Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Nutrição

Michelle Delboni dos Passos

Sentidos e significados da obesidade mórbida no processo de cuidar: um estudo no Centro de Referência em Obesidade, Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2015

Michelle Delboni dos Passos

Sentidos e significados da obesidade mórbida no processo de cuidar: um estudo no Centro de Referência em Obesidade, Rio de Janeiro

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Políticas, Saberes e Práticas em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Orientadora: Profª Drª Silvia Angela Gugelmin

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S219 Passos, Michelle Delboni dos.
Sentidos e significados da obesidade mórbida no processo de cuidar: um estudo no Centro de Referência em Obesidade, Rio de Janeiro / Michelle Delboni dos Passos. – 2015.
100 f.

Orientador: Silvia Angela Gugelmin.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição.

1. Nutrição – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 2. Obesidade Mórbida – Rio de Janeiro (RJ) – Teses. 3. Imagem corporal – Teses. I. Gugelmin, Silvia Angela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. III. Título.

es CDU 612.39

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Michelle Delboni dos Passos

Sentidos e significados da obesidade mórbida no processo de cuidar: um estudo no Centro de Referência em Obesidade, Rio de Janeiro

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Políticas, Saberes e Práticas em Alimentação, Nutrição e Saúde.

Aprovado em 24 de setembro de 2015

Banca Examinadora:

_____
Profª Drª Silvia Angela Gugelmin (Orientadora)
Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT

_____
Profª Drª Maria Claudia da Veiga Soares Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

_____
Prof Dr Rafael da Silva Mattos
Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ

_____
Profª Drª Lenita Barreto Lorena Claro
Universidade Federal Fluminense - UFF

_____
Profª Drª Joana de Vilhena Novaes
Universidade Veiga de Almeida – UVA

Rio de Janeiro
2015

AGRADECIMENTOS

Durante estes quatro anos de curso muitas coisas aconteceram e tantas outras pessoas cruzaram (e ficaram) na minha vida. Para não correr o risco de esquecer-me de agradecer a alguém, prefiro tecer estes sinceros agradecimentos a todas estas pessoas que, mesmo sem saber, me ajudaram com uma palavra amiga e que me deu força para vencer um obstáculo, ou com uma reflexão até aquele momento velada.

Nestes quatro anos tornei-me mãe de uma linda e bem humorada menininha e com isso, mais outros aprendizados vieram. Todas as novidades e mudanças nesses anos de doutorado estão expostas nesse trabalho. O que sou, a forma com que penso e a forma de ler e interpretar os sinais. Os pacientes acompanhados no centro municipal em que realizei este estudo colaboraram muito para o meu crescimento enquanto pesquisadora e enquanto pessoa. Suas histórias de vida, suas limitações e suas angústias me ajudaram a conhecer um lado até então desconhecido, ou conhecido somente pelo olhar das estatísticas.

Outro especial agradecimento a minha família, por acreditar sempre em mim; a minha orientadora Sílvia Gugelmin, que mesmo distante conseguiu confortar meu coração em muitos momentos de dúvidas; ao Instituto de Nutrição Annes Dias que há alguns anos me acolheu e a quem devo muito dos aprendizados e das oportunidades; ao professor Rafael Mattos que com maestria me ajudou a compreender alguns teóricos das ciências sociais e à amiga Sheila Rotenberg, que tanto me ajudou com o fervilhão de ideias que traz a cada novo desafio lançado!

RESUMO

PASSOS, Michelle Delboni dos. *Sentidos e significados da obesidade mórbida no processo de cuidar*: um estudo no Centro de Referência em Obesidade, Rio de Janeiro. 2015. 100 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

A obesidade é reconhecida como uma doença multifatorial e está inserida entre as doenças crônicas relacionadas à alimentação. Acredita-se que uma dieta rica em gordura e açúcar, pobre em carboidratos complexos e fibras, e uma redução nos níveis de atividade física, tenham causado essas modificações nos padrões nutricionais. No entanto, não pode ser tratada como tendo um aspecto único e universal como causa; muitos são os fatores que levam ao excesso de peso. Acesso ao alimento, disponibilidade física, custo, infraestrutura e pressão social estão entre os fatores sociais e ambientais que interferem no comportamento alimentar. Além dos aspectos biológicos, genéticos, etnia, sexo e idade que também influenciam a susceptibilidade dos indivíduos à obesidade. Estratégias não nos faltam para que nosso corpo se torne aparentemente adequado, segundo os olhares da sociedade. Cirurgias plásticas, inúmeras dietas restritivas, atividades físicas, uso de acessórios e de cosméticos entre outras são algumas delas. Uma “contradição” se instala na relação do corpo com o alimento em nossa sociedade. Ao mesmo tempo em que a oferta de uma grande variedade de alimentos nos convida ao consumo exagerado de alimentos industrializados e ricos em gorduras e sal, a sociedade impõe regras rígidas para que estejamos sempre com o peso “adequado”. E em meio a isso, estão os sujeitos com obesidade mórbida que, devido à rejeição social e às limitações físicas, se isolam, tornam-se menos ativos, ganham mais peso, sentem-se mais tristes e desmotivados e acabam por ficarem enclausurados em seus domicílios. É com a perspectiva de compreender a experiência da obesidade mórbida segundo as perspectivas dos pacientes obesos mórbidos e dos profissionais de saúde que realizamos este estudo. O estudo foi desenvolvido com os usuários de um centro municipal de tratamento em obesidade e com os profissionais de saúde que ali trabalhavam. Utilizamos observação participante e entrevistas individuais semiabertas como ferramentas para atingir o objetivo proposto. A análise foi do tipo compreensiva. Pensamos a obesidade como uma rede de sinais, significados e experiências que moldam a imagem corporal e a satisfação ou não da pessoa com o seu corpo dentro de uma sociedade. Mesmo que reconheçamos a diversidade de tipos estéticos, nos parece que há certa pressão voltada para os riscos da obesidade mórbida, além do apelo estético e do discurso médico da saúde, que acabam por limitar ainda mais o sujeito. Mais do que sentirem-se obrigados a se adequar ao modelo de corpo magro os obesos mórbidos demonstraram sofrer com a rejeição social e estigma com o corpo gordo. Algumas das entrevistadas mostraram que mesmo com as limitações físicas conseguiram se adequar e criar novas formas para melhorar a sua qualidade de vida. Para os profissionais de saúde, mais do que a perda de peso, pequenas conquistas que melhorariam a qualidade de vida desse sujeito obeso eram valorizadas. Preocupar-se com a saúde e com o corpo, sem dúvida é válido. Mas se prender a padrões estéticos e buscar alcançá-los de qualquer maneira pode ser prejudicial.

Palavras- chave: Obesidade Mórbida. Imagem Corporal. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

PASSOS, Michelle Delboni dos. *The meanings of morbid obesity in the care process:* a study in the Reference Center for Obesity, Rio de Janeiro.2015. 100 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Obesity is recognized as a multifactorial disease and is inserted between the chronic diseases related to food. It is believed that a diet high in fat and sugar, low in complex carbohydrates and fiber, and a reduction in levels of physical activity, have caused these changes in dietary patterns. However, it can not be treated as having a single and universal aspect as a cause; there are many factors that lead to overweight. Access to food, physical availability, cost, infrastructure and social pressure are among the social and environmental factors that interfere with eating behavior. In addition, biological, genetic, ethnic, gender and age also influence the susceptibility of individuals to obesity. Strategies do not lack for our body becomes apparently appropriate, in the eyes of society. Plastic surgery, numerous restrictive diets, physical activity, use of accessories and cosmetics among others are some of them. A "contradiction" settles in the body's relationship with food in our society. While the provision of a wide variety of foods invites us to over-consumption of processed foods and high in fat and salt, society imposes strict rules to always be with the "appropriate" weight. And in between, are individuals with morbid obesity who, because of social rejection and physical limitations, isolate themselves, become less active, gain more weight, feel more sad and discouraged and end up becoming prisoners in their households. It is with the perspective to understand the experience of morbid obesity according to the perspectives of morbidly obese patients and health care professionals we conducted this study. The study was conducted with users of a municipal treatment center on obesity and health care professionals who worked there. We use participant observation and semi-open individual interviews as tools to achieve the proposed objective. The analysis was the comprehensive type. We think obesity as a network of signs, meanings and experiences that shape body image and satisfaction or not of the person with your body in a society. Even though we acknowledge the diversity of aesthetic types, it seems that there is some pressure to focused the risks of morbid obesity, in addition to the aesthetic appeal and medical health discourse that end up further limit the subject. More than feel forced to fit the slim body model showed the morbidly obese suffer from social rejection and stigma body fat. Some of the interviewed showed that even with the physical limitations were able to adapt and create new ways to improve their quality of life. For health care professionals, more than weight loss, small achievements that improve the quality of life that obese subject were valued. Worrying about health and body, is certainly valid. But hold the aesthetic standards and seek to reach them anyway can be harmful.

Keywords: Obesity Morbid. Body Image. Qualitative Research.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 7

1 **O CORPO E SEUS SENTIDOS** 12

1.1 **O corpo e a imagem corporal** 12

1.2 **Sujeito obeso: entre a norma e o modelo biomédico** 18

1.3 **Modelo ecológico e a obesidade** 23

1.4 **Prevalência da obesidade mórbida e a cirurgia bariátrica como estratégia de tratamento** 27

2 **METODOLOGIA** 31

2.1 **Referencial teórico** 31

2.2 **Campo e procedimentos metodológicos** 33

2.2.1 Local da pesquisa 33

2.2.2 Informantes da pesquisa 35

2.2.3 Técnicas e instrumentos de pesquisa 39

2.2.4 Análise e interpretação dos “dados” 41

2.2.5 Aspectos éticos 43

3 **RESULTADOS E DISCUSSÃO** 45

3.1 **A classificação do estado nutricional e a percepção da obesidade** 45

3.2 **(Con)Vivendo com a obesidade mórbida** 55

3.2.1 Trajetória do ganho de peso e a perda de autonomia 55

3.2.2 Ser e se ver obeso mórbido: o que eu vejo, o que o “outro” enxerga? 62

3.2.3 Saúde, doença e sentir-se doente 67

3.3 **O tratamento no CRO e a relação profissional-usuário** 71

CONSIDERAÇÕES FINAIS 85

REFERÊNCIAS 89

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista com os usuários com obesidade mórbida 97

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde 99

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos usuários e profissionais de saúde do CRO 100

INTRODUÇÃO

A obesidade é reconhecida como uma doença multifatorial, não transmissível e está inserida entre as doenças crônicas relacionadas à alimentação. Representa altos custos financeiros para a sociedade e para o governo, pois quanto maior o excesso de peso, maior é a taxa de mortalidade e maiores são os riscos de comorbidades como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (WHO, 2003). Por outro lado, para a indústria farmacêutica e a iniciativa privada, por exemplo, a obesidade e suas consequências se tornam rentáveis. É uma doença, a princípio, silenciosa e que não provoca dor física (CAMARGO et al., 1997). Mas, embora silenciosa do ponto de vista dos sintomas tem como manifestação externa o ganho de peso e aumento das circunferências (EKNOYAN, 2006).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o excesso de peso[1] e a obesidade são a quinta causa de morte no mundo, chegando a aproximadamente 2,8 milhões de mortes entre adultos por ano. Estas estimativas foram obtidas por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), instrumento utilizado para o diagnóstico coletivo e classificação do excesso de peso e que considera a relação entre as medidas de peso[2] e altura do indivíduo (WHO, 2003, 2011).

A obesidade é reflexo do balanço energético positivo, isto é, ingestão maior que gasto energético, durante um período considerável de tempo. No entanto, não pode ser tratada como tendo um aspecto único e universal como causa. Embora o peso seja regulado por processos fisiológicos, muitos são os fatores que levam ao excesso de peso. Influências socioculturais e ambientais, por exemplo, têm relação direta com a alimentação, podendo ser modificados no decorrer da vida. Acesso ao alimento, disponibilidade física (restaurantes, mercados, lanchonetes...), custo, infraestrutura (pavimentação, transporte...) e pressão social estão entre os fatores sociais e ambientais que interferem no comportamento alimentar. Aspectos biológicos, genéticos, etnia, sexo e idade também influenciam a susceptibilidade dos

[1] A prevalência de excesso de peso é apresentada como um somatório da prevalência de sobrepeso e de obesidade.

[2] Utilizei o termo peso no lugar de massa corporal devido a ser amplamente utilizado no senso comum.

indivíduos à obesidade, porém não são aspectos considerados modificáveis (BRUG et al., 2008; WHO, 1998, 2011).

Nos países subdesenvolvidos a obesidade é mais prevalente em mulheres de meia-idade e pessoas com nível socioeconômico mais elevado. Já nos países desenvolvidos a doença também atinge crianças e adultos jovens, além de estar associada às pessoas com renda mais baixa (WHO, 2003). Acredita-se que uma dieta rica em gordura e açúcar, pobre em carboidratos complexos e fibras, e uma redução nos níveis de atividade física, tenham causado essas modificações nos padrões nutricionais (MONTEIRO et al., 1995).

Estima-se que, no mundo, 1,5 bilhões de adultos maiores de 20 anos de idade apresentam excesso de peso e que, destes, em torno de 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres estejam obesos (WHO, 2011). No cenário brasileiro tem sido descrito uma acelerada transformação do estado nutricional da população, com o rápido aumento dos casos de excesso de peso ao longo de três décadas.

Na pesquisa realizada em 1974-1975 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com crianças de um a quatro anos e adultos de 25 a 64 anos de idade, a desnutrição atingia mais de quatro crianças para cada caso de obesidade infantil (19,8 e 4,6%, respectivamente) e o número de adultos desnutridos excedia em 1,5 vezes àqueles com obesidade (8,6 e 5,7%, respectivamente) (MONTEIRO et al., 1995).

No inquérito nutricional realizado em 1989, a prevalência de desnutrição reduziu para 7,6% em crianças de um a quatro anos, e para 4,2% de adultos de 25 a 64 anos de idade. Por outro lado, a prevalência de obesidade em adultos subiu de 5,7% para 9,6%, enquanto em crianças ficou inalterada (4,6%). Quanto ao estado nutricional segundo renda familiar, nesses dois inquéritos a desnutrição em crianças e adultos diminuiu e a obesidade aumentou com o aumento da renda (MONTEIRO et al., 1995).

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF 2008-2009) mostram que menos de 3% das pessoas com vinte anos ou mais apresentavam déficit de peso (1,8% em homens e 3,6% em mulheres) e aproximadamente 50% dos adultos tinham excesso de peso (IBGE, 2010). Uma vez que associada à obesidade estão as comorbidades, e que o excesso de peso já atinge metade da população adulta brasileira, é fundamental que medidas sejam tomadas com o

objetivo de reduzir a velocidade de aumento desta doença e que os tratamentos sejam pensados de forma mais ampla a fim de garantir maior resultado. Não somente mudanças individuais devem ocorrer para o seu tratamento, mas também mudanças em nível ambiental. Cabe mencionar que algumas das consequências da obesidade são alterações passíveis de serem explicadas pelos saberes da biologia. Mas, além dessas, existem outras relacionadas à vida social e afetiva do indivíduo, que, em muitos tratamentos não são consideradas.

Esses resultados mostram que a desnutrição continua existindo, porém com prevalência menor. O problema passou a serem as taxas do excesso de peso e a velocidade com que tem aumentado a sua prevalência. Ou seja, ao longo de mais de três décadas houve mudanças econômicas, sociais e demográficas que impactaram nos padrões alimentares e de atividade física dos indivíduos e, consequentemente, no estado nutricional. Comportamentos alimentares, como fazer a refeição fora de casa e compulsão alimentar, têm relação direta com o sobrepeso e obesidade (IBGE, 2010; WHO, 2003).

Dados sobre a prevalência de obesidade mórbida (ou obesidade grave) são mais escassos na literatura, uma vez que é uma subdivisão da obesidade segundo o grau de severidade da doença. Quando os dados de estado nutricional de uma população são apresentados nos inquéritos, a obesidade mórbida está contemplada na taxa de prevalência de obesidade. De acordo com a POF 2008-2009 3,6% da população brasileira adulta tem obesidade mórbida (2,3% em homens e 4,7% em mulheres) (IBGE, 2010).

No Brasil a obesidade mórbida tem sido discutida, principalmente, sob o foco do tratamento, ou, mais especificamente da gastroplastia. Conforme resultado de busca bibliográfica, é reduzido o número de publicações que relacionam o corpo com a obesidade mórbida, seus sentidos e significados (GREJANIN et al., 2007; SANTOS et al., 2010; VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004; VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008). Daí a importância em realizar pesquisas que delineiem objetivos para além dos aspectos biológicos da obesidade, tais como conhecer a construção da imagem corporal de obesos ou compreender os sentimentos e sensações do paciente obeso.

É fundamental que a visão do profissional de saúde a respeito do paciente com obesidade mórbida também seja considerada nesse processo. Sabemos que a forma com que o profissional se posiciona diante da saúde e da doença acaba por

refletir no paciente, em seu tratamento e na aceitação da doença. Além disso, o confronto desses discursos (dos profissionais e dos sujeitos obesos) pode contribuir para melhor compreender o desafio dos serviços e pesquisas voltadas para a obesidade (mórbida).

Para entender o que está por trás do corpo obeso, não é suficiente pensar a obesidade apenas pelo olhar matemático do desequilíbrio “ingestão maior que gasto” ou por método mensurável e estático que avalia o corpo de forma a classificá-lo dentro de um intervalo numérico. O peso não é o único determinante da (in)satisfação corporal (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2002; CARVALHO; MARTINS, 2004). Existe uma rede de sinais, significados e experiências que moldam a imagem corporal e a satisfação ou não da pessoa com o seu corpo dentro de uma sociedade.

E foi a possibilidade de conhecer e compreender o significado de ser obeso mórbido hoje num contexto de um serviço de saúde, além das minhas experiências prévias enquanto pesquisadora e profissional de saúde, que me motivou a mudar o foco do meu estudo, antes com a imagem corporal de adolescentes, para adultos obesos mórbidos atendidos em um centro municipal de tratamento, recém-inaugurado. Embora o corpo tenha se mantido meu objeto, à luz das ciências sociais, eu trouxe para o doutorado um enfoque mais denso – a obesidade mórbida, que aborda não só as transformações naturais do corpo, as influências da mídia e as cobranças sociais, mas também histórias difíceis de enfrentamento, de pertencimento e de tratamento.

No presente trabalho busquei mostrar um pouco do meu olhar e da minha interpretação a respeito dos sujeitos que participaram do estudo e de suas falas, silêncios e gestos. Por meio da prática profissional aprendi a valorizar o que não é dito e a riqueza do olhar como forma de dizer algo ainda desvelado.

Consideramos aqui imagem corporal não apenas como a percepção ou imaginação do corpo, ou ainda, não diz respeito somente à aparência física. É também um reflexo dos desejos, sentimentos e interação com os outros (SCHILDER, 1999). Desta forma, a representação que temos do corpo não é uma imagem fixa ou estática, pode ser criada e recriada diversas vezes na busca de corpos ideais; corpos (re)construídos pela mídia, por exemplo. Esta é apenas uma maneira de refletir sobre os obesos mórbidos.

São essas as lentes que usaremos neste trabalho ao falar da forma com que os usuários de um centro de tratamento da obesidade vivenciam o corpo obeso. Para isso construímos o seguinte objetivo: compreender os sentidos e significados da obesidade mórbida, segundo a perspectiva dos pacientes obesos mórbidos e dos profissionais de saúde de um centro de referência em obesidade (CRO). Mais especificamente trabalharemos com o significado de saúde e doença dos obesos mórbidos do CRO, com os valores e crenças sobre obesidade mórbida na perspectiva dos obesos e dos profissionais de saúde do CRO, com a relação construída entre os pacientes e profissionais de saúde e com as motivações dos pacientes na busca por tratamento e suas expectativas em relação ao serviço.

