantém um longo relacionamento estável com uma mulher com a qual parece muito vinculada. A experiência de desconexão em relação à imagem do corpo se produziu de modo radical pós o emagrecimento. O corpo magro se tornou um outro, um corpo estranho:

Uma vez eu estava num hotel, em um evento, e eu vi no espelho do hotel meu reflexo no espelho. Eu pensei assim, eu não sei o que essa mulher tanto olha para minha cara, ela tá me encarando. Pode até parecer que é brincadeira, mas não era. Eu não me reconheci.

Ela descreveu a experiência de estranhamento, de uma dissociação não só com a imagem, mas consigo mesma: “Me dava uma sensação que era uma pessoa estranha”. Em outro momento da entrevista este tema retorna: “Fui ficando mais estranha, eu comecei a me estranhar”. Emagrecer lhe trouxe uma experiência de não identificação com sua imagem: “Quando eu emagreci muito eu tive muito problema de me reconhecer”. Neste caso, o corpo mais magro era o verdadeiro corpo estranho, desconhecido, desconfortável e frágil: “Me senti envelhecida, não me fez bem, parecia que estava com câncer, com AIDS, não gostei de mim”.

Intrigante questão aparece no que diz respeito à dificuldade na recusa, característica comum na clínica da obesidade. Estela passou a interrogar seu modo de ser e a demarcar melhor seus limites: “Acho que eu fiquei uma pessoa mais difícil, mais exigente, mais seletiva, se eu não quero acabou. Talvez eu tivesse aquela coisa, ‘ah o obeso tem que ser bonzinho’[...]”. Na singularidade desta narrativa, observa-se que o radical processo de emagrecimento pós-cirúrgico causou estranhamento, abalando a sua ancoragem existencial. Aos poucos, Estela volta a engordar, simbolicamente parece “ganhar mais corpo”: aprofunda a capacidade de discernir sobre suas vontades que inclui permanecer comendo, embora de modo menos voraz: “Hoje eu já gosto de mim, mas hoje eu to obesa”. Estela mantém seu processo terapêutico e parece capaz de interrogar seu desejo, inclusive a necessidade de não ser magra.

Retomamos, então, a questão posta numa perspectiva ontológica apontada no início deste trabalho sobre uma possível cisão entre corpo e sujeito. Reconhecemos a dimensão singular de cada caso. Trata-se aqui de pensar em algum modo de articulação que permita um diálogo entre os elementos da cultura e o que há de singular em cada existência. O excesso de corpo que desaparece ao mesmo tempo torna-se mais visível, como se fosse necessário “perder corpo” para “poder ganhar corpo”.

Clarice odiava seu corpo gordo. Emagreceu bastante após um rigoroso regime alimentar e atividade física. Diante do “novo” corpo, experimenta certo estranhamento:

Emagreci, mas depois [da bariátrica]. Com dieta e exercício físico. Eu ia para academia de segunda a sábado e domingo eu corria. Ainda fui para nutricionista funcional. Então eu fiquei com o mínimo que eu cheguei foi 65 quilos. Só que... aí é que tá... eu não gostei.

A imagem do corpo se torna fantasmagórica, percebido em partes, em módulos. Algumas partes lhe parecem menores, outras não: “Eu não tinha bunda, eu não tinha peito, e eu tinha barriga. A barriga nunca sai, a barriga fica!”. Clarice ia com frequência e se queixava com o instrutor: “Eu não tenho perna. E o cara dizia você tem perna”. Percebe a transformação física e não se reconhece mais, não é como antes:

Eu não me reconhecia, não me reconhecia no espelho. Eu me sentia fraca, me sentia doente. Acho que eu gostei mais quando eu fiquei com tipo 67 quilos. Mas aí eu fui no médico e ele disse que eu tinha que pesar 63. E foi aí que eu voltei a engordar.

Embora lutasse continuamente contra o peso, esse “excesso” talvez lhe garantisse consistência. Entre perdas e ganhos, Clarice se vale desse instável terreno de areias movediças para bordear sua subjetividade, formar continente, esculpir vaso. Clarice foi umas das interlocutoras que não apresentou perda ponderal significativa após a bariátrica e hoje, se considera *borderline*.

O que se observa nas narrativas apresentadas é a acentuada segregação do corpo: cindido, esta é uma versão pós-moderna do velho dilema cartesiano “mente versus corpo”. O emagrecimento parece tornar obvio ou pelo menos mais visível essa cisão. A modificação deste corpo pela intervenção cirúrgica pode ser um convite para que essa alma retorne, e o corpo, já não mais em estado de possessão possa com ela se reencontrar.

”

”

”

: Ø' C' EKTWTI K' DCTK VTEC "

"

O que aqueles médicos me ofereciam era muito tentador, muito sedutor: a ideia de que poderíamos dormir por algumas horas e, dentro de até um ano, a maior parte dos nossos problemas estaria solucionado (...). (ROXANE GAY, 2017, p. 14)

A Cirurgia Bariátrica e Metabólica é um processo atravessado por marcas temporais bem delineadas. Embora a intervenção seja considerada um procedimento relativamente “rápido”, em todo o processo da cirurgia se acentuam características clínicas e psicológicas bem específicas em cada etapa. Por esta razão optou-se por apresentar a experiência cirúrgica a partir de marcas temporais: o antes, o durante e o depois. As narrativas das participantes foram organizadas seguindo esta temporalidade sequenciada com visíveis transformações no corpo, nos hábitos e nos processos subjetivos inerentes a toda transformação.

"

: Ø' Q' CP VGU' Kphqto c±;gu'f t² xku' b qvkc±;gu'g'gzr gew vkcuc'

Atualmente a gastroplastia ou cirurgia bariátrica e metabólica é um procedimento cirúrgico bem conhecido pela maior parte das pessoas. Na mídia atores e atrizes, apresentadores de televisão, cantores, comediantes dentre outros, apresentam a grande transformação física proveniente da cirurgia bariátrica. Um destes exemplos foi o da atriz Gabourey Sidibe, protagonista do filme *Preciosa: uma história de esperança* (2009). A atriz indicada ao Oscar realizou a cirurgia bariátrica em 2016 alegando problemas de saúde decorrentes da obesidade.

Sobre as informações prévias em relação à cirurgia algumas entrevistadas demonstraram diferentes opiniões. Camille começou a pesquisar sobre a bariátrica através de informações na mídia e redes sociais, conforme seu relato: “E aí eu comecei a ver *youtubers* que tinham feito a CB, e aí eu falei, não peraí, esse negócio funciona”; “E aí eu entrei em grupos de CB no *Facebook*...e o povo contando como que era uma maravilha da vida, depois de ter feito CB”. Embora tenha feito pesquisas sobre a cirurgia, Camille não foi informada sobre a questão da fertilidade. De acordo com seu relato, o médico-cirurgião havia perguntado se ela tinha uma vida sexual ativa: “Eu disse que não, não tenho por causa da minha religião. Aí ele não falou nada. Não me contou sobre fertilidade, sobre como a mulher fica mais fértil após a bariátrica”. Pouco tempo após a cirurgia ela se desvincula da igreja a qual pertencia e reencontra um antigo namorado. Camille engravidou dele pouco mais de um mês após a cirurgia: “Então eu tinha 09 meses de gestação e 10 meses de bariátrica”.

No caso de Clara ela afirma total desconhecimento sobre a cirurgia: “Eu não tinha nenhum preparo psicológico, não sabia, como até hoje eu não sei qual é minha operação... sei que não tenho o anel. Só isso que eu sei. E tenho um desvio no intestino delgado, uma alça [...]”. A opção por realizar a cirurgia bariátrica se delineia em um contexto de brigas e discussões com seu parceiro na época. Com frequência ele fazia comentários pejorativos sobre seu corpo e seu peso, conforme descrito em “Relações Abusivas”. Clara passa a procurar por clínicas e cirurgiões: “Ligava para consultório, ligava pro médico renomado [...] aí comecei a caça de verdade só que aí me falavam ‘ah , você não tem o IMC necessário, você é jovem, nananam’. Nisso eu fiquei dois meses na procura. Desisti, porque eu não conseguia.” Foi por acaso que a possibilidade de realizar a cirurgia reapareceu através de uma indicação. Um dia estava trabalhando em uma loja de roupas e uma cliente lhe pergunta se havia roupas *plus size*. A cliente conta que a roupa seria para seu marido que faria a cirurgia bariátrica no dia seguinte. Através desse contato, Clara consegue o telefone de uma clínica que “facilitava” todo o processo. Não se sabe ao certo como os critérios de indicação para a cirurgia foram avaliados. Em pouco tempo, Clara já estava com todos os exames e laudos necessários para realizar o processo. Em contrapartida, Elis afirma que, por ser da área de saúde, sempre procurou entender porque não emagrecia, mesmo tendo feito diversas tentativas: “como eu sou da área de saúde eu sempre fui muito consciente, estudei muito [...]”. Estela, também uma profissional da área, percebeu que a falta de informações sobre o procedimento lhe prejudicou.

Eu acho que consegui alertar as pessoas que eu conheci que fizeram a bariátrica, porque *toda a orientação que eu não tive eu passei para aquelas pessoas, para que elas não tivessem os problemas que eu tive. (...) Eu nunca usei uma cinta no pós-operatório, porque nenhum dos profissionais me disse isso. Ninguém falou dessa dificuldade que eu teria de lidar com essa mudança do corpo.* (Estela)

Em relação às informações sobre o procedimento, Hilda alega ter tido contato com um manual disponível na própria clínica onde realizaria o procedimento: “No consultório que eu fiz, com o médico que eu fiz ele tem um livro falando sobre todas as orientações sobre a bariátrica, não é? Todo o procedimento, o método usado, quais são as etapas, essas coisas”. Hilda não fez referência a esclarecimentos advindos de um profissional, tendo acesso somente ao conteúdo desse manual. Tal informação contraria a recomendação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2017, p. 37): “Os pacientes que serão submetidos a cirurgia bariátrica devem receber informações realistas quanto às necessidades no pós-operatório, uma vez que a cirurgia não é a cura para a obesidade, mas um tratamento que ajuda no seu controle”.

Já Nina optou por não procurar informações sobre o procedimento: “mas eu confesso que para fazer, eu não fiquei procurando muito as informações, sabe, eu acho que é tão agressivo...”.

Em relação às principais motivações para a realização da cirurgia, cinco situações se apresentaram como eixos importantes: a estigmatização social, baixa autoestima, dificuldades para encontrar roupas, prejuízos na mobilidade e problemas de saúde. No Quadro 4 a seguir, as motivações dadas pelas entrevistadas foram resumidas a partir destes temas. As entrevistadas Leila e Estela mencionaram a questão da saúde como ponto importante na tomada da decisão pela cirurgia.

*******S wcf tq'6'6'O qvkc±;gu'ctc't'Ek wt i k''**

| | |
|---------|--|
| Camille | Estigmatização social, baixa autoestima, mal estar com o corpo |
| Clara | Dificuldade para encontrar roupas; relacionamento abusivo; mal estar com o corpo |
| Clarice | Falta de atratividade afetiva-sexual; dificuldade para encontrar roupas, baixa autoestima, estigmatização social |
| Elis | Estigmatização, isolamento social, sofrimento psíquico intensificado pela obesidade |
| Elza | Dificuldade de mobilidade, dificuldade para encontrar roupas, baixa de libido, insônia. |
| Hilda | Estigmatização social, baixa autoestima, falta de aceitação, problemas no fígado. |
| Leila | Melhorar os sintomas clínicos, dificuldade para encontrar roupas |
| Maria | Sofrimento psíquico intenso, estigmatização social desde a infância em virtude do peso |
| Marta | Estigmatização social, vergonha do corpo, baixa autoestima, histórico familiar de diabetes e hipertensão. |
| Nina | Dificuldade de mobilidade (ônibus), constatação da obesidade; |
| Estela | Sintomas clínicos associados à obesidade |

Elza refere dificuldades para dormir e na vida sexual: “[...] minha vida sexual estava uma merda, eu não tinha mais libido nenhuma, então todas estas coisas me levaram a perceber que eu tinha razões importantes para poder fazer uma cirurgia que ia mudar minha fisiologia”.

Leila foi a única a realizar o procedimento pelo SUS. Anteriormente, passou por sucessos e fracassos para a perda de peso, mesmo tendo sido acompanhada por uma equipe multidisciplinar. É uma profissional da área de saúde e foi através dos contatos com conhecidos médicos que ela via a possibilidade real de realizar a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde. Sobre as motivações argumenta: “Fiz a cirurgia por conta dos exames, porque eu não conseguia regular os exames mesmo mudando tudo com dieta, com psicólogo, mas eu não conseguia a parte dos hormônios e dos triglicérides, eu não conseguia mudar, ficava sempre alta, mas depois da cirurgia regulou”.

Estela também se refere problemas associados à obesidade que não respondiam mais aos medicamentos como a hipertensão: “[...] eu desenvolvi hipertensão, eu já vinha tratando uns seis anos de hipertensão, e também comecei a ter muito inchaço nas pernas, as pernas estavam ficando muito inchadas, principalmente porque eu fazia muito plantão”. A motivação pela cirurgia neste caso foi pela melhoria das suas condições clínicas: “O que me impulsionou mesmo foi à questão da saúde. Foi o medo de ter um derrame, de ter que associar uma terceira medicação para controlar a pressão”.

Embora as complicações clínicas associadas à obesidade sejam bem consolidadas no campo das ciências médicas, a questão da saúde não aparece como um fator tão relevante quanto o estigma social que recai sobre os corpos gordos. Tal formulação é também apontada por Carrasco *et al.* (2014) em uma pesquisa realizada com mulheres chilenas. De acordo com esta pesquisa, os argumentos apontados como motivações para a cirurgia foram: necessidade de aceitação familiar e social e a facilidade para encontrar roupas. Nesse sentido, esses autores trazem reflexões acerca de uma tirania da visibilidade. Quem não é visto não é reconhecido, simplesmente não existe. A questão da moda, já discutida em outro capítulo, demonstra esta relação. Não há roupas para corpos que não são reconhecidos como “visíveis”, isto é, os que não evidenciam a conformidade com a norma. As lojas de departamentos ultimamente dedicam uma área para tamanhos grandes, em um movimento ainda muito tímido. Entretanto, um grande número de lojas ainda trabalha com tamanho único para as roupas, o que corresponde à numeração pequena. Em qualquer artigo científico referente à obesidade, o primeiro parágrafo repete números alarmantes da população obesa ao nível mundial. Isso significa que, em termos discursivos, a obesidade só existe em textos científicos da área da saúde?

A questão da falta de roupa de grande numeração representa muito mais que um incômodo na rotina de quem vive com a obesidade, é uma mensagem que diz: aqui não há lugar para você, pois seu corpo não materializa a norma.

Para Marta, as críticas sobre seu corpo foi um dos fatores preponderantes na escolha pela cirurgia ainda jovem: “[...] com 18, 19, eu comecei com a ideia de fazer à bariátrica. Porque todo mundo ficava fazendo críticas”. Ela procura um médico que não lhe indicou a bariátrica: “Isso porque eu era nova né? Aí ele disse que não recomendava. Mas aí depois eu fui em outro profissional”. O outro profissional foi indicado por uma amiga: “Aí esse outro falou, ‘ah muito pelo contrário’, porque eu já tinha histórico de obesidade, já tinha feito tratamentos com endocrinologista, com nutricionista e nunca tinha conseguido emagrecer (...). Ele me indicou, já que minha mãe tinha passado pela cirurgia há um ano atrás, tinha quadros na família com diabetes, hipertensão e que eu podia vir a ter, e me indicou sim fazer ela”. “Marta, embora muito jovem e sem comorbidades é “pré-avaliada” como uma potencial doente, lembrando assim a formulação de Deleuze em *Post-Escriptum* sobre a Sociedade de Controle (1992, p. 4):” [...] a nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos ao risco”. Marta foi resgatada de uma possível morte ou doença embora saibamos que o seu verdadeiro “resgate” ocorreu a partir da desvinculação com um lugar social desvalorizado.

Hilda conta de um diálogo com o médico “[...] eu ainda falei assim: ‘doutor, se eu morrer, o que vai acontecer?’ Aí ele falou assim: ‘se você não fizer, você pode morrer também’. Porque aí eu não sabia que eu já tinha vários problemas devido a gordura, problema do fígado, porque fizemos exames e vimos o tanto que o fígado já estava tampado”. Nesse breve diálogo, ressalta-se a suposta morte anunciada de Hilda. O momento que antecede a sua decisão pela cirurgia foi à constatação repentina da própria condição de obesidade: “Quando me descobri gordinha, me descobri enorme”.

Clarice, quando foi questionada sobre as motivações que lhe levaram a optar pela cirurgia, fala da dificuldade para encontrar roupa: “Roupa nenhuma me servia... Aí quando eu vi que não tinha mais saída, aí eu comecei a procurar a cirurgia”. Quando alguém diz que roupa nenhuma lhe serve, o que isso significa? Se todos devem se vestir e se todos devem se vestir de acordo com um determinado contexto social, por exemplo, para trabalhar, para fazer ginástica, etc., não encontrar roupa significa uma barreira. As roupas, neste caso, servem apenas para “cobrir”, mas não para vestir. Cada vez mais se torna difícil ir trabalhar, estudar, passear, circular e se sentir adequada aos ambientes visto que as vestimentas compõem um código de socialização. E, então, frente a tantas barreiras, Clarice resolve tomar uma providência para resolver uma questão que foi recém-descoberta: está tão gorda que já não há mais roupas do seu tamanho. Este “dar-se conta” da própria gordura corporal é desesperador e culmina com a decisão pela cirurgia.

Para Nina, a constatação da própria obesidade também foi o motivo que desencadeou a decisão pela cirurgia: “Não dá, não é possível que eu estou desse tamanho! Eu achei um absurdo, eu assustei com a foto. Então, foi o momento que eu falei: ‘eu tenho que fazer alguma coisa!’”. Neste caso a providência a ser tomada com urgência é a procura pela cirurgia. Assim como Hilda, há em Nina uma “descoberta” do corpo obeso.

Em relação às expectativas, Camille aponta a questão da atratividade, da possibilidade de circular livremente pelos espaços públicos sem barreiras e, sobretudo, de poder se libertar dos olhares estigmatizantes: “Ah, pensava que quando eu tiver magra eu vou arrumar o homem que eu quiser. Eu vou passar num ônibus sem entalar na catraca... sem as pessoas ficarem olhando para mim”.

No contexto de Clara, a cirurgia era percebida como possibilidade em recuperar o relacionamento com seu marido na época: “Eu fui atrás dessa cirurgia para salvar a minha relação. Porque isso era o que eu mais queria!”. Na dinâmica deste relacionamento, a obesidade de Clara era alvo de constantes críticas e desqualificações, conforme veremos no tópico “Relações abusivas”. O que se observa tanto em Clara quanto em Camile é uma expectativa de adequação ao desejo masculino a partir do emagrecimento.

Quanto a Estela, embora suas motivações tenham sido fundadas por questões de saúde ela também expressa altas expectativas quanto à cirurgia bariátrica: “Aí eu fiquei empolgada pela ideia de ‘oh vamos resolver’, vamos a fórmula mágica que ia resolver meus problemas [...]” Hilda também descreve as altas expectativas quanto à cirurgia:

Só da possibilidade de pensar em ser magra minha vida transformou assim completamente; [...] o medo dessas coisas só que essas coisas era a última coisa que eu pensava, quando falou em bariátrica foi o que eu te falei o que me motivou foi a ser magra. (Hilda)

Ela demora em se perceber como mulher obesa. Entretanto, ao optar pela intervenção, resolve rapidamente: “Na mesma hora peguei o telefone da tal amiga que tinha feito, perguntei como é que funciona. Na época, o André Marques¹⁷ tinha acabado de fazer”. Conforme veremos em outro momento, as expectativas de Hilda não ocorrem conforme o esperado. Além de enfrentar complicações clínicas graves após a intervenção, ela também percebe que seus problemas não foram eliminados junto com os quilos perdidos. Nesse sentido, é de grande valia que na avaliação pré-cirúrgica as expectativas sejam abordadas de modo mais realista.

¹⁷ Ator e apresentador da TV Globo.