E, para desenvolver este estudo, temos como pressupostos que, para os usuários do centro, a obesidade mórbida é considerada uma doença, gerando relação de sofrimento com o corpo. No que tange a relação do profissional de saúde com o paciente, esta passa pelo cuidado biomédico, sendo que a medicalização da obesidade e a noção de risco fazem parte da prática de cuidado dos profissionais de saúde.

1 **O CORPO E SEUS SENTIDOS**

1.1 **O corpo e a imagem corporal**

> O corpo efetivamente é, do mesmo jeito que todos os outros objetos técnicos cuja posse marca o lugar do indivíduo na hierarquia das classes, pela sua cor (descorada ou bronzeada), textura (flácida e mole ou firme e musculosa), pelo volume (gordo ou magro, rechonchudo ou esbelto), pela amplidão, forma ou velocidade de seus deslocamentos no espaço (desajeitado ou gracioso), é um sinal de status – talvez o mais íntimo e daí o mais importante – cujo resultado simbólico é tão maior, pois, como tal, nunca é dissociado da pessoa que o habita
>
> *Boltanski, 1989, p.183.*

Neste item faremos algumas reflexões no que concerne ao corpo e suas influências, distinções e significados. Para compreender o obeso mórbido em um contexto do serviço de saúde partimos de uma perspectiva ampliada e interdisciplinar com aspectos da sociologia, antropologia e reflexões complementares da filosofia. Consideramos o corpo na sua totalidade, mas não pretendemos esgotar todos os aspectos relacionados ao mesmo. Vamos priorizar as condições deste sujeito obeso em um espaço terapêutico; como se percebe com esse corpo, tratamento entre outros.

Atitudes em relação ao peso e a percepção quanto ao tamanho e a forma corporal, embora fundamentais como meio de expressão da personalidade, não incorporam todas as dimensões relacionadas à imagem corporal. O corpo assume diferentes significados, simbolismos e experiências entre as pessoas, aspectos estes que, por meio de instrumentos utilizados para avaliar a imagem corporal (como escala de silhuetas e questionários com escalas de satisfação), não são apreendidos.

Marcel Mauss há muito tempo discutiu as denominadas “técnicas do corpo”. Estas se referem às formas com que o sujeito utiliza o seu corpo, se serve dele; aos procedimentos. São esses modos de agir do corpo que são aprendidos segundo uma técnica e que sofrem as influências da cultura e vão se transformando de geração em geração. Assim, cada sociedade possui hábitos que lhe são próprios, como o modo de andar, nadar, correr e dormir. Além das diferentes classificações das técnicas do corpo que variam conforme o sexo, a idade e a forma que a técnica foi transmitida. Para o autor, “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico do homem, é seu corpo” (MAUSS, 2003, p.407).

Em seu livro “As classes sociais e o corpo” Boltanski (1989) reflete sobre as diferentes formas de significar o corpo e o nível de atenção e cuidado despendido a ele, em virtude da classe social a que o indivíduo pertence. Conforme muda a sua posição na hierarquia social, modifica-se também o interesse pelo cuidado do corpo já que o sistema de regras se altera. A forma de se vestir, de andar, de se alimentar, de se lavar, a forma de falar do corpo e de suas sensações, a maneira de se expressar diante da doença, entre tantas outras expressões do corpo, seguem um “código de boas maneiras” presente em diferentes grupos sociais. Embora a apresentação de uma boa forma física seja relevante para todas as classes, segundo ele, as classes populares, por exemplo, tendem a investir em produtos de beleza para o rosto (batom, pó de arroz) para usá-los em dias de festa, aos domingos e outros momentos sociais. Por outro lado, as classes altas preferem produtos que tem a finalidade de tratar e “embelezar” todo o corpo, mesmo as partes que ficam escondidas. Tendem a valorizar a beleza, a forma física (corpo magro), e, por este motivo, procuram se alimentar de maneira a manter-se em forma e a evitar alimentos que engordam ou que podem dar celulite.

Independente do período estudado por Boltanski (década de 1960) e das diferenças entre as sociedades francesa e brasileira, observamos a permanência dessas distinções entre as classes sociais. Freitas (2002) observou em seu estudo que, como forma de aproximação da camada média e de pertencimento da sociedade, as mulheres das camadas mais baixas mudavam a sua forma corporal e as suas vestimentas. Por meio dessa submissão aparentemente oculta, conseguiriam reduzir as diferenças sociais para sentirem-se iguais às outras e

modernas. Neste contexto, de que maneira o público aqui estudado buscou essa distinção? Acreditamos que o fato de mudar seu manequim para o tamanho P não as tornaria diferentes, e sim, seguindo um padrão. Será o fato de não fazer restrições alimentares uma “liberalidade” já que a sociedade geralmente busca atender à cobrança para um corpo magro, as dietas alimentares, as academias para perder peso e ganhar massa?

Assim como Boltanski (1989), Hacking (1999) defende que as ideias que temos sobre o corpo, a forma de falar dele e as classificações sobre ele se constroem na própria experiência com o corpo nas relações sociais de acordo com a cultura. Isto é, a sociedade, com algum grau de diferenciação entre classes e grupos, elege os atributos que o sujeito deve ter, sejam as características intelectuais ou mesmo físicas. As regras e valores sociais servem como guias às relações dos indivíduos com os seus corpos. Nestas normas ditadas pela sociedade, a cultura tem papel fundamental no que tange a aprovação ou não dessas imposições, o que significa que a cultura estabelece quais são os princípios normativos que o corpo deve cumprir; ela dita normas. E são estas relações com o corpo que refletem uma realidade coletiva e o torna um fato cultural (VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004).

Francisco Ortega (2008), em seu livro “O corpo incerto”, dedica um capítulo ao estatuto do corpo. O primeiro ponto levantado pelo autor diz respeito às diferenças na forma de compreender o corpo. Se por um lado o corpo é fragmentado, na fenomenologia (ou materialista, corporificada) a totalidade corporal é valorizada. Na fenomenologia conceitos como “corpo vivo” e “corpo vivido” são comumente utilizados. E a participação do ambiente é valorizada na constituição do eu corporal. Dessa forma, o corpo é o *locus* de expressão da integração de várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade, hábitos, desejos futuros). Tais dimensões mostram um corpo em ação, continuamente voltado para transcender uma situação; o corpo passa a ser um *ser no mundo* (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). Optamos por utilizar o corpo fenomenológico como recurso para abordar o corpo como um todo.

Na vivência diária com a enfermidade, o obeso e aqueles que estão envolvidos na situação (como familiares, amigos, vizinhos e terapeutas) formulam, (re)produzem e transmitem soluções, de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte. Este estoque de conhecimento utilizado para resolver os problemas é

construído durante a vida da pessoa e pode ser bastante heterogêneo, variando de um conhecimento específico do próprio corpo até tratamentos e receitas genéricas (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Para os críticos, e principalmente para Foucault (2006) o corpo fenomenológico é essencialista e normativo, além de ambíguo. Foucault trabalha com o corpo como objeto de poder. O corpo assume um papel maleável para atender as exigências sociais e que, somado às cirurgias plásticas e outras biotecnologias (como implantes, próteses e transplantes de órgãos e partes do corpo), pode ser reformado e transformado pela medicina (ORTEGA, 2008). Retomando o que foi dito acima, o corpo segundo o construtivismo é um corpo fragmentado. Podemos comparar ao "corpo sem órgãos" a que Le Breton (2011, p.46) se refere; um corpo que é separado do sangue, humores, músculos, pele etc. "Trata-se de fabricar a si mesmo, de transformar seu corpo em campo de cultivo" (LE BRETON, 2011, p.42), como um engenheiro que cria, monta, desmonta e remonta o seu corpo (ROCHA; VILHENA; NOVAES, 2009).

Para Foucault (1999) entre os séculos XVIII e até a segunda guerra, em meados do século XX, a sociedade era tida como uma "sociedade disciplinar". Instituições como as escolas, por exemplo, mantinham em suas classes as disposições dos alunos de acordo com critérios comportamentais como forma de hierarquizar e assim, organizar os indivíduos. Assim como nos manicômios, quartéis e presídios, locais em que também existiam formas de classificar e enquadrar o sujeito segundo os seus valores, comportamentos, aparência. Essa disciplina do corpo visava não somente "o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente" (p.119). O corpo era comparado à máquina; podia ser modelado, treinado, transformado e aperfeiçoado para tornar-se mais útil economicamente e dócil politicamente; submisso, que não se rebela. Era necessário que esse corpo fosse produtivo nesses ambientes fechados (fábricas, quartéis, os manicômios, entre outras instituições). E por isso a necessidade de ser disciplinado, ter seus movimentos físicos vigiados e o tempo de trabalho ser controlado.

No entanto, em meados do século XX em meio a uma crise generalizada dos meios de confinamento (hospital, fábrica, colégio, família etc) e consequente necessidade de reforma, a sociedade começa a, paulatinamente, sofrer mudanças

para uma sociedade que Deleuze denominou sociedade de controle. A questão da vigilância, por exemplo, que na sociedade disciplinar era uma forma de subordinação e adestramento para manter o sujeito disciplinado por meio do confinamento territorial, na sociedade de controle acontece de forma diferente. O regime de dominação está no monitoramento de toda a comunicação; mensagens, rastreamento do uso de cartões de crédito e débito, rede sociais, GPS etc; no controle contínuo (COSTA, 2004; COSTA, 2010).

Segundo Deleuze (1992) esta nova etapa não eliminou a anterior, mas fortaleceu a produção dos corpos às novas exigências da modernidade. O acesso à informação passa a ser a característica da época, e o uso de computadores marca a evolução tecnológica. A assinatura como forma de identificação pessoal é substituída pela senha numérica, como o CPF. O sujeito torna-se um objeto; torna-se "divisível".

O capitalismo deixou de estar voltado para a produção e voltou-se para o produto, para o mercado; convocando a todos a participarem ativamente em busca de maior produtividade e confiança. Da fábrica da sociedade disciplinar à empresa da sociedade de controle, a rivalidade é estimulada com o objetivo de aumentar a motivação para a conquista de uma remuneração por mérito. Desta forma o prestígio, a informação e o conhecimento tornaram-se valores de mercadoria e a imagem de estabilidade, autoridade e poder é a imagem que deve ser apresentada ao público; é o que deve ser mostrado por meio do corpo físico. No entanto, junto à manipulação dos gostos e opiniões surge a necessidade de lidar com o descarte de valores e estilos de vida imbuídos nos produtos. Além deste aspecto descartável que os bens vão assumindo, os sentidos e significados atribuídos a esses bens colabora com a ideia de necessidade de possuir as novidades do mercado, as roupas de marca e os produtos de beleza (NEVES, 1997; PASSETTI, 2003).

A lógica do consumo na sociedade[3] denominada contemporânea segundo Severiano e Estramiana (2006, p.27) não é de produtos que possuem alguma funcionalidade, mas de produtos que tem valor simbólico atribuído a eles; que servem como forma de diferenciação social e que são "fontes de referência de identidade". Para estes autores o século XX foi marcado pela mudança de um capitalismo de produção para uma sociedade de consumo de massa e,

[3] Ao abordar a sociedade estaremos nos referindo à sociedade ocidental capitalista.

posteriormente (por volta de 1980), para uma sociedade de consumo segmentada que parece ser a que nos referimos no parágrafo anterior. Se inicialmente o consumo era para satisfazer as necessidades básicas e o excedente era revertido para a produção, na sociedade de consumo em massa, além de satisfazer as necessidades básicas, por *status*; o consumo era simbólico. As mercadorias tinham valor agregado e o excedente, neste caso, era estimulado; era um fator de distinção social. Na sociedade de consumo segmentada o consumo não deixou de ser massivo, mas novas tecnologias foram desenvolvidas. Uma diversidade maior de produtos e serviços surgiu contribuindo com a distinção entre os segmentos sociais de acordo com a possibilidade em adquirir. Fala-se aqui da exacerbação do individualismo. “O ser é definido pelo ter: para se ser alguém, há que se ter um corpo bem modelado, posição, dinheiro, bens. Os bens adquiridos garantem a inserção social do sujeito” (VILHENA; MEDEIROS; NOVAES, 2005, p.116)

De acordo com Contreras e Gracia (2011), a diferenciação social por meio da alimentação pode acontecer com a restrição de certos alimentos e o controle das suas quantidades. Adotando este modelo normativo ao sujeito é atribuída a disciplina com o corpo e com a saúde. No entanto, os autores questionam as decisões alimentares do sujeito mesmo diante de mais informações, maior disponibilidade de alimentos e maior preocupação com a saúde. Como se as práticas alimentares e corporais estivessem mais sensíveis ao julgamento de “normal” ou “patológico” e se aproximassem da noção de risco para a saúde.

Le Breton (2010, 2011), ao trabalhar com a ideia de corpo máquina, o situa como local onde se instala a doença, é o que envelhece, mas também é o que é modulável de acordo com o desejo individual e as exigências sociais. Por meio do corpo as crenças de uma sociedade são apresentadas. Desta forma o corpo não pertence somente ao sujeito, mas também à sociedade. A forma corporal adequada é uma garantia de boa conduta, dentro dos conceitos morais e disciplinares, e o corpo, um objeto fragmentado que é moldado conforme o gosto do dia (NOVAES, 2006; SOUZA, 2007).

Podemos aqui fazer um paralelo do corpo dócil, o corpo que se domestica, com o corpo submisso, o corpo que muda a cada dia. Ou seja, mesmo falando de sociedades diferentes e em diferentes contextos, é possível reconhecer que atualmente na nossa sociedade, o corpo manteve o aspecto dócil, submisso e que pode ser modificado sem que a subjetividade do sujeito seja levada em

consideração. O corpo como um objeto que não sente as mudanças ou que não tem “direito” de sentir.

1.2 **Sujeito obeso: entre a norma e o modelo biomédico**

Para Carvalho e Martins (2004) a obesidade pode ser vista sob dois aspectos: como um estado em que o corpo não está adequado aos padrões estéticos de “normalidade” (isto é, o corpo magro), tornando-se um corpo anormal; ou como uma doença, representando uma impotência do corpo em se adaptar para preservar o seu ser.

Para iniciar esta discussão vamos nos apoiar na afirmação que trata a doença, assim como a saúde, como concepções criadas pelos grupos sociais com base em seus conhecimentos e crenças (VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008; GRACIA-ARNAIZ, 2013). As diferenças entre as doenças não serem sempre estigmatizadas ou não serem consideradas sempre deficientes existem por razões muito mais sociais do que biológicas, ou seja, essas classificações são construídas socialmente. E são esses significados culturais que podem influenciar a forma de vivenciar a doença, a resposta social a ela e as políticas públicas que serão criadas acerca da doença (CONRAD; BARKER, 2010).

Considerando a força que o discurso da ciência médica tem na sociedade ocidental atual, partimos de um saber que tem a obesidade como uma doença não transmissível, multifatorial, com longo período assintomático, tratamento lento e com um sofrimento de grande importância (BRASIL, 2006). No presente trabalho, recorremos aos conceitos de Georges Canguilhem (2009) no que diz respeito à saúde e doença; normal e anormal e patológico. Médico e filósofo, Canguilhem se propôs a analisar criticamente a teoria médica posicionando-se contra a concepção reducionista da biomedicina. Para este autor a política de saúde deve estar voltada para a saúde e não para a doença como é o caso do modelo biomédico.

Gracia-Arnaiz (2008) atribui parte do insucesso das políticas e programas que visam reduzir a obesidade e aumentar a atividade física, no fato da gordura, da alimentação e da cultura serem vistas de forma limitada, e não numa perspectiva integradora e transdisciplinar. Nutrir-se é diferente de comer. A alimentação não é só

fonte de subsistência, é também reflexo da sociedade, da cultura e dos aspectos econômicos, políticos e nutricionais (BLEIL, 1998; DEMOZZI, 2015). Acreditamos que essa perspectiva pode contribuir na compreensão da relação dos sujeitos estudados com o alimento e os seus sentidos. Com base no que encontramos na literatura e nas falas dos sujeitos obesos estes não atribuem ao alimento o significado restrito da necessidade de sobrevivência.

No discurso da ciência, o sujeito é visto segmentado; estando a doença localizada em determinada parte do corpo. Mas, embora esta vertente que tem a doença como foco (no caso, a obesidade mórbida e suas comorbidades) ainda ser prevalente, existe outra forma de pensar, ainda incipiente, que considera não a obesidade como doença (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007; VASCONCELLOS; SEPÚLVEDA, 2011; VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008), e sim os seus possíveis sintomas (dor no joelho, dor nas costas etc). Trabalhamos com o sujeito em sua totalidade, que engloba todos estes aspectos que vão além da dor, das limitações e da alimentação. Buscamos conhecer os fatores mais subjetivos dos sujeitos com obesidade.

Segundo Canguilhem (2009, p.11 e 12), “os fenômenos patológicos são idênticos aos fenômenos normais correspondentes, salvo pelas variações quantitativas”. Ou seja, ele questiona a construção da normalidade, uma vez que o corpo normal não é, obrigatoriamente, o corpo saudável. E, da mesma forma, o corpo doente não é um corpo anormal e não, necessariamente, um corpo com estado patológico. A ausência de normalidade não significa anormal, doença, e nem significa um estado patológico. Normal está ligado à mediana, a um corpo prevalente. O normal (no sentido de adequado conforme classificação da OMS) é ter um IMC na faixa de 18,5 a 24,9 kg/m^2, no entanto este pode estar associado a um estado fisiológico ou patológico. Se este sujeito classificado como “normal”, por exemplo, tiver hipertensão, ele é normal. Na anormalidade também podemos pensar em saúde, em um estado fisiológico. Uma pessoa obesa está fora da normalidade e pode ter uma bioquímica dentro de um padrão de referência considerada fisiológica.

A doença também faz parte da vida humana e não significa ausência de normas. É uma “reação generalizada com intenção de cura”, e esta cura é a criação de novas normas. Estar doente é perder a capacidade de criar novas formas para viver melhor. É a normatividade vital que determina as diferenças entre estes estados saudável e doente.

Para a biomedicina é como se houvesse dois polos; o da saúde, associado à normalidade e o da doença, sinônimo de anormalidade. É fundamental problematizar em nosso campo o fato desses conceitos (saúde, doença), centrais na ciência médica, negligenciarem os aspectos socioculturais do sujeito (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007). Sob este ponto de vista, o momento da assistência à saúde deve fugir de uma objetivação; a saúde e a doença não podem ser vistas apenas como objeto. E o saber técnico não deve ser considerado única opção de tratamento. Foi importante para a compreensão dos sujeitos com obesidade mórbida deste trabalho a valorização das suas falas, opiniões e sentimentos. Desta forma conhecemos algumas estratégias de adaptação para conviver de forma mais saudável com esse corpo; formas de aumentar a sua normatividade vital.

Para entender o conceito de cuidado, partimos de uma visão mais flexível das medidas corporais em prol da subjetividade. Ou seja, estamos falando de uma forma de cuidado que valoriza o diálogo como meio de compartilhar entre profissional e sujeito os seus direitos a uma atenção integral à saúde (AYRES, 2004b, 2009).

O próprio conceito de saúde adotado pela OMS[4] como "completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença" legitima a exclusão de tudo que é perigoso e indesejado como um estado que foge ao normal e que não faz parte da saúde. Como se para viver bem fosse necessário essa plenitude; o que torna a saúde (segundo esse conceito apresentado) algo inatingível.

Outro exemplo da rigidez em classificar o sujeito em sadio ou doente, normal ou anormal está no corpo considerado ideal para a sociedade ocidental atual. Como dizia Fischler (1995, p.70), "na maior parte dos países desenvolvidos, uma grande proporção da população sonha ser magra, mas vive gorda e aparentemente sofre com essa contradição". Mais à frente conheceremos a realidade dos sujeitos com obesidade mórbida no que concerne o seguimento (ou não) das normas sociais.

Em uma sociedade em que "os cuidados corporais são regidos por um sistema de regras sociais" (WANDERLEY; FERREIRA, 2010, p.189) e que o padrão de beleza, ditado pela indústria midiática e aceito e reproduzido pela sociedade tem no peso a sua valorização, as consequências psicológicas e sociais para esse corpo que transgride essas regras são cruéis. Para Becker (2008) e Foucault (2013) as regras sociais que elegem algumas atitudes como corretas e outras como erradas

[4] Conceito elaborado em Julho de 1946, durante a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/ WHO)

são feitas pelos próprios grupos sociais. E os sujeitos que não seguem essas normas exigidas, ou seja, cujo comportamento é desviante em relação à média, são rotulados como marginais ou *outsiders*. Porém, segundo Becker, em uma sociedade formada por diversos grupos e, cada um deles com um conjunto de regras e pertencendo a muitos grupos simultaneamente, os desvios podem acontecer segundo as regras de um grupo, mas não do outro. Do ponto de vista do transgressor, não necessariamente a regra imposta será aceita. E, desta forma, este não se considera desviante, embora seja pela sociedade. Podemos retomar o "anormal", segundo Canguilhem. Esse sujeito gordo pode estar sendo visto como anormal por conta do contexto social atual; pela forma com que, atualmente, ele é percebido - como transgressor.

O que queremos pontuar aqui é a importância de refletir sob os diversos aspectos relacionados a normatização do corpo dentro das sociedades ocidentais capitalistas. Interessa-nos saber as consequências que os discursos biomédicos produzem. A obesidade mórbida, por exemplo, pode ser considerada, para a sociedade ocidental capitalista atual, um desvio, já que de acordo com os rígidos padrões estéticos a regra é ter um corpo magro. Mas e para o sujeito obeso mórbido; estes se consideram desviantes ou infratores? Discutiremos mais sobre esse assunto no capítulo que traz os resultados das entrevistas realizadas com os usuários do centro de referência em obesidade em que realizamos o estudo (item 2.2).

O que a literatura nos mostra é que o corpo gordo (GOLDENBERG; RAMOS, 2002; PEREIRA, 2004, p.334) é o corpo "fora de forma". É este corpo que, geralmente, busca cirurgias plásticas ou se dedica mais à boa forma e à saúde em academias e com tratamentos dietéticos inadequados, como respostas às forças sociais "que transformam a 'gordura' em 'doença', o 'ser gordo' em 'desleixo', o 'fora de forma' em 'indecência'". E, uma vez fora de forma, terão que suportar a dificuldade de arrumar emprego, as chacotas dos amigos e de desconhecidos, os problemas de saúde, dentre outras situações de discriminação. O corpo gordo passa então a carregar uma "marca moral indesejável" (MATTOS; LUZ, 2009, p.490). Podemos citar ainda dificuldades relacionadas a própria adaptação do corpo ao ambiente como sentar em cadeiras dos cinemas, passar nas roletas dos ônibus e tantas outras situações que impedem o obeso de se sentir incluído socialmente.

Segundo Mattos (2012) a valorização da aparência como valor moral e da busca pelo corpo perfeito vem contribuindo com a reprodução de um padrão estético cultuado no século XXI que tem o corpo “sarado” como um dever moral e a gordura como imoral, estigmatizada, ou ainda sinal de doença (ROCHA; VILHENA; NOVAES, 2009), que se assemelha a uma concepção de anormalidade conforme fala Canguilhem. Como o sagrado e o profano, conceitos elaborados por Mary Douglas e utilizados por Mattos e Rodrigues (2006). Tudo o que não pode ser violado e tem interdições é sagrado; está protegido e não pode ter contato com o profano. Mesmo que o sagrado não esteja acessível a todos o objeto sacralizado determina comportamentos e sentimentos e muitas vezes exprime o distanciamento social. Rodrigues denomina profano àquilo em que as proibições são aplicadas; as impurezas, como a gordura. Em academias, por exemplo, o que se busca é um corpo ausente de gordura; um corpo musculoso mais do que um corpo magro. Um corpo mais com massa magra do que um corpo magro (SAUTCHUK, 2007).

Esse poder que a apresentação física tem de contar socialmente como valor moral cria marcas de imperfeição moral, como formas do corpo que foge ao que é reproduzido como ideal, formas do rosto ou ainda determinado tipo de vestimenta (LE BRETON, 2010). Para falar destas “imperfeições”, ou melhor, do estigma, nos apoiamos em Goffman (1980). Segundo ele, o estigmatizado é aquele sujeito menos aceito como membro “normal” dentro de uma sociedade, que se sente inferior, que sofre privações e é dotado de um defeito ou alguma incapacidade, o que gera uma constante tensão. Este sujeito é rejeitado pela sociedade e considerado diferente na medida em que a mesma atribui o que é aceitável ou não. Na verdade, de acordo com o autor, o que é estigmatizado não são, propriamente, os sujeitos, e sim os papéis que eles assumem em determinadas situações.

O que vemos então são sujeitos obesos, que além das diversas restrições em função da diminuição da capacidade em realizar as atividades cotidianas como caminhar, tomar banho e amarrar os sapatos, dificuldades afetivas e relacionais são ainda questionados moralmente pela sua aparência física (FONTES, 2008; SANTOS; PERES; BENEZ, 2002). Fischler (1995, p.74) utiliza as expressões “silhuetas esguias” e “silhuetas obesas” ao falar dos diferentes valores atribuídos aos tipos físicos. Se, de um lado, temos sujeitos que possuem atributos positivos pela sua aparência física, de outro temos os incapazes de se controlar diante da comida, os “transgressores” e que, implicitamente se traduz em julgamento moral contra os

obesos. Ainda segundo este autor, o obeso pode ser visto como egoísta, por comer mais do que os outros (os não obesos). Perguntamos-nos que valores os sujeitos entrevistados atribuem aos tipos físicos.

No entanto, em estudo realizado na França sobre a percepção da gordura masculina, Fischler observou que, não só os atributos são despendidos entre o corpo gordo e o corpo magro; o gordo por si só recebe duplo estereótipo. Ao mesmo tempo em que é associado ao bom humor, alegria e simpatia, pode despertar um sentimento de reprovação e sua associação com a doença, a depressão e a tristeza. É o “obeso benigno” (gordo bom) e o “obeso maligno” (gordo mau). Dependendo da profissão, por exemplo, há diferenciação na forma de interpretar a gordura corporal. No caso de estivadores, ao invés da gordura representar excesso, indica a presença de músculo. Ou seja, o obeso é então rotulado como forte (gordo bom) ao invés de gordo (gordo mau) (FISCHLER, 1995, p.71). Em estudo realizado em Salvador, Bahia, o sujeito com obesidade mórbida também foi associado à ideia do gordo alegre e expansivo. Embora externamente o gordo pareça ser essa pessoa, na verdade para ele próprio a obesidade é vista como uma experiência triste, carregada de sentidos e significados (FONTES, 2008).

Os diferentes pontos de vista sobre as formas diversas de representar o corpo contribuem para afirmarmos que dados epidemiológicos, embora de extrema relevância para conhecer a situação nutricional de certa região, não são suficientes para compreender os aspectos subjetivos da obesidade mórbida. A obesidade “é uma complexa rede de sinais, signos e sintomas que não são observáveis ou fogem a qualquer tipo de classificação” (VASCONCELLOS; SEPÚLVEDA, 2011, p.96). Com base em toda essa discussão cabe refletirmos sobre a valorização do corpo magro pela sociedade como um ideal de imagem corporal e a discriminação do gordo em diversas culturas.

1.3 **Modelo ecológico e a obesidade**

Embora seja do campo da epidemiologia, utilizamos o modelo ecológico como uma possibilidade para conectar dados quantitativos e qualitativos uma vez que este modelo nos auxiliou a compreender a relação entre o sujeito e os elementos que

faziam parte da sua história de vida. Por exemplo, contribuiu para identificarmos alguns fatores ambientais que faziam com que os obesos se percebessem obesos.

Iniciaremos este item com a seguinte assertiva: “o corpo é parte do ambiente em que vive e, como tal, se apropria do ambiente a cada momento”. Da mesma forma, a doença não está isolada do sujeito e é dependente do ambiente (CARVALHO; MARTINS, 2004, p.1004). Pensar as causalidades do corpo obeso e o seu tratamento é também refletir sobre as influências do ambiente para este sujeito; seja o ambiente físico, social, político e econômico que a sociedade está vivendo. Aspectos biológicos e comportamentais também fazem parte dessa rede de influências no equilíbrio entre os níveis de gordura corporal (EGGER; SWINBURN, 1997).

O comportamento como causa do ganho de peso tem sido objeto de estudos que tem como objetivo conhecer os determinantes ambientais de tal ganho. Estudos denominados ecológicos, bem como ferramentas como ANGELO (*Analysis Grid for Environments Linked to Obesity*) e *Determinants of Physical Activity and Eating Behavior* tem sido úteis nesse sentido (KREMERS *et al*., 2006). O conceito básico de um modelo ecológico parte do princípio de que os problemas de saúde pública são suficientemente complexos de compreender, considerando alguns níveis de influência isoladamente (STOKOLS, 1996). Portanto, é necessário assumir que o comportamento possui diversos níveis de influências, tais como: intrapessoais (influências biológicas e psicológicas), interpessoais (inclui as influências sociais e culturais), organizacionais, ambientais (condições físicas e sociais) e políticas.

No item anterior abordamos a influência da sociedade em que vivemos na construção de um corpo físico sem que haja respeito à subjetividade, aos valores e saberes. A proposta de estudos epidemiológicos por meio do modelo ecológico como ferramenta é capaz de ampliar seus olhares a fim de se aproximar de uma realidade que não é estanque e limitada.

Este tipo de modelo foi aplicado pela primeira vez nos Estados Unidos como forma de reduzir o uso de tabaco no país (SALLIS; OWEN; FISHER, 2008) e, desde então, vem sendo utilizado para orientar as estratégias de intervenções em outros campos como para reduzir a inatividade física e promover a prática de exercício físico regular (STOKOLS, 1996), reduzir o consumo de bebida alcoólica, prevenir a obesidade por meio da alteração do layout da escola incentivando a prática de

atividade física e a alimentação saudável (GORMAN et al., 2007), entre outras aplicações.

Para que o modelo ecológico seja aplicado na promoção de hábitos de vida saudáveis são propostos quatro princípios fundamentais (SALLIS; OWEN; FISHER, 2008; STOKOLS, 1996):

1. Considerar que os comportamentos de saúde podem ter a influência de diversos fatores em diferentes níveis (intra e interpessoal, comunitário, organizacional e político) e que o modelo ecológico é considerado “inovador”, pois inclui todas estas influências e não se concentra em um ou dois níveis.
2. As influências sobre os comportamentos interagem entre os múltiplos níveis. No entanto, pode representar uma tarefa difícil discernir qual interação deve ser valorizada e utilizada como objeto de intervenção. Este se apresenta como um desafio da pesquisa.
3. O modelo ecológico é mais efetivo para guiar pesquisas e intervenções quando é aplicado a comportamentos de saúde específicos (*behavior-specific*). Por exemplo, avaliar quais são as variáveis ambientais e políticas de um determinado comportamento, como a existência de ciclovias e quadras poliesportivas no bairro ou de pontos de venda de frutas e hortaliças, políticas de regulamentação de propagandas, entre outras, podem facilitar o planejamento de uma intervenção.
4. E, finalmente, os modelos ecológicos orientam o desenvolvimento de intervenções multi-nível, uma vez que intervenções pontuais, como em ambientes, podem não ser suficientes para gerar mudanças comportamentais individuais.

Promover o consumo de frutas e hortaliças nas escolas, por exemplo, sem que os alunos e as famílias sejam motivados a consumir estes alimentos e sem que tenham locais próximos às suas casas para comprar esses gêneros alimentícios não são medidas que garantirão resultado positivo para essa intervenção. Daí a importância dos modelos ecológicos na combinação de diferentes níveis para pensar uma estratégia de intervenção e alcançar mudanças substanciais nos comportamentos de saúde. Para Egger e Swinburn (1997) as mudanças necessariamente devem ocorrer no ambiente, se não, além do tratamento ser

ineficaz, as medidas de prevenção ficarão restritas à educação em massa e regulamentações.

O quadro ANGELO foi desenvolvido com o objetivo de identificar ambientes obesogênicos e propor intervenções. Ele considera os micro e macro ambientes como participantes na influência de um determinado comportamento. Os macro ambientes são, por exemplo, o sistema de educação e de saúde, mídia, as indústrias de alimentos, a produção e distribuição de alimentos, os sistemas de transporte entre outros. Estes influenciam os micro ambientes, como escolas, hospitais, domicílios, igrejas, mercados e locais de trabalho, e onde podemos identificar as influências no comportamento de acordo com aspectos físicos (o que está disponível?), econômicos (quais os fatores econômicos envolvidos?), políticos (quais as normas/ leis?) e socioculturais (quais as crenças, valores e atitudes?) (BRUG *et al*., 2008; CARTER; SWINBURN, 2004; SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

A dificuldade de desenvolver uma intervenção em macro ambientes é maior do que em micro ambientes visto que engloba setores que podem ser geograficamente difusos, além do alto custo e do tempo para que o desfecho seja alcançado. Por este motivo, geralmente os estudos são realizados em micro ambientes. Exemplos de intervenções em macro ambientes incluem prever medidas mais saudáveis nos planejamentos urbanos como a implementação de ciclovias. Já as intervenções voltadas para os micro ambientes é facilitada pelo fato do campo de ação ser relativamente pequeno e de serem fortemente influenciados pelos indivíduos (GORMAN et al., 2007; SWINBURN; EGGER; RAZA, 1999).

Alguns estudos utilizam o termo “teoria social ecológica” para abordar as influências não só individuais, como também as externas ao indivíduo, sobre os comportamentos em saúde. Estes fatores externos capazes de interferir em determinado comportamento dizem respeito às relações interpessoais, sociais, culturais e físicas (GORMAN et al., 2007).

Não pretendemos esgotar todos estes fatores ao abordar a obesidade mórbida. Nesta tese focamos nos sentidos e significados que este corpo tem para as pessoas que o possuem, e para os profissionais de saúde que lidam com estes indivíduos. Ou seja, as relações sociais e culturais estarão presentes nos seus discursos, bem como os aspectos ligados ao ambiente em que vivem. Mas, mesmo que não apareçam claramente as outras influências, devemos considerar em todo momento que estamos nos reportando a uma sociedade ocidental moldada pelo

capitalismo que tem como características o acúmulo. Acúmulo de capital, de bens de consumo e, por que não, acúmulo de gordura? Como fazer com que a sociedade siga dois sentidos opostos: o de consumir produtos alimentícios industrializados e o de não consumir e não ficar gordo, se tudo propicia esse mercado do consumo?

1.4 **Prevalência da obesidade mórbida e a cirurgia bariátrica como estratégia de tratamento**

Embora este item traga números da prevalência de obesidade mórbida no Brasil, seus custos financeiros e consequências indiscutivelmente limitantes para a saúde, cabe refletir sobre a rejeição social do sujeito obeso (e a consequente auto-rejeição) em uma sociedade ocidental e capitalista que tem o consumismo como uma de suas características. Parece contraditório que, enquanto a ordem é consumir (seja alimentos industrializados, produtos de beleza, roupas de marca e outros bens de consumo), a cobrança seja manter um padrão (o corpo magro; seja em academias para se alcançar o corpo magro, cirurgias estéticas para ficar sem barriga).

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2002-2003 em uma amostra populacional representativa do Brasil mostraram que, entre a população adulta, 0,95% de mulheres e 0,32% de homens apresentavam obesidade mórbida, ou seja, IMC maior ou igual a 40 kg/m^2 (SANTOS et al., 2010). Embora não pareça uma prevalência significativa, devemos ter em mente que os dados da situação nutricional no Brasil são alarmantes. Segundo os dados da última POF 2008-2009: 49% da população adulta (com 20 anos ou mais) (50,1% homens e 48,0% mulheres) tem excesso de peso e 14,8% (12,5% homens e 16,9% mulheres) são obesos. O número de adultos obesos mórbidos representa 3,6% (2,3% de homens e 4,7% de mulheres), ou seja, houve um aumento da prevalência de obesidade mórbida de sete vezes para homens (de 0,32 para 2,3%) e cinco vezes para mulheres (de 0,95 para 4,7%). A prevalência de obesidade era maior com o aumento da idade até a faixa etária de 45 a 54 anos para os homens e de 55 a 64 anos para as mulheres. No que diz respeito ao estado nutricional estratificado por sexo e segundo a região do país e situação de domicílio, 58,1% dos homens e

56,1% das mulheres da região Sul tinham excesso de peso. A obesidade também foi mais frequente em homens (16,4%) e mulheres (19,3%) da região Sul. No que tange à renda familiar, a prevalência de déficit de peso diminuiu nos extratos de menor renda e o excesso de peso e obesidade aumentaram com a renda, no sexo masculino. Para as mulheres, a maior frequência de excesso de peso e obesidade foi encontrada nas classes de renda intermediárias (IBGE, 2010).

De acordo com outro inquérito realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal em 2013 – Vigitel, 50,8% da população tinha excesso de peso (54,7% homens e 47,4% mulheres) e, da mesma forma que o observado na POF 2008, houve aumento da frequência com a idade (até 54 anos de idade nos homens e até os 64 anos nas mulheres). Em mulheres a frequência de excesso de peso aumentou com a diminuição da escolaridade. Em relação à obesidade 17,5% da população adulta das capitais e do DF eram obesas (BRASIL, 2014). Cabe aqui mencionar que, com o aumento do excesso de peso, aumentam também as prevalências das comorbidades, entre outras doenças associadas como as doenças pulmonares, ortopédicas (pés planos, aumento do risco de fraturas), gástricas e endócrinas (MAZZOCCANTE; MORAES; CAMPBELL, 2012). Em consequência, além da diminuição da expectativa de vida, aumentam os custos para o tratamento da obesidade. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) no ano de 2012 foi gasto em torno de trinta e cinco milhões e trezentos mil reais com a obesidade, na faixa etária de 20 a 59 anos, sendo a região sul a que mais gastou (aproximadamente dezoito milhões)[5].

Dentre os fatores relacionados ao aumento da prevalência de obesidade no Brasil têm sido destacadas as mudanças nos padrões alimentares da população, com maior consumo de alimentos industrializados e altamente calóricos, estimulados pela indústria de alimentos e pela mídia, bem como a redução das atividades físicas com o advento das máquinas (automóveis, computadores entre outras facilidades) que fazem parte de nossas vidas. Somos estimulados a consumir tudo o que pode facilitar o nosso trabalho e, nessa perspectiva o alimento tornou-se uma mercadoria; algo explorado pela publicidade (BLEIL, 1998; MONTEIRO et al., 1995).