Em relação à Maria, observa-se um posicionamento diferente das altas expectativas apontadas por Hilda e Estela. Com certa criticidade, ela observa que de forma geral, há uma crença exagerada quanto aos resultados da cirurgia: “Porque muita gente tem a ilusão que você faz a cirurgia e pode comer o tanto que quiser que nunca mais você engorda, mas é mentira”.

As expectativas e motivações apontadas pelas interlocutoras podem colaborar para uma melhor abordagem na avaliação psicológica pré bariátrica. Então, realizar o sonho de “ser magra” após a bariátrica é um estado pouco plausível e quando acontece provavelmente será transitório.

A cirurgia é percebida como uma solução prática e rápida capaz de resolver o longo desafio de ter um corpo obeso. Seria como uma solução que atende ao imediatismo contemporâneo, não só no momento da decisão pelo procedimento, como também no próprio processo para a execução da cirurgia, conforme será especificado no tópico a seguir.

"

: 0'3.4.5'g'l' #'

Como um cavalo com anteolhos, a vista fixada no prêmio, o herói corre com ímpeto para a feiúra o próprio mundo que construiu (HILLMAN, 2002)

um dia antes
um dia avante
a dívida acumula
e fere o tempo tenso
da paciência gasta
de quem há muito espera

*EVARISTO.'O cnpi q.'dt qvj gt.'lt o ~ q0422:)"

Como bem apontado por Franques (2006), quando a pessoa obesa marca consulta com um cirurgião, ela já tem uma decisão tomada. A rapidez com o processo para realizar a cirurgia foi um dado relevante nas narrativas das seguintes entrevistadas: Nina, Camille, Elis, Clara, Clarice, Elza, Hilda, Maria e Marta.

Uma vez decidindo pela intervenção cirúrgica é necessário preencher os critérios para a cobertura do plano de saúde. Como já indicado no escopo desta tese, os critérios para realizar a cirurgia são $IMC \geq 35$ associados a comorbidades ou $IMC \geq 40$. No caso de ausência de comorbidades associadas à obesidade junto a um IMC “insuficiente”, algumas entrevistadas relataram engordar intencionalmente e assim atingir os critérios cirúrgicos. Nesse sentido, Clarice traz o seguinte relato: “Mas aí como eu ia fazer a operação mesmo, eu comi até os 109 quilos. Meu pai disse que eu engordei para fazer a operação. Não, eu já tinha decidido, já tinha falado com o médico, aí ele deixou... então eu comi tudo” (Clarice).

Elis descreve que não cumpria os critérios para indicação da cirurgia bariátrica. Na consulta com o cirurgião resolve deixar de fazer dieta para alcançar o IMC indicado:

Só que eu não tinha nenhuma comorbidade... aí ele falou para mim: “olha, você não vai conseguir operar com esse peso”. Aí eu falei: “tá bom, a única coisa que eu vou fazer é parar de fazer dieta”. Então rapidinho eu cheguei a 115 quilos. Em menos de um mês. Eu não fiz dieta de engorda, eu simplesmente comia o que minha família comia.

Sobre esta questão, há uma expressa observação no Manual de Diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira (ANS, 2017, p. 37): “Ganhar peso deliberadamente agravando a doença com finalidade de atingir um valor de IMC compatível com indicação cirúrgica é definitivamente desaconselhável.”

A avaliação psicologia também faz parte do protocolo para a realização da Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Embora a questão do sofrimento psíquico na dinâmica da obesidade seja reconhecida pelas interlocutoras à maior parte da procura pelo atendimento psicológico ocorreu mediante a exigência da avaliação como requisito para a cirurgia, conforme a descrição do Quadro 5 a seguir:

S wcf tq'7'6'Cygpf lo gpvq'Ruleq»i leq'

| | Já participou de algum atendimento psicológico? | Qual abordagem terapêutica? |
|----------------|---|--|
| <i>Camile</i> | <i>Somente para o laudo – 04 sessões</i> | <i>Orientação Psicanalítica</i> |
| <i>Clara</i> | <i>Somente para o laudo</i> | ----- |
| <i>Clarice</i> | <i>Sim</i> | <i>Bioenergética</i> |
| <i>Elis</i> | <i>Sim</i> | <i>Tentativas de acompanhamento psicológico; Programação Neurolinguística.</i> |
| <i>Elza</i> | <i>Sim</i> | <i>Psicoterapia;</i> |
| <i>Hilda</i> | <i>Somente para o laudo</i> | |
| <i>Leila</i> | <i>Somente para o laudo</i> | --- |
| <i>Maria</i> | <i>Sim</i> | <i>Orientação psicanalítica</i> |
| <i>Marta</i> | <i>Somente para o laudo</i> | --- |
| <i>Nina</i> | <i>Somente para o laudo</i> | --- |
| <i>Estela</i> | <i>Sim</i> | <i>Orientação psicanalítica</i> |

Considerando que quando a paciente busca um cirurgião, ela já tem uma decisão tomada, o encaminhamento para outro profissional pode ser entendido como mais obstáculo que poderá atrasar a cirurgia. Nesse sentido, Franques (2006) ressalta que o modo com a pessoa obesa chega à consulta de psicologia no contexto pré-cirúrgico depende do modo como ela foi encaminhada.

Sobre a necessidade do laudo, Camille, que já havia passado por psiquiatra e com um possível diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar compartilha sua experiência quando decidiu realizar a Cirurgia pelo plano de saúde.

E aí eu fui pesquisar, uma psicóloga pelo plano que desse o laudo, porque eu queria o laudo. Aí encontrei com muito custo, e era uma psicanalista. Eu falei com ela “olha, eu to precisando fazer a CB, eu preciso de um laudo dizendo que eu não sou doída...”. (risos). E aí ela falou assim: “Olha... para eu te avaliar, eu preciso de pelo menos umas quatro sessões”, e assim, fui *porque eu queria o laudo e não contei algumas coisas para ela.* Porque eu sabia que se eu falasse de um possível transtorno bipolar ela não me daria o laudo. E aí no final das 4 sessões ela me deu o laudo. (grifo nosso)

Camille omite deliberadamente uma informação importante no processo de avaliação pré-bariátrica. Observa-se que a urgência por realizar o procedimento, faz com que ela se exponha aos riscos psíquicos que parecem ser secundários mediante a possibilidade de fazer uma intervenção que supostamente mudaria sua vida.

Importante ressaltar que embora as seguradoras de saúde não ofereçam uma remuneração compatível com os honorários indicados na Tabela de Referência Nacional de Honorários dos Psicólogos do Conselho Federal de Psicologia, a profissional em questão adotou um posicionamento cauteloso na avaliação, demonstrando compromisso ético com a profissão.

A pressa em realizar o procedimento se fez presente também na situação de Clara. Em princípio, procurou alguns profissionais para realizar a cirurgia. Como não cumpria os critérios para a indicação cirúrgica acabou adiando o procedimento. Entretanto, certa vez recebeu a indicação de uma clínica que “facilitava” o processo a conforme descreve a seguir:

Aí eu vendi e comecei a conversar com ela, e ela me disse, ‘ah é que meu marido vai fazer uma cirurgia amanhã, cirurgia bariátrica’. Aí eu falei, ah sério? Aí no final ela me passou o contato da clínica, eu entrei em contato, marquei e comecei o processo da cirurgia. E a clínica facilitava muito! Você comprava o laudo, assistia uma palestra, comprava todos os laudos, eles ainda facilitavam, aceitavam cartão de crédito”.
(Clara)

A narrativa de Clara apresenta um resumo da razão neoliberal sobre todas as esferas da vida, mesmo que isso traga consequências para a própria vida. Um tipo de comércio que mercantiliza a cirurgia, onde a loja-clínica favorece a venda do procedimento cirúrgico. Clara pode “comprar” o laudo e pagar com o cartão de crédito. Sobre o acompanhamento psicológico, diz: “Nunca fiz. Minha terapia é minha amiga”. De acordo com o relato desta interlocutora, entende-se que os critérios para indicação cirúrgica não foram considerados pela clínica que parecia mais interessada em “facilitar” o processo. Nesse sentido, nota-se uma relação bilateral, na qual há uma demanda pela urgência por parte de Clara e uma clínica disposta a oferecer este serviço.

Clarice também descreve o modo instantâneo com o qual decide fazer a cirurgia: “Aí eu tinha uma amiga e aí ela falou: ‘vamos fazer operação de estômago?’ ‘Vamos!’ E aí a gente marcou, as duas, ela não foi no dia, eu fui. Eu nunca vi uma coisa tão rápida: em 15 dias eu já estava com todos os exames”. Cabe ressaltar que esta interlocutora já havia passado por internação psiquiátrica com sintomas de mania. Ela não faz referência à avaliação psicológica pré cirúrgica. Clarice não obteve a perda de peso esperada e ainda convive com os impasses sobre o corpo e sua alimentação. Quanto ao acompanhamento psicoterápico informa que faz

um tipo de terapia bioenergética embora não saiba especificar se o profissional tem formação em psicologia.

A escolha de Nina pela cirurgia também se deu forma repentina. Ao se dar conta do quanto estava gorda, procura uma solução imediata. Ela “corre” atrás da cirurgia bariátrica assim como um enfermo procura por um pronto-atendimento: “E aí fui, corri atrás desse médico que foi indicado por uma conhecida até [...]”. O processo também foi bem rápido, conforme seu relato: “Aí eu optei por esse médico, e já procurei, já marquei consulta, já procurei fazer os exames [...]”. Sobre a avaliação psicológica pré-cirúrgica, ela descreve:

Marquei uma psicóloga e fui, simples assim. Ela perguntou: “Você tem certeza que você quer operar? Ah você sabe que tem alguns riscos, você tem que ter responsabilidade, você vai passar por algumas situações [...] você é compulsiva?” – Não, estou ótima (rs) Dessa forma! Não durou 15 minutos!

A rapidez da entrevista psicológica revela que a lógica da urgência neste caso se sobrepôs a uma abordagem psicológica pautada na ética e no conhecimento técnico científico. Tal postura pode ser observada em diversos profissionais no âmbito da saúde, onde a pressa e a necessidade de “volume” de pacientes tornam os atendimentos precários.

Nina se reconhece como uma pessoa ansiosa. Sobre a psicoterapia diz: “É até meio absurdo falar isso, mas no momento eu não faço (psicoterapia) porque eu não tenho tempo”. Ela possui uma rotina bem atribulada na qual divide suas horas entre trabalho, universidade e cuidados com a mãe e uma avó. Talvez Nina tenha certa razão ao pensar na falta de tempo como marcador fundamental pela sua opção em não fazer psicoterapia, assim como não tem tempo em praticar atividade física com regularidade. O tempo devora as suas horas, assim como ela devora os fragmentos do seu tempo livre com petiscos rápidos. Em um estado de não consciência, ela com frequência se depara comendo algo rápido.

Leila optou pela bariátrica por questões de saúde. Por um período, ela fez acompanhamento clínico multidisciplinar em um hospital antes de optar pela cirurgia. Refere ter sido acompanhada por nutricionista, endócrino e médico clínico: “[...] eu só não fui para o psicólogo, mas eu fui para nutricionista, endócrino, médico clínico...mas o psicólogo eu só fui no processo para cirurgia, não fui antes não.” Tudo indica que a abordagem “multidisciplinar” não contou com o acompanhamento psicológico que só ocorreu mediante a necessidade do laudo. Cabe pensar se houve um desinteresse de Leila pelo atendimento psicológico ou se não havia profissionais disponíveis como parte da equipe. O fato é que mesmo com os cuidados clínicos, inclusive com uso de medicamentos, Leila só conseguiu resposta após a cirurgia

bariátrica. Foi no período tardio que ela percebe a importância de um processo psicoterápico prévio e conclui: “[...] talvez tivesse esperado mais para optar pela intervenção [...] eu acho que eu esperaria mais, talvez eu fosse procurar a parte do acompanhamento psicológico que eu não tive antes, foi justamente isso que eu não tive e foi à diferença para mim na época da cirurgia”.

Em contraposição, Elza foi uma das colaboradoras que procurou acompanhamento psicológico prévio, sem especificar o tipo de abordagem teórica: “Olha, eu levei 2 anos na terapia até decidir fazer a cirurgia. [...] Então eu fui para terapia, para entender porque que eu deveria fazer... minhas amigas fizeram pelas razões erradas e elas não estão bem”.

A própria interlocutora, ao demarcar a diferença entre ela e as amigas enuncia a importância do acompanhamento psicológico como suporte fundamental em todas as etapas do processo da Cirurgia Bariátrica. Estela, assim como Elis, foi uma das únicas participantes que fizeram acompanhamento psicológico antes da cirurgia. Sobre o seu processo na psicoterapia, diz: “Me impulsionou muito, me impulsionou a fazer faculdade, talvez me impulsionou a tomar essa decisão da bariátrica... a primeira profissional eu tenho o maior respeito, trabalhou muito comigo...já a segunda acho que ela me deu alta porque não dava conta de mim...srsrs.”

No caso de Elis, uma vez alcançados os critérios de indicação para a cirurgia, o processo também foi rápido: “Aí foi rapidinho! Fiz entrevista com psicólogo, com endócrino, etc.”. Na entrevista, pergunto se a equipe estava ciente do seu histórico de depressão e restrição alimentar. Elis responde: “Sabiam e sabiam também dos episódios de anorexia, porque eu falei tudo”.

Conforme a descrição das participantes o processo para a cirurgia foi bem rápido. Importante pensar sobre quais critérios e sobre quais condições éticas algumas clínicas autorizam um procedimento de tamanha magnitude e com efeitos que se estenderão na vida das pacientes por muito tempo.

O desespero por realizar um procedimento que promete uma mudança tão radical no corpo faz com que muitas vezes as interlocutoras tenham pouca atenção às implicações futuras e aos riscos que a cirurgia pode gerar. O mesmo se observa em casos de mulheres que perderam a vida ao realizarem procedimentos estéticos e cirúrgicos em condições precárias. Este foi o caso de uma jovem de 20 anos de idade que trabalhava como cabeleireira na cidade de Belo Horizonte.¹⁸ Em 2020, a jovem decidiu realizar seu sonho: fazer uma lipoescultura. Na avaliação de risco cirúrgico constou um problema cardíaco, e a indicação médica prescrita no laudo foi a de que a jovem estaria apta para realizar a cirurgia em um contexto hospitalar.

¹⁸ <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/09/15/jovem-20-anos-morre-cirurgia-plastica-belo-horizonte-belissima.htm>

Entretanto, a recomendação foi negligenciada e o procedimento ocorreu na própria clínica do médico cirurgião. A causa da morte no atestado de óbito da jovem foi embolia pulmonar. Em 2018¹⁹ um caso ficou bem conhecido pela ampla divulgação na mídia. Outra mulher perdeu a vida ao realizar procedimentos cirúrgicos invasivos em condições também precárias. Foi o caso da bancária de 46 anos que viajou de Cuiabá/Mato Grosso até o Rio de Janeiro a fim de realizar um implante hormonal e fazer aplicação de PMMA (polimetilmetacrilato) nos glúteos. A substância é autorizada pela ANVISA em casos pequenas áreas e para preenchimento de rugas. De acordo com SBPC (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica) o produto não é aconselhável para fins estéticos por não ser absorvível pelo organismo.

A bancária conheceu o trabalho do médico através da sua rede social no *Instagram*, que na época contava com muitos seguidores. De acordo com Sérgio Palma, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia: “Pacientes estão se deixando levar por médicos blogueiros. A participação nas redes é legítima, mas o conteúdo tem que ser ético e educativo. Parece que quem mais posta está mais atualizado” (SBD, 2018).

Ao pensar no número de seguidores diluídos em números e sem rosto que formaram o “respaldo” do médico, cabe retomar o pensamento de Arendt (1998) sobre a Sociedade das Massas:

“A sociedade tende a aceitar uma pessoa pelo que ela pretende ser, de sorte que um louco que finja ser um gênio sempre tem certa possibilidade de merecer crédito (...)” (ARENDR, 1998, p. 355).

A formulação de Arendt descreve a situação atual do médico. Formando sua credibilidade a partir de postagens em redes sociais, prática tão comum na cena contemporânea, o médico terminou levando a morte da sua cliente, disposta a pagar caro por dar seguimento ao seu empreendimento do corpo-rascunho.

No caso da cirurgia bariátrica, a rapidez do procedimento para a cirurgia faz pensar sobre como se dá a abordagem da psicologia, assim como da avaliação dos outros profissionais engajados na equipe multidisciplinar. Cabe também questionar sobre a representação das intervenções corporais drásticas enquanto uma espécie de fórmula multifuncional que irá responder aos mais diversos problemas da vida. E mediante a esta demanda, há uma resposta por parte da própria medicina que atende a esta urgência com critérios mais ou menos éticos a depender do profissional. Como vimos a partir do relato das participantes, o que sustenta a

¹⁹ <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/dr-bumbum-familia-relata-ultimas-horas-de-bancaria-que-morreu-apos-procedimento-estetico.shtml>

procura pela intervenção é menos a saúde e mais uma possibilidade de reconhecimento e aceitação social. Em caso de uma situação hipotética, coloca-se a seguinte questão: se a cirurgia resolvesse problemas de saúde, mas não ocasionasse a perda de peso, haveria tanta procura por esta intervenção? Ou, se a cirurgia funcionasse apenas para o emagrecimento sem nenhum tipo de melhorias do ponto de visto clínico haveria tanta procura?

É pertinente descrever algumas informações mais específicas sobre a experiência cirúrgica e do pós- imediato, observando os indicadores do corpo: suas sensações, dores e reações mediante a radical intervenção cirúrgica. Na costumeira foto do antes e depois não constam registros sobre o “durante” do processo cirúrgico.

: 6'Q'f wtcpvg'g't»u/ko gf kvq<þgo 'wf q'li q'hqt gu0'

Frida Kahlo, O Veado Ferido, 1946''



A cirurgia bariátrica comumente é descrita como uma intervenção rápida e bastante popular no mundo inteiro. Em uma reportagem sobre a Cirurgia Bariátrica apresentada no canal Tv Brasil²⁰, o médico entrevistado faz uma breve descrição do procedimento: “Ela é feita por laparoscopia, ou seja, *pequenos furinhos* na cavidade abdominal, a gente coloca *pequenos tubinhos* por onde entra uma *micro câmera*, e pinças por onde nós vamos fazer a cirurgia”. No

²⁰ Tv Brasil. *Cirurgia Bariátrica Reporter Rio*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8mHsxCKrkT8>

decorrer da explanação chama atenção os excessos de diminutivos presentes no discurso: “tempo de cirurgia *menor*, agressão ao organismo do paciente *menor* e complicações *menores*”. Na sequência, o programa apresenta uma paciente recém-operada que em *menos* de 48 horas já consegue se levantar e caminhar. Evidente que no contexto atual, a transição das técnicas cirúrgicas convencionais, ou popularmente conhecidas como “abertas” para a técnica laparoscópica tornou a bariátrica um procedimento bem menos invasivo e com maior facilidade de recuperação para os pacientes. Os atuais protocolos indicam a alta precoce, no primeiro dia após a intervenção (SALLET *et al.*, 2018). Apesar de parecer uma intervenção cirúrgica relativamente rápida, o pós-operatório requer adequações alimentares bem específicas, especialmente nos primeiros meses. A evolução do plano alimentar possui algumas etapas que se iniciam ainda no ambiente hospitalar e podem ser resumidas em quatro momentos: a dieta líquida clara ou hospitalar, a dieta líquida, dieta pastosa e dieta saudável. É recomendável desde a internação a suplementação nutricional. De acordo com Martínez *et al.* (2010, p. 117) o período pós-imediato corresponde aos primeiros quinze dias a um mês.

A primeira fase, que dura entre 24 e 48 horas, consiste na ingestão de líquidos claros e sem adição de açúcar, como por exemplo, água, chá, gelatina sem açúcar, água de coco e suplemento proteico líquido (ANDRADE & LOBO, 2014). A hidratação ocorre via endovenosa e o líquido deve ser bebido ao longo do dia, vagarosamente. Após a alta hospitalar, faz-se necessária a continuidade da dieta totalmente líquida. Neste período, Martínez *et al.* (2010) descreve uma etapa emocional na qual a pessoa operada pode experimentar muita ansiedade, insegurança e a sensação de estarem doentes. Para estes autores, esse pode ser um bom momento para estabelecer um vínculo com o acompanhamento psicológico. Tal entendimento é também compartilhado por Paegle & Silva, (2018, p. 364). Estes autores recomendam que o acompanhamento psicológico pode começar a partir do segundo ou terceiro dia após a internação. Ao compor a equipe multidisciplinar é importante que o profissional de psicologia tenha disponibilidade tanto para o trabalho de psico-educação pré-operatório, quanto para um atendimento mediante alguma complicação pós-cirúrgica. O trabalho envolve também a escuta e apoio com os familiares que também experimentam as incertezas mediante uma intervenção de tamanha magnitude.