Enquanto antigamente as restrições alimentares estavam mais relacionadas a aspectos religiosos e espirituais, no século XXI estas restrições acontecem com

[5] Dados gerados por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), através do site http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def

caráter mais voltado para o estético. O alimento deixa de ter o seu aspecto de comida (no sentido de agregar simbolismos ao ato de comer) para ser consumido como medicamento. Deixar de comer parece ter como principal motivador a aceitação social e de si mesmo; transformar o corpo considerado “feio” em um corpo tido como “bonito” e um símbolo de distinção social. Mas, nem por isso, deixa de existir o que nos parece ser contraditório na relação do corpo com o alimento em nossa sociedade. Ao mesmo tempo em que a oferta de uma grande variedade de alimentos nos convida ao consumo exagerado de calorias vazias, alimentos industrializados, *fast foods* e alimentos ricos em gorduras e sal, a sociedade impõe regras rígidas para atendermos as concepções de beleza e saúde e do “marketing do corpo”. Engordar, na sociedade atual, não corresponde ao ideal estético (CONTRERAS; GRACIA-ARNAIZ, 2011, p.293; FREITAS, 2002; GRACIA-ARNAIZ, 2013).

Consequentemente, do corpo que não se enquadra nos requisitos são cobradas mudanças, sejam elas por meio de cirurgias plásticas ou de práticas de controle de peso inadequadas. Não importando o meio ou as consequências que possam acarretar, como baixa autoestima ou uma possível culpabilização de si mesmo (ANDRADE; BOSI, 2003; SUDO; LUZ, 2007). Este aprisionamento à imagem vista no espelho evidencia a preocupação com o peso como uma das razões para o aumento das intervenções cirúrgicas realizadas com fins estéticos.

De 1999 a 2006 o número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS aumentou de 63 para 2.528 por ano, sendo a região Sudeste o local com maior número (1.200) e o Norte com menor número (81) (SANTOS et al., 2010). Em 2013 foram 6.493 cirurgias bariátricas[6]. De acordo com os dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), de setembro de 2007 a agosto de 2008, 73% das cirurgias realizadas no Brasil tinham fins estéticos. Estas foram feitas, mais frequentemente, em pessoas que tinham entre 19 e 35 anos de idade (38%) (SBCP, 2009). Estes dados nos mostram o caráter banal que as cirurgias vêm assumindo e a urgência em se modificarem os significados e símbolos que estão imbricados no padrão de beleza divulgado e aceito pela sociedade atual. Cada parte do corpo passou a ser uma matéria prima a ser esculpida, redefinida, fabricada e submetida ao “*design* do momento” (LE BRETON, 2011, p.28).

[6] Dado disponível no Portal Brasil: http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/aumenta-numero-de-cirurgias-bariatricas-realizadas-pelo-sus. Acesso em 03/04/2014.

Dada a complexidade desse assunto e o reduzido número de publicações sobre a obesidade mórbida, algumas questões iniciais surgiram como reflexão: quais são as estratégias que os pacientes do Centro de Referência em Obesidade buscam para tentar perder peso? Quando começa sua história com a obesidade? Como ele se percebe em relação a obesidade mórbida? Que leituras podemos fazer do corpo obeso mórbido? Como o sujeito obeso responde à cobrança da sociedade por um corpo magro? A cirurgia bariátrica não foi considerada como foco de estudo. Porém, uma vez que promove perda de peso significativa e auxilia no tratamento das morbidades relacionadas à obesidade (HINTZE et al., 2011) ela foi mencionada nos relatos dos pacientes durante os encontros do grupo de pacientes no centro de tratamento de obesidade. Assim, outras questões nos despertaram inquietude: o que estes pacientes, que colocam na mão do médico toda a esperança de que com a cirurgia bariátrica vão se sentir melhor, esperam após a cirurgia? O quê os motiva a pensar que serão “outra pessoa” após a cirurgia? Encontraremos algumas dessas respostas ao longo do trabalho de campo. Outras, não serão esgotadas, mas servirão como reflexões sobre o tema.

2 **METODOLOGIA**

2.1 **Referencial teórico**

Esta é uma pesquisa qualitativa inserida no campo da Alimentação e Nutrição, em diálogo com as Ciências Sociais e Humanas. Para cumprir o principal objetivo deste estudo, que é trabalhar com os sentidos e significados do corpo obeso mórbido, utilizaremos a perspectiva da abordagem compreensiva, de Jean-Claude Kaufmann, o conceito de disciplina (Michel Foucault), de sociedade de controle (Gilles Deleuze) e saúde e doença, normal e patológico, segundo Georges Canguilhem. Na discussão sobre o corpo como algo que sempre é modificado de acordo com a vontade, utilizamos David Le Breton e José Carlos Rodrigues. Para falar do cuidado em saúde e do "projeto de felicidade", utilizamos o autor José Ricardo Ayres.

Não pretendemos fazer neste trabalho uma discussão sobre biopoder e biopolítica, outros conceitos utilizados por Foucault (1999), mesmo considerando que esses poderiam contribuir. Trabalhamos com o conceito de disciplina como forma de poder sobre o corpo; seu adestramento. Segundo o autor, o corpo da sociedade disciplinar estava enclausurado aos métodos de controle e de dominação; o que ele denominou "disciplina". Este aspecto submisso confere ao corpo a ideia de objeto, máquina, que é trabalhado nos detalhes. É o corpo que é individualizado e o rigor do tempo garante a sua qualidade de utilização; o bom emprego do corpo, o máximo de rapidez alcançando o máximo de eficiência. Em se tratando de obesos mórbidos pensamos sob o olhar da (in)disciplina como forma de tornar esse sujeito culpado por não estar seguindo as regras sociais.

Deleuze trabalha a sociedade de controle de forma a considerar que, após a segunda guerra mundial "sociedades disciplinares é o que deixávamos de ser". Não era mais suficiente ter um corpo disciplinado somente nos sistemas fechados. Desta forma, o poder sobre os corpos dóceis extrapolaram as fábricas, escolas, prisões e manicômios e passaram a controlar ao ar livre, com uma suposta ausência de limites e em tempo contínuo. Utilizamos a sociedade de controle, pois temos o interesse de

conhecer a forma com que os sujeitos obesos operam esse controle, situados em um serviço de saúde. O (des)controle do peso, da alimentação entre outros.

Le Breton, em seu livro *Adeus ao Corpo* (2011, p.15-16), traz a reflexão do corpo como um objeto que não passa de uma matéria-prima a ser melhorada, um "simples suporte da pessoa" formado por *peças* que podem ser substituídas; "rascunho a ser corrigido". Esse corpo, que é comparado à máquina, nada sente. Está não só separado da alma, como também dissociado do próprio sujeito. Ou seja, uma vez que "não é possível mudar suas condições de existência, pode-se pelo menos mudar o corpo de múltiplas maneiras" (LE BRETON, 2011, p.28) com o objetivo de mostrar para os outros a identidade escolhida pelo sujeito (provisória ou não). Trazer para a superfície (o corpo físico) a sua interioridade (o sujeito). Utilizaremos este conceito para embasar a nossa análise a respeito das diferentes tentativas de mudanças no corpo para se adequar a um tipo físico "adequado".

Rodrigues (2006, p.49) aborda a plasticidade do corpo, trabalhada por Le Breton, comparando-o a uma massinha de modelar; moldado conforme as disposições da sociedade. "Classificamos as pessoas quanto à 'aparência', habilitando-as ou não a determinados empregos e a frequentar certos lugares."

Por se tratar de um trabalho que será realizado em um serviço de saúde consideramos pertinente trazer a discussão sobre o cuidado e as práticas de saúde, principalmente com vistas a trabalhar com os profissionais de saúde. O cuidar vai além das capacidades técnicas e da visão segmentada; vai além da doença. O exercício de escutar e recorrer aos saberes populares, crenças e valores pessoais torna este conceito mais amplo e traz para a prática em saúde a noção de atenção integral. Além disso, colabora para a participação do paciente no seu tratamento e para que ele exerça seu papel de sujeito (AYRES, 2004a, 2009).

> Mas dizíamos que não basta apenas escutar, ver e tocar mais. Na verdade, quando tomamos essa atitude já estamos fazendo diferente: a quantidade muda a qualidade. Mas é preciso ser ainda mais radical quando se almeja o cuidado [...] temos sustentado a ideia de projeto de felicidade como uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de cuidado. (AYRES, 2009, p.18).

Ao falar desse projeto, Ayres (2009, p.19) não associa a felicidade à alegria ou, ausência de sofrimento, como no senso comum. Felicidade é mais abrangente; é

o que nos guia na tomada de decisões, nas nossas ações em busca de alcançarmos nossos projetos de vida. É o nosso “horizonte normativo”.

Para trabalhar com a saúde e a doença utilizamos Canguilhem (2009). Conforme abordado no item 1.2 desta tese (Sujeito obeso: entre a norma e o modelo biomédico), segundo ele as diferenças entre saúde e doença, normal e patológico são variações qualitativas, e não quantitativas (como na biomedicina). A saúde se caracteriza pela possibilidade de ultrapassar as normas que limitam as condições de vida e instituir novas regulações para as novas situações. Ou seja, ser sadio é ser normativo no sentido de normatividade vital; implica em melhoria da qualidade de vida. Quando o sujeito perde a capacidade normativa face às exigências do meio falamos de adoecimento, ou de diminuição da normatividade vital. Visto que trabalhamos com a concepção da obesidade mórbida, sua associação com a doença, com o desvio entre outros aspectos, acreditamos que este autor poderá nos auxiliar.

2.2 **Campo e procedimentos metodológicos**

2.2.1 Local da pesquisa

Sem que as áreas técnicas da saúde tivessem feito parte da decisão para a sua criação, em Agosto de 2011, por meio de publicação em Diário Oficial, foi inaugurado no município do Rio de Janeiro o primeiro Centro de Referência em Obesidade. A área técnica de Nutrição foi envolvida posteriomente no processo de seleção dos profissionais, elaboração de protocolos, bem como em outros processos. Este era vinculado ao Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD)/ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Sua missão é acolher e assistir integralmente os usuários do SUS com obesidade grau III e alterações metabólicas relacionadas, além de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e pesquisa nesta área.

Em relação a localização e à estrutura física, este centro localiza-se em um prédio de três andares que funciona uma clínica da família, em um bairro de baixa

renda na zona norte. O CRO conta com uma equipe multidisciplinar composta por nutricionista, médico, enfermeiro, psicólogo, educador físico e pessoal administrativo. Atualmente cadeiras e alguns equipamentos adequados a pacientes obesos mórbidos foram adquiridos, no entanto, o espaço físico não é suficiente para atender às demandas do centro. Nos momentos em que as salas disponibilizadas para o CRO ou de outras equipes estão sendo ocupadas, algumas atividades de grupo, ou mesmo, atendimentos individuais são feitos no hall da clínica; um espaço de circulação.

Após a abertura de outros dois Centros de Referência em fevereiro de 2012 em bairros também da zona norte, o CRO em que realizamos o estudo começou a atender somente pacientes residentes nas Regiões Administrativas (RA) 5.1, 5.2, 5.3 e parte da 3.0. Ou seja, moradores de bairros como Bangu, Padre Miguel, Barra de Guaratiba, Campo Grande, Paciência, Santa Cruz, Acari, entre outros[7]. Os bairros atendidos apresentavam baixo Índice de Desenvolvimento Social (IDS), índice que contempla dimensões como o acesso a saneamento básico, a qualidade habitacional, o grau de escolaridade e a disponibilidade de renda do município do Rio. Parte dos atendimentos realizados é feito em virtude de encaminhamentos de outros centros de saúde, podendo o paciente chegar ao centro também por iniciativa própria, desde que sejam cumpridos os critérios de inclusão.

Em se tratando de adultos os critérios de inclusão para acompanhamento no centro são: ter, no mínimo, 18 anos de idade, ter IMC acima de 40 kg/m^2, associado ao diabetes e outras comorbidades, ou pessoas com IMC maior ou igual a 60 kg/m^2 sem comorbidades. Nos casos das crianças e adolescentes o critério de inclusão é apresentar curva de crescimento acima do percentil 97.

Até julho de 2015, o CRO estudado realizou 457 atendimentos a pacientes, na sua maioria, mulheres. Atualmente o centro tem 181 pacientes ativos, ou seja, que frequentam as atividades desenvolvidas e consultas oferecidas no CRO.

A rotina dos CRO consistia em dividir os pacientes acompanhados em grupos que eram atendidos quinzenalmente pela equipe multidisciplinar e, semanalmente, pelos educadores físicos. A minha inserção como participante de um destes grupos foi desde o primeiro encontro, em agosto de 2012. A programação desses

[7] A Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro divide a cidade em 5 áreas de planejamento (AP) e 33 regiões administrativas (RA). A relação completa dos bairros que fazem parte das RA 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3, está disponível no site http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairroscariocas/index_ra.htm

encontros, feita pelos profissionais de saúde do centro, contemplava dez encontros até o final de 2012 com assuntos pré-definidos por eles, porém com certa flexibilidade, e os outros momentos (primeiro semestre de 2013) aconteceriam de acordo com a demanda dos pacientes. Com o passar dos meses o grupo foi se esvaziando e a equipe achou prudente não manter a rotina dos encontros, somente as consultas individuais agendadas regularmente com os profissionais de saúde.

Depois de algum tempo de funcionamento a equipe que trabalha no centro foi adaptando o fluxo de recepção dos usuários. Após algumas modificações, o modelo utilizado atualmente é o que o primeiro encontro é realizado em um “grupo de acolhimento”, feito pela enfermeira, e cujo objetivo é apresentar o serviço, verificar os critérios de admissão ao serviço e conhecer as expectativas dos usuários. No segundo momento, após o paciente atender os critérios de inclusão, ele é encaminhado para o “grupo do conhecimento”, que geralmente tem como coordenadores dos encontros a enfermeira e a psicóloga, ou dois outros profissionais. Nestes encontros são discutidas questões referentes à hipertensão, diabetes, alimentação saudável, ansiedade, autocuidado, entre outros temas. A partir daí os usuários são agendados para as consultas individuais com cada profissional.

Existem ainda na rotina de atendimento os grupos “corpo em movimento”, coordenado pelo educador físico e enfermeira; “saúde em foco”, um grupo aberto a usuários que não fazem parte do CRO cujo objetivo é discutir temas de saúde e as “oficinas culinárias”, coordenadas pela nutricionista e psicóloga com o objetivo de estimular a adoção de hábitos mais saudáveis e a criatividade em adaptar receitas. Recentemente a psicóloga iniciou o “grupo terapêutico”, criado com o objetivo de oferecer um espaço para o diálogo e a reflexão dos usuários do centro, porém iniciado após o término do trabalho de campo.

2.2.2 Informantes da pesquisa

O presente estudo foi realizado entre os anos de 2012 e 2015 no CRO localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, com os usuários do centro e com os profissionais de saúde que ali trabalhavam, tais como médico, nutricionista,

psicólogo, educador físico e enfermeiro. A decisão em estudar também os profissionais de saúde se deu pelo fato de nos parecer fundamental esta aproximação para nos auxiliar a entender melhor a forma que pensam esses sujeitos obesos mórbidos.

Antes de selecionar os participantes da pesquisa, realizamos visitas ao CRO a fim de conhecer o centro e as suas atividades, e identificar os sujeitos. Estes sujeitos identificados como possíveis participantes frequentavam o centro no horário da manhã, turno em que eu realizei as visitas ao centro. Posteriormente, participei de quatro encontros do grupo do CRO, como observadora participante, a fim de me aproximar dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos seus contextos. Este grupo era formado por nove pacientes, entre eles um homem e oito mulheres, e nele eu participava das atividades coordenadas pelos profissionais e registrava minhas percepções e algumas falas tantos dos usuários como dos profissionais. Tinham duração de duas a três horas aproximadamente. Não tive dificuldade nessa inserção no grupo; fui bem recebida, acolhida e consegui criar vínculos com os participantes do grupo.

Após contato telefônico para convidar os participantes deste grupo para o estudo, conseguimos realizar sete entrevistas, todas com mulheres. Não tivemos nenhuma recusa em participar, pelo contrário, todas se mostraram disponíveis e interessadas em colaborar. Os dois outros usuários (um homem e uma mulher) que faziam parte deste grupo não participaram da pesquisa uma vez que deixaram de serem acompanhados no CRO e não foram localizados.

Tanto as entrevistas das usuárias quanto as realizadas com os profissionais de saúde foram realizadas no próprio CRO, individualmente, nas salas em que eram realizados os atendimentos individuais ou nas salas em que eram feitos os grupos de encontro. No entanto, no mesmo andar das salas destinadas ao funcionamento do CRO outras equipes da clínica da família também tinham suas salas e, em alguns momentos, foram realizadas atividades com os pacientes em um hall comum. Durante algumas entrevistas este espaço estava sendo ocupado, o que dificultou a qualidade da gravação e, consequentemente, no momento da transcrição. Parte desses trechos que não puderam ser transcritos em função dos ruídos foram recuperados já que registrei muitas das falas dos informantes no momento das entrevistas.

Para melhor compreendermos os relatos incorporados no capítulo 3 (resultados e discussão), segue abaixo um breve perfil das usuárias entrevistadas. Os nomes foram alterados conforme escrito no TCLE, e atendendo os aspectos éticos. Dados como altura, peso que chegou ao CRO e peso atual foram coletados do prontuário.

Informante 1: Célia, 68 anos, solteira, do lar, diabética, hipertensa, completou a quarta série do ensino fundamental, altura =1,53 m, peso que chegou no CRO= 94,55kg, excesso de peso desde a infância agravando-se na adolescência, peso atual=105,10kg, IMC atual=44,89 kg/m^2;

Informante 2: Maria, 60 anos, casada, do lar, diabética, hipertensa, dislipidêmica, completou a primeira série do ensino fundamental, altura =1,41 m, peso que chegou no CRO= 95,25kg, excesso de peso desde a infância agravando-se após as gestações, filhos já fizeram cirurgia bariátrica, peso atual=94,50kg, IMC atual =47,53 kg/m^2;

Informante 3: Gold, 58 anos, divorciada, aposentada por invalidez, hipertensa, depressiva, completou a quinta série do ensino fundamental, altura =1,57 m, peso que chegou no CRO= 105kg, excesso de peso agravado após as gestações, sofre de compulsão alimentar, peso atual=102,75kg, IMC atual =41,68 kg/m^2;

Informante 4: Vera, 54 anos, viúva, aposentada, diabética, hipertensa, iniciou o ensino superior mas não completou, altura =1,61 m, peso que chegou no CRO= 124,50kg, excesso de peso desde a infância agravando-se após falecimento do marido, fez a cirurgia bariátrica em fevereiro de 2013 enquanto era acompanhada no CRO, peso atual=127,40kg, IMC atual =49,19 kg/m^2;

Informante 5: Cristina, 50 anos, casada, passadeira, hipertensa, completou a segunda série do ensino fundamental, altura =1,51 m, peso que chegou no CRO= 142,60kg, excesso de peso na fase adulta, peso atual=143,30kg, IMC atual =62,85 kg/m^2;

Informante 6: Penha, 49 anos, solteira, do lar, hipertensa, depressiva, completou o ensino fundamental (oitava série), altura =1,69 m, peso que chegou no CRO= 149,85kg, excesso de peso desde a infância agravando-se após as gestações, peso atual=147,50kg, IMC atual =51,64 kg/m^2;

Informante 7: Nira, 56 anos, viúva, cozinheira, diabética, hipertensa, depressiva, completou o ensino fundamental (oitava série), altura =1,47 m, peso que chegou no CRO= 94,70kg, excesso de peso desde a infância agravando-se após cirurgia para retirada de mioma, peso atual=93,35kg, IMC atual =43,20 kg/m^2;

Em relação às entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, o convite para a participação no estudo foi feito pessoalmente e, como informado acima, as entrevistas também foram realizadas no CRO. Conseguimos realizar a entrevistas com as cinco categorias profissionais, sem recusa. Abaixo seguem algumas informações sobre formação e experiência prévia dos profissionais de saúde entrevistados, coletadas nas entrevistas:

Profissional 1: enfermeira, formada em 2010, a experiência que tem em trabalhar com obesidade mórbida é do tempo que trabalha no CRO (há 1ano e 8meses, aproximadamente)

Profissional 2: nutricionista, formada em 2006, especialista em nutrição e clínica e mestranda, trabalhou por mais ou menos 4 anos em consultório com pré e pós operatório de cirurgia bariátrica, começou a fazer parte da equipe do centro em 2014;

Profissional 3: psicóloga, formada em 2006, com especialização em saúde mental e experiência profissional nessa área, fez mestrado e atualmente, faz doutorado. Até entrar no CRO, em 2012, não tinha experiência com obesidade mórbida;

Profissional 4: médico endocrinologista, formado em 2007, com experiência profissional com pacientes obesos pós cirurgia bariátrica, trabalha no CRO desde final de 2013.

Profissional 5: educador físico, formado em 2012, com duas especializações, atualmente faz mestrado. Até entrar no CRO, desde a sua inauguração, em 2012, sua experiência com obesidade mórbida havia sido em estágios.

2.2.3 Técnicas e instrumentos de pesquisa

Como mencionado no item anterior acompanhamos os encontros planejados pelo centro, por meio da técnica de observação participante. Trata-se de uma ferramenta que possibilita conhecermos os atores e obter informações por meio não só da observação, mas da troca de experiências e convívio (FERNANDES, 2011). Na visita inicial várias questões surgiram e que facilitaram a construção do projeto, a definição da técnica que utilizamos com os pacientes e a construção de um roteiro prévio das entrevistas semiabertas. A cada encontro falas, observações e as atividades realizadas eram registradas.

Depois de ter conhecido melhor o grupo (e do grupo ter me conhecido), nos pareceu pertinente utilizar a técnica de entrevista semiaberta e individual, para trabalhar os sentidos e significados da obesidade mórbida. Entramos em contato com cada um dos participantes do grupo para fazer o convite para participar da pesquisa. Durante a entrevista buscamos conhecer um pouco da vida do sujeito no que concerne o corpo, suas percepções, crenças, valores, bem como seus sentimentos em relação ao corpo gordo, suas expectativas com o serviço, sua relação com os profissionais de saúde, entre outros aspectos que surgiram. Antes das entrevistas com os usuários era feita uma leitura do prontuário a fim de conhecer um pouco melhor aqueles sujeitos que seriam entrevistados. Saber da rotina de atendimentos, das queixas com os profissionais, suas frustrações e conquistas registradas pelos profissionais em prontuário. Observamos que alguns acontecimentos das histórias de vida dos obesos nem sempre foram mencionados na entrevista, mesmo que estimulados, como casos de violência doméstica e abuso sexual. Nestes casos, estes temas não foram aqui discutidos.

Para o momento da entrevista utilizamos os ensinamentos de Kaufmann (2013, p.68) em seu livro “A entrevista compreensiva”. Segundo o autor “a particularidade da entrevista compreensiva é a de utilizar as técnicas de investigação

como instrumentos flexíveis e evolutivos: a caixa de ferramentas será aberta e a invenção metodológica é rigorosa".

Seguimos um roteiro previamente elaborado, com o objetivo de nos ajudar na condução da entrevista (APÊNDICE A). No entanto, como o próprio autor cita "a melhor pergunta não está posta na grade: ela deve ser encontrada a partir do que acaba de ser dito pelo informante" (KAUFMANN, 2013, p.81). A entrevista compreensiva deve ser conduzida como um diálogo entre duas pessoas, buscando uma interação. No entanto, este momento não deve ser longo o suficiente, pois isso desestruturaria a entrevista e poderia criar uma "troca superficial" (KAUFMANN, 2013, p.79). É importante tomar cuidado com as possíveis interferências, para não atrapalhar o sujeito a se posicionar sobre o seu corpo; conhecer os fatos que considera importantes na sua vida e suas influências/ consequências. Devemos estar abertos e atentos para captar os sentidos e significados que o outro atribui às coisas

O número de entrevistas feitas com cada paciente dependia da necessidade em explorar determinado assunto considerado pelo pesquisador imprescindível para a compreensão dos significados da obesidade mórbida. No entanto, os assuntos foram suficientemente abordados ao longo de uma única entrevista por cada uma das sete usuárias. As entrevistas foram realizadas em sala cedida pelo CRO, todas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A aproximação com os profissionais de saúde que atendiam no CRO também aconteceu por meio de entrevistas, do tipo semiaberta (APÊNDICE B). Após participar do grupo identificamos alguns assuntos para serem abordados durante as entrevistas, como: sua visão em relação à obesidade mórbida, vínculo estabelecido com o paciente, vitimização do paciente, jogo estabelecido na relação com o paciente, entre outros. Estes nos nortearam na construção do roteiro de entrevista. Cinco entrevistas foram feitas com os profissionais de saúde que ali trabalhavam, uma para cada especialidade (enfermeira, nutricionista, psicóloga, endocrinologista e educador físico).

2.2.4 Análise e interpretação dos “dados”

> Toda entrevista é de uma riqueza profunda e de uma complexidade infinita, cuja compreensão total é estritamente impensável. Seja qual for a técnica, a análise de conteúdo é uma redução e uma interpretação do conteúdo e não uma restituição de sua integridade ou de sua verdade oculta.
>
> *Kaufmann, 2013, p.40*

Para além de interpretar os sinais e sintomas da obesidade ou nos limitarmos ao tratamento da mesma, o foco deste trabalho foram os relatos sobre o cuidado com o paciente obeso mórbido e os sentidos e significados dos usuários em relação à doença.

Os áudios das entrevistas foram transcritos com a ajuda de outros pesquisadores (alunos de graduação do curso de nutrição). Após as transcrições terminadas, foi feita uma leitura simultaneamente com a escuta das entrevistas. Em seguida, realizamos uma leitura minuciosa do texto e marcamos as passagens que poderiam nos ajudar na fundamentação teórica.

Para a análise, em nenhum momento foi utilizado o nome verdadeiro do participante. Fizemos uso de fichas como uma das nossas ferramentas de trabalho e nelas, registramos nossas observações e informações importantes para a investigação do material. As minhas reflexões e ideias ao escutar e ler o material das entrevistas foram registradas nas fichas, bem como fragmentos das falas das usuárias. Quando necessário, utilizamos estas falas destacas em itálico no corpo do texto.

Durante a leitura de todo o material bem como para a interpretação do seu conteúdo utilizamos Kaufmann (2013, p.119), o qual prefere ser cauteloso ao chamar a sua análise como uma análise de conteúdo. O autor considera que este termo deve ser usado com cuidado, já que “o resultado não depende do conteúdo, simples matéria-prima, mas da capacidade analítica do pesquisador. O tratamento não consiste simplesmente em extrair o que está nas gravações e ordená-lo”. A análise compreensiva deve ir além do conteúdo; o pesquisador deve deixar-se

impregnar pelas emoções e surpresas para que novos caminhos de investigação sejam despertados. O fato do pesquisador se manter fixo as suas próprias ideias e não se deixar impregnar pelo novo torna as aquisições teóricas estagnadas e rígidas; sem ganhos com a liberdade do movimento.

Segundo o autor existe diferença na investigação do material quando ela é feita utilizando a transcrição integral ou quando se é utilizada a oralidade. No primeiro caso, o texto escrito é mais concentrado na linguagem, e por este motivo, tem menor possibilidade de aprofundamento. Já na oralidade, o silêncio, as entonações e as emoções devem fazer parte do texto; o que torna a investigação mais aprofundada e confere mais proximidade com a história da vida do sujeito entrevistado. Devemos nos permitir criar e recriar as categorias conceituais que surgem por meio da oralidade, e que também podem surgir com a escrita. A lógica compreensiva deste método permite que o pesquisador incorpore o papel do sujeito entrevistado, e, desta forma, surjam novos aspectos e as hipóteses sejam reformuladas (KAUFMANN, 2013). Com base nisso, os áudios foram ouvidos diversas vezes para que fôssemos impregnadas por aquela história de vida. O que nos interessava era conhecer a trajetória do ganho de peso e os sentidos e significados atribuídos às entrevistadas. A cada escuta, às vezes, a mesma fala despertava diferentes sentidos. E esta liberdade para imaginar a história da entrevistada foi importante e rica nesta etapa.

Nesses diferentes momentos da escuta e da leitura categorias de classificação foram recriadas e refinadas. Mas, mesmo com muito material acumulado, percebemos que alguns assuntos poderiam ter sido mais explorados e aprofundados. “É raro que no momento da redação final não apareçam tecidos frágeis, partes que não haviam sido previstas no início e sobre as quais a investigação foi muito rápida. O pesquisador deve então explorar ao máximo dos dados (...)” (KAUFMANN, 2013, p.141). Quando novas hipóteses deixam de ser formadas é quando o material alcançou a “maturidade”; a saturação (KAUFMANN, 2013, p.161).

2.2.5 Aspectos éticos

Todos os aspectos éticos presentes na Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS[8] foram respeitados na realização desse estudo, dentre eles: garantia de sigilo e privacidade dos participantes da pesquisa em todas as suas fases, garantia de que o participante recebesse uma via do TCLE (APÊNDICE C), redução dos riscos. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e recebeu parecer positivo identificado pelos números 816.998 e 902.619, respectivamente.

Todos os pacientes que participaram do grupo de obesos e profissionais de saúde tiveram a oportunidade de participar da pesquisa. Para confirmar a sua participação foi necessário assinar o TCLE.

Para garantir o anonimato foram oferecidos nomes fictícios para cada integrante da pesquisa. No momento da transcrição foi tomado o devido cuidado para a troca do nome. As informações colhidas durante as entrevistas foram utilizadas somente para fins da pesquisa, com a possibilidade de serem divulgados na forma de artigos, teses e apresentações em congressos.

Não houve riscos físicos relacionados aos procedimentos realizados neste estudo. No entanto, por trabalhar com um tema delicado – sentidos e significados do corpo obeso mórbido, a entrevista poderia gerar sentimentos de angústia, insegurança, medo ou vergonha em se expor. Além de: propiciar um momento de interação e reflexão sobre o tema, mobilizar os profissionais de saúde de forma a pensar a obesidade mórbida considerando o sujeito em sua subjetividade e propiciar a integralidade nas práticas de cuidado em saúde. Para minimizar os impactos, as entrevistas foram realizadas em ambientes tranquilos, com técnicas apropriadas de forma a estabelecer maior vínculo do pesquisador com o entrevistado.

Uma vez identificada alguma necessidade de acompanhamento em virtude da entrevista, o participante seria encaminhado para o psicólogo, o qual faz parte da equipe multidisciplinar do CRO que, regularmente, atende os usuários deste serviço. O que percebemos foi que todos os entrevistados sentiram-se à vontade durante as

[8] Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

entrevistas e que não foi necessário nenhum encaminhamento em função de algum desconforto gerado.

3 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Do ponto de vista metodológico, os resultados e discussão serão divididos em quatro partes a fim de facilitar a leitura e, mais especificamente, trazer enfoques diferentes para o material coligido durante o acompanhamento nos encontros do grupo de obesos do CRO e as entrevistas realizadas com sete usuárias e cinco profissionais de saúde.

Na primeira parte trazemos uma discussão mais teórica sobre a utilização da antropometria para a classificação do estado nutricional bem como o caráter estático deste índice. Na parte dois são abordados aspectos sobre a cobrança da sociedade ocidental por um corpo mais curvilíneo e como o sujeito obeso mórbido se sente frente a isso, a relação da felicidade com o tipo estético, além de percepções sobre saúde e doença. Na parte três deste capítulo é discutido a busca por tratamentos prévios e as motivações e expectativas dos obesos em relação ao CRO, bem como dos sentimentos e percepção em relação à cirurgia bariátrica. Para cumprir parte do objetivo geral e dois dos objetivos específicos (identificar os valores e crenças sobre obesidade mórbida na perspectiva dos profissionais de saúde do CRO e analisar a relação construída entre os pacientes e profissionais de saúde) construímos o item quatro.

3.1 **A classificação do estado nutricional e a percepção da obesidade**

> Esquecemos com frequência o quão absurdo é nomear o corpo como se fosse um fetiche, isto é, omitindo o homem que o encarna. É preciso ressaltar a ambiguidade que consiste evocar a noção de um corpo que só mantém relações implícitas, supostas, com o ator com quem faz indissoluvelmente corpo. (...) o corpo não é uma natureza. Ele nem sequer existe. Nunca se viu um corpo: o que se vê são homens e mulheres. Não se vê corpos.
>
> *Le Breton, 2010, p.24*

As reflexões contidas nesta seção surgiram durante o processo de elaboração do projeto de pesquisa, momento em que questionávamos (eu e meus pares) a impassibilidade dos parâmetros de avaliação quantitativa, no caso o uso do índice de massa corporal (IMC) e suas classificações, na definição de vida de uma pessoa, classificando-a como doente ou saudável. Para além disso, a fala de um membro da banca de qualificação, questionando sobre a origem da classificação do estado nutricional e a sua utilização de forma universal sem considerar as diferenças culturais ficou evidente a necessidade de construir uma reflexão sobre o assunto. Decidimos, então, trazer esta discussão para os resultados, uma vez que entendemos que esta é fruto de minhas experiências como nutricionista e dos momentos vividos no decorrer do meu trabalho de pesquisa.

Uma vez que nossa intenção é suscitar discussões sobre o uso do IMC no cotidiano dos serviços de saúde, torna-se importante delinear o surgimento da antropometria e da construção desse índice. Não temos a pretensão de realizar um tratado histórico sobre o assunto, mas demonstrar as bases em que aconteceram tais eventos. Por isso, com a permissão dos leitores, descreveremos somente alguns fatos históricos nesta trajetória, que segundo Tanner (1981) inicia na Grécia antiga, e nos permitiremos transpor rapidamente longos períodos sem nos atermos à sua descrição.

De antemão é importante compreender o surgimento da antropometria, o estudo das dimensões corporais, como instrumento para representar os cânones da beleza na idade média e na renascença. A antropometria nasce nas artes, impregnada pela filosofia pitagórica, que buscava a escala de proporções para se aproximar de uma representação humana ideal, divina. Isto é, se o ser humano havia sido criado à imagem e semelhança de Deus, e este, na tradição platônica-pitagórica era imanente na proporção e harmonia, as imagens retratadas nas pinturas e esculturas deveriam buscar esta proporcionalidade e beleza. Portanto, o surgimento da antropometria não se deu nas ciências, conforme Auguste Comte define (matemática, astronomia, física, química e fisiologia), ou na biomedicina (TANNER, 1981).

Somente no século XVII e XVIII o corpo humano começou a ser medido com o objetivo de entender o crescimento humano, seus determinantes e variações conforme a idade e localização geográfica. Foi nesse momento que passou a fazer

parte da medicina, tornando-se ao final do século XVIII uma prática científica. Esta abordagem iniciou com o crescimento físico das crianças, especialmente em orfanatos e maternidades; e com adolescentes que ingressavam no exército. No início do século XIX novas necessidades surgiram, e a antropometria passou a ser utilizada na avaliação da mão de obra em fábricas francesas e, principalmente, inglesas (TANNER, 1981; GONÇALVES; MAIO; SANTOS, 2012).

Entre 1826 e 1832 Adolphe Quetelet, um matemático belga, iniciou seus estudos com medidas de estatura e massa corporal de crianças e adolescentes, obtidas em maternidade, escolas, hospitais, pensões na cidade de Bruxelas. A fim de demonstrar as diferenças de crescimento entre os sexos, ele constrói as primeiras tabelas de massa corporal e estatura e a primeira fórmula para expressar velocidade de crescimento. Este tem sido considerado o primeiro estudo seccional de recém-nascidos e crianças baseado em medidas de estatura e massa corporal (TANNER, 1981; EKNOYAN, 2008).

Devido a sua paixão pela matemática e pelas artes (pintura e escultura) passa a aplicar a probabilidade e a análise matemática em estudos do corpo humano. Para Quetelet os números governavam o mundo, então como determinar a representação ideal (tipo) da beleza humana? A resposta para tal questão foi a construção de um *homme moyen,* termo utilizado por Quetelet para representar a pessoa com proporções harmônicas e bela,

> If the average man were completely determined, we might consider him as the type of perfection; and everything differing from his proportions would constitute deformity and disease; everything found dissimilar, not only as regards proportion and form but as exceeding the observed limits, would constitute monstrosity. […] An individual who combined in his own person all the qualities of the average man would… represent all which is grand, beautiful and excellent. (QUETELET, 1942, p.99-100 apud TANNER, 1981, p.128).

Desta forma, as pessoas que mantivessem suas medidas antropométricas na média seriam consideradas belas. Na tentativa de entender as proporcionalidades corporais e a relação entre a massa corporal e estatura de adultos, ele cria o índice de Quetelet, expressão matemática conhecida atualmente como índice de massa corporal (IMC).

Com a emergência do evolucionismo darwiniano, em meados de 1860, outras demandas apareceram para a antropometria, especificamente no âmbito da

antropologia física, que precisava classificar e diferenciar as “raças humanas” por meio de medições de diferentes partes do corpo e características morfoanatômicas, como cor da pele, cor e textura do cabelo, volume do cérebro, entre outras (SOUZA; SANTOS, 2012). As medidas antropométricas nesta época também serviram para a frenologia caracterizar possíveis criminosos. Com base no tamanho da cabeça as pessoas poderiam ser classificadas em diferentes tipos de caráter e comportamento. Esta foi uma das bases do movimento eugenista europeu.

Neste processo histórico percebemos que a antropometria, desde seu início, foi (e ainda é) usada como instrumento para a diferenciação e distinção das pessoas, assumindo por vezes um papel bastante negativo no que se refere a discriminação de pessoas, como foi o caso da eugenia racial.

Somente no início do século XX que o IMC começou a ser utilizado como ferramenta para classificar as pessoas com peso adequado ou não. A necessidade de um índice surgiu quando as indústrias de seguro de vida norte-americanas notaram o aumento de óbitos devido ao peso excessivo. Para resolver os problemas das seguradoras Louis Dublin propõe tabelas de pesos conforme estrutura pequena, média e grande. O peso médio para cada tipo seria considerado o desejável. No entanto, com o aumento das evidências da relação entre peso corporal e mortalidade, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, sobressai-se a importância do uso de um índice válido e prático. Após vários estudos concluiu-se que o IMC proposto por Quetelet caberia para cumprir este papel (EKNOYAN, 2008). O IMC foi então adotado pela OMS como sendo uma ferramenta mundialmente utilizada para classificar o estado nutricional do sujeito. Este índice considera a razão entre o peso atual (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros).

De acordo com a OMS, o sobrepeso é diagnosticado quando o IMC está acima ou igual a 25,0kg/m^2 e obesidade quando o valor está acima ou igual a 30,0Kg/m^2. No que diz respeito à severidade da obesidade esta pode ser dividida em graus I, II e III, ou obesidade leve, moderada e severa ou mórbida, respectivamente. Para o sujeito ser classificado com obesidade mórbida, objeto do nosso estudo, o IMC deve estar acima ou igual a 40,0kg/m^2 (WHO, 2003). O cálculo do IMC é muito útil em estudos populacionais como forma de traçar um perfil nutricional da população, planejar intervenções e formular políticas públicas eficazes no intuito de contribuir para o seu tratamento e prevenção. No entanto, não é suficiente quando olhamos o sujeito individualmente; suas particularidades. Partimos do princípio que

existe uma dificuldade inerente ao uso do IMC, pois o mesmo determina tão somente uma relação matemática que será comparada a um valor médio, o que pode transformar o sujeito em um ser obeso ou não, ou como Quetelet mencionou, em um ser humano normal ou monstruoso.