Após a alta hospitalar, faz-se necessária a continuidade da dieta totalmente líquida. O paciente deve ingerir apenas líquidos coados, isentos de açúcar e em temperatura ambiente. A ingestão deve ocorrer a cada 20 a 30 minutos. Em relação à quantidade, a medida é de 50 ml equivalente a um copinho de café. (PEREIRA *et al.*, 2017). Nesta etapa ocorre uma intensa

perda ponderal. A duração é em torno de 7 a 21 dias e é bastante restrita quanto à variedade alimentar: apenas sopas, sucos naturais peneirados, isotônicos, chás sem cafeína e água de coco.

Camille fala do seu desespero mediante a impossibilidade de comer livremente: “[...] eu queria comer e não podia... e eu não tava aguentando mais tomar água de coco e nem *gatorade*...”. Refere profundo sofrimento psíquico neste período, embora atualmente esteja bem satisfeita com os resultados pós-cirúrgicos: “Passei a dieta líquida assim... sofrendo horrores, fiquei com vontade de bater a cabeça na parede”. Este é o momento no qual o interdito alimentar se apresenta de forma imperiosa, ressaltando a radicalidade do procedimento cirúrgico. O momento da dieta líquida é descrito pelas colaboradoras como um período bem difícil, como nos conta Elis: “[...] passei pelas primeiras semanas, que são as mais difíceis, da dieta de líquido, dá uma fraqueza mais extrema”.

Estela destaca neste período a importância do acompanhamento com nutricionista: “E naquela parte que só podia tomar água do legume que foi cozido eu vomitava horrores, tanto é que com uma semana eu perdi 11 quilos. E um profissional que me deu o maior suporte foi a nutricionista”. Neste primeiro momento já há uma impactante mudança na dinâmica alimentar, forçosamente imposta pela intervenção: “Eu não tinha hábito de comer coisas líquidas, tomar caldos, sopas, eu não gostava, eu costumava comer coisas mais secas, farinha, tropeiro, e na cirurgia não pode comer essas coisas”.

Sobre a dieta líquida Elza também descreve com humor a dificuldade deste período: “Liguei para médica: ‘Dr^a, pelo amor de Deus, libera um caldo de feijão se não eu vou morrer!’. Porque eu sentia o cheiro do caldo de legumes eu sentia enjoo (...)”. Vale destacar que ela foi a única participante a fazer acompanhamento psicológico de aproximadamente um ano antes de realizar a cirurgia.

Os achados encontrados pela pesquisa de Eduardo *et al.* (2017) apontam na mesma direção das colaboradoras. As dificuldades de adaptação à dieta líquida fazem deste período um dos momentos mais difíceis do pós-operatório imediato.

Ademais da rigorosa restrição alimentar, as pacientes também experimentam desconfortos causados pela dor, como pode-se observar a partir das descrições de Camille e Maria:

[...] acordei no pós-operatório, assim...parecendo que um caminhão tinha passado em cima de mim de tanta dor que eu tava sentindo. (Camille)

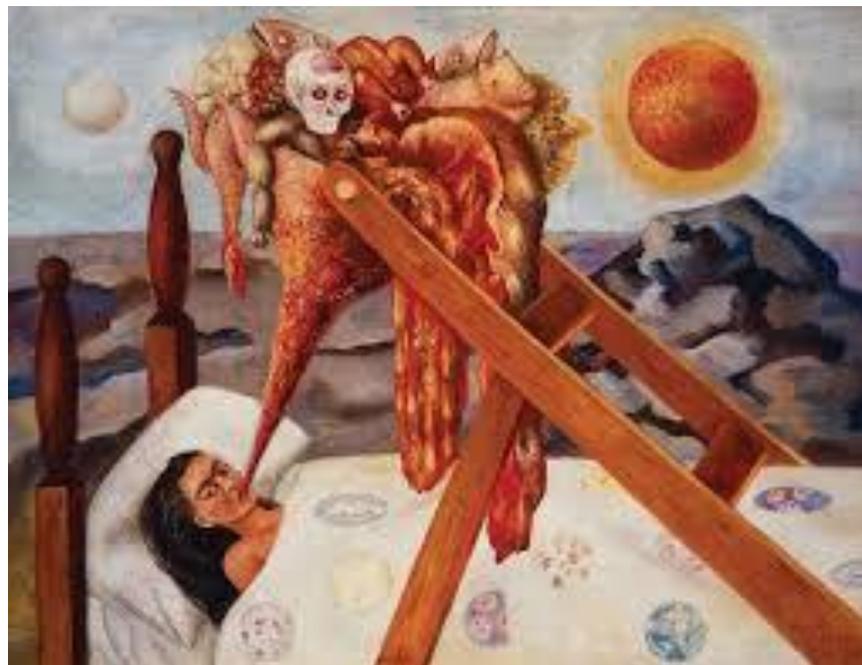
Eu senti tanta dor que me alimentar era a última coisa que eu pensava. Foi a melhor e a pior coisa que eu fiz na vida. Porque eu nunca senti tanta dor na minha vida. Muita dor mesmo! Era uma coisa assim, insuportável, deu não conseguir respirar direito no pós-operatório. (Maria)

A dor pode ser decorrente da própria incisão cirúrgica, dos gases intestinais durante a estadia no hospital e da dor local nos orifícios do dreno. Nesse sentido, os autores Eduardo *et al.* (2017) ressaltam a relevância do acompanhamento psicológico neste período.

Após o período da dieta líquida o que se segue é a dieta pastosa, com alto teor de proteínas e baixo teor de gordura. Gradualmente são incorporados alimentos de consistência pastosa à dieta branda, como frutas e legumes amassados. O período vai depender da tolerância alimentar de cada paciente e pode durar entre 7 ou 21 dias (PEREIRA *et al.*, 2017).

A evolução da consistência dos alimentos se mantém, e após a dieta pastosa são inseridos alimentos brandos, que exigem o mínimo de mastigação e podem ser facilmente digeridos. (ANDRADE & LOBO, 2014). A mastigação lenta é uma das orientações fundamentais nesta etapa de transição. A escolha por alimentos de alto valor proteico costuma ser indicada, contudo, nem sempre estes alimentos são bem tolerados pelos pacientes operados. (FERREIRA *et al.*, 2019). Esta etapa se assemelha a certos estados regressivos, como o aprendizado alimentar infantil no qual o bebê passa comer “papinhas” e gradualmente abandonar o seio materno. Embora seja possível fazer algumas articulações nesse sentido, o que se observa no período tardio é a permanência do mesmo estilo de vinculação com a comida. Seguem obesos com corpos mais magros e que por uma inviabilidade orgânica passam a comer menos.

Frida Kahlo, Sem esperança, 1945''



Em relação ao impacto pós-operatório imediato, algumas dificuldades foram apontadas pelas colaboradoras. Três delas – Leila, Estela e Hilda – passaram por complicações graves relacionadas ao procedimento cirúrgico. Estela, embora estivesse entusiasmada com os benefícios da cirurgia, relata um processo bem complicado no pós-operatório: “A cirurgia não foi simples, a recuperação foi extremamente complicada, dolorida, eu fiquei muito vulnerável, virei uma outra pessoa [...]”. Sobre a dor ressalta: “Muita dor e o desconforto do alimento mesmo, eu nauseava e não conseguia tomar. A nutricionista me acompanhando, me pôs para comer de 2 em 2 horas. A única coisa que eu conseguia tomar era água de coco e *gatorade*. Aí quando eu fui para casa, eu ainda tive uma insuficiência respiratória porque eu tinha asma”. Embora estivesse muito mal, Estela, enquanto uma profissional atuante na área de saúde, sabia das implicações de uma possível internação hospitalar naquele momento: “Eu fui liberada para casa, só que além da dor eu fiquei muito mal. Eu fiquei tão mal que se eu voltasse para o hospital eu teria sido entubada e hoje não estaria aqui falando com você”. A solução encontrada foi usar um aparelho chamado de “Respirom” e seguir as orientações de uma fisioterapeuta.

Leila também descreve uma complicação após a cirurgia: “Quando eu vim para casa e eles autorizam a eu passar tomar caldinho, aí eu passei mal, tive uma hemorragia digestiva alta”. De acordo com Leila, tal complicação ocorreu porque sua cirurgia foi antecipada em 04 dias e neste caso ela não fez o preparo alimentar pré-cirúrgico: “[...] então acabou que ainda tinha fezes no intestino”. Em casa passou a vomitar sangue, tendo que ser novamente internada: “Aí internou, como eu tive o desmaio, o pessoal me levou para UTI e eu ainda acordei, e na hora que eu acordei assustada a única coisa que eu consegui focar e ler foi: SALA DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA”. Não sabemos muito sobre como o risco de morte foi vivido por Leila. Sua fala descreve o episódio no mesmo tom em que descreve outras situações da sua vida. Passado este momento de maior gravidade, Leila foi para o soro e ficou em observação: “[...] fiquei uma semana lá de castigo no hospital só em observação mesmo. Aí depois saí e não precisei voltar lá a não ser para revisão de consulta normal”.

Hilda também teve complicações pós-cirúrgicas: “Meu caso foi um caso muito atípico porque eu tive rejeição no método e aí eu tive obstrução intestinal, sabe, e o que era para ser uma cirurgia de três dias virou uma cirurgia de dois meses”. Conta com certa naturalidade o que lhe ocorreu: “[...] ele [o cirurgião] identificou obstrução intestinal [...] fiquei mais um mês no hospital, aí no período de ir embora, como ele tinha aberto e costurado, aí deu infecção generalizada, aí eu fiquei um tempo assim, fiquei uns dois dias em coma e no total foram quase

três meses no hospital”. Durante o relato, Hilda assim como Leila, demonstra certa naturalidade quando descreve o período da internação.

A interdição no ato alimentar decorrente da intervenção faz pensar em uma espécie de “lobotomia da fome”. Cabe lembrar que a lobotomia foi uma técnica cirúrgica desenvolvida pelo neurologista português Egas Moniz, em 1935, e que lhe rendeu o prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina no ano de 1949. A técnica se popularizou especialmente a partir dos anos 50 como opção de tratamento para casos de doença mental grave. De acordo com Mansiero (2010): “As psicocirurgias marcaram uma tentativa de retomar as ideias psiconeurológicas, isto é, de procurar a base anatomofisiológica do comportamento humano e da doença mental”. A intervenção foi retratada no filme *Um Homem de Coragem* (1975, direção de Milos Forman) através do protagonista Randall McMurphy, interpretado pelo ator Jack Nicholson. O que se extingue no personagem através da lobotomia é a “desrazão” do seu caráter transgressor e marginal. Murphy deixa de se rebelar, e também deixa de existir, reduzido a um corpo somente com as funções vitais preservadas. A transformação comportamental era o alvo principal da lobotomia e o corpo, a superfície sobre a qual o poder penetra junto com o bisturi. Os lobotomizados foram corpos abjetos sobre os quais as ciências intervíram como campos de experimentação para a conquista do “cérebro”. No caso da Cirurgia Bariátrica há uma submissão voluntária do próprio corpo para que este seja “corrigido”, garantindo assim maior adequação aos parâmetros da saúde e da razão. Entretanto, a fome, não se reduz ao campo da materialidade gástrica. Sobre a lobotomia, Mansiero (2003) descreve: “Esperava-se que, com a intervenção, passado o efeito da anestesia, o paciente já tivesse o comportamento modificado e os sintomas psicopatológicos atenuados.” E não se espera o mesmo da cirurgia bariátrica?

A situação destas colaboradoras demonstra os riscos e a complexidade deste procedimento, muitas vezes apresentados como uma cirurgia rápida e simples. Estas mulheres, em nome de uma “qualidade de vida”, quase perderam suas vidas. A ideia de ser um procedimento asséptico e prático é também difundida pelas fotos do “antes e depois”, imagens que ignoram um percurso temporal lento e vivido num corpo carnal, que sente dor e sangra. Essa é a tal *viscosidade orgânica*, este resíduo de corpo carnal, com intestinos obstruídos e vômitos de sangue. Contudo, as entrevistadas não demonstram arrependimentos. O risco de vida pelo qual passaram se dilui a partir de um cotidiano em que a imagem corporal recobre as indolências da carne. "

"

"

: 6'Q'f gr qhl'

A cirurgia bariátrica é uma intervenção complexa e com possíveis agravos a prazo. Nesse sentido, a adesão ao acompanhamento multidisciplinar no pós-operatório é um dos critérios mais importantes para o bom prognóstico cirúrgico (Gonçalves *et al.*, 2020). Em torno dos seis primeiros meses de cirurgia os pacientes operados experimentam a chamada de “lua de mel” da cirurgia bariátrica (MARTÍNEZ *et al.*, 2010). A partir da experiência clínica, considero que este período de euforia vivida na “lua de mel” pode se estender até o primeiro ano. O momento é marcado por um deslumbramento com os efeitos positivos deste novo corpo que emagrece com rapidez e sem grandes esforços. A fala de Elza expressa o deslumbramento com seu novo corpo: “Muito mais do que eu sonhava, tá louco! [...] Perdi 50 quilos, eu nunca imaginei nem nos meus melhores sonhos que um dia eu ia conseguir”.

Nessa etapa a atenção é mais voltada para os cuidados clínicos e nutricionais decorrentes da cirurgia, bem como nas rápidas transformações corporais experimentadas. Os achados encontrados na revisão sistemática realizada por Gonçalves *et al.* (2020, p. 638) também apontam nesta direção: “Ressalta-se o predomínio de estudos descrevendo a adesão ao tratamento nutricional (n=23), seguido de adesão ao tratamento psicológico (n= 11), indicando que a adesão ao tratamento nutricional é amplamente mais realizada pelos pacientes.” Paegle e Silva (2018, p. 362) consideram que durante esse período, é comum que os pacientes apresentem certa resistência ao acompanhamento psicológico. Para as autoras isso pode estar relacionado a uma sensação de empoderamento, autoconfiança e melhoria nas condições clínicas de forma geral. O corpo orgânico, que antes era um estorvo, torna-se objeto de cuidados e bem estar, como se pode observar na fala de Hilda: “Eu estava assim, achando fantástico ser magra!”.

As implicações desta transformação corporal são reconhecidas no meio de interações sociais das pacientes, que passam a receber elogios e reconhecimento: “[...] eu postava [fotos do facebook] e as pessoas elogiavam e eu ficava muito feliz eu acho que mais com os elogios das pessoas do que sei lá com a própria foto em si sabe?”

De acordo com Rodrigues *et al.* (2018) a psicoterapia de grupo com abordagem psicoeducativa pode ser uma alternativa favorável para a adesão ao acompanhamento psicológico, assim como no fortalecimento das redes de apoio dos pacientes. A abordagem em psicoeducação é direcionada para orientar, esclarecer dúvidas, medos e fantasias dos pacientes quanto aos procedimentos e consequências da cirurgia. Gonçalves *et al.* (2020, p. 628)

identificam alguns fatores externos que podem estar associados ao escasso comparecimento destes pacientes aos atendimentos agendados no pós-operatório: “serviços não estruturados para esse seguimento; grande distância entre o local de trabalho ou da residência e o local onde ocorrem as consultas; problemas financeiros”. Consideramos que além destes fatores indicados pelas autoras, a baixa adesão ao seguimento na psicologia pode estar associada a uma ideia de que a psicoterapia é um lugar que se procura quando algo vai mal, não sendo este o caso na “lua de mel”, afinal:

*t's a new dawn
It's a new day
It's a new life
For me
And I'm feeling good!*

(Nina Simone, Feeling good, 1965)

No entanto, com o passar do tempo, alguns desafios começam a se delinear. É possível haver sentimento de frustração mediante a mudança corporal que muitas vezes não atende às expectativas, assim como ter que suportar as restrições alimentares. Começam então a perceber que nem todos os problemas da vida se resolveram com o emagrecimento:

[...] a grande felicidade chegaria quando eu estivesse magra. Beleza esse dia chegou mais cadê essa felicidade que eu achava que ia chegar. (Hilda)

O período tardio é considerado um dos maiores desafios na questão da cirurgia bariátrica. A obesidade é uma condição com forte predisposição à cronicidade. A cirurgia bariátrica, embora traga melhorias nas condições clínicas gerais dos pacientes, demanda outros tipos de cuidados de abordagem multidisciplinar. Nesse sentido, Leila faz uma pertinente consideração: “Neutraferro, vitamina... então todo o processo nos primeiros dois anos de cirurgia não é fácil, principalmente o primeiro ano você não pode comer nada, você não pode fazer nada, você fica limitado de muita coisa”.

A adesão ao tratamento pós-bariátrica é uma questão importante a ser pensada antes mesmo de o paciente optar pela cirurgia. Nesse sentido, Gonçalves *et al.* (2020, p. 641), ao realizarem uma revisão sistemática de publicações a respeito da adesão aos cuidados pós-bariátrica, concluem que: “Apesar de a cirurgia bariátrica ter sido amplamente estudada em todo o mundo, a avaliação da adesão ao tratamento ainda constitui um desafio tanto para os profissionais, quanto para as pessoas que se submeteram a tal cirurgia [...]”.

Os pacientes pós-bariátrica tendem a não aderir às mudanças do estilo de vida. Isto é, manter hábitos alimentares mais saudáveis, dar continuidade ao acompanhamento multidisciplinar e aderir à prática regular de atividade física. São fatores imprescindíveis para o bom resultado da cirurgia. Entretanto, a necessidade de uma mudança do “estilo” de vida não deve compreendida apenas como uma escolha individual. Cabe considerar que a pessoa operada permanece imersa no mesmo contexto político, cultural, social e geográfico. Em tais circunstâncias permanecem a falta de tempo, as poucas possibilidades de movimentar o corpo em paisagens convidativas, a necessidade emocional de satisfação imediata após tantas frustrações e enclausuramentos. Nesse sentido, cabe retomar o pensamento de Hillman (2002, p. 93) quando ele escreve sobre as virtudes da cautela e do despertar das nossas respostas estéticas, mortificadas pela pressa e pelo frenético labor hercúleo. Para este psicólogo, cabe nos defender destas ausências de respostas estéticas que “[...] ocorrem todos os dias, dentro de todos os prédios de escritório sem janelas; sentados em todas as cadeiras capengas; inundados por ruídos sem sentido e engordados com alimentos industriais”. E como não sucumbir, como não se deixar levar pela exposição às constantes precariedades da vida contemporânea? Hillman faz uma proposta, a de “[...] posicionar-nos a favor de nossas respostas, essas reverberações estéticas da verdade na alma, pode ser o principal ato cívico do cidadão, da origem da cautela e do próprio princípio de precaução com seus avisos para parar, olhar e escutar”.

A Cirurgia bariátrica enquanto recurso imediato para uma situação de “urgência” indica bons resultados. Entretanto, a mudança de estilo de vida não é um “dever” apenas “pessoal”, mas também coletivo e planetário. Ao que tudo indica, ainda estamos longe de acessar uma “qualidade de vida” satisfatória.

"

: O'Eqo r rlec+;gu'Emplecu'

"

Neste tópico apontaremos algumas complicações decorrentes da cirurgia bariátrica apresentadas na literatura científica e também apontadas pelas entrevistadas. Embora a cirurgia promova benefícios em diversos aspectos da vida, a intervenção também possui efeitos que perduram por toda a vida da pessoa operada e requer a continuidade do acompanhamento multidisciplinar.

O déficit nutricional é um dos feitos mais recorrentes, exigindo cuidados como a suplementação. As deficiências de micronutrientes podem ocasionar sintomas variados como a queda de cabelo, descamação da pele, perda de massa muscular, baixa de imunidade (ABESO,

2016). Nina traz o exemplo de tais sintomas: “Na época muita queda de cabelo, unha fraca, a pele perde o brilho, a elasticidade, fica meio ressecado, a gente fica meio assim mesmo.” Sobre a situação atual diz: “Meu cabelo tá caindo muito, mas eu tenho tentado equilibrar isso.”

O uso de polivitamínicos é recomendável por toda a vida com prescrição individualizada. As cirurgias disabsortivas comprometem a absorção do cálcio e de vitamina D. De acordo com Pereira *et al.* (2017), 40% a 70% dos pacientes podem apresentar deficiência de ferro; até 73% deficiência de vitamina D, o que demanda atenção quanto ao risco de osteoporose. Faz-se necessária a suplementação na forma de nitrato de cálcio (ABESO, 2016). As vitaminas B também podem exigir suplementação. A redução da produção de ácido clorídrico no estômago operado está relacionada à má absorção da vitamina B12. De acordo com a recomendação da ABESO (2016) a reposição deverá ser mantida a cada dois ou três meses.

Nos pacientes pós-bariátrica a deficiência de ferro pode ocorrer mesmo após alguns anos de cirurgia, sendo necessária a realização de exames laboratoriais. A reposição de ferro pode ser via oral, contudo, caso haja necessidade de doses mais elevada para regularizar a ferritina, a via de administração é a injetável, podendo ser intramuscular ou endovenosa. A anemia é um dos efeitos da diminuição dos níveis de ferro. Esta informação é confirmada por Clara: "Tenho anemia forte, tenho anemia e não consigo tomar sulfato ferroso, meu intestino até hoje é super sensível”.

A questão alimentar permanece como ponto de incômodo, seja pelo retorno da compulsão alimentar, seja pelos desconfortos digestivos. A intolerância alimentar é comum nos pacientes pós-bariátricos, especialmente com alimentos como arroz, massas e carnes, além da intolerância à lactose. Quanto à intolerância à lactose Clara diz: “[...] meu intestino até hoje é super sensível. É uma gota de leite e tenho *dumping*”.

A mastigação lenta é indicada como estratégia para reduzir regurgitações e vômitos. A intolerância ao arroz é especificada por Marta: “Eu como de tudo, menos arroz porque me empaca, eu falo empaca porque dá vontade de vomitar.”

Ribeiro e Cremasco (2017) assinalam que os pacientes operados podem apresentar reganho do peso perdido, além de outros transtornos alimentares como bulimia e anorexia, compras compulsivas, uso abusivo de álcool e outras substâncias. Em relação à bulimia, parece difícil distinguir o vômito como resposta à intolerância alimentar ou se são induzidos métodos purgativos para controle de peso. A indução ao vômito também é utilizada como recurso para

trazer alívio ao desconforto gástrico: “Aí eu tenho que ir no banheiro botar o dedo na goela e por para fora porque se não eu não aguento e o tropeiro por ter farinha me faz mal”.

A Síndrome de Dumping é uma das complicações mais comuns após a cirurgia bariátrica. Os sintomas se manifestam rapidamente após a ingestão de carboidratos simples, entre 15 a 30 minutos após a refeição. Os sintomas clínicos são sistêmicos e gastrointestinais e se caracterizam por náusea, dor epigástrica, diarreia, empachamento, palidez e taquicardia (CARPENTIERI & ZANELLA, 2017). A síndrome possui mecanismos fisiopatológicos decorrentes do rápido esvaziamento gástrico, permitindo a passagem rápida de alimentos sólidos e líquidos para o intestino delgado. A chegada destes alimentos no intestino estimula a secreção inadequada de hormônios gastrointestinais. Os carboidratos simples causam uma rápida absorção da glicose, que, por sua vez, gera um aumento na produção de insulina. O tratamento para a síndrome consiste basicamente em ajustes na alimentação, tais como não ingerir líquido durante as refeições e comer porções menores, fracionando em seis refeições diárias. Nesse sentido, o acompanhamento nutricional é de fundamental importância para a redução dos sintomas e o ajuste alimentar à nova condição pós-bariátrica.

Haveria de se supor que os desagradáveis sintomas do *dumping* teriam um efeito comportamental, levando a pessoa a evitar alimentos, como doces, pães e derivados do leite. Entretanto, na fala de Clarice, observa-se que a relação com a comida possui nuances mais complexas que ultrapassam a dinâmica da fisiologia: “Doce não, eu fiquei um bom tempo sem poder comer doce... Até hoje eu ainda tenho *dumping*, então tem oito anos que eu tenho *dumping* com banana, uva passa, com bolo... mas eu como!”.

Experiência semelhante foi relatada por Leila: “Tive três crises de *dumping*: uma foi com um pedaço de bolo e eu sou doida por bolo [...] eu ainda não poderia comer bolo e nem outras coisas, foi só bater que deu uma suadeira, um negócio ruim”.

Os efeitos clínicos posteriores à cirurgia reforçam a ideia de que a intervenção é um começo de um processo e não um fim. O período pós-cirúrgico requer a continuidade do acompanhamento com profissionais especializados mesmo que a perda ponderal tenha sido alcançada.

Um aspecto importante para avaliar bons resultados cirúrgicos, inclusive em relação ao reganho de peso e recidiva da obesidade, se refere à adesão aos acompanhamentos terapêuticos e clínicos no pós-operatório. De acordo com Gonçalves *et al.* (2020, p. 628) “Segundo a OMS (2016) o conceito de adesão foi proposto como a extensão com a qual o comportamento de uma pessoa, tomando medicação, seguindo uma dieta e/ou executando mudanças no estilo de vida

corresponde às orientações que foram recomendadas em comum acordo com a equipe de saúde”.

Os relatos apontados nesta pesquisa mostraram que a perda ponderal não veio acompanhada de uma noção do autocuidado com a saúde. As colaboradoras reconhecem os benefícios funcionais e psicossociais decorrentes do procedimento, mas não se observa um comportamento de adesão aos tratamentos necessários no período pós- cirúrgico. Não obstante, cabe também se pensar na responsabilidade das equipes que realizam a intervenção quanto ao cuidado dos pacientes em longo prazo. O cirurgião apenas opera? A colaboradora Estela, profissional da área de saúde, traz a seguinte observação: “Eu acho que o cirurgião se preocupa em fazer a técnica, em providenciar os cortes, as emendas, as anastomoses e pronto!”. Outras questões também devem ser avaliadas: os profissionais da equipe multidisciplinar acompanham durante quanto tempo? E depois? Considerando a necessidade de um trabalho multidisciplinar, onde os pacientes poderiam encontrar este tipo de atendimento e com qual custo?

Gonçalves *et al.* (2020, p. 628) apresentam alguns indicadores que comprometem o seguimento terapêutico: a ausência de serviços estruturados para o seguimento, a distância entre o local de trabalho e o serviço no qual se realizam as consultas, e dificuldades financeiras. Informes numéricos demonstram um crescimento da quantidade de operações realizadas a cada ano. Mas o que ocorre com este paciente com o passar do tempo, considerando a necessidade de acompanhamento longitudinal? A realidade das seguradoras de saúde contempla a necessidade deste seguimento? Estes pacientes teriam condições de arcar com o acompanhamento privado?

A falta de adesão aos tratamentos a longo prazo favorece a possibilidade de reganho ponderal no período tardio, o que impacta tanto na saúde global da pessoa operada quanto nos seus aspectos emocionais. De acordo com SBCBM (2017), nos primeiros cinco anos de cirurgia bariátrica 15% das pessoas que a realizaram não conseguem manter o menor peso alcançado. Esta informação condiz com os resultados desta pesquisa.

Hilda refere aumento de peso no último ano, mas consegue identificar as causas comportamentais envolvidas: “[...] eu comecei a ganhar peso novamente, mas foi por descuido, parei de fazer atividade física, parei de ter preocupação com alimentação, sabe? E aí eu comecei a engordar e na verdade eu parei de fumar também”. Entretanto, mesmo considerando um progressivo ganho de peso, as entrevistadas permanecem bem mais magras do que antes da intervenção. Nesse sentido, Clarice observa que: “[...] a operação eu vejo assim, ela me evita

voltar à obesidade, à obesidade grau II, grau III. Mas eu tô com obesidade I agora pela minha altura”.

Vimos também uma correlação entre maior o tempo da cirurgia e maior o ganho de peso. Estudos longitudinais apontam o reganho de peso como uma das complicações que merecem atenção no período pós-cirúrgico, bem como a recorrência das comorbidades associadas à obesidade. De acordo com Mauro *et al.* (2017) entende-se que o reganho de peso pós-cirurgia bariátrica se refere ao aumento do peso ponderal a partir do menor alcançado após a cirurgia.

Embora haja possibilidade de algum reganho no período tardio, as nossas interlocutoras chamaram atenção para a permanência de um controle social sobre seus corpos que reintera a ameaça do risco de voltar a engordar: “Nossa, depois de tudo que você passou você engordar de novo? Cuidado para não engordar, hein?” (Estela)”

E hoje magra, as pessoas que me conhecem meio que ficam esperando eu engordar de novo... porque quando elas me encontram depois de um tempo tem aquele comentário: “nossa, você ainda está mantendo, parabéns!” Como se fosse assim: “ah, quando é que ela vai engordar de novo?” (Elza)

Além desta vigilância externa, há também o medo de voltar a engordar como bem descreve Camille: “Eu tenho medo de engordar tudo de novo. Eu me peso todo dia. Quando não dá pra pesar todo dia assim que eu vejo uma balança eu me peso.”

Nina refere ganho de peso. O corpo ainda é uma fonte de preocupação: “E... atualmente eu engordei um pouquinho... um pouquinho não eu engordei bastante. Agora tô com 84”. A operação foi realizada no ano de 2011, período no qual ela chegou a 112 quilos e o peso mínimo alcançado foi 70 quilos. Com 14 quilos a mais, Nina ainda está com um peso bem menor do que antes da bariátrica.

O fantasma de voltar a engordar parece ser constante no período tardio. E é bem verdade que os riscos de reganho de peso são altos. As interlocutoras que não tiveram um reganho de peso significativo ao longo do tempo mantém uma vigilância constante sobre a alimentação. Neste caso, podemos citar os casos de Maria e Elis.

Vale ressaltar que, neste caso, parece que a cirurgia trouxe um efeito positivo em sua vida. A adesão às recomendações pós-cirúrgicas parece ter sido um fator importante na sua recuperação e atual manutenção do peso: “Aí quando eu fiz a cirurgia eu fui muito rigorosa com alimentação, com a dieta, com a suplementação, com os acompanhamentos, então foi muito tranquilo”. Entretanto, a questão do sofrimento não desapareceu junto com a cirurgia, embora

Elis reconheça que estar mais magra tenha efeitos benéficos sobre sua subjetividade: “Continuo fazendo a dieta. Só que o meu problema a partir daí foi a depressão, porque a depressão não foi embora. Aí depois de um tempo eu comecei a engordar um pouco. Eu acho que na verdade assim, a depressão fez com que eu engordasse um pouco.” Além da dieta constante elas também realizaram cirurgias plásticas reparadoras. Nesse sentido, entendo que a obesidade possui uma condição de cronicidade, que me parece mais um estilo de funcionamento psíquico que não se transforma com a operação.

"

: 08'Xlf c 'tqekri'

"

No caso de Estela, o período de recuperação pós-cirúrgico, além das implicações psíquicas e clínicas, modificou a sua vida social. Ao contrário de outras colaboradoras, a obesidade não era um impeditivo para suas vivências sociais: “Eu nunca deixei de fazer nada, eu ia para praia, eu saía, jogava vôlei, eu sempre tive uma vida social intensa, muitos amigos”. Após o período da cirurgia, observou a necessidade de readaptação às atividades de lazer: “[...] eu fiquei mais ou menos um mês e meio sem sair de casa, sem ir para qualquer coisa. No início eu não gostava mais de ir para as festas, porque você chegava lá, a mesa cheia de salgadinho não podia comer, comia um, dois, sentia o empachamento, desagradável [...]”. Nesse contexto, a comida era um eixo de socialização e celebração.

Para Maria o emagrecimento lhe trouxe abertura para o lazer e interações sociais em espaços públicos. Durante a adolescência, tinha uma vida social e de lazer bastante restrita em virtude do peso:

Eu era até um pouco tímida demais, era muito na minha, não saía de casa, não ficava indo em barzinho com amigo essas coisas (...) eu ficava o dia inteiro dentro de casa, minha mãe dizia: “vai passear, vai sair com os meninos”. “Não, não quero. Vou ficar dentro de casa.” Então eu tinha muita vergonha.

No período da escola relembra: “na escola eu não saía para o recreio... eu ficava dentro da sala, porque quanto menos gente me visse melhor”. Maria fez a cirurgia aos 20 anos de idade e experimentou uma impactante mudança na dinâmica social:

“E vida social, né? Comecei a sair, saía quase todo dia. Tudo que eu não fiz antes comecei a fazer!”. Observa que após o emagrecimento viveu de modo um tanto tardio as situações típicas da adolescência: “Tudo que eu não aprontei antes eu aprontei depois. Eu pulei uma fase. Enquanto meus primos foram dos 14 aos 20, eu comecei depois. Então dos 20, aos

24, 25...”. Embora tivesse vínculos de amizades e contatos com familiares da mesma idade (como primos) ser gorda lhe causava muitos constrangimentos nos espaços públicos, conforme comentou em uma determinada situação: “Uma vez eu fui para uma inauguração de um bar com dois primos mais próximos e uma prima que estava conhecendo o namorado novo e tal... eu garrei na cadeira, e assim, eu chorando o povo rindo, meu primo me tirando da cadeira... o povo não tem dó!”. Após a cirurgia viveu um período intenso no qual “Saía de segunda a segunda”. Como não aproveitar esta liberdade? Maria traz impedimentos e limitações bastante factíveis no cotidiano de uma pessoa obesa. É de se esperar que a cirurgia bariátrica seja entendida como uma verdadeira libertação para quem experimenta níveis de opressões sistemáticas e quase que diárias.

A partir do exposto, consideramos que, embora haja um forte argumento relacionado à saúde, o efeito mais impactante da cirurgia bariátrica se dá na esfera da vida social, assim como as possibilidades de circular pelos espaços públicos sem constrangimentos.

: Ø'Xlf c'čhgvkxc'g'tgz wcnf'

"

Sinnerman you ought a be prayin'
Ought a be prayin', Sinnerman
 (Nina Simone, Sinnerman, 1962)"

A sexualidade e a afetividade são profundamente marcadas pelo contexto sociocultural vigente, que modula significações acerca do que é considerado erótico, belo e passível ao amor. Como bem esclarece Preciado (2018, p. 51): “O poder não se localiza apenas no corpo [...] mas também em um conjunto de representações que o transformam em sexual e desejável”. Entende-se que o discurso coletivo repercute nas experiências individuais e que os significados construídos a respeito da sexualidade e das relações dependem do contexto cultural no qual se localizam.

O excesso de peso e a subsequente não-conformidade aos padrões estéticos coletivos ocasionam sofrimento psíquico e interferem nas relações interpessoais e afetivas. Deste modo, pessoas obesas tendem a estruturar suas vivências afetivas de forma a adaptar-se a um corpo social e culturalmente desvalorizado. Costa *et al.* (2010) destacam que a maior parte dos estudos que relacionam o comportamento alimentar e a sexualidade prioriza os transtornos alimentares Anorexia e Bulimia, havendo poucas pesquisas sobre a compulsão alimentar e obesidade.

De acordo com Mariana *et al.* (2014, p.) “(...) a obesidade mórbida afetava a frequência ou a realização da prática sexual, seja pelo cansaço, pela falta de resistência física, dificuldade de mobilidade do indivíduo obeso ou pelo sentimento de baixa autoestima, vergonha do corpo, entre outros sentimentos”. Tais autores concluem que o emagrecimento decorrente da cirurgia bariátrica promoveu melhoria no desempenho e na frequência sexual. Possivelmente os resultados desta pesquisa estão relacionados ao impacto positivo do emagrecimento na autoestima e na melhoria do condicionamento físico.

Antes da cirurgia, Camille havia passado dois anos sem ter relações sexuais: “Eu entrei para uma igreja... e aí não podia ter relação sexual, não podia beber, não podia fazer nada do que eu estava acostumada a fazer. Então, eu fiquei dois anos certinha lá”.

Em relação a este período em que optou por não se relacionar sexualmente, Camille relata: “Dois anos sem dar um beijo na boca. E gorda! Né? Com a autoestima lá embaixo...”. Chama atenção que Camille permanece vinculada a uma religião bastante restritiva enquanto estava “gorda”. Aproximadamente um mês depois da cirurgia, ela reencontra um ex namorado e retoma a vida sexual. Cabe pensar em que medida a igreja funcionaria neste caso como um “álibi” para seu mal estar com o próprio corpo. Ainda hoje, mesmo magra, a questão do corpo lhe causa certa inibição nos primeiros contatos com possíveis parceiros. Ao descrever um dos encontros observa que o fato de estar em um ambiente à meia luz lhe deixou mais à vontade: “Eu tenho certeza que fazer no escuro era maravilhoso para mim. E aí eu comecei a me sentir mulher, a gostar”.

A falta de intimidade é percebida como um aspecto que potencializa a insegurança no momento do encontro sexual: “Eu era mais solta... eu era mais solta, mas também porque a gente já tinha uma intimidade né?” Neste caso ela relembra do período antes da bariátrica quando tinha um relacionamento estável com um parceiro. Atualmente, em situações de novos flertes e potenciais encontros, Camille teme o julgamento quanto ao seu corpo: um corpo magro que possui marcas e cicatrizes. É dizer, ela vive uma forma corporal que ainda se distancia da imagem ideal do corpo liso, esculpido, “durinho” e “sarado”. Nesse contexto, somente os corpos dentro destes parâmetros possuem a garantia de que sua nudez não será castigada.

Para Clarice, há uma relação bem demarcada entre obesidade e sexualidade.

No período que eu fiquei obesa, eu fiquei quatro anos sem sexo. Eu digo que minha libido é inversamente proporcional à fome.

Tem um livro [...] ele diz que para avaliar se um casamento esfriou basta ver se a mulher engordou. Isso é uma piada infame, mas em mim é verdade. (Clarice).

Para Maria o emagrecimento melhorou em certo sentido a inibição: “Em relação a menos vergonha, eu acho que isso melhora porque você se solta mais. Mas... gorda de jeito nenhum, ficava igual um robô”. Ainda sente muita vergonha em momentos de mostrar o corpo, seja na intimidade com o parceiro, seja em locais públicos como praia ou clube. “Você ainda tem vergonha... eu tenho ainda”. A qualidade da relação e intimidade com seu parceiro lhe deixa mais confortável e nesse contexto atual percebe melhora: “Mas sexualmente melhorou muito, não tenho tanta vergonha mais, principalmente com ele que já me viu em todas as fases. Então é tranquilo, mas se fosse com outra pessoa... problema!”.

A experiência de emagrecimento vivida por algumas interlocutoras remete a uma espécie de euforia adolescente transitória. Ao se sentirem mais desejáveis, passam a viver situações que eram, de certa forma, travadas pela obesidade. Melhor dizendo, eram travadas pelo fato de terem uma imagem socialmente desvalorizada, o que não significa que tais experimentações não fossem possíveis a despeito do IMC. Uma delas fala dos encontros pelo *Tinder* (aplicativo de encontros) após o emagrecimento: “Eu não tinha muito noção de como era, de como viver isso... e o *Tinder*... loucura, eu era louca mesmo rs”. A ‘loucura’ neste caso específico foi ir a encontros sexuais em motéis com pessoas com as quais não tinha vínculo.

Na trajetória de Hilda, a questão da obesidade lhe trazia implicações tanto na liberdade sexual quanto na própria condução da relação amorosa. Ela tinha expectativas de que quando emagrecesse seu desempenho sexual seria melhor: “Quando eu emagrecer vou ser mais aberta, as posições vão ser mais variadas, eu vou poder dançar sensual, eu vou poder... e blá blá”. Ela se sentia desconfortável com o próprio corpo, embora suas parceiras não demonstrassem insatisfações nesse sentido. Quanto ao impacto do emagrecimento na vida sexual afirma: “Na verdade quando você emagrece, embora tenha essas dificuldades, muita coisa para mim melhorou, sabe, condicionamento físico, mais disposição, essas coisas”.