Ao definir um ponto de corte estaríamos em uma situação normatizadora e de controle, conforme destacado por Foucault e Deleuze? Segundo esses autores, independente se o corpo tinha que ser disciplinado ou controlado, ele encontrava-se "preso" a certas regras sociais. Para Deleuze a suposta ausência de limites e a evolução do mundo digital não só facilitou o controle do capital que circula ou da localização do sujeito por meio de GPS, como gerou mais controle. O que vemos é que cada vez mais o sujeito encontra-se num papel de ter que obedecer a normas e padrões, como se prender a intervalos baseados em estatísticas que classificam o estado nutricional do sujeito.

Nesse ponto de vista, podemos abordar a forma com que o discurso médico fala do corpo obeso, discurso este que requer medidas para classificação do grau de obesidade (cálculo do IMC e classificação da obesidade conforme os pontos de corte acima descritos), medicalização e cirurgia como forma de tratamento. Ou seja, discurso no qual termos como saúde/ doença, normal/ anormal são corriqueiramente utilizadas com o objetivo de classificar o sujeito dentro de uma norma (GONÇALVES; MIRANDA, 2012).

Conrad & Barker (2010) chamam de medicalização o processo em que os problemas ou experiências do sujeito se tornam problemas médicos; doença, síndromes e outras terminologias similares. E valeria à pena problematizar o efeito negativo disso que se apresenta como o encorajamento para soluções medicamentosas ignorando o contexto social e a complexidade do problema.

No parágrafo anterior falamos de corpo obeso. No entanto, para o sujeito com obesidade mórbida existe uma diferença entre ser obeso e ser gordo. Corpo gordo é uma categoria que não contempla esses critérios de classificação da terminologia médica (VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004). Na verdade, ao se descreverem, em momento algum as participantes referiram ao seu corpo como obeso. Esse termo, de fato, está distante delas. Falavam que eram "*gorda*", "*baleia assassina*", "*gordinha*" ou utilizaram algum outro termo pejorativo, como eram chamadas, tal como "*velha gorda*". Mas independente de quem tenha sido o locutor, estas palavras sempre estavam em um contexto de ofensas, que segundo Santos et al. (2010)

acaba por legitimar o preconceito e a discriminação na sociedade (e a discriminação consigo). Até mesmo se descrever como "*gordinha*" ou "*gorda*" pareceu haver diferença nas entrevistas.

O termo "*gordinha*" foi utilizado ao se referir ao início do seu ganho de peso ("*sempre fui gordinha*") ou ainda para falar de um estado que pareceu menos crítico do que ser "*gordo*" e mais aceitável (pessoalmente e socialmente). Ao se descreverem como "*gordas*" pareceram atribuir um caráter mais negativo, imbuído de tristeza, culpa e revolta. Como se houvesse uma classificação hierárquica: primeiro gordinho e depois, conforme ganha mais peso, fica gordo. Esta é a primeira questão; o corpo obeso no modelo biomédico e o corpo gordo carregado de simbolismos para aqueles que vivem com o excesso de gordura corporal.

Frente a isso a reflexão feita sobre essas diferenças extrapolou o que foi dito pelos interlocutores. O próprio título da tese gerou certo incômodo pelo o seu peso ao falar de obesidade mórbida. No entanto, ao longo do texto mantive esta denominação uma vez que essa é a terminologia utilizada pelos serviços de saúde. Segundo o dicionário de medicina[9], mórbido está ligado à doença; ao patológico. Mas qual seria o seu significado no senso comum? Este não foi um assunto explorado, mas o que mostramos acima foi que, para as usuárias do serviço, esse não é o termo utilizado, e sim, "gordo". Seria a noção de risco associada à obesidade e, por isso, ligado à morte o motivo pelo qual este termo não faz parte do senso comum?

Percebemos ao longo das análises que este risco é polissêmico; que tem um risco que se apresenta mais racionalizado, mais consciente, mais falado (o risco na concepção dos profissionais de saúde) e tem outro que se apresenta mais informal, numa linguagem de senso comum associado a um sentimento de insegurança, de vergonha, dentre outros sentimentos que serão discutidos mais a frente. Não pretendemos esgotar a noção de risco, somente problematizar de acordo com o que encontramos nas entrevistas.

Outro aspecto levantado por Anjos (1992, 2006) diz respeito à cautela necessária para o uso do IMC para a classificação do estado nutricional do sujeito. Faixas etárias diferentes e atletas, por exemplo, apresentam medidas de composição corporal diferentes, mesmo que tenham o mesmo IMC. Este aspecto

[9] Stedman Dicionário Médico, 25ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

conferiria maior ou menor risco de doenças ao sujeito, por exemplo, pela maior ou menor porcentagem de gordura corporal. Segundo ele, os pontos de corte utilizados na classificação deveriam considerar estas diferenças étnicas e de fases da vida, e, portanto, ter intervalos diferentes. Além disso, para que o IMC seja utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação nutricional é importante que outras medidas sejam incorporadas, tais como circunferência abdominal, dobra cutânea (subescapular e/ou tricipital) e/ ou percentual de gordura corporal.

No que tange a subjetividade do sujeito, questionamos o quanto o estado nutricional reflete a autoimagem. O IMC é capaz sim de associar o excesso de peso à mortalidade e riscos de comorbidades (como abordado na introdução). Mas, considerar somente peso e altura para enquadrá-lo em um rótulo de “desnutrido”, “adequado”, “sobrepeso” ou “obeso” não parece dar conta da complexidade do conceito de imagem corporal[10]. Dar ouvidos ao sujeito, por exemplo, pode complementar esta classificação do estado nutricional. Ou seja, cabe a nós utilizarmos as ferramentas que temos como complementares.

Na avaliação individual outras características precisam ser consideradas a fim de evitar diagnósticos sem sentido para as pessoas. Por exemplo, uma sociedade pode considerar saudável aquela mulher com mais corpo já que terá mais força para trabalhar, como no estudo realizado com mulheres moradoras de uma favela. Por outro lado, o corpo magro para estas mulheres é sinal de fraqueza, privação de alimento e doença. Ou seja, a necessidade de perda de peso dessas mulheres obesas é mais uma exigência dos profissionais de saúde do que uma demanda própria. Enquanto os sintomas clínicos deste excesso de peso não aparecem, elas não se sentem doentes (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006).

Uma vez que o sujeito é classificado segundo o IMC, por exemplo, se este não se enxergar como merecedor deste rótulo de “sobrepeso” ou “desnutrido” não estará transgredindo as normas criadas pela sociedade e, por conseguinte, não buscará ajuda ou fará mudanças em seus comportamentos para minimizar possíveis comorbidades relacionadas à obesidade. Em se tratando de obesidade mórbida temos que concordar que não estamos falando de nuances na classificação do IMC entre o valor adequado e de sobrepeso. De fato existe um excesso de peso que, por

[10] Retomamos aqui a definição de Schilder (1999), na qual estamos nos apoiando; a imagem corporal não diz respeito somente à aparência física. É também um reflexo dos desejos e interações com os outros.

estar mais afastado da normalidade (usado aqui como sinônimo de adequado), pode representar um risco à saúde. Cabe então discutir o que representa risco para o sujeito e concepção de saúde e doença para o sujeito (discussão aprofundada na próxima seção).

Já que a saúde e doença será objeto de análise no próximo item, antes de introduzir a problemática do risco, tentaremos seguir por uma linha de raciocínio que nos conduza até essa noção e de que forma os sujeitos lidam com isso. Para tanto, iniciaremos situando o corpo da sociedade ocidental segundo os pensamentos de Foucault (1999). Para este autor o corpo que antes era disciplinado precisou de outras formas de dominação. Embora tenha continuado disciplinado precisou ser controlado (DELEUZE, 1992) por toda a sociedade. Da sociedade do consumismo, capitalismo e individualismo cobra-se um corpo controlado e disciplinado a todo instante. Esta submissão dos corpos ocorre pela vigilância, ou simplesmente, pela possibilidade dos sujeitos serem observados, levando-o a se manter disciplinado, em vigília consigo mesmo. É uma forma de subordinação, adestramento e de exercício do poder. E, em um contexto em que o corpo nunca é trabalhado até o fim, nunca é acabado, pois não existe um molde. Os moldes vão mudando e se transformando em outros moldes de acordo com as exigências sociais.

Em função destas cobranças e em busca da “perfeição disciplinar” (FOUCAULT, 1999, p.132) podemos questionar se, de certa forma, o corpo não continuou sendo mecanizado, adestrado e modelado, como era o corpo da sociedade disciplinar. Porque embora deste corpo não seja mais cobrado produtividade nas fábricas e quartéis, por exemplo, o corpo da sociedade capitalista tornou-se um corpo mercadoria e um corpo consumidor, um corpo preso aos ideais estéticos, às medidas, à obediência às normas da biomedicina e às exigências sociais que tem como valores a competição, o individualismo e o consumismo. Ou seja, um corpo que por trás da falsa liberalidade, tem inscrito em si as marcas do controle social; como uma escravidão (CARVALHO; MARTINS, 2004; COELHO; SEVERIANO, 2007; MAROUN; VIEIRA, 2008; MOEHLECKE; FONSECA, 2008; VILHENA; MEDEIROS; NOVAES, 2005).

> [...] tanto agentes institucionais como grupos sociais tendem a afirmar que o fundamental é adquirir, ter, conservar, promover a ´saúde`, ou pelo menos evitar os ´riscos` (à saúde). (...) A caça à saúde tornou-se, no presente, verdadeiro *mandamento* para os cidadãos de todas as classes, todas as idades, ocupações e gêneros. (LUZ, 2007, p.90).

Neste contexto o IMC tem sido utilizado para definir a “saúde” ou não dos sujeitos. Profissionais que atuam nos serviços de saúde, academias, spas usam de forma mecânica pontos de corte para classificar os corpos em bons (saudáveis) daqueles considerados ruins (doentes), sem considerar as diferenças étnicas, culturais e de história de vida dos sujeitos. Acabam repetindo e reafirmando o discurso da saúde. O IMC além de “diagnosticar” o sujeito, acaba assumindo o papel de definir o “homem normal” (médio) que Quetelet buscava, o tipo perfeito. Os outros constituem deformidades, ou os “anormais”, sendo vistos como pessoas relaxadas, sem força de vontade, lentas, feias, doentes e culpadas por sua própria condição (GONÇALVES; MIRANDA, 2012).

A diversidade de formas corporais, de estruturas físicas e de sentimentos relacionados ao corpo são ignorados para atingir um tipo de beleza e de “saúde” muitas vezes inatingível. Mas, para a indústria da moda, dos fármacos, das cirurgias tudo é possível. O sujeito passa a viver em constante busca por valores como beleza, juventude e perfeição. A busca pelo corpo perfeito passa a ser a busca pela felicidade; o que faz com que a responsabilidade seja individual; do sujeito (GOMES, 2006). Ou seja, a beleza passou de um dever social para um dever moral; relacionando sucesso e felicidade à obediência e o fracasso do sujeito à incapacidade individual. Em meio a tantos artifícios tecnológicos para desenhar o corpo desejado, para esconder as marcas do envelhecimento ou a disponibilidade de cosméticos, a ideia que fica é que só não é belo quem não quer. Estar gordo, ou seja, feio e doente é “culpa” do próprio sujeito (COELHO; SEVERIANO, 2007; ROCHA; VILHENA; NOVAES, 2009; VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008). “Se historicamente as mulheres preocupavam-se com sua beleza, hoje elas são responsáveis por ela” (MARCUZZO; PICH; DITTRICH, 2012, p.944).

Na sociedade ocidental atual o conceito de belo foi reinterpretado e está associado ao corpo magro (porém com mais músculos, ou seja, mais massa magra) e esbelto, sendo a gordura reprovada, rejeitada e símbolo de falência moral. É este corpo belo que confere ao sujeito atributos positivos (e desejáveis) como o sucesso pessoal, o poder e *status*. E são estas exigências que contribuem para que o sujeito se sinta cada vez mais responsável por si, pelo seu cuidado e pela forma que será visto pelo outro. Na corrida por um corpo ideal, como consequência, o sofrimento das pessoas que apresentam um peso socialmente inadequado se soma ao preconceito sofrido pela sociedade e até mesmo pelos profissionais de saúde,

gerando sentimentos como culpa, vergonha, tristeza e o isolamento do sujeito. A mídia tem papel fundamental nesse sistema de exclusão, já que auxilia na legitimidade do discurso médico a respeito do corpo obeso (ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2002; GONÇALVES; MIRANDA, 2012; POLI NETO; CAPONI, 2007; SANTOS, 2006; SAUTCHUK, 2007; SUDO; LUZ, 2007; VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004; VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008).

Para Gomes (2006) esse sentimento de culpa está relacionado à percepção de risco individual. Este autor busca mostrar em seu texto a exclusão dos sujeitos obesos na sociedade do consumo em que vivemos e aborda a questão do risco que a obesidade representa para a saúde. Não estamos nos referindo aqui ao risco baseado em probabilidades matemáticas, como vemos em estudos epidemiológicos, mas nos riscos embasados na percepção social. Como dito anteriormente, o risco tem muitos sentidos e significados, como o risco racional o qual é transmitido pelo profissional de saúde na tentativa de “educar” o sujeito. Segundo o autor o risco gera insegurança para os indivíduos e transforma o que antes era destino como falha de si mesmo.

O fato de o corpo físico mostrar a identidade do sujeito, ou seja, quem ele é, o seu caráter e o que ele representa na sociedade, faz com que ele seja o seu “cartão de visitas” (Le Breton, 2010, p.78). A aparência revela ainda as funções psicológicas e morais do sujeito e a sua competência (VILHENA; MEDEIROS; NOVAES, 2005). Ou seja, uma vez que o corpo físico não se mostra “adequado” o mesmo se sente pressionado a sofrer mudanças e, consequentemente muda a sua identidade (MATTOS, 2012). Passará de corpo feio, relaxado ou doente para saudável, feliz e belo. Por conta desses valores atribuídos ao físico, há a cobrança de si mesmo em ceder às pressões normativas e, consequentemente, se sentir limitado. Durante as entrevistas, as usuárias demonstraram em seus relatos a insegurança e depreciação do seu próprio corpo. Elas utilizaram adjetivos como “monstra”, “baleia”, “barriguda” e “bunduda” ao se referirem a elas próprias, de maneira ofensiva sugerindo a forma com que se mostram e são vistas.

Uma vez que risco é uma categoria que faz parte da construção social, o comportamento do sujeito frente a ele vai depender da valoração atribuída a determinado objeto/ situação. Desta forma, podem existir os riscos que valem a pena correr (“riscos bons”), e os riscos que devem ser evitados (“riscos ruins”). No caso da obesidade, o discurso médico se apropria da noção de risco para a saúde para

tentar fazer com que o sujeito siga o tratamento (a dieta, por exemplo) com a finalidade de evitar os riscos da enfermidade. Para algumas pessoas, se esta obesidade não compromete as atividades cotidianas o sujeito não necessariamente a coloca na categoria de risco de chegar a obesidade mórbida, por exemplo. Ele apenas estará mais distante do corpo socialmente aceitável (GRACIA-ARNAIZ, 2004, p.129).

3.2 **(Con)Vivendo com a obesidade mórbida**

De acordo com o objetivo do nosso estudo, buscamos conhecer os sentidos e significados da obesidade mórbida para os usuários que foram acompanhados por mim, enquanto pesquisadora. No roteiro da entrevista constavam questões sobre a trajetória de ganho de peso e as limitações em função desse peso, significado de doença e de saúde, sobre o tratamento no CRO, motivações e as expectativas em relação ao serviço. No entanto, durante as entrevistas, outros assuntos surgiram, como sentidos e significados da cirurgia bariátrica, os prazeres da vida bem como preconceito e discriminação.

A seguir, apresentaremos na forma de subitens a análise construída nos encontros com os obesos mórbidos, seja nas entrevistas individuais ou na observação participante (nos grupos de encontro deste centro). Optamos por trabalhar em tópicos de forma a ficar mais didático, mas entendemos que um não necessariamente está separado do outro, na verdade, se entrecruzam.

3.2.1 Trajetória do ganho de peso e a perda de autonomia

Como forma de iniciar a entrevista e para me aproximar da história do outro, pedi que cada entrevistada contasse um pouco da sua história de vida em relação ao ganho de peso desde a infância, passando pela adolescência e vida adulta. Acredito que, por ter iniciado de forma mais abrangente, isso tenha facilitado a aproximação da entrevistada com a pesquisadora e, consequentemente, contribuído

com o decorrer da entrevista. Elas conseguiram criar essa história mentalmente e, posteriormente, se manifestaram abertamente sobre a sua trajetória do ganho de peso, ou pelo menos, do que se lembravam dela.

O ganho de peso para as entrevistadas foi acontecendo em diferentes fases da vida e por motivos também diferentes. Enquanto para algumas a história do excesso de peso fez parte da sua vida desde a infância *("nunca fui uma criança magra"* ou ainda "*desde pequena que sou gorda*"), para outras algum acontecimento foi o desencadeador desse ganho de peso. Seja a morte do marido, as gestações ou a dedicação em cuidar do outro (mãe, neto, por exemplo) foram os motivos mencionados que as levaram a se dedicar mais ao cuidado do outro ou a viver o luto do que a cuidar de si mesma. Arriscamos-nos a dizer que temos aqui uma questão de gênero; a reprodução de um papel social da mulher na responsabilidade em cuidar do outro; cuidar do outro e não cuidar de si. O que nos faz pensar como uma prisão ao seu papel na sociedade.

Um breve parêntesis a esse respeito. Gênero é uma construção social e cultural, por meio do qual as relações de poder se colocam. O lugar do homem e da mulher sendo produzido em cada cultura e sociedade, e associando valores, normas e simbolismos a cada gênero. Em se tratando da nossa sociedade à mulher é reservado espaços mais feminizados no mercado de trabalho e as atribuições domésticas, cuidado com a família e com os doentes. Não entraremos na questão das desigualdades entre homens e mulheres na conquista de emprego em função dos próprios aspectos biológicos como menstruação, gestação, parto, amamentação e menopausa. Concentramos-nos no seu papel construído como "natural" do cuidado (casa, família, filhos); papel este que além de não remunerado é socialmente invisível (até mesmo para elas próprias) (OLIVEIRA, 1999; RODRIGUES, 2006; ROMITO, 1997, p.22).

Outro aspecto que podemos refletir sobre o ponto de vista do gênero é a sua relação com a ocupação das usuárias entrevistadas. Das sete informantes somente uma delas já tinha trabalhado formalmente; e hoje está aposentada. As outras seis eram do lar ou trabalhavam com remuneração, porém, informalmente como passadeira, cozinheira, doméstica ou faxineira; funções também relacionadas ao ambiente doméstico e, por sua vez, ao papel social "naturalmente" feminino. Soma-se ao fato de serem mulheres, o baixo nível educacional de seis entrevistadas (não chegaram ao ensino médio), o que diminui as possibilidades de conquistar trabalhos

com melhores condições salariais. Somente uma das entrevistas iniciou o ensino superior, e embora não tenha concluído, teve melhores oportunidades no mercado de trabalho.

Em estudo realizado com mulheres moradoras da favela da Rocinha, o casamento e a gestação também foram as causas das mudanças no corpo. Cansaço, falta de ar, dores nas pernas e na coluna foram alguns dos sintomas do que elas pensavam SER a obesidade, ou TER obesidade (FERREIRA; MAGALHÃES, 2006). Os resultados de outro estudo realizado no Centro Hospitalar de Lisboa, Hospital São José – Portugal, mostraram que, na maioria dos casos, a primeira gestação também foi a causa do início ou do agravamento do ganho de peso. Além disso, quanto maior o IMC, maiores foram as alterações emocionais de ansiedade e menor era a qualidade de vida. O estudo também mostrou que, quanto maior a idade melhor era a percepção de si e maior a tendência à compulsão (TRAVADO et al., 2004).