Leila mantém o mesmo parceiro de antes da bariátrica. Ele também era obeso e atualmente conseguiu emagrecer com reeducação alimentar. Segundo Leila, as pessoas

perguntavam sobre as práticas sexuais deles visto que ambos eram gordos. Como se soasse estranho um casal gordo ter uma vida sexual:

e aí o pessoal vê foto dele antiga, aí vem sempre a pergunta de como a gente fazia. E eu respondo: “do mesmo jeito que você faz”. Normalmente eu dou essa resposta, mas quando é mais gaiata eu digo: “ah, você não leu o livro do Kama Sutra, não?”, porque o pessoal acha que só porque você é gordo não tem vida sexual.

Leila não percebeu mudanças na dinâmica sexual com o parceiro depois do emagrecimento. Elza também não observa mudanças em relação ao desejo do parceiro, com o qual mantém um relacionamento de muitos anos: “Foi uma coisa que não mudou nada, ele me trata do mesmo jeito, com o mesmo cuidado, o mesmo carinho, o mesmo desejo, as mesmas palavras, o mesmo jeito, o mesmo toque”. Contudo, ela observa que o excesso de peso afetava sua libido: “Eu não tinha mais libido nenhuma”. Este inclusive foi um dos fatores citados por ela em relação às motivações para realizar a bariátrica.

Uma vez que a cirurgia bariátrica possibilita reverter de forma rápida a obesidade, o paciente seria confrontado com a tarefa de adaptar-se a um novo corpo no campo sexual e afetivo. Isso o obriga a conciliar, nessa nova fase, construções subjetivas anteriores com novas impressões marcadas pelo emagrecimento. As mudanças impostas através da nova imagem corporal não podem ser desprovidas de transformações subjetivas (VILHENA *et al.*, 2008).

Marta se lembra da época em que saía com as amigas na adolescência: “Aí minhas amigas beijavam todo mundo e eu ficava no cantinho. Com vergonha”. Mesmo após a bariátrica, exibir o corpo no contato sexual ainda lhe causava profundo desconforto: “(...) depois que eu fiz a redução de estomago eu tive relação com duas pessoas que eu cheguei a namorar e *com muita vergonha*. mas assim *somente no escuro*, não mostrava meu corpo apagava a luz”. A intimidade com o parceiro se apresenta como um fator relevante para possíveis contatos sexuais: “(...) mas nunca fui de ter relações com quem eu não tivesse muita intimidade”. Na vida social, ela percebe com certa desconfiança, que a transformação corporal lhe trouxe um grande deslocamento no campo da atratividade: “Principalmente os homens, acho que eu casei rápido por causa disso (rsrs). Eu conheci meu marido eu tinha um ano de bariátrica e ele me aceitou do jeito que eu era”. Mesmo na relação com o companheiro, Marta demora em se sentir a vontade: “(...) meu marido no início mesmo eu tinha muita vergonha, hoje não.” Ela se envergonhava pelas cicatrizes e pela flacidez, e não conseguia se desconectar desses entraves da estetização do corpo no encontro sexual.

No texto *Q'Eqtr q'W»r leq.'cu'J gygtqr ku*, Foucault faz uma bela reflexão sobre o encontro amoroso e sexual como possibilidade de ser-corpo em um não lugar, fora das Utopias:

Seria talvez necessário dizer também que fazer amor é sentir o corpo refluir sobre si. É existir, enfim, fora de toda utopia, com toda densidade, entre as mãos do outro. Sob os dedos do outro que nos percorrem, todas as partes invisíveis de nosso corpo põem-se a existir, contra os lábios do outro os nossos se tornam sensíveis, diante de seus olhos semicerrados, nosso rosto adquire uma certeza, existe um olhar, enfim, para ver nossas pálpebras fechadas (...). (FOUCAULT, 2013, p. 16).

No caso de Marta, pode-se pensar que perante a utopia da corporeidade perfeita, o corpo só pode existir mediante a escuridão que oculta suas formas. Na utopia do corpo purificado e perfeito, a nudez só pode ser exibida mediante severas condições de formas, medidas e densidades específicas. Marta, mesmo após o emagrecimento sente receio de ser tocada, pois, se preocupa pela sua flacidez. Ela resolve o incômodo evitando o toque: “(...) não gostava que as pessoas ficassem me tocando porque eu achava que eles estavam sentido minha flacidez”.

Para Foucault, se “(...) amamos tanto fazer amor, é porque no amor o corpo está *aqui*.” (grifo do autor). O *aqui* se refere ao corpo como presença, fora do campo das racionalidades, dos ideais que se ocupam em categorizá-lo, inscrevê-lo em hierarquias, em topografias específicas. Corpo bom, corpo ruim, corpo gordo, flácido, durinho, feio, bonito, atraente, repulsivo, sexy. São discursos sobre o corpo que o submetem a topografias específicas e fazem da sexualidade uma experiência emblemática para as mulheres obesas ou ex-obesas. Marta segue sua narrativa: “(...) nessas noites aí, no escuro que eu tinha vergonha do meu corpo eu já engravidei”. A vergonha do corpo vai desaparecendo na medida em que Marta estabelece um vínculo de confiança com o atual companheiro: “(...) pude entender que ele tava comigo pelo o que eu era e não pelo meu corpo, até porque eu tenho cicatrizes”. A intimidade com parceiro e o emagrecimento pós-bariátrica faz com ela perceba melhoras na sexualidade: “Para mim eu vejo diferença, eu tenho mais empolgação, às vezes visto uma lingerie, faz umas coisas diferentes (...)”. Marta não depende mais da escuridão para exibir seu corpo, embora ainda esteja vinculada ao projeto do corpo rascunho, passível a sucessivas retificações.

Nina experimenta a transformação física de modo diferente do que foi descrito até então. Ao emagrecer ela rompe um relacionamento que não considerava “saudável” e permanece solteira por um tempo. Livre da gordura, seu corpo se torna visível aos olhares masculinos. Entretanto, Nina identifica que as investidas eram permeadas um olhar que a objetalizava:

Quando eu emagreci eu fiquei um tempão solteira. Porque... eu tenho uma sensação, é até engraçado, eu emagreci e meio que virei **wo 'ör gf c=ql' g'ect pgö**. (grifo nosso)

Ao se adequar a um padrão corporal valorizado pelo entorno social percebe que os contatos e abordagens masculinas se tornaram mais superficiais. A materialidade do corpo, objetalizado diante do olhar masculino reduz o seu ser a uma imagem. Nina passa a ser “vista” enquanto corpo sexualmente desejável e livre dos constrangimentos sociais. Contudo, nesta configuração específica, ela se torna subjetivamente “invisível”:

Eu achei péssimo. Foi o que eu falei de ‘pedaço de carne’... *é como se eu tivesse deixado de ser uma pessoa interessante...* vamos falar de filme, vamos falar de música, vamos falar de qualquer outra coisa, ao invés de só chegar de qualquer jeito e achar que pode né? Essa forma machista mesmo. Foi péssimo, era ridículo. Então para não me chatear, eu deixava de lado.

Estar mais magra lhe trouxe um deslocamento, lhe retira dos campos da invisibilidade da mulher gorda. Ela passa a ser uma opção de consumo entre os homens da sua cidade, que lhe conheciam desde sempre:

Aí eu fiquei bonitinha, magrinha... aí de repente ninguém tava disposto a ter um relacionamento bacana, uma coisa mais séria... aí ficar com um ficar com outro, ficar com um ficar com outro, morro de preguiça. Nisso aí eu não ficava com quase ninguém.
É assim, gente que te conhecia gorda, de repente te vê magra, e chega para tentar ficar com você, para ficar pelo menos aquela noite... mas assim, enquanto você tava gorda ninguém nunca te deu papo, nunca olhou na sua cara... Aí “de repente” ficou bonita, emagreceu, ficou legal, aí “serve” né?

É interessante notar que Nina se pergunta: agora que está mais magra, ela “serve”. O corpo é vivido como um tipo de mercadoria, de roupa que pode ou não caber, ou uma comida que pode ou não servir aos desejos do consumidor: “Eu tinha essa sensação... aí eu afastei, eu saia muito, aproveitei demais, mas não era necessariamente com alguém, eu fiquei mais sozinha mesmo”.

Sair dos campos da invisibilidade parece causar efeitos diversos nas vivências sexuais das interlocutoras. Se para algumas, tornar-se mais atraente para os parâmetros heteressexuais contemporâneos é uma experiência de libertação e de possibilidades de escolha, para outras, o corpo mais magro e sexualizado denuncia certos modos de vinculação superficiais e

descartáveis. Entretanto, de um modo geral, as colaboradoras notaram melhora nas experiências sexuais. Acredita-se que um dos pontos mais marcantes para esta melhora, além da própria mobilidade física diz respeito à percepção de atratividade.

: 00'Tgr±;gu'bdwku'cu'

| | | |
|--------------------|---|--------------------|
| And this old world | - | E esse mundo velho |
| Is a new world | - | É um mundo novo |
| And a bold world | - | E corajoso |
| For me | - | Para mim |

(Nina Simone, Feeling Good, 1965, tradução nossa)

No campo das relações afetivas, um aspecto que se destacou em algumas entrevistas foi o relato de relacionamentos abusivos. Embora esta modalidade de vinculação não seja exclusiva de pessoas obesas, a questão da obesidade parece ter sido significativa para a manutenção dessas relações.

A relação abusiva se mantém mediante uma complexa conjuntura na qual se inscrevem questões econômicas, jurídicas, burocráticas, sociais, afetivas e emocionais. De acordo com a psicóloga Raquel Silva Barreto (2015) as relações abusivas são caracterizadas por uma extrema necessidade de controle e poder sobre a outra pessoa da relação. A Lei Maria da Penha e normas correlatas (2019) especificam a violência psicológica como qualquer conduta que:

(...) cause dano emocional e diminuição da autoestima; (...) vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Considerando o exposto é possível estabelecer diversas conexões com o que se caracteriza como violência psicológica na Lei e as experiências vividas por Clara no período anterior à cirurgia bariátrica. No fragmento a seguir, vemos uma complexidade de elementos imbuídos neste modo de relação abusiva: “(...) tive esse relacionamento, sempre sofri muito, porque ele me traía desde sempre, eu não tinha apoio nenhum, sempre fui muito fechada, nunca conversava com ninguém sobre nada, sofria muito.”

Clara destaca novamente o isolamento social, a falta de suporte emocional e a ausência de uma rede de apoio: “Eu era muito jovem como te falei, eu não tinha nenhum apoio

psicológico, eu me submetia a todo o tipo de tratamento, era um relacionamento super abusivo e também pelo fato de ser sozinha”.

Quando se refere à solidão, Clara faz pensar nos efeitos devastadores de uma organização social pautada no individualismo extremo e no idealismo em torno da família nuclear. Distante do sentido de coletividade e pertencimento, cada um torna-se vulnerável às “predações” subjetivas que podem se apresentar na forma de relacionamentos tóxicos ou até mesmo na compulsão desenfreada por mercadorias, substâncias ou até o alimento. De acordo com Araújo (2008, s/p.) alguns elementos compõem a imbricada rede de fatores que levam tais relações a perdurarem:

(...) a dependência emocional e econômica, a valorização da família e idealização do amor e do casamento, a preocupação com os filhos, o medo da perda e do desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha, principalmente quando a mulher não conta com nenhum apoio social e familiar.

Pensando na própria ideia de família e nos modos de organização social na qual esta se estrutura, Oyèrónké Oyèwùmí (2004) aponta que o modelo de família nuclear sustenta relações não somente pautadas em desigualdade de gênero, mas, sobretudo, trata-se de um sistema que tende a isolar a categoria “a esposa” de outras experimentações, vinculações e pertencimentos que possam ser “alheios” a este lugar. E pode-se observar, a partir da narrativa de Clara, como esta questão ainda reverbera nas subjetividades das mulheres “modernas” em um contexto brasileiro. Como bem esclarece a autora:

Em grande parte da teoria feminista branca, a sociedade é representada como uma família nuclear, composta por um casal e suas/seus filhas/os. **P⁻q'j^a'nwi ct'rctc" qwt qu'cf wuqu** Para as mulheres, nesta configuração, a identidade esposa é totalmente uma definição; **qwt qu't greekpco gpwu'ū q."pc"o gj qt"j k»vug." ugewpf^a tlqu** Parece que a extensão do universo feminista é a família nuclear. (OYÈWÙMÍ, 2004, p 5. Grifos nossos).

Então, Clara, enquanto jovem esposa encapsulada por um ideal de família passa a ser mãe. Novamente cabe retomar a formulação de Oyèwùmí (2004, p.5) ao pensar na figura da “mãe” dentro de um contexto de família nuclear: “Parece não haver uma compreensão do papel de mãe independente de seus laços sexuais com um pai. Mães são, antes de tudo, esposas”. E essa compreensão, como esclarece a autora, parte de um pressuposto cultural consolidado em bases da cultura euro-americana, não sendo, portanto, a representação de uma experiência de maternidade universal. Na família Iorubá, como aponta Oyèwùmí, não há uma organização

orientada por gênero, mas sim, pelo grau de antiguidade, “baseada na idade relativa”. Faz-se do tempo o elo de pertencimento ao núcleo familiar: “O princípio da antiguidade é dinâmico e fluido; ao contrário do gênero, não é rígido ou estático.” (2004, p. 6). A partir da relevância dada à antiguidade, o idoso é o privilegiado. Acrescentaria que o sistema de organização da família nuclear dos tempos atuais estabelece prioridades a partir do gênero, mas também (e talvez atrevo a dizer, principalmente) pelo grau de bens materiais.

Na primeira gestação de Clara se acentua o processo de ganho de peso - *mais de 30 quilos*. E uma vez encapsulada no circuito mãe-esposa-obesa, ela se via cada vez mais enredada nessa relação. Nesse período, constantes desqualificações e xingamentos acerca do seu corpo marcavam a violência psicológica. “Ele me xingava de coisas inimagináveis”. Clara sucumbe psiquicamente desvitalizada, em um processo de abandono de si, como bem indica suas palavras: “Esse relacionamento me fez esquecer de mim. Foi uma das coisas que mais prejudicou, todo o cuidado que eu tinha com a minha saúde, tanto física quanto mental”.

A relação abusiva se consolida mediante uma ambivalência. Sentimentos confusos emergem a partir do paradoxo da presença-ausência, agressão-pseudoafeto, desprezo-atenção, mais valia-menos valia, desejo-não desejo. Esta duplicidade dificulta a percepção da violência e até mesmo a percepção da realidade da vítima. Essa ambivalência é bem exemplificada por Clara quando ela descreve as primeiras consultas para a cirurgia bariátrica: “Eu ainda estava com ele, ele me acompanhava em praticamente todas as consultas. *’onde ele não podia estar, ele estava sempre presente.*”

A onipresença nesse contexto pode ser tanto física quanto psíquica, às vezes os dois. Clara opta por fazer a cirurgia bariátrica com esperanças de recuperar o casamento. Contudo, pouco tempo depois da cirurgia a relação se desfaz: “(...) eu não admitia mais certas coisas, eu não admitia mais certos xingamentos... criei coragem mesmo. A cada peso que eu perdia eu me sentia mais corajosa.”

Clara perde peso e ganha certo corpo psíquico para suportar a desvinculação. Contudo, a separação foi e ainda é permeada pelo sofrimento: “Foi bem depois da cirurgia. Sofri muito, sofro até hoje com tudo isso”. A solidão que em certo sentido lhe empurrava para este tipo de vínculo nocivo se ameniza com o emagrecimento. Livre dos excessos de peso, sua imagem passa a sair dos campos da invisibilidade social.

E aí as coisas mudam né? Em relação a convívio com a sociedade. Você percebe que chama mais atenção, já ganha mais elogios, chama mais atenção, tanto dos familiares, dos amigos, quanto de pessoas de fora... E aí você começa a se dar mais valor, a se amar mais.

Atualmente Clara está em outro relacionamento. Sobre este novo tipo de vinculação afetiva diz: “E vi que era aquilo que eu queria, e estamos aí até hoje”.

Maria é outra interlocutora para quem a insegurança e o medo do abandono lhe fizeram permanecer em uma relação afetiva bem insatisfatória. Conviver com um corpo socialmente desvalorizado parece ter profundo impacto na condução das relações: “Eu acho que eu pensava assim, nossa, ninguém nunca vai gostar de mim e ele era tão apaixonado comigo (...)”.

De acordo com Barreto (2015) as relações abusivas também se estabelecem em relações homoafetivas, como se pode constatar a partir do relato de Hilda. Ela ainda estava no processo de emagrecimento quando começou a ter um novo relacionamento amoroso. À medida que ia emagrecendo ela passa a modificar seu jeito de se vestir, experimentando novos modos de se mostrar socialmente: “Só que minha companheira tinha muito ciúmes, porque meu corpo ficou mais modelado e tal. Era aquela coisa sabe: ‘você acha que ficou bem usar essa roupa para tal lugar? Você fica mais bonita de calça, coloca uma calça’. Era essa coisa.” A ex-namorada começa a intervir sobre seu modo de se vestir, mas também sobre a sua vida social:

Na verdade ela não usou a palavra ciúme, ela usou a palavra egoísta, o que aconteceu, eu fiquei nesse relacionamento um ano e dois meses, eu comecei a perder um pouco o contato com as relações sociais, ia menos na casa da minha mãe, porque “uai, você vai lá, seus familiares só falam besteira”, me impedindo de ir na casa da minha mãe, ou então: “ah, seus amigos são muito oba oba”. Resumindo, é só aquela relação que é você e a pessoa.

Entretanto, o processo de emagrecimento lhe fez querer ser vista e circular pelos espaços sociais, favorecendo assim o rompimento com esta modalidade de relação: “só que agora eu queria sair, eu queria que as pessoas me vissem magra, queria usar roupas”. Observa que o emagrecimento decorrente da bariátrica lhe trouxe mais segurança para a tomada de decisões sobre sua vida, suas roupas e seu corpo: “(...) como eu estava naquele momento começando a me deslumbrar com a bariátrica e que aí eu já estava ficando magra, então eu acho que isso mudou um pouco”. Sobre a relação afetiva antes da bariátrica observa uma predisposição maior em tolerar mais para evitar conflitos: “[...] antigamente tinha uma discussão ou alguma briga, qualquer seja lá o assunto, às vezes eu dava até uma recuada eu dizia ‘ah vou ficar na minha porque também, sei lá, ela pode terminar e eu ficar sozinha novamente, custei arrumar ela e quem vai me querer?’”. Neste caso a condição da obesidade lhe colocava numa posição de maior submissão para evitar enfrentamentos e um possível abandono: “Como eu estou melhor

comigo mesma, então eu tomo mais iniciativa, mais postura”. Atualmente Hilda mantém um relacionamento com outra parceira e permanece insatisfeita com o peso.

Nos casos de Clara e Hilda, o emagrecimento fortaleceu a decisão por romper o relacionamento abusivo. A questão da baixa estima aparece como uma espécie de “argumento” interno que reforça o posicionamento mais omissivo diante de comportamentos abusivos.

No caso de Nina, as evidências da relação abusiva foram acentuadas no momento em que ela começa a emagrecer. No seu relato também se observa o julgamento social rigoroso que recai sobre a mulher:

Aí quando eu fiz a bariátrica, aconteceram situações desse relacionamento que eu nem imaginava sabe? De falta de respeito, de humilhação... eu falei, ah já chega, já tentei demais. E de fato, o pessoal de cidade pequena né, falou “ah, agora que ficou magra terminou com o camarada”. Mas ninguém sabia o que eu tinha passado antes disso.

A insegurança relacionada à obesidade também colaborou para Nina manter a relação por mais tempo: “Eu acho que o namoro já não era tão saudável, eu acho que a bariátrica me deu uma forcinha... eu digo porque com o excesso de peso a gente fica assim mais insegura, de ficar sozinha, de não conseguir alguém”.

Nina percebe que os efeitos posteriores à bariátrica lhe deram coragem para romper uma relação que já era insatisfatória:

[...] eu me mantinha em um relacionamento ridículo, por falta de coragem de terminar e o medo de ficar sozinha. Não existia afeto, existia apego. Então eu percebo realmente isso, que depois da bariátrica eu tomei essa decisão com um pouquinho mais de confiança.

É importante destacar que as relações de violência, abuso e opressão ocorrem nos mais diversos contextos, sendo a categoria de gênero o marcador principal destas vinculações hierarquizadas. Muitas mulheres que não são obesas também vivenciam duras experiências de relacionamentos permeados por abusos físicos e psicológicos. No caso das colaboradoras, pode-se pensar que o reconhecimento e valorização do campo social decorrentes do emagrecimento parecem ampliar as possibilidades de vinculações e modos de estar no mundo. Sendo assim, a vinculação abusiva se despotencializa e o lugar central da relação passa ser cada vez mais periférico. Nina não sabe o que fazia naquela relação, e não se reconhece quando lembra dos acontecimentos vividos neste período: “Era um namoro que hoje eu paro e penso, que eu não sei o que é que eu tava fazendo ali. Devia tá possuída.” Talvez Nina realmente estivesse

possuída pelo mito de que a mulher não pode ser feliz sozinha, especialmente para as mulheres gordas.

Vimos a partir das entrevistas realizadas que no campo das relações amorosas, o processo de emagrecer estimula a saída de configurações afetivas opressoras.

EQPUFGTÇY ð GU'HP CKU''

"

Esta tese se dedicou à escuta de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica há no mínimo dois anos. O objetivo foi compreender os efeitos desta intervenção para além do já consolidado benefício clínico e funcional do procedimento, considerando o fenômeno em sua complexidade. Como já apontado no percurso metodológico, a proposta inicial da pesquisa era abordar o impacto da cirurgia bariátrica na dinâmica afetiva e sexual destas mulheres. Entretanto, dada a complexidade do tema, a pesquisa se ampliou. Como pesquisadora estava ciente dos desafios frente à ampliação do tema, assim como o desafio de dialogar com autores num âmbito interdisciplinar. Penso que circunscrever o tema seria, de certa forma, reproduzir a mesma lógica que “recorta” e anatomiza um organismo cindido de um sujeito psicológico. Além do “corte” cirúrgico, observo também as fragmentações da hiperespecialização terapêutica. Cada especialista se atém à parte que lhe cabe: a alimentação com o nutricionista, a cirurgia com o cirurgião, as condutas comportamentais com o psicólogo e em casos mais graves, encaminha-se para o psiquiatra. A opção considerada como eixo da pesquisa foi atender à complexidade da intervenção, rompendo com abordagens que dispensam a subjetividade. Nesse sentido, a pesquisa de campo fez germinar temas para além da técnica médica. Os impasses e experiências apresentadas pelas interlocutoras despertaram discussões potentes sobre os modos de vida ao qual estamos submetidos.

Nesse momento, não posso afirmar o jargão de que a obesidade é considerada pela OMS como a epidemia do século XXI. Estamos diante de uma outra epidemia, a do novo coronavírus - COVID -19, para a qual a medicina ainda não obteve respostas. Acredito que a condição da obesidade mórbida revela os efeitos nefastos de um sistema de mundo alimentado pelo hiperconsumo. Foi com surpresa que acessei a carta do líder religioso, Papa Francisco²¹ em meio à pandemia. Embora não seja católica, notei que, em verdade, estávamos dialogando sobre o mesmo tema. Concluí que a abordagem desta tese tem em sua base um fundamento político.

²¹ http://www.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papafrancesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html

O enfoque dado à obesidade parece uma enorme contradição quando pensamos que grande parte da população permanece em situação de precariedade, como bem ensinou Sibilía (2006) na sua tese de doutorado escrita há 15 anos atrás.

A seguir, apontaremos algumas considerações que podem ser de grande valia para os profissionais da área e para pessoas que desejam se operar.

Para começar, vale ressaltar a questão alimentar no período pós-bariátrica tardio. Há uma expectativa de que o interdito no órgão (neste caso, o estômago) seja capaz de promover uma modificação no estilo alimentar a longo prazo. A conclusão é que a bariátrica é mais que nada uma solução de “urgência” para tentar apaziguar temporariamente um problema mais relacionado ao estilo de vida contemporâneo do que a escolhas individuais.

No caso das participantes verificou-se uma preferência por alimentos industrializados e processados: refrigerante, doces, biscoitos, salgados, dentre outros. Ao contrário do que se supõe, tais escolhas não são estabelecidas por falta de informação. As entrevistadas demonstraram entendimento sobre as consequências de uma alimentação não saudável. Disso se depreende que a informação é importante, mas não é suficiente para estabelecer escolhas alimentares mais saudáveis. No período pós-cirúrgico tardio observou-se que houve uma redução da quantidade de ingestão alimentar, mas não houve uma mudança efetiva na qualidade dos alimentos. Tampouco houve uma adesão importante a práticas de atividade física regular.

Como opções de tratamento para a obesidade antes da cirurgia bariátrica, os resultados demonstraram uma medicalização excessiva, com uso de fórmulas, psicofármacos e sibutramina. O uso de medicamentos não se mostrou eficaz na manutenção da perda ponderal. De acordo com os relatos analisados, o peso perdido durante o tratamento medicamentoso foi rapidamente recuperado, caracterizando o chamado efeito “sanfona”. Diversas tentativas de dietas também foram mencionadas sem êxito a longo prazo. A procura por tratamento psicológico só foi mencionada no momento pré-cirúrgico mediante a exigência do laudo. Entretanto, diagnósticos psiquiátricos ou jargões sobre estados mentais psicopatológicos se destacaram nas narrativas. Das onze entrevistadas, duas participantes receberam diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar e duas de Depressão. A vivência da obesidade é associada a estados de tristeza e depressão. A magreza é entendida como símbolo de felicidade e bem-estar. Nesse sentido, a relação observada entre depressão e obesidade são processos inter-relacionados e que se retroalimentam. Ser gorda em um contexto social marcado pela gordofobia e pelo culto à magreza produz sofrimento psíquico. O medo da rejeição e os sentimentos de abandono

permanecem na dinâmica emocional de algumas interlocutoras, mesmo após a cirurgia bariátrica.

No tocante às motivações para realizar a cirurgia, destacaram-se as questões relacionadas à estigmatização social, baixa autoestima, falta de atratividade sexual, dificuldade de encontrar roupas. Questões relacionadas à saúde foram claramente apontadas somente por duas interlocutoras. Nesse contexto, pode-se inferir que o desejo por emagrecer a qualquer preço seja uma estratégia para escapar das vivências de estigmatização, desqualificação social e menos valia. Nesse aspecto, observa-se a veracidade do argumento de Poulain (2013), ao destacar que a obesidade é uma condição patológica social. A busca pela “melhoria da saúde” torna-se secundária mediante os diversos atravessamentos sociais e subjetivos que de fato comprometem a qualidade de vida das pessoas obesas que procuram a cirurgia bariátrica.

Um ponto a ser considerado diz respeito às expectativas das interlocutoras em relação aos efeitos da cirurgia. Foi possível identificar crenças irreais e expectativas exacerbadas, como se a cirurgia fosse a solução para os mais diversos problemas da vida. A dissonância entre as expectativas prévias e o confronto com a realidade pós-cirurgia podem desencadear frustrações, sofrimento psíquico e uma interminável insatisfação com a própria imagem.

É preciso assinalar que o corpo pós-operado, embora muito mais magro, ainda é uma imagem muito distante das expectativas estéticas difundidas na contemporaneidade: possui cicatrizes, excessos de pele e flacidez, que muitas vezes demandam novos procedimentos invasivos. É também um organismo que dependerá de cuidados médicos e nutricionais talvez pelo resto da vida.

Diante do exposto, se acentua a importância de que os profissionais que atuam nas equipes multidisciplinares estejam mais atentos a esta questão, transmitindo esclarecimentos reais sobre os efeitos pós-cirurgia. De acordo com alguns relatos fica a impressão de que a busca por informações é uma responsabilidade individual de cada paciente. Muitas delas, inclusive, sequer sabem o tipo de procedimento realizado.

Em relação ao período pós-imediato, a dieta líquida foi descrita como um momento de difícil adaptação. É nesse momento que a paciente se depara com o radical interdito alimentar, ocasionando, em alguns casos, intenso desequilíbrio emocional. O acompanhamento psicológico, conforme sugerido por alguns autores, é recomendado nesse momento ainda no hospital. Observou-se que tal recomendação não foi necessariamente cumprida.

Quanto à avaliação pré-cirúrgica algumas interlocutoras descreveram abordagens de profissionais “apressados”, inclusive no campo da psicologia. Alguns exemplos citados nesta

pesquisa reforçam a banalização do procedimento cirúrgico em prol da lucratividade. Evidencia-se, então, a prevalência da razão neoliberal conduzindo práticas acerca da vida, demarcando a velha parceria entre o poder médico e a biopolítica. A dimensão do risco, tema tão insistente na vida de uma pessoa obesa, é então claramente abandonada tanto pelas clínicas quanto pela própria paciente, que acata qualquer circunstância no desespero por se libertar do excesso de peso. A cirurgia, embora seja descrita como um procedimento rápido, também consiste em um risco, com complicações clínicas graves.

Sobre o consumo de bebidas alcoólicas, os estudos apontam um aumento no consumo desta substância em pacientes pós-operados. Embora o uso de álcool possa estar associado a algum tipo de troca de compulsão, considero que, além disso, o efeito do álcool após a cirurgia possui vinculações importantes com a melhoria da vida social. Uma vez que não podem mais celebrar com a comida, o álcool muitas vezes funciona como meio de socialização. Além deste ponto, há de se considerar também as alterações farmacocinéticas na absorção do álcool decorrentes da cirurgia. Outra formulação importante/significativa é considerar que o álcool favorece a desinibição. É possível que pessoas que viveram muito tempo na condição de obesas tenham estruturado suas vivências para um menor convívio social, com maior predisposição à timidez. Nestes casos específicos, o uso de álcool não deve ser entendido como um “substituto” da comida, mas sim, como uma substância que pode favorecer a desinibição.

As interlocutoras relataram comprar mais roupas após a cirurgia. Entendemos que comprar roupas nesse contexto também se relaciona com as novas possibilidades de exibição do corpo que se apresentam após o emagrecimento. O aumento na compra de roupa pode estar mais vinculado ao acesso ao mundo da moda do que a uma troca de compulsão simplesmente. Como se uma vez estando mais magras elas pudessem encontrar prazeres em outras modalidades de consumo. Cabe destacar que não identificamos interesses por esportes ou outros hobbies, mantendo assim a questão do consumo no centro das gratificações.

Um aspecto importante diz respeito à melhoria na vida social após o emagrecimento. A maior abertura social após a cirurgia pode estar associada às seguintes questões: menor exposição às situações de constrangimento no momento de encontrar roupas e na circulação pelos espaços, como por exemplo, cinemas, bares, assentos de avião, ônibus. Considera-se também que há uma maior receptividade por parte do grupo social, tanto nas questões de amizade quanto nas situações de flertes. Por outro lado, a melhora na autoestima faz com que as próprias interlocutoras desejem ser vistas e, portanto, estejam mais disponíveis para situações de exposição social. Este momento de melhora na autoestima e abertura para interações sociais

é mais acentuado no primeiro ano. Aos poucos, outras insatisfações com o corpo e com a existência começam a se destacar, levando a um novo desejo por retificar o corpo. O corpo, embora mais magro, permanece como uma abstração, como um rascunho a ser corrigido preferencialmente por novas intervenções cirúrgicas.

As participantes relataram efeitos positivos na vida sexual, tanto pela questão da autoestima quanto pela maior mobilidade corporal após a perda de peso. Entretanto, em relação ao desejo sexual, não houve grandes mudanças em relação à libido, mas sim, relativas à disponibilidade para o sexo.

Na dinâmica das relações afetivas, houve relatos de relações abusivas, sendo que a bariátrica teve impacto no rompimento desses relacionamentos. Tal informação vai ao encontro do que Le Breton (ano, p.) coloca ao afirmar que: “mudando-se o corpo pretende-se mudar de vida”. Pode-se pensar que a experiência de solidão e menos valia favorece a manutenção de vínculos abusivos. Ao emagrecerem as entrevistadas se observam mais assertivas e criteriosas quanto às vinculações afetivas.

A gordura corporal é vista como uma característica “imoral” que evidencia o descomedimento alimentar, a não obediência à necessidade de conformar o corpo dentro dos padrões. O corpo gordo, este corpo dos excessos, toca nossa própria ferida por ser uma imagem que escancara a (i)lógica dos excessos da razão neoliberal. Nós também somos “grandes” consumidores, “devoradores” descomedidos, com pouca capacidade de discernimento acerca do que consumimos. Nós também buscamos formas de prazer imediato e talvez seja esse o verdadeiro motivo pelo qual os corpos obesos tanto incomodam, pois materializam a nossa loucura de devoração. Devoramos e somos devorados a cada instante, quando menos se espera. Estamos sem tempo para pensar, sem tempo para “escolher”, sem tempo para procurar experiências estéticas e vinculações mais nutritivas.

A obesidade é um problema coletivo mais relacionado a um sistema social e político do que à escolha individual. A Cirurgia Bariátrica intervém no organismo como uma opção urgente para conter o excesso de peso de um corpo supostamente mórbido. E não podemos esquecer que o corpo operado, mais leve e mais saudável, ainda possui a predisposição em ser um obeso novamente. A ideia da prevenção explora uma política do medo: medo de voltar a engordar, medo de adoecer e de morrer. Nesse circuito extingue-se a potência das singularidades e do próprio corpo em assumir-se para além da sua pura biologia, para além de uma imagem estetizada. Mais do que nunca, cabe interrogar se os modos como estamos vivendo valem a

pena. Talvez esse é o ponto a ser considerado por uma perspectiva de saúde em prol da vida e não da evitação da morte.

Passada a euforia do emagrecimento e as possibilidades de experimentar as novas formas corporais, retomamos a ideia de um desbotamento da vida corporal. O corpo como supérfluo, uma abstração, uma preocupação, um exagero de sistemas mentais e imagéticos que o submetem aos mais diversos tipos de apagamento. Descolado de uma experiência de movimento inserido continuamente no espaço, o corpo adere a sua imagem bidimensional (no espelho ou nas fotografias). Corpos dóceis? Não me parece possível pensar na submissão dos corpos como um estado de permanência absoluta. Estamos docilizados, permanecemos docilizados, embora com outras roupagens, embora anestesiados (pobre *Damiens!*) e acreditando-nos livres. O estado de indocilidade é uma ruptura, é um lampejo. Haveria muita desesperança neste mundo coberto pela praga neoliberal que já implantou chips nas subjetividades humanas, como em episódios da série *Black Mirror*. Dessa maneira, cabe retomar a definição proposta por Lapoujade (ano): **q'èqt r q'² 'ts wgg's wg'p̄ q'ci wgpw'ò ck0E** o que o corpo não aguenta mais? Ele não aguenta mais estar submetido aos incessantes controles biopolíticos e disciplinares. O corpo não aguenta mais os excessos de vazios simbólicos, a assepsia dos afetos, a analgesia da vida. Ele não aguenta mais estar longe de outros corpos ou estar perto demais apenas em superfície. E ainda assim, ainda que não aguente mais nada, ainda que o corpo viva anestesiado, mortificado, cultuado como uma estátua de gesso, existe algo que ainda persiste.

É nesse “não mais aguentar” e ainda assim persistir é que está a verdadeira potência do corpo. Potência para a vida, para a criação, para persistir, para se rebelar, para cancelar todas as redes sociais, para se deixar engordar ou emagrecer, se deixar envelhecer, adoecer, se apaixonar, se tatuar, sentir calor, fome, vontade de dançar. Aposto, então, nessa potência corporal para a vida e a vida não se vive “mais ou menos”. O posicionamento aqui considerado é o de sustentar o corpo como um gesto ético-político, superfície viva que ultrapassa a condição biológica. Acredito que o desejo pela cirurgia bariátrica, esta urgência por emagrecer e continuar a existir é, em verdade, um pedido confuso do corpo, um desejo por se fazer vivo, para além das palavras, para além de sensações efêmeras proporcionadas pela vida contemporânea. E me refiro mais à potência do corpo do que à potência do “Ser”, pois o Ser sem corpo foi uma grande invenção dos dois últimos séculos. Talvez ainda seja possível alguns lampejos de experiências estéticas capazes de fazer o sangue circular. Haveria muita desesperança se não fossem (ainda) a lembrança de certas existências. Estar indócil é transitório.

É em certo sentido como uma possessão. Ser possuído por forças que não estão a serviço do Espetáculo. O espírito do Eu vai passear um pouco nessas horas e o corpo se enche de Alma – se re-anima.

Ofereço ao leitor fragmentos fotográficos de algumas indocilidades, sem legenda, sem data, pois estas imagens possuem poderes totêmicos. Lampejos de liberdade, de indocilidades para inspirar ao grande desafio que é: viver em corpo, apesar de tudo!

Momentos indóceis!















"
"
"
"
"
"
"
"

TGHGTŽ PEKCU'

ABESO. **Fkt gvt k gu'Dt cukt cuf g'Qdgulf cf g.'422;** . Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

ABESO. **Fkt gvt k gu'Dt cukt cuf g'Qdgulf cf g.** 4a edição, 2016.

ABESO. **Xlsc lpcu'g'Uwr ngo gpvqu'pq'R»u/Qr gt c»tk'f g'Ek wti k'Dct k vlec** Será mesmo necessário? 06 nov. 2016. Disponível em: www.abeso.org.br , Acesso: 20 dez. 2020.

ABPS, 2020. Disponível em: <https://www.plussizebrasil.com.br>. Acesso em: 09 mar. 2019.

AGÊNCIA BRASIL. **PÀo gt q'f g'èk wti kcu'Dct k vlec u'èwo gpc'go '! 6.95' 'go 'ugv'èpqu** 15 set. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-09/numero-de-cirurgias-bariatricas-aumenta-8473-em-sete-anos>. Acesso em: 03 jul. 2020

AGUIRRE, S. B. **Tgxkī q'ūlugo^a vlec'f qu'ūwvf qu'ūqdt g'qu'ghksqu'r ulequqek kuf c''** **ek wti k'èct k vlec:** temas, métodos e resultados. Orientador: Carlos Roberto Silveira Correa. 2014. 50 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

AKOTIRENE, C. **Kpvt ugeekpcif cf g0**São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 152 p.

ALIGHIERI, Dante. **C'Fklpc'Ego²f k.** Tradução de José Pedro Xavier Pinheiro. São Paulo: Atena Editora, 1955. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/divinacomedia.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017

ALMEGHASEEB, E. S.; ASHRAF, M. F.; ALAMRO, R. A.; ALMASOUD, A. O.; ALROBAYAN, A. **A0Efficacy of intragastric balloon on weight reduction: Saudi perspective."** **Y qtrf 'LEhp'Ecug05(4)**, p. 140-147, 16 abr. 2017."

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). **Tgr qt v'qhv'j g'èqwpektqp'èlpg'è'cpf ''** **r wdk'j gcnj** . 2013. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ANDRADE, C. G. C.; LOBO, A. Perda de peso no primeiro mês pós-gastroplastia seguindo evolução de dieta com introdução de alimentos sólidos a partir da terceira semana. **'Cts wlxq''** **Dt cukt q'f g'Ek wti k'F li gulkc0**São Paulo, v. 27, p. 13-16, 2014. Suplemento 1.

ANJOS, L. A dos. **Qdgulf cf g'g'UcÀf g'RÀdilec.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/rfdq6/pdf/anjos-9788575413449.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Udwtco lpc'g'tgo²f kuf'ctc''** **go ci tgegt:** entenda. 22 fev.2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/sibutramina-e-remedios-para-emagrecer-entenda>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ANS (Brasil). **O cpwcnf g'f k gvt k gu'f ctc 'q'gplh gwo gpvq'f c'hdguk cf g'pc'lc Af g' urigo gpvct 'dt culgt c.** Rio de Janeiro, 2017.

ARAUJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **'Ruleqmi k'f ctc 'Co² tlec'Ncvpc0'** México, n. 14, out. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BAUDRILLARD, J. **Uo wret qu'g'ulo wret q0** Lisboa: Relógio D'Água, 1991.

BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Eppgz;gr** Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 10, n. 1, jan./abr. 2012, p. 121-141.

BARCELLOS, G. **Q'dcps wgv'f g'Ruls wg:** imaginação, cultura e psicologia da alimentação. Petrópolis: Vozes, 2017.