O uso prolongado de medicações para outros problemas de saúde (epilepsia, dor na coluna, dor na cabeça) também apareceu nas falas das entrevistadas como possível causa do ganho de peso. Segundo elas, alguns médicos atribuíram esse ganho às medicações. Na dúvida, pareceram preferir se apoiar nisso como forma de justificar parte desse peso, a outra parte ficando por conta do consumo alimentar, sedentarismo entre outras causas.

As falas, opiniões, silêncios e feições de tristeza apontaram que o peso, até certo ponto, não as atrapalhava nas atividades corriqueiras e por isso, não parecia ser um problema. A não ser quando esse peso alcançou um estágio que limitou o caminhar em função das dores nos joelhos e pernas, limitou pegar um transporte (subir na van, passar na roleta do ônibus), comprar roupa e calçado ou ainda cortar as próprias unhas do pé. Neste momento as frustrações tornaram-se maiores e foi preciso buscar tratamento no CRO. “Eu não passava na roleta. Tinha vergonha de sair. Não tinha roupa que entrasse em mim. Tive que mandar fazer umas roupas.” (Penha)

A relação entre dor e doença foi mencionada por autores como Luz (1998) e Camargo et al. (1997) que afirmaram que a percepção da doença acontece por meio da dor ou algum outro sintoma que incapacite o sujeito a realizar atividades do dia a dia. Estamos aqui nos referindo à dor do corpo físico, e não a dor interior, a dor da alma que muitas vezes não é considerada pelos outros. É nesse momento de dor

física que o sujeito busca a ajuda dos serviços de saúde. A maior parte das pessoas que chegam ao CRO tem comorbidades como diabetes e hipertensão, o que não foi diferente com as nossas entrevistadas. E algumas das limitações mencionadas estiveram relacionadas a essas comorbidades, como não poder comer determinados alimentos em função da necessidade de controle da glicemia. Queixavam-se,

> "Me limita tudo. Eu vejo todo mundo comendo um sorvete, um bolo, um macarrão. Eu gosto de comer, mas não posso mais comer. Entendeu? A vida da pessoa fica limitada em tudo. Entendeu? A gente não pode isso, não pode aquilo. Não pode NADA!" (Nira)

No caso desta usuária do CRO, a descoberta recente de Diabetes, e as consequentes restrições, pareceu representar mais sofrimento do que a própria obesidade mórbida. Será por que já convivia com a obesidade há mais tempo do que com a diabetes? Ou por que a obesidade não era um problema em si, e sim as suas consequências (comorbidades, limitações físicas, alimentares, entre outras)? O que esta fala evidenciou foram os "nãos" que a vida impôs a ela; restrição em todos os aspectos.

Dar-se conta da sua limitação física para colocar e retirar *lingeries* (roupas de baixo), tomar banho, ter incontinência urinária e realizar sua própria higiene foram dificuldades com as quais precisaram se adaptar. Umas mais facilmente e outras com maior dificuldade para aceitar essa nova condição – de dependência e perda de autonomia sobre a sua própria vida. Tirar de mulheres donas de casa a capacidade de subir em uma escada para limpar algo pareceu assumir a mesma importância da dificuldade em se levantar da cama e precisar de ajuda ou ainda dificuldade em caminhar até o mercado mais próximo para fazer as compras da casa. Assim como Canguilhem pensa a normatividade vital algumas das adaptações às limitações estavam presentes no discurso dessas mulheres como elementos de bem estar.

O que se coloca é que, quando o peso torna-se limitante, a obesidade é vista sob o ponto de vista da doença. Doença esta que impõe a todo o momento limitações e restrições; limita a alimentação, a prática de atividade física, as ações diárias. Limita a vida! E quando limitada, cria dependência do outro; necessidade da ajuda do outro havendo muitas vezes a troca de papéis – filho cuidando da mãe. Mais uma situação em que o sujeito obeso deve se adaptar. E estas limitações propiciam ainda o confinamento e aprisionamento do sujeito ao ambiente doméstico.

A gordura que muitas vezes é benéfica (o gordo bom, segundo Fischler, e que é essencial ao bom funcionamento do organismo), restringe a sua vida social, a sua convivência com o mundo público. Não estamos nos referindo a um aprisionamento ao estético, e sim aos sintomas da obesidade (dores físicas, o número do seu manequim, o número de dígitos do seu peso...).

A mulher que tem conquistado tantos espaços nas últimas décadas fica paralisada, impedida pelas suas limitações decorrentes do peso de conquistar o seu próprio. E não só impedida de conquistar espaços, mas presa a reproduzir o seu papel social no cuidado com o outro (mãe, pai, filhos...) e com a casa. O próprio fato de a maioria delas terem como ocupação funções no âmbito doméstico (cozinheira, passadeira, faxineira) as aprisionava de um papel social de cuidado com a casa (mesmo a casa não sendo a sua). A entrevistada que, além de trabalhar fora de casa tinha um emprego formal, não tinha este mesmo aprisionamento. De certa forma ela conseguiu se libertar de algumas prisões. De não reproduzir o papel feminino da mulher e correu atrás para fazer a cirurgia bariátrica.

> Eu não consigo tomar banho, lavar minhas partes intimas. Se eu vou ao banheiro fazer número 2 eu tenho que tomar banho, porque me limpar eu não consigo, entendeu? (...) Menina, eu não consigo raspar meu braço. (...) Eu não consigo segurar urina. (...) Molha tudo, molha minha calcinha, molha minhas pernas, aí eu tenho que tomar banho. Toda gorda, cheia de mijo entendeu? (Cristina)

> Muda pra andar, muda pra dormir, muda pra tomar banho, muda pra lavar o pé, me higienizar... Meus pés, é meu filho que limpa, minhas unhas... Antigamente não, né, era eu que limpava as minhas unhas. (...) Quando eu era magra não dependia de ninguém pra fazer isso pra mim. (Nira)

Aspectos que consideramos ser da esfera da vaidade e da feminilidade foram trazidos nas entrevistas tanto nos momentos em que falaram das suas limitações por conta do peso, quanto ao serem questionadas sobre o que sentiam falta de fazer, ou seja, sobre as limitações impostas pela doença. Mas nem todas as entrevistadas perderam a satisfação em se maquiar, andar de unhas limpas e pintadas e com os cabelos cortados. Por outro lado, a dificuldade em colocar determinado tipo de vestimenta ou até mesmo em encontrar roupa que conseguisse vestir foi mencionada por todas as entrevistadas.

> A coisa que eu mais queria era poder cruzar as pernas. (Vera)

> Ah, como eu gostaria de usar um vestidinho moderno! Nem roupa comprida está ficando bem em mim. (Gold)

Não é difícil imaginar que aliado às diversas privações que começam a surgir com a instalação da obesidade mórbida, sentimentos e sensações negativas são experimentadas em função do descontentamento com o próprio corpo. As marcas da feminilidade também ficam abaladas. Ser sensual ou sentir-se atraente não faz mais parte do discurso dessas pessoas; a falta disso sim. Referem dificuldade pessoal em relacionar-se afetivamente com um homem por sentirem vergonha do seu corpo e por não se aceitarem assim. O peso aqui parece justificar a solidão; como se fossem merecedoras desse sentimento. Podemos aqui falar das tensões que observamos no posicionamento dessas mulheres. Ao mesmo tempo em que sentem falta de ter um companheiro, acomodam-se com o seu estado e ficam isoladas em casa. Ou seja, não só a vida afetiva passa a ficar de lado, mas a vida social também. Muitas vezes sair de casa fica restrito aos afazeres domésticos (fazer compras) e ir à igreja, como visto nas citações abaixo:

> Fiquei viúva... nem antes que eu era separada, não arrumei namorado por causa disso. Não vou à festa por causa disso. Não saio pra fazer compras. (...) Porque, apesar de ter sido sempre gordinha na minha vida, antes de ter filho eu achava que eu tinha algum atrativo. Depois que eu tive meu filho, acabou. (Gold)

> Poxa, agora pensa comigo: ô Michelle seja sincera, você acha o quê? Que eu não sinto falta de ter um namorado? Como que vai ter? Fala pra mim como que vai ter? (...) Aí a pessoa acha que a pessoa gorda não sente falta de carinho, de ter uma pessoa... sente, mas vai fazer o quê? (Cristina)

De acordo com Santos *et al*. (2010) ao predominar um padrão físico, como é o caso do corpo magro na sociedade ocidental atual, aqueles que possuem uns quilos a mais se tornam diferentes. Em se tratando de obesos mórbidos a realidade é diferente de quando falamos de sujeitos obesos e as consequências são ainda piores. Além do preconceito e exclusão do meio público há a desvalorização da sua identidade. Aqui nos referimos ao público como o espaço em que somos vistos por todos; espaço em que podemos ser atores ou espectadores; vemos e somos vistos. Os termos depreciativos substituem o nome e a solução parece ser isolar-se. As causas dessa reclusão social foram diversas. Desde dores ao caminhar e falta de cadeiras apropriadas ao seu peso, até vergonha, perda de ânimo e medo. Não se mostrar para o outro permite que não ouça desse sujeito que está gorda, evita

risadas ou outras demonstrações de preconceito e discriminação. Evita ainda sentir-se culpada por ter deixado chegar a um ponto que a sua imagem causa a repulsa do outro, embora algumas se posicionem como vítimas da obesidade e não como responsáveis. No entanto a questão da própria aceitação é central no sujeito com obesidade mórbida. A satisfação pessoal está diretamente relacionada à percepção do outro sobre o seu corpo; como são vistos e como são tratados. E, uma vez que não tem o respeito dos que rodeiam (rejeição social), o sujeito acaba se convencendo que não possui atributos para ser aceito e se auto-rejeita (FONTES, 2008; ROCHA; VILHENA; NOVAES, 2009; VILHENA; MEDEIROS; NOVAES, 2005).

Até este ponto da tese muito já foi dito a respeito da vergonha; vergonha em se mostrar para o público, para o companheiro e para si mesmo. Clifford Geertz (1989) aponta que, mesmo não sendo a mesma coisa, a vergonha tem relação muito próxima com a culpa, o pecado e o valor interior. A diferença é que a vergonha é aplicada, geralmente, às situações expostas publicamente. A culpa, por outro lado, é ainda secreta, não foi exposta. A partir disso, podemos refletir sobre a vergonha do sujeito obeso em se mostrar publicamente e da possibilidade de mostrar a sua consciência de culpa. Não estamos pactuando com esta afirmação, mas é um ponto de vista que precisa ser discutido a fim de entender como se dá o isolamento dessas pessoas, bem como de que forma as obesas significam e vivem seu corpo.

Enfim, o que se coloca muitas vezes no que essas mulheres mostram fazer sentido é que o fato de não se encaixarem, serem discriminadas e se isolarem acaba gerando mais angústia, maior inatividade e, muitas vezes, maior ingestão alimentar e maior peso. Ou seja, cria-se um ciclo vicioso difícil de desfazer. São as normas, a disciplina e a própria condição do sujeito com obesidade mórbida que o aprisiona. Aprisionamento concreto em função da limitação da mobilidade causada pelas dores que o peso excessivo provoca, e aprisionamento simbólico causado pela gordura do seu corpo.

Cabe ainda questionarmos, a partir das reflexões apontadas neste item, que medicina é esta que reforça o significado da aparência física e, consequentemente, traz vergonha, tristeza e sofrimento para o sujeito com obesidade mórbida? O que os serviços de saúde podem fazer para libertar estas pessoas desses aprisionamentos?

3.2.2 Ser e se ver obeso mórbido: o que eu vejo, o que o “outro” enxerga?

Neste tópico trabalhamos a relação das usuárias atendidas no CRO com o seu corpo; com a obesidade mórbida. Não seria de se espantar que todas as entrevistadas quisessem perder peso para se sentirem melhores consigo mesmas. Mas, cada um vivencia o seu corpo de forma diferente. Enquanto algumas se tornaram vítimas dessa doença, se isolando ou entrando em quadros depressivos, outras preferiram ser protagonistas da sua própria história buscando fazer coisas que as deixassem felizes, mesmo que estivessem insatisfeitas com a sua condição; com a sua aparência. Cozinhar em casa para a família, ir à missa, sair com o marido, ir caminhar na praia e cuidar dos animais de estimação foram alguns dos prazeres na vida destas pessoas e que não tinham relação com o corpo. Mas também trouxeram alguns aspectos relacionados às limitações em função do peso que, se fossem diferentes, as deixariam mais felizes. Conseguir passar na roleta, controlar as taxas (glicemia, pressão arterial), perder peso foram algumas delas.

Ser um obeso mórbido implica em carregar um enorme peso, no sentido literal, independente da forma que cada um encare os efeitos desse esforço. Já se imaginou carregando, por exemplo, 50kg em cada perna? E subindo escada, uma ladeira ou realizando atividades do dia a dia com esse mesmo peso? Não é difícil compreender o motivo de tantas limitações, dores e lamentações por conta desse peso.

Tanto nos encontros do grupo de obesos do CRO quanto nas entrevistas algo que nos chamou atenção foi a menção ao espelho. Ficou evidente a relação do corpo com o espelho - se olhar no espelho representava, além de angústia, vergonha. O fato de não estarem nos padrões estéticos considerados de “normalidade” construídos pela nossa sociedade capitalista ocidental, fez com que as pacientes evitassem o espelho, já que ele era um instrumento que parecia afirmar a sua exclusão. Na verdade não é o objeto espelho que exclui, mas como o sujeito enxerga o seu reflexo. Foi o que nos motivou a conhecer os sentidos e significados que ele atribui ao espelho.

Para Santos et al. (2010) ver a sua imagem refletida traz a noção do seu peso atual e consequente sentimento de fracasso. A exclusão parte de si mesmo, que confere à gordura o significado de restrição e isolamento. Uma forma de evitar essa

sensação seria fugir do espelho para não se enxergarem, não verem o tamanho desse corpo. No entanto, como consequências, o processo de conscientização das suas dimensões corporais e a busca por ajuda pode acontecer tardiamente e agravar ainda mais a qualidade de vida.

> A gente pensa que não está tão gorda, quando olha no espelho é uma coisa de doido! Ahhh, eu acho horrível! (Maria)
>
> Pra mim? EU CORRO DELE COMO O INIMIGO CORRE DA CRUZ! (..)As vezes eu me esqueço que eu estou gorda. Quando eu vejo no espelho, falo 'meu Deus, o que é isso?'Espelho pra mim é meu pior inimigo. (Cristina)

Para Foucault o espelho é um espaço de duas dimensões – a percepção do sujeito que observa e a imagem refletida no espelho. É um espaço de auto reconhecimento e de reconstituição do lugar que ocupa. Pode ser a concretização de imagens negativas ou positivas criadas internamente. Um lugar que, para os obesos mórbidos é de reconhecimento da sua exclusão. É ainda:

> ... uma utopia, pois é um lugar sem lugar. No espelho, eu me vejo onde não estou, em um espaço irreal que se abre virtualmente atrás da superfície; estou ali onde não estou; uma espécie de sombra que me confere minha própria visibilidade, que me permite olhar-me ali onde sou ausente: utopia do espelho.(...) A partir desse olhar, que de certa forma se dirige a mim, do fundo desse espaço virtual do outro lado do vidro, eu retorno a mim e recomeço a dirigir meus olhos a mim mesmo e a me reconstituir ali onde estou. O espelho funciona como uma heterotopia, no sentido de que ele torna esse local, que eu ocupo no momento em que me olho no vidro, ao mesmo tempo absolutamente real, em ligação com todo o espaço que o cerca, e absolutamente irreal, já que tal local precisa, para ser percebido, passar por esse ponto virtual que está ali. (FOUCAULT, 2013, p.116).

Ao negarem o espelho, essas mulheres estariam negando sentimentos, conteúdos levados para seu inconsciente de modo a não afetá-las. Esta negação liberta-as de possíveis restrições e da repressão imposta pela sociedade. No entanto, ao se verem no espelho elas retornam às demandas da sociedade de controle. Elas veem refletida a imagem do que falta para que seja aceita na sociedade. Ou seja, o espelho como algo que as aprisiona em si mesmas; no seu próprio corpo. Seria então, o espelho, um potencial instrumento de controle do corpo (e de auto cobrança) no âmbito familiar, assim como nas academias?

Nas entrevistas com os profissionais de saúde a dificuldade dos usuários em se olhar no espelho foi mencionada ao falarem da reação deles ao entrarem em uma das salas usadas com muitos espelhos cobrindo as paredes. Geralmente a primeira

reação é “*ah meu deus do céu tudo que eu não queria; espelho pra tudo quanto é lado!*”. Mas aos poucos eles vão se acostumando e os profissionais fazem deste um assunto a ser abordado nos encontros; as qualidades de cada um.

Podemos aqui refletir do ponto de vista do corpo como identidade - o corpo mostrando nossos valores. Além de experimentar as limitações físicas cotidianas como dificuldade para caminhar e tomar banho, a obesidade é uma inadequação ao que é tido como belo. É o que devemos evitar chegar (GOMES, 2006). E este rótulo que o corpo gordo recebe de “marca moral indesejável”, imposto e reproduzido pela sociedade, pode trazer consequências. Para Sautchuk (2007) a gordura torna-se imoral já que é capaz de limitar o sujeito, de torna-lo menos capaz. Pode também aparecer como “peso na consciência”; uma carga para a sociedade.

A baixa estima, os transtornos alimentares e o aumento no número de cirurgias plásticas com finalidades estéticas são algumas das consequências dessa “imoralidade”. Algumas pacientes deixavam de sair de casa em função do descontentamento com o corpo; sentiam-se solitárias. Retomando o estigma da gordura, conforme abordado por Mattos (2012, p.38), “não há um refúgio para fugir do estigma, exceto a vida privada no próprio lar”; o isolamento. Perder peso, por exemplo, seria algo que estimularia as usuárias a se olharem novamente em todas as dimensões, inclusive a física. “Se eu conseguisse acabar com um pouco de peso, eu acho que viveria melhor né?” (Célia)

Em um dos casos, o grande incentivador para se olhar novamente no espelho não foi a perda de peso, e sim um acontecimento que marcaria a sua história de vida; a conquista da casa própria. Diante de tamanha mudança e símbolo de conquista em sua vida, Penha fez disso a motivação para mudar de vida; se amar e aceitar do jeito que é. Retomamos aqui o que colocamos no início deste item sobre a escolha em tomar o caminho do protagonismo da sua própria vida ao invés da vitimização e imobilidade frente à vida. O espelho não é um impeditivo concretamente; é possível ter alegrias e outros prazeres na vida dessas pessoas, como mostramos no início deste tópico.

Em outro caso, no período entre o meu acompanhamento do grupo e as entrevistas uma das participantes foi submetida à cirurgia bariátrica. Esta era uma usuária que, por conta própria chegou ao CRO e, também por iniciativa, entrou na fila para fazer a cirurgia. Parte da entrevista ela se referiu ao corpo antes da cirurgia, e parte aos sentimentos e relações com o seu corpo após a cirurgia. Para ela, olhar-

se no espelho significava se sentir mal; com peitos caídos. Foi quando ela referiu que começou a usar mais roupa preta com imagens de caveiras, provavelmente para se esconder de si mesma. Ela falava para si: “Você sabia que isso ia acontecer, vamos levantar a cabeça.” (Vera)

Fazia parte do roteiro, na verdade foi uma das mudanças que surgiram ao longo do trabalho de campo, uma questão sobre autoimagem. Esta também seria uma forma de conhecer como as usuárias entrevistadas se viam com a obesidade mórbida e quais as qualidades e os defeitos ressaltariam ao falar de si. Algumas falaram abertamente sobre o seu corpo, já outras tiveram dificuldade em se descrever porque não achavam que possuíam atributos positivos por apresentarem um corpo obeso. O que vemos é uma exclusão, um distanciamento do ser devido ao seu corpo estar gordo. Como se houvesse um corpo fragmentado. Elas estão reclusas delas mesmas.