BARCELOUX, D. G. Serotonergic and Mixed Agents, Chapter 14, Part 1, pp. 255–274. *In: O gf lecnVqzleqmi { 'qhf t wi 'Cdwag<U{ pvj guk gf 'Ej go lecn'epf 'Ru{ ej qcevk'g'Ræpvu* John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, 2012. <https://doi.org/10.1002/9781118105955>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jat/article/37/1/50/747669>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BENJAMIN, W. Experiência e pobreza. *In: Qdt cu'Gæqj kf cu* São Paulo: Brasiliense, 2016a. p. 123-128. v. 1 (Magia, Técnica, Arte e Política)

BERWIG, D.; SILVA, T. P. **Cf k;gu'go 'T²s wgo 'f ctc'wo 'Uqj q:** uma análise compreensiva. 10 jan. 2013. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/>. Acesso em: 20 dez. 2020

BIRMAN, J. **Q'wlgkq'pc'èqpvgo rqt cpgf cf g<è** espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BIRMAN, J. **Q'b cn'guet 'pc'twcnf cf g<A** psicanálise e as novas formas de subjetivação. 11 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BLACK, D. *et al.* Obesity: A report of the Royal College of Physicians. **Lqwt pcnqhv'j g'Tq{ cn' Eqngi g'qhRj { ulekpu'qhlNqpf qp.** v. 17, n. 1, p. 5-65, 1983.

BORGES, A.C.; ALMEIDA, P. C.; FURLANI, S. M. T.; CURY, M. S.; GAUR, S. Balões intragástricos em obesos de alto risco em um centro brasileiro: experiência inicial. **Tgxkwc'f q' Eqfi k'Dt culgt q'f g'Ek wt i k;gu,** Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, 2018.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Fgr wcf quf kgti go 'bqdt g'tgi tc'f ctc'tgi kwt q'f g' ci tq»zlequ** 11 mar. 2019. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br>. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O lplw² tk'f c'Uc Af g'èngt w'f ctc'f qgp±cu'f gupcefc gcf cu' rgr'hdguk cf g.** 05 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br> Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Ecf gtpquf g' Cyp± q'D^a ulec**, Brasília, n. 38., 2014.

BRASIL. **NgkO ctlc'f c'Rgpj c'g'pqto cu'èqtt grvcu** Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2019.

BUTLER, J. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Guwf qu' Hgo lpkvcu** 2 sem. 2002, p. 155-167. Entrevista.

BUTLER, J. **S wcf tq'f g'l wgttc** <quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J. **Eqtr qu's wg'lo r qt vco** : Os limites discursivos do “sexo”. São Paulo: N-1 edições, 2020.

CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **J kw>t k<S wgu;gu' ('F gdcvgu**, Curitiba: Editora UFPR, n. 42, p. 71-80, 2005

CARNEIRO, M. F. G.; GUERRA JUNIOR A. A.; ACURCIO, F. A. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **'Ecf 0Uc Àf g'RÀdlec**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1763-1772, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 15 ago. 2018

CARNEIRO, A. N; FERREIRA, S. F. **Rcf t ;gu'f g'dgrg| c.'tc±c'g'ercug**: representações e elementos identitários de mulheres negras da periferia de Salvador – BA. Evento 18º Redor; Universidade Federal Rural de Pernambuco-Recife, 2014. 2014, p. 1424-1438.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. F.; FERREIRA, M. S. **Eqtt gpf q'q'tlueq**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CLARK, M.M.; GOETZE, R.E.; HOWELL, L.A.; GROTHE K.B. Psychological assessment and motivational interviewing of patients seeking bariatric and metabolic endoscopic therapies. **Vgej pls wgu'cpf 'kppqxc vqpu'lp 'I cut qlpvgumpcn Gpf queqr {**, p. 120-125, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.tige.2020.03.006> . Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 12 nov. 2010

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **TGUQNW i Q'P030 644232**: Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm. Acesso: 27 mai. 2019

COMPAROTTO, H., DANTAS S.; HELLBRUGGE, A., NAVARRO, F., DONATTO, F., ORNELLAS, F. Balão Intragástrico: evolução do tratamento clínico multidisciplinar na perda de peso e circunferência abdominal **0T gxlvc 'Dt cukgt c'f g'Qdgulf cf g.'P wtk± q'g'** **Go ci t gelo gpvq**, São Paulo, v. 8, n. 45, p. 79-86, maio/jun. 2014.

CONCEIÇÃO, E.; TEIXEIRA, F.; RODRIGUES, T.; LOURDES, M.; BASTOS, A. P.; VAZ, A.; RAMALHO, S. Comportamentos alimentares após cirurgia bariátrica em Portugal. **Tgx0' Cevc'O²f lec'Rqt wii wgu0**v. 31, n.11, nov. 2018, p. 633-640.

<https://doi.org/10.20344/amp.9237>. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com. Acesso em: 05 jul. 2019.

CORBIN, A. Introdução. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (org.). **J kw»tk'f q'èqtr q**: 2. Da revolução à grande guerra. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. v. 2.

COURTINE, J. J. Introdução. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (org.). **J kw»tk'f q'èqtr q**: 3. As Mutações do Olhar. O Século XX. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. v. 3.

COURTINE J. J. Os Stakhanovistas do Narciso: Body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana. *In*: SANT'ANNA, Denize Bernuzzi de. **Rqfflecuf q'èqtr q**. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 81-120.

CRAIG, C. L *et al.* International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **O gf lekg'çpf 'telgpeg'lp'ur qt w'çpf 'gzgt elug0**v. 35, n. 8, pp. 1381-95, 2003. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12900694/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CRENSHAW, KIMBERLÉ. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Tgxluw'Guwf qu'Hgo lpkwcu0** Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, Jan. 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso: 01 nov. 2020.

DEBORD, G. **C'luelgf cf g'f q'gur gv^a ewq0**Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. *In*: **E qpxgt uc±; gu<1972-1990**. Trad. de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 219-226.

DESCARTES, R. As paixões da alma. *In*: DESCARTES, R. **F kwwt uq'f q'O²wf q'g'Cu'** **Rclz;guf c'Cr0** Trad. de J. Guinsberg e Bento Prado Júnior. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

DONATO, F. **Ghkgqf c'xct k± q'f q'f guq'èqtr qt cng'f c'lw rgo gpc± q'èqo 'N/rgwelpc'g'** **N/hgpkrcplpc'pc'èqo rquk± q'èqtr qt cng'go 'tct-ò gvt qu'b gvcd»dequ'go 'tevqu** Orientador: Julio Orlando Tirapegui Toledo. 2005. 164 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Experimental) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ECO, U. **J kw»tk'f c'ðgrg| c0**Rio de Janeiro: Record, 2010.

EDUARDO, C. A.; SILVA, A. A.; VIANA, G C. P.; CRUZ, C. D.; ROCHA, R. L. P. Cirurgia bariátrica: a percepção do paciente frente ao impacto físico, psicológico e social. **Tgxluw'f g'** **Gplgt0 ci go 'f q'Egvt q/Qgug'O lpglt q'v**. 7, 2017. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1173>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1173/0>. Acesso em: 20 fev. 2021."

"

ESTEVIÃO, A. Prática do fisiculturismo: significados. *Tgxlw' O qv' k' pek*. Ano XVII, n. 24, jun. 2005. p. 41-57.

FANON, F. (1952). *Rgg' pgi tc. 'b' a uect cu' dt epecu* Trad. de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008

FAO (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação). *Gpgti { 'cpf 'rt qvlp' tgs wlt go gpvu' Tgr qt v' qh' l' lqpv' HCQIY J QIWP WGzr gt v' Eqpwwnc v' k' p' World Health Organ Tech Rep Ser 724*. World Health Organization: Geneva, 1985.

FAO (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação); OPS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Co² tlec' Ncv' pc' { 'gn' Ect kdg' < Rcpqt co c' f' g' l' " ugi wlt cf ' b' rlo gpv' tlc' { ' p' w' tlc' k' p' c' k' U' ngo cu' b' rlo gpv' tlc' k' u' l' q' v' g' p' k' d' i' g' u' r' c' t' c' f' r' q' p' g' t' h' p' b' r' i' j co dt g' { ' l' c' b' c' p' w' tlc' k' p' 0* Santiago, 2017. Disponível em: <http://iris.paho.org>. Acesso: 11/17/2018.

FANDINO, J.; BENCHIMOL, A. K.; COUTINHO, W. F.; APPOLINARIO, J. C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Tgxlw' f' g' r' uls w' c' v' tlc' f' q' T' k' I' t' c' p' f' g' f' q' U' w' n'* Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 mai. 2017.

FARIA, G. R. A brief history of bariatric surgery. *Rqt v' D' l' q' o' g' f' l' e' c' r' i' L' q' w' t' p' c' r' i' 0* 2017, v. 2, n. 3, p. 90-92, mai/jun. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2017.01.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2444866416300186> Acesso em: 10 fev. 2018

FARINHOLT, G.N.; CARR, A.D.; CHANG, E.J.; ALI, M.R. A call to arms: obese men with more severe comorbid disease and underutilization of bariatric operations *U' w' t' i' l' e' c' r' i' g' p' f' q' e' q' r' { . ' 2013*. <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3122-1>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23949482/>. Acesso em: 15 fev. 2020

FAURE, O. O olhar dos médicos. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (org.). *J' l' w' t' l' c' f' q' e' q' t' r' q' < 2*. Da revolução a grande guerra. 4 ed.. Petrópolis: Vozes, 2012. v. 2.

FERREIRA, G. M.; WEBER T. K.; DIAS, L. C. G. D. Evolução da dieta no pós-operatório de cirurgias bariátricas: Revisão integrativa da literatura. *Tgxlw' D' t' c' u' l' g' t' c' f' g' Q' d' g' u' l' f' c' f' g' " P' w' t' l' c' q' g' ' G' o' c' i' t' g' e' l' o' g' p' v' q'* São Paulo, v. 13. n. 79. p.363-369, mai./jun. 2019.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. *R' q' n' f' l' e' c' u' f' q' e' q' t' r' q'*: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 2005, p. 69-80.

FISCHLER, C. *Gn' (j' +qo p' k' q' t' q' G' ni' w' w' q' , n' e' q' e' l' p' c' ' y' g' l' e' w' g' t' r' q'* Barcelona: Editorial Anagrama, 1995.

FLESCHE, A. G. T.; GURSKI, R. R.; SCHIRME, C. C. Utilização de balão intragástrico e perda de peso em pacientes em um centro de referência no Rio Grande do Sul. *DCURGP' L*, v.

32, n. 2, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848206>. Acesso em: 16 out. 2020.

FRANQUES, A. R. M.; LEVY, A. Aspectos psicológicos dos pacientes obesos. *In: **El w i k "** Dct k v l e c 'g' O g v c d » l e c ' d ' C d q t f c i g o ' O w l r t q h k u k p c n* Rio de Janeiro: Rubio, 2019, p. 41- 45.

FOUCAULT, M. **Xli k t 'g' t w p k t**: nascimento da prisão. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. **J k u » t k ' f c ' U g z w e r d f c f g ' K ' A** vontade do saber. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **J k u » t k ' f c ' U g z w e r d f c f g ' 5 : ' b** cuidado de si. Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FOUCAULT, M. **G o ' F g h u c ' f c ' U q e l g f c f g**. Curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Q ' e q t r q ' w » r l e q**: as heterotopias. São Paulo: Edições N-1, 2013.

GAY, R. **H q o g . ' w o c ' c ' w q d k j i t c h k ' f q ' * o g w + ' e q t r q o** São Paulo: Globo, 2017.

GARRONI, Lutieska *et al.* Taxas de reganho ponderal em pacientes bariátricos acompanhados na Policlínica Piquet Carneiro. **T g x l u c ' J q u r k e r i W p l x g t u l v ' t l q ' R g f t q ' ' J g t p g u v q**. v. 13, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/> Acesso em: 07 nov. 2020.

GÉLIS, J. O corpo, a Igreja e o sagrado. *In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (org.). **J k u » t k ' f q ' e q t r q ' 1***. Da Renascença às Luzes. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. v. 1.

GOFFMAN, E. **G u k i o c < ' h o t a s** sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOLDENBERG, M. Gênero, “O Corpo” e “Imitação Prestigiosa” na Cultura Brasileira. **U c À f g ' g ' U q e l g f c f g**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 543-553, jan. 2011.

GONÇALVES, S. J. B. G; KOHLSDORF, M.; PEREZ-NEBRA, A. R. Adesão ao pós-operatório em cirurgia bariátrica: Análise sistemática da literatura brasileira. **R u l e q m j k " C t i w o g p v q**, v. 38, n. 102, p. 626-646, set. 2020.

HALPERN, A. A epidemia de obesidade. **" C t s w l x q u ' D t c u l g k t q u ' f g ' G p f q e t l p q m j k ' (" O g v c d q m j k c**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 175-176, jun. 1999. <https://doi.org/10.1590/S0004-27301999000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 28 mar. 2017.

HAN, Byung-Chul. **U q e l g f c f g ' f q ' e c p u c ± q 0** Petrópolis: Ed. Vozes, 2017.

HAN, Byung-Chul. **P q ' g p z c o g < ' t g t u r g e v l x c u f f q ' f k i k e r i 0** Petrópolis: Ed. Vozes. 2018a.

HAN, Byung-Chul. **Rule of the few** – O neoliberalismo e as novas técnicas de poder. Belo Horizonte: Ed. Áyiné. 2018b.

HEBE BRAND J.; HOLM J. C.; WOODWARD E. *et al.* A Proposal of the European Association for the Study of Obesity to Improve the ICD-11 Diagnostic Criteria for Obesity Based on the Three Dimensions Etiology, Degree of Adiposity and Health Risk. **Qdguw' Hcevu** v. 10, n. 4, pp. 284-307, jul. 2017. <https://doi.org/10.1159/000479208>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738325/>. Acesso em: 05 jun. 2018.

HENRIQUES, P. R. A Medicalização da Existência e o Descentramento do Sujeito na Atualidade. **Tgxluw'O cñguwct'g'Uwllgwklf cf g'** Fortaleza, v. XII, n. 3-4, p. 793-816, set./dez. 2012

HOOPER, L.; MARTIN, N.; ABDELHAMID, A.; SMITH G. D. Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease **Vj g'Eqej t cpg'f cwdcug'qhñu' ugo cve'tgxly u0** 2015 Jun 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011737> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738325/>. Acesso em: 05 jun. 2018.

HOUT, G.; HECK, G. Bariatric Psychology, Psychological Aspects of Weight Loss Surgery. **Tgx0Qdguw' Hcevu** 2(1), Feb. 2009. <https://doi.org/10.1159/000193564>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20054199/>. Acesso: 20 jan. 2021

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **PEC'hp+c'r qulekqpcu gpvq'êqo 'lpf lec±;gu'ctc' gxlct 'lqdt gr guq'g'hdgu' cf g. t'g'ekqpcf qu'c'35'Ur qu'f g'è-pegt** 004 ago. 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>. Acesso em: 13 jul. 2018

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. de. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Ecf gt pq'Uc Af g'RAñlec**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 773-782, abr. 2009.

ISAPS – International Society for Aesthetic Plastic Surgery (Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética). **kpvt pc vlqpcñlwwf { 'hp'c'guj gve lequ gve't' t'qegf wt gu' rgt hto gf 'lp'42380** Disponível em: <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>. Acesso em 12 nov. 2017.

JAMES, W. P. T.; SHETTY, P. S. Metabolic adaptation and energy requirements in developing countries. **Human nutrition. 'Enplecñpw'k'k'x036**, pp. 331-336, 1982.

JAMES, W. P. T.; SCHOFIELD, E. C. Human Energy Requirements: A Manual for Planners and Nutritionists. **Hqqf 'èpf 'Ci t lewvwt g'Qti cpl' c'vqp'qh'vj g'Wp'kgf 'P c'vqpu**, Oxford University Press: Oxford, UK, 1990.

JESUS, E. Tecnologias, imagem e subjetividade nas redes: as performances do self. *In:* **Eqtr q'g'èwvwt c'f li kcn** diálogos interdisciplinares. Belo Horizonte: Quixote + Do Editora Associadas, 2018, p. 151-159.

- KEYS, A. **Ugxgp'E qwpvt lgu0'A** Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease. Harvard University Press: Cambridge, MA, US, 1980.
- KILOMBA, G. **O go »tkuf c'r npxw± q:** episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.
- LAPOUJADE, D. O Corpo que não aguenta mais. *In:* GADELHA, Sylvio (org.). **'P lgv| uej g'g'** **F ggv| g:** que pode o corpo. Rio de Janeiro: Relumê Dumar; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 2002.
- LE BRETON, D. **Cf gwu'c'q'èqt r q<Cpvt qr qmji kc'g'bcqelg cf g04.ed,** Campinas, SP: Papyrus, 2009.
- LE BRETON, D. **Cpvt qr qmji kc'f q'Eqt r q04.ed.** Rio de Janeiro: Vozes, 2016.
- LIPOVETSKY, G; SERROY, J. **C'gungvk c± q'f q'b wpf q0**São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- LIPOVETSKY, G. **F c'lgxg| c:** rumo a uma civilização sem peso. Barueri, SP: Manole, 2016a.
- LIPOVETSKY, G. **Q'lo r²tkq'f q'gh'o gtq:** a moda e seus destinos nas sociedades modernas. São Paulo: Companhia das Letras, 2016b.
- MACHADO, M. G. Obesidade mórbida na contemporaneidade: entre o excesso do corpo e o silêncio das palavras. **'K g'*U q'Rcwq±,** São Paulo, v. 39, n. 63, p. 135-147, 2017.
- MAIA, S. Identificando a branquidade inominada: corpo, raça e nação nas representações sobre Gisele Bündchen na Mídia Transnacional. **Ecf gt pqu'Rci w.** n. 38, jan./jun. 2012, p. 309-341.
- MAGDALENO Jr. R. **Xlx'pekcu'go qekqpchl'f g'b wj gt gu'bwdo gyl' cu'«'èk wti kc'èct k' vt kec''** **pq'J qur kcnlf cu'Enplecu'f c'Wpleco r:** um estudo clínico-qualitativo. Orientador: Egberto Ribeiro Turato. 2009, 124 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: 2009.
- MARIANO, M. L. L.; MONTEIRO, C. S.; PAULA, M. A. B. Bariatric surgery: its effects for obese in the workplace. **Tgxkvc'I c'Àej c'f g'Gphgt o ci go** , v. 34, n. 33, p. 38-45, 2013.
- MARTÍNEZ, B. P. R. El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. Consenso de Psicología Bariátrica del Núcleo de Psicólogas de Cirugía de Obesidad (NPCO-México) y Comité de Psicología del CMCOyEM. **Ek wlcpg'I gpgt cn** v. 32, n. 2, 2010, p. 114-120.
- MASIERO, A. L. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **'J kw»tlc, Ek'pekcu, UcÀf g-O cpi wlpj qu** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 549-572, ago. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000200004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: Acesso em: 20 jan. 2021.

MAURO, M. F. F. P. *et al.* O transtorno da compulsão alimentar (TCA) tem impacto no ganho de peso após a cirurgia bariátrica? Relato de caso. **Lqt pcrDtcukgk q'f g'Ruls wlcvt kc0'** Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 221-224, 2017.

MELO, M. A.; PINHO, A. C. **E-pegk 'g'hdguk cf g<wo 'ertv f q'KPEC0** Rede Câncer, ago. 2017, p. 34. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/>. Acesso em: 01 jun.2018.

MIRIC, M.; ÁLVARO, J. L.; GONZÁLEZ, R.; TORRES, A. R. R. Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. **Tgxlw'Ruleqmi kc'g'Ucdgt 'Uqekn** v.'6, n. 2, p. 172-185, 2017.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (org.). **J kw>tk'f q'eqtr q<5**. As Mutações do Olhar. O Século XX. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. v. 3.

NEGRI, A. **S wcpf q'g'eqo q'gw'ikHqwevw0**São Paulo: N-1 edições, 2016.

NEGRI, N. **Dqecr kcrko q'!** Entre Spinoza e a constituição política do presente. São Paulo: Iluminuras, 2017.

NOLASCO, S.A. Body Modification (BM): o corpo e a experiência de si no contemporâneo. **Tgxlw'b cnguct 'g'wldlgvklf cf g**. Fortaleza, v. VI, n. 2, 2006.

OLIVEIRA, A. P. S. V.; SILVA, M. M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Tgxlw'Ruleqmi kc'g'UcÀf g**. Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 74-82, jun. 2014.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Qdguv{<'rtgxgvpki "cpf "o cpci kpi "vj g'i mdcn' gr kf go le<t gr qt v'qhc'Y J Q'eqpuwncvkp0** WHO Technical Report Series; 894. Geneva, 1999.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **O crf tk0**abr. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/>. Acesso: 05 set. 2019.

OPAS. **Dtcukitwwo g'b gcu'f ct c'lt gct 'èt guelo gpvq'f c'hdguk cf g'cv' '423; 014** mar. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso: 15 fev. 2019.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *In*: **Ecf gtpq'f g' UcÀf g'Eqrkvkc**. v, 11, n 1, Rio de Janeiro, 2003, p. 59-77.

OYËWÙMÍ, O. **Eqpegkwepf q'q'i 'pgt q<qu'hwf co gpvqu'gw qe' pvt kqu'f qu'eqpegkwu' hgo kplwcu'g'q'f guclhq'f cu'gr kwgo qmi kc'u'èht kcpct0** Tradução para uso didático por Juliana Araújo Lopes: Conceptualizing Gender: The Eurocentric Foundations of Feminist Concepts and the challenge of African Epistemologies. African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms. CODESRIA Gender Series. Dakar: CODESRIA, v. 1, 2004. p. 1-8. Disponível em: <https://ayalaboratorio.files.wordpress.com/2019/06/conceito-genero.pdf> Acesso: 12 de jan 2020.

PELBART, Peter Pál. **Xlf c'g'O qt vg'go 'Eqpvzvq'f g'F qo lpc± q'Dkqr qmflc0** Conferência proferida em 03 de outubro de 2008 no Ciclo “Fundamentalismo Contemporâneo em Questão”. IEA: USP, 2008.

PORTER, R; VIGARELLO, G. Corpo, saúde e doenças. *In:* CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (org.). **J kw>tk'f q'èqtr q<3**. Da Renascença às Luzes. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2012. v. 1.

PRECIADO, P. B. **VGUVQ'LWMKG**: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

PRENTICE R. L.; SHEPPARD L0 Dietary fat and cancer: consistency of the epidemiologic data, and disease prevention that may follow from a practical reduction in fat consumption0 **Ecpegt 'EcwuguEqpvtqn** 1990, p. 81-97. <https://doi.org/10.1007/BF00053187>
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2102280/> Acesso: 17 de jan 2020.

QUADROS, M. R. R.; BRUSCATO, G. T.; FILHO, A. J. B. Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Ruleqmi k'Cti wo gpvq**, v. 24, n. 45, p. 59-65, nov. 2017.

RABINOW, P.; SOHN, A. M.; SUQUET, A. **J kw>tk'f q'èqtr q<3**. As Mutações do Olhar. O Século XX. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. v. 3.

RAMIREZ, R. B. Bypass del cuerpo simbólico: algunas consideraciones psicológicas de las cirugías bariátricas en obesidad mórbida. **Ruleqr gt ur gev&cu<Kpf klf wq'f 'Uqelgf cf**, v. 15, n. 2, p. 5-15, 2016.

RANGEL, N. F. A. **Q'tv&kuo q'i qtf q'go 'eco r q<r qmflc. 'lf gpvlf cf g'g'èqput w± q'f g'' ui pllkcf qu** Orientadora: Marcia da Silva Mazon. 2018. 162 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RECALCATI, M. O demasiado cheio do corpo, por uma clínica da obesidade. *In:* **NCVWUC'' 90A** fuga nas doenças impossíveis. Rio de Janeiro: EBP- RJ, 2002. p. 51 -74.

REES, K.; HARTLEY, L.; FLOWERS, N.; CLARKE, A.; HOOPER, L.; THOROGOOD, M.; STRANGES, S. Mediterranean' dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease'Vj g'Eqej t cpg'f cvdcug'qhtu' ugo cvle't gxlgy u 2013.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009825.pub2>
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23939686/> Acesso: 07 de jan 2020.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J. Cirurgia bariátrica: acompanhamento clínico. *In:* NUNES, M. A.; APPOLINARIO, J. C.; GALVÇAO, A. L.; COUTINHO, W. **Vt cpwqt pqu'Crlo gpvct gu'g'' Qdgu'f cf g0** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RIBEIRO, D. **Rgs wgpq'O cpwcnCpvt t celuc0** Companhia das Letras, 2019.

RIBEIRO, C. C.; CREMASCO, M. V. F. Quando a Cirurgia Falha: Implicações da Melancolia na Cirurgia da Obesidade. **Ruleqmi k<EK'pek'g'Rt qhtu' q**, v. 37 n 2, p. 258-272,

abr./jun. 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000132015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso: 23 fev. 2021.

RODRIGUES, N. **Vqf c'pwf gl 'lgt^a 'écwli cf c**: obsessão em três atos. (1965) Tragédia carioca. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ROSE, G.; BLACKBURN, H. **Rt gxgp vlpq'qh'eqt qpct { 'j gct v'f lgcug<'t gr qt v'qh'c 'Y J Q' gZr gt v'eqo o kvvg0'**World Health Organ Tech Rep Ser 678. World Health Organization: Geneva, 1982.

SALES-PERES, S. H. C.; AZEVEDO-SILVA, L. J; BONATO R. C. S., ET AL. Coronavirus (SARS-CoV-2) and the risk of obesity for critically illness and ICU admitted: Meta-analysis of the epidemiological evidence. **Qdguw' Tgugctej (' 'EnplecniRt ceveg**, v. 14, n. 5, set./out. 2020, p. 389-397.

SALLET, J. A.; SILVA, M. A.; MIGUEL P.; MARCHESINI, J. B. Balão Intragástrico: Segurança e Eficácia no Tratamento da Obesidade **0CDGUQ**. Vol. 58. 2012. p. 6-7.

SANT'ANNA, D. B. **Ncxct 'cu'b - qu'f gueqmpk ct 'q'hwwt q0**Pandemia crítica. São Paulo: N-1 Edições, 2020. Disponível em: <https://www.n-1edicoes.org/textos/25>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SANT'ANNA, D. B. **I qtf qu'O ci tqu'g'Qdguqr** uma história de peso no Brasil. São Paulo: Estação Liberdade, 2016.

SANT'ANNA, D. B. **Rqf'lecuf q'eqtr q**: elementos para uma história das práticas corporais." São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

SBCBM (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica). **Dqrgvko 'p'Ào gt q'750** 2018. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/portfolio/boletim-no-53-2018-2/> Acesso em: 23 fev. 2021.

SBCBM. **P'Ào gt q'f g'elt wti kcu'dct k' v'lecuf'et gueg'go '!: 6.95' 'gpvt g'4233'g'423: 028** de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>. Acesso em: 13 mar. 2020

SBCBM. **P'Ào gt q'f g'elt wti kcu'Dct k' v'lecuf'pq'Dt cukit'wo gpc'68.9' 0**Release: 11 de julho de 2018. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>. Acesso em: 02 jun. 2019

SBCBM. **. 92' 'f qu'r celgpgu'f g'elt Àti k' 'dct k' v'lec'ū q'b wj gt gu008** mar. 2018. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/70-dos-pacientes-de-cirurgias-bariatricas-sao-mulheres/>. Acesso em: 05 abr. 2018.

SBCP (Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica). **Guv² vlec**: procura por procedimentos não cirúrgicos aumenta 390%. 2017. Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br>. Acesso: 25 out. 2018

SBEM (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia). **Cpqt gz¶ gpqu'ldgt cf qu' r gm'i qxgt pq** 23 jun. 2017. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/anorexigenos-liberados-governo>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SHAPER A. G. Cardiovascular disease in the Tropics III, blood pressure and hypertension. *BMJ* 1972; 3: 805–807. <https://doi.org/10.1136/bmj.3.5830.805>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5076257/>. Acesso: 23 fev. 2021

SEGAL, A.; KUSSUNOKI, D. K. Transtornos Psiquiátricos no pós-operatório. *In: Ekt wti kc'' Dctk vtlec'g'O gvcd>lec''* – Abordagem Multiprofissional. Rio de Janeiro: Rubio, 2019, p. 371-379.

SIBILIA, P. **Q''rcxqt''f c''ectpg<'Tkequ'f c''rwtg| c''g'f q''uctHfklq''pq''eqtr q/ko ci go'' eqpvo rqt -pgq** Orientador: Benilton Bezerra Júnior. 2006. 197f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006

SIBILIA, P. Imagens de corpos velhos: A moral da pele lisa nos meios gráficos e audiovisuais. *In: Q''vt kwphq'f q'Eqtr q:* polêmicas contemporâneas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, p. 145-160.

SIBILIA, P. **Q'j qo go 't»u/qti -pleq<à** alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais, 2 ed., Rio de Janeiro: Contraponto, 2014.

SILVA, G. G; OLIVEIRA, J. A. P. Cirurgia bariátrica: problemas advindos do uso abusivo do álcool e o papel do psicólogo no tratamento. **Tgxkwc'Ruleqmi kc.'UcÀf g'g'F gdc vg,** dez. 2018. p. 84-95.

SILVA, P. T.; PATIAS, L.D.; ALVAREZ G. C.; KIRSTEN, V. R.; COLPO, E.; MORAES, C. M. B. Perfil de pacientes que buscam a cirurgia bariátrica. **Cts wlxqu'Dt culqgt qu'f g'' ekt wti kc'f li gukxcu** v. 28, n. 4, 2015.

STENGEL, M.; SOARES, D. Corpos contemporâneos: Híbridos, mas inegavelmente humanos. *In: Eqtr q'g'ewwttc'f li kcn* diálogos interdisciplinares. Belo Horizonte: Quixote + Do Editora Associadas, 2018. p.163-184.

TUNSTALL-PEDOE, H. (ed). MONICA - **O qpqi tcr j 'èpf 'O wnlo gf kc'Uqwt eg'Dqqm'**The World's Largest Study of Heart Disease, Stroke, Risk Factors and Population Trends'(1979–2002). Geneva: WHO, 2003.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **'f i qtc** (*Rio J.*), Rio de Janeiro, v. 18, n. 1., 2015, p. 51-68. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982015000100005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982015000100051. Acesso: 20 fev. 2021.

VENÂNCIO, C.; CONCEIÇÃO, E.; MACHADO, P. P. P. Avaliação dos padrões alimentares de pacientes bariátricos, na fase pós-operatória tardia. *In: FRANQUES, A. R. R.,*

ARENALIS-LOLI, M. S. (org). **Pqxqu'èqtr qu'p'qxcu't gcnf cf gu'f** reflexões sobre o pós-operatório da cirurgia da obesidade. São Paulo: Vetor editora, 2011.

VIANNA, M. W. **Eqo r wni q' Cno gpvt' ('Ek wti k' Dct k' vlec <bur gevquf c' hqo g's wg' q' dluwt k' p' q' èrec p±c 0** Orientadora: Junia de Vilhena. 2018. 186 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2018.

VIGARELLO, G. **Cu'b gwo qthuguf q'i qtf q<** história da obesidade no Ocidente: Da Idade Média ao século XX. Petrópolis: Vozes, 2012.

WANNMACHER, L. **Qdgu'f cf g'èqo q'hcvt' f g't k'eq' r' ct c' b' qtdk' cf g'g' b' qt vcnf cf g<'** evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. OPAS/OMS – Representação Brasil, v. 1, n. 7, 2016.

ZANELLA, M. T.; RIBEIRO FILHO, F. S. F. Tratamento Clínico da Obesidade. *In:* **'Ek wti k' Dct k' vlec' g' O gwd > dec. 'cdqtf ci go 'b wnk' t qhuk' qpcn** Rio de Janeiro: Rubio, 2018. p. 81-86.

ZAPAROLLI, M. R.; DA-CRUZ, M. R. R.; FREHNER, C.; BRANCO-FILHO, A. J.; SCHIEFERDECKER, M. E. M.; CAMPOS, A. C. L.; TACONELI, C. A.; PARREIRA, G. Avaliação da ingestão alimentar durante o primeiro ano de pós-operatório de pacientes com diabetes melito tipo 2 ou alteração glicêmica submetidos ao bypass gástrico em y-de-roux. **'Cts wlxqu' Dt cul' g' t qu' f g' Ek wti k' F li gu' kxc**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2018.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **'Ek pelc' uc Af g' èq' g' vlc**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

ZUCCHI, M. Algumas observações sobre a clínica da obesidade em psicanálise. *In:* **NCVWUC'90A** fuga nas doenças impossíveis. Rio de Janeiro: EBP-RJ, 2002. p. 15-26

CRZ PFÆG'C"

"

VGTO Q'F'G'EQPUGP VIO GPVQ'N&T'G'G'GUENCTGEK'Q"

N.º Registro CEP: CAAE 83547218.2.0000.5137

Título do Projeto: **Cu'tgr±;gu'chv&cu'g'uzwcl'go 'b wj gt gu'cr »u'è'èk wti k'èctk vlec"**

Prezada Sra,

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que estudará as relações afetivas e sexuais de mulheres que se submeteram a cirurgia bariátrica a pelo menos dois anos.

Você foi selecionada por atender aos critérios de inclusão nesta pesquisa, o que significa: ter realizado a cirurgia bariátrica a no mínimo dois anos e ser do sexo feminino. A sua participação nesse estudo consiste em responder algumas perguntas sobre as relações afetivas e sexuais após a cirurgia. A entrevista será gravada e com duração de aproximadamente 1 hora.

Os riscos (e/ou desconfortos) envolvidos nesse estudo pode acontecer um desconforto emocional ou que será minimizado através de um encaminhamento para atendimento psicológico nos Serviços de Psicologia.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Todo o material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído. multidisciplinar dos pacientes antes e após a cirurgia bariátrica.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: **Nctkuc'Derf q'p'q'f c'Rckz q'"**

Programa de Pós Graduação em Psicologia. Telefones: (31) 3319-4568 / 4922. Av. Itaú, nº 525 - Bairro Dom Cabral - Belo Horizonte/MG.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou email cep.proppg@pucminas.br.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, de 2018.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante ou representante legal

Data:

Eu, **Nctkuc" Dcrf qlpq" f c" Rclz q**, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador

Data

"

"

"

"

"

CRŽ PFĚG'D''**S WGVã GUPQTVGCFQTCU'F C'GP VTGXKVC'UGO KGUVTWWT CFC**

"

"

PARTE I – Obesidade

- 1 – Conte sobre o seu histórico de ganho de peso.
- 2- Você observa alguma situação específica na sua vida que favoreceu o ganho de peso?
- 3 – Como você acha que as pessoas veem uma pessoa obesa?
- 4 – O que te motivou a optar pela Cirurgia Bariátrica?
- 5 – Você alcançou o emagrecimento esperado?
- 6 – Você atualmente possui algum tipo de preocupação com seu corpo e/ou alimentação?
- 7 – Você se sente confortável com seu corpo?

PARTE II – Vida Afetiva

- 1 – Você poderia contar um pouco sobre seus relacionamentos amorosos?
Como você descreve sua vida afetiva neste momento?
- 2 – Você se encontra em algum relacionamento? Como você caracteriza esta relação?
- 3 – Poderia contar sobre sua vida afetiva antes da cirurgia?
- 4 - Qual era sua expectativa com a cirurgia no que se refere a vida afetiva? De que forma vc imaginava que a cirurgia pudesse interferir nas suas relações?

PARTE III – Sexualidade

- 1 – Você poderia contar um pouco sobre suas vivências sexuais nesse momento da sua vida?
- 2 – Como era sua vida sexual no período em que você estava com excesso de peso?
- 3 – Atualmente você se considera sexualmente atraente?
- 4 – Houve algum tipo de prática sexual que você passou a vivenciar após emagrecimento?
- 5 – Você percebe alguma mudança na frequência das relações sexuais?
- 6 – Houve mudanças de parceiro?
- 7– Você acredita que o emagrecimento modificou a sua disponibilidade para as relações sexuais?

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As relações afetivas e sexuais em mulheres após a cirurgia bariátrica

Pesquisador: Larissa Balduino da Paixão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83547218.2.0000.5137

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.588.593

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como tema as relações afetivas e sexuais de mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica. A incidência da obesidade tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. A cirurgia bariátrica tem sido considerada como um método eficaz no tratamento desta condição. Esta intervenção traz benefícios na qualidade de vida dos pacientes e melhoria nas patologias associadas ao excesso de peso. Diversos estudos indicam que apesar dos ganhos na saúde global do paciente, o processo pós cirúrgico a longo prazo precipita estados psicopatológicos associados a depressão, ansiedade e comportamentos compulsivos. A relação entre a melhoria da condição clínica associada a mudanças comportamentais aponta a necessidade de se estudar o fenômeno numa perspectiva multidimensional, com destaque para o processo de emagrecimento e suas repercussões nas relações interpessoais. Como proposta desta pesquisa, serão analisadas mais as vivências afetivas e sexuais após a cirurgia bariátrica, em mulheres que se encontram na fase do pós-operatório tardio. A hipótese é de que a cirurgia bariátrica, apesar de ser considerada uma solução eficaz no controle do excesso de gordura corporal, deve ser entendida como parte de um tratamento contínuo, que implica na mudança de hábitos alimentares, estilo de vida e consciência dos aspectos psicológicos e culturais envolvidos neste processo. As tendências da personalidade, os sintomas psíquicos (depressão, tendências compulsivas, ansiedade) e as formas de se relacionar com o grupo social não são “tratados” com a cirurgia. Desta forma, este procedimento cirúrgico

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228

Bairro: Coração Eucarístico

CEP: 30.535-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3319-4517

Fax: (31)3319-4517

E-mail: cep.proppg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 2.588.593

não assegura por si só um prognóstico favorável a longo prazo. Sabe-se também que a mudança na forma e imagem corporais que se segue a tais procedimentos traz consigo a emergência de conflitos psicológicos impactando nas relações afetivas e sexuais. A amostra será composta de mulheres que realizaram a Cirurgia Bariátrica há no mínimo três anos. Os dados serão obtidos por meio de entrevista individual semiestruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender o impacto do emagrecimento nas vivências afetivas-sexuais em mulheres que realizaram a cirurgia bariátrica após três anos de cirurgia.

Objetivos Secundários:

- Pesquisar acerca dos sentidos e significações atribuídas ao ideal de corpo na modernidade considerando os atravessamentos de gênero;
- Explorar através do discurso das entrevistadas, em que medida as transformações no corpo podem promover mudanças subjetivas;
- Identificar possíveis sinais de insatisfação/ satisfação na relação com o corpo, mesmo após o emagrecimento;
- Compreender o impacto da cirurgia bariátrica nas relações afetivas-sexuais das entrevistadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não oferece riscos à integridade física das pessoas. Caso o teor dos questionamentos provoque algum tipo de constrangimento ou desconforto, a entrevista poderá ser interrompida e os participantes serão encaminhados para atendimento psicológico do serviço de psicologia.

Benefícios: Busca-se a partir desta pesquisa trazer contribuições para tratamento multidisciplinar e psicoterápico dos pacientes pós-bariátrica no período tardio, além de produzir discussões acerca das experiências sexuais e afetivas na contemporaneidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com tema relevante e proposta metodológica coerente aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão de acordo com as normas vigentes.

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228

Bairro: Coração Eucarístico

CEP: 30.535-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3319-4517

Fax: (31)3319-4517

E-mail: cep.proppg@pucminas.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG**



Continuação do Parecer: 2.588.593

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1081265.pdf | 26/03/2018 19:25:19 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_final_ultimo.pdf | 21/03/2018 15:33:08 | Larissa Baldoino da Paixão | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCL.pdf | 23/02/2018 17:12:18 | Larissa Baldoino da Paixão | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 23/02/2018 17:10:18 | Larissa Baldoino da Paixão | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 09 de Abril de 2018

**Assinado por:
CRISTIANA LEITE CARVALHO
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228

Bairro: Coração Eucarístico

CEP: 30.535-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3319-4517

Fax: (31)3319-4517

E-mail: cep.proppg@pucminas.br