> Então, sou linda, sou extrovertida, gosto de rir muito, gosto mesmo, entendeu? Gosto de ler, gosto de passear, gosto de ir ao cinema, gosto de ver televisão. (...) Do meu corpo não falo nada. Entendeu? ‘Quantos metros você tem?’ Ah eu sou pequenininha, tenho um metro e 50, 1m 51 entendeu? ‘Quanto você pesa?’ Ah isso fica na sua imaginação. (Cristina)

> Hummm... como umaaaa baleia; uma péssima pessoa. Não me sinto bem. (...)O que eu vou falar de mim? Que eu sou gorda, barriguda, bunduda...? As vezes eu acho até que eu tenho preconceito contra mim mesmo... (Gold)

De acordo com Gracia-Arnaiz (2013), a normatização do corpo faz com que a obesidade seja vista como um estigma na sociedade, tendo impacto nas relações pessoais deste obeso e no seu dia a dia. No caso da obesidade mórbida esse culto ao corpo é ainda mais preocupante já que estes sujeitos se veem cada vez mais afastados do padrão aceitável (MARCUZZO; PICH; DITTRICH, 2012). Além de serem questionados pelo seu caráter, os obesos ainda são tidos como incapazes profissionalmente (MATTOS, 2012).

Ao abordar o poder disciplinar e a vigilância, Foucault (1999) defende que em casos em que o sujeito tem atitudes incorretas (“desviantes”), ou seja, não se enquadram no modelo reproduzido como aceitável pela sociedade, este deve ser punido. A discriminação, a rejeição ou os olhares dos outros podem ser vistos como formas de punição do sujeito com obesidade mórbida. Uma vez que estão “incorretos” devem ser corrigidos e controlados – discriminados. Em se tratando de

mulheres, estar fora do padrão de beleza deixa a autoestima e a autoimagem ainda mais abaladas.

A forma com que os profissionais de saúde representam a obesidade segundo o paradigma da biomedicina, por exemplo, reforça a visão da obesidade como uma doença que necessita ser tratada; necessita de cuidados médicos[11] (VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008). E é por meio desse olhar que muitas vezes a obesidade é percebida pelo sujeito gordo. O próprio sujeito não faz parte desse paradigma que tem a saúde como foco. Esta medicalização da obesidade, além de também contribuir para a estigmatização contribui ainda com o fenômeno da lipofobia - a aversão ao corpo gordo (CONTRERAS; GRACIA, 2011; GRACIA-ARNAIZ, 2013), como podemos ver nos depoimentos a seguir:

> Terrível, terrível; a pior coisa que tem na face da terra. Depois da pobreza a pior coisa da face da terra é ser gordo. (...) Você não pode, não tem como pegar um ônibus, as pessoas desfazem de você, entendeu? Olha as pessoas falam que aqui no Brasil não tem mais... qual o nome? Esse negócio aí, racismo. TÊM, têm sabe? O gordo sofre muito. Entendeu? Ser gordo é horrível menina! (...) Ninguém é feliz gorda não menina. Se alguém falar que é, é mentira. (Cristina)

> Eu achava que a sociedade não deveria ser assim. (...) Porque a discriminação é por tudo: por a gente ser negra, por ser nordestino, por ser gordo, por ter cabelo liso, por ter cabelo ruim... Então isso aí... a discriminação é MUITO grande ainda. Eu me sinto... Eu passei por isso na minha adolescência por ser negra e hoje eu passo por ser obesa. (Penha)

Nesta segunda citação a entrevistada mostra o quanto se sente discriminada na sociedade. A obesidade assumiu o mesmo nível de discriminação e preconceito, tal como há com o negro e com o nordestino. E mais uma vez nos questionamos sobre esses rótulos que a sociedade nos impõe e que reproduzimos sem nem mesmo refletirmos. Estes obesos sofrem com a rejeição social e, em função disso, muitos se isolam e entram em quadros depressivos.

O que está representado nas falas sobre a forma que as entrevistadas se veem é em relação à vigilância (e o julgamento) de si e dos outros, principalmente pelos profissionais de saúde. Não é o espelho que vigia. Diante de tantas regras e do reflexo do corpo gordo que "deveria" ser magro o sentido do espelho se apresenta como forma de vigilância.

[11] Sobre a percepção dos profissionais de saúde do centro a respeito da obesidade mórbida ver item 3.3.

Terminamos este item com outro questionamento a respeito de até que ponto a obesidade sob o foco da doença não está colaborando com a estigmatização ao invés da aceitação do sujeito obeso na sociedade? A preocupação com a normatização do corpo evidencia a preocupação em moldar o sujeito desconsiderando suas particularidades e faz parecer que o problema da obesidade passa somente pelo consumo alimentar e pela inatividade física, ou seja, um problema individual.

3.2.3 Saúde, doença e sentir-se doente

Como dito anteriormente em alguns momentos iremos perceber que, mesmo que separado em subitens, os assuntos se sobrepõem. A visão da obesidade mórbida para o sujeito e a noção de doença e da perda de autonomia começaram a surgir antes mesmo da abordagem sobre os conceitos de doença e saúde. Neste item traremos mais suporte para compreender estes conceitos na perspectiva das usuárias do centro. E, para desenvolvê-lo, relembramos Canguilhem (2009), o qual assume que ser normal é um estado dinâmico e que só é possível falar da saúde de um sujeito com base no contexto em que ele vive; da pressão que sofre pela sociedade. A norma (ou o sujeito normativo) parte de uma concepção individual do que é ser normal para si mesmo, isto é, aquele capaz de instituir novas normas; um ser autônomo, como acrescenta Soares e Camargo Junior (2007). E, da mesma forma, o indivíduo só pode se considerar doente segundo sua própria avaliação; quando assume que perdeu a capacidade normativa de instituir novas normas à sua nova condição.

No desenrolar das entrevistas percebemos que sentir-se doente não é uma sensação contínua na vida destas usuárias. Referiram sentirem-se doentes em alguns momentos, nos momentos em que estão mais “caidinhas”, desanimadas. Ou seja, quando não se sentem capazes de se adaptar à sua condição. Para Gracia-Arnaiz (2013) o fato de a obesidade mórbida ter como consequência muitas limitações físicas colabora com o ponto de vista da obesidade como uma doença, como algo que as impede de atribuir novas normas para esta condição. Retomando Camargo et al. (1997), a percepção da doença está relacionada com a sensação de

dor e incapacidade. Enquanto o sujeito se sente capaz de realizar as atividades corriqueiras ele não se sente doente e não procura ajuda. No entanto, o excesso de peso, pelo menos a princípio, não é uma doença que restringe o sujeito a realizar as suas atividades e nem tem a sensação de dor física. Quando esses sintomas aparecem a obesidade, provavelmente, já está num estágio mais avançado.

Um das usuárias relatou que, quando era mais nova, mesmo gordinha, não se sentia doente. Sentia-se bem, atraente, e conseguia olhar para frente; fazer planos futuros. Hoje isso não acontece mais. A doença, ou o fato de sentir-se doente, a impede de sair desta posição; a impede de criar novas regulações (novas normas) para lidar com seus problemas de saúde com o objetivo de viver melhor. Doença, segundo ela, *"é quando a gente sente que sentado está ruim, deitado está ruim, em pé está ruim"*, como refere se sentir atualmente. Ela se sente doente quando ela tem dor; e não quando tem um IMC de 42. A fala mostra claramente o significado de doença para ela. O ganho de peso ocorrido após o nascimento do seu filho e as atitudes do seu marido de desaprovação com esse ganho colaboraram com a criação de um ciclo vicioso: ganho de peso no decorrer da vida → sentir-se mal, com baixa autoestima → ansiedade, tristeza → compulsão alimentar → ganho de peso.

Possivelmente este transtorno alimentar pode ter iniciado como forma de aliviar essas tensões vividas diante da exclusão social e descontentamento pessoal, tal como sugere Grejanin et al. (2007). No entanto, para sair de qualquer uma dessas etapas do ciclo, seria necessário apoio de profissionais.

Por este motivo é fundamental conhecer esta complexa relação do sujeito com o alimento para que o tratamento da obesidade seja satisfatório. Compreender a alimentação e os seus significados é também conhecer o sujeito e as influências que sofre com a sociedade, com os costumes e as tradições. Conhecer as relações do sujeito com o alimento é conhecer a construção da identidade (DEMOZZI, 2015). Enquanto para algumas a comida é o combustível para o corpo, é alimentar-se de três em três horas conforme orientação, para Gold (usuária entrevistada) a comida não era somente fonte de prazer ou saciedade. Alimentar-se representava suprir vazios emocionais, já que, segundo seus relatos *"cada coisa negativa na minha vida, eu desconto na comida"*. Geralmente os episódios de compulsão ocorriam na parte da tarde, e não eram diários. Eram influenciados pelo aumento da ansiedade e, quando aconteciam, duravam até a hora de dormir ou até passar mal. *"É começar a comer e não saber parar."* Nestes momentos não importa se é gordo ou magro. O

prazer está em comer compulsivamente até a comida acabar ou até se sentir mal. Como se estivesse em um momento de crise e o corpo entrasse em “curto-circuito” (VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008).

Outra entrevistada, Penha, também teve o alimento como personagem importante na sua história de ganho de peso. Segundo ela, foi durante uma de suas gestações que, influenciada por um “*desejo*”, começou a consumir três quilos de farinha de mandioca por mês. Farinha pura, com sal ou com pó de café foi o que comeu diariamente e durante dezessete anos. Para ela farinha significava “uma coisa muito gostosa que eu dependia. E assim, se eu me aborrecesse era motivo pra comer. Se eu tivesse muito alegre era motivo pra comer. (..) O dia inteiro. Fazia uma coisinha lá... um pouco [comia um pouco]. Fazia outra coisinha, um pouco. Ou senão eu já pegava um quilo de farinha botava num pote de plástico, colocava sal, balançava, e aí eu já virava diretamente na boca. Que aquilo era SÓ meu.”

As outras mulheres entrevistadas, ao falarem do que acreditavam ser doença, também incorporaram o aspecto da incapacidade que sentem para fazer algo. Tristeza e desânimo foram algumas das sensações que as fizeram se sentir impotentes diante da doença. Paulo César Alves (1993) defende que, dependendo do nosso saber médico, o qual é continuamente reformulado nas nossas interações, somos capazes de atribuir diferentes interpretações para as nossas aflições e assim, formular representações da doença. Ou seja, esse sentir-se mal (física ou psicologicamente), e os sintomas decorrentes disso, é o que nos conduz à sensação de estarmos doentes. O fato de o corpo magro estar associado à saúde, à disciplina e à valores como capacidade e controle colabora com a concepção do corpo gordo estar ligado à doença e à falta de controle (CONTRERAS; GRACIA, 2011; GRACIA-ARNAIZ, 2013).

Outro fator que tem relação direta com a percepção da obesidade como uma doença está relacionado aos valores socioculturais. Se antigamente o corpo robusto era sinal de saúde, hoje, com a cobrança da sociedade ocidental por um corpo mais curvilíneo o obeso passou a ser considerado anormal, um corpo sem comedimento; um desviante às normas pelo excesso (BECKER, 2008; CARVALHO; MARTINS, 2004; VASCONCELOS; SUDO; SUDO, 2004). Essa percepção da doença acaba sendo reproduzida pelos próprios obesos, que aceitam a sua posição de doente, de transgressor às regras e de certa forma, anormal.

Por outro lado saúde foi definida pelas mulheres entrevistadas como conseguir andar sem sentir dor, tal como Camargo et al. (1997); não tomar remédios, não ter artrite ou artrose, ter vontade para se levantar pela manhã, ter um "*peso razoável*", entre outras definições relacionadas à ausência de doença. Na verdade esta concepção da saúde como ausência de doença, como citado anteriormente, está presente no conceito de saúde da OMS. Esta definição, além de não incorporar a subjetividade, como faz Canguilhem, não permite falar de dor e prazer como aspectos que também fazem parte da saúde. No conceito supracitado, tudo o que foge à plenitude (física, mental e socialmente) e que seja indesejado ou perigoso deixa de ser saúde, ou seja, um estado inatingível, utópico que atende aos discursos e práticas de poder da ciência médica. Mais do que o equilíbrio entre o organismo e o meio, ter saúde é ter capacidade criativa em instituir novas normas (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007).

Ainda sobre saúde, não me pareceu que para estas pessoas a saúde estava presente somente no corpo magro, como reproduzido na nossa sociedade atual. Acreditamos, inclusive, que a própria busca pela perfeição seja patológica, segundo Canguilhem, já que o sujeito fica preso a uma norma. A representação de saúde para elas parece ser mais elástica e suportar alguns sintomas e sentimentos, como a dificuldade para comprar roupa ou, até mesmo, o próprio peso (lembrando que nem sempre se viam como doentes, apenas nos momentos de desânimo). O que queremos dizer é que a normatividade vai além do discurso biomédico porque, embora contraditória à visão dos profissionais de saúde em considerar a obesidade mórbida uma doença ou uma anormalidade, será que estes sujeitos obesos têm mesmo a sua normatividade reduzida, como no conceito de doença de Canguilhem? Se tem, parece não estar tão diminuída como imaginamos. Para Mattos (2012) é uma questão de ampliar a normatividade para ser capaz de viver uma vida mais saudável.

Mesmo com muitas limitações acreditamos que elas ainda se sintam capazes de superar a sua condição. Mas, para que sejam sujeitos criadores de normas e considerando que a medicina é tida na sociedade como divulgadora de "verdades científicas" (POLI NETO; CAPONI, 2007, p.570), o discurso dos profissionais de saúde tem que valorizar menos a doença, os órgãos, ou os sintomas. Deve contemplar o sujeito como fazendo parte do contexto de uma determinada sociedade e pertencendo a certa cultura. Uma expectativa destes profissionais, além

de privilegiar os sentimentos e valores do paciente, pode ser estimular a sua reflexão para tomadas de decisões em conjunto (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007)[12]. É importante ressaltar que o próprio ambiente do CRO é impregnado do sentido de vigilância, estando os profissionais de saúde no papel de vigias nesse cuidar dos pacientes obesos.

3.3 **O tratamento no CRO e a relação profissional-usuário**

Em uma sociedade em que o corpo é um dispositivo de poder e que precisa ser cuidado, haja vista as academias sempre cheias, e o número crescente de cirurgias plásticas com finalidades estéticas, ele é, por outro lado, convidado a ser pouco utilizado nas atividades diárias em função das facilidades hoje existentes. As caminhadas diminuem e os deslocamentos são feitos em veículo, escadas e esteiras rolantes; trabalhos são executados na posição sentada, entre outras atividades do dia a dia que deixam o corpo "subempregado" (LE BRETON, 2011, p.20). Alimentos prontos e de várias partes do mundo são facilmente encontrados nas prateleiras dos supermercados, sem que para isso, haja esforço físico. Certamente, a facilidade de acesso ou a redução da atividade física não são as únicas causas da obesidade (EKNOYAN, 2006). No entanto, deste corpo menos exercitado e mais exposto à mídia, exigimos boa aparência, seja para facilitar a conquista de empregos ou para "permitir" a entrada em determinados espaços (RODRIGUES, 2006).

Não parece contraditória a divulgação em massa de corpos saudáveis frente a sociedade de consumo, com a explosão de propagandas seja de equipamentos sofisticados para facilitar a vida e dar mais tempo para as pessoas, seja por comidas ultra processadas? Seria estratégia para promover um mal estar geral, criar necessidades induzidas e alimentar o grande complexo industrial corporativo da moda e do paradigma da saúde?

Estratégias não nos faltam para que nosso corpo se torne aparentemente adequado, segundo os olhares da sociedade. Não estamos nos referindo somente à cobrança dos corpos para serem magros, mas também a corpos modelados em

[12] Sobre este vínculo médico-paciente bem como outros aspectos relacionados à conduta profissional, ver item 3.3.

academias e que não têm as marcas do envelhecimento. Cirurgias plásticas, inúmeras dietas restritivas, atividades físicas, uso de acessórios e de cosméticos, tatuagens entre outras são algumas delas. Ou seja, um corpo que assumiu um aspecto plástico, flexível e de rascunho, podendo ser modificado de acordo com a própria vontade (e esta influenciada pelo padrão exigido socialmente). Isso não quer dizer que não tenham prejuízos na corrida para alcançar o padrão estético. Os transtornos alimentares, bem como o reganho de peso após a cirurgia bariátrica são exemplos das possíveis consequências dessa cobrança por um corpo idealizado e bem apresentável fisicamente (VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008).

Neste item trabalhamos tanto com as entrevistas feitas com as usuárias quanto as realizadas com os profissionais de saúde. No que diz respeito às usuárias, abordamos aqui as tentativas para perder peso e o acompanhamento das mesmas no centro. Quanto aos profissionais, procuramos sintetizar as entrevistas que fizemos no que diz respeito a visão dos mesmos sobre a obesidade mórbida, sua conduta profissional e o vínculo construído na relação profissional – usuário. Conhecendo estes aspectos teríamos pistas para saber em que medida há espaço para perceber a pessoa que está por trás da obesidade. Consequentemente assuntos como o cuidado, o modelo biomédico e o enfraquecimento deste vínculo foram aqui mencionados.

Durante as entrevistas de campo, ao falarem sobre a sua trajetória de ganho de peso as usuárias mostraram que têm em suas bagagens inúmeras tentativas de perder peso, de modificar os seus corpos, de torná-lo mais satisfatório para si e que antecederam o seu tratamento no CRO. Provavelmente estas tentativas ocorreram quando a gravidade do excesso de peso não estava ainda ligada aos riscos de uma obesidade mórbida, e sim ao que significava ser gorda na sociedade atual e a sua satisfação pessoal. Durante a adolescência e a fase adulta as fórmulas e anfetaminas para a perda de peso, tratamentos com endocrinologistas e com nutricionistas foram medidas utilizadas pelas entrevistadas antes de serem encaminhadas ao CRO. Para uma das entrevistadas, cuja história de ganho de peso vem desde a sua infância, o uso de remédios formulados era a única maneira dela se ver magra e, dessa forma, de se sentir bem com ela mesma; não se sentir “fracassada” diante às exigências sociais, expressão utilizada por Coelho e Severiano (2007).

Todas as usuárias participantes do estudo iniciaram o tratamento no CRO porque foram encaminhadas por alguma instituição, seja ela clínica da família ou, em um dos casos, pela defensoria pública. Ao incluir esta questão no roteiro de entrevistas (como chegou até o CRO) a nossa expectativa era de conhecer as motivações dos usuários em buscar tratamento em um centro especializado. Seria para perder peso? Para fazer cirurgia bariátrica? Para melhorar a qualidade de vida? Enfim, tínhamos algumas questões norteadoras, mas que, conforme as entrevistas eram realizadas e a parte burocrática para a inclusão de pacientes no CRO tornava-se mais familiar, precisaram ser modificadas.

Os usuários não buscavam o serviço por conta própria. Suas entradas eram por meio de encaminhamento de outras instituições. Mas, o que podemos afirmar é que, independente da forma com que chegaram ao centro elas demonstraram se sentir bem e acolhidas pelos profissionais. Era notável a melhora na autoestima destes pacientes após o início do acompanhamento com a equipe, além das consequências também positivas nas taxas dos exames sanguíneos e na vida social, conforme relatado. Assim como em Mattos (2012), para as entrevistadas as atividades realizadas no CRO eram uma oportunidade de fazer novos amigos e um espaço de troca de experiências; onde a equipe era disponível e educada, recebiam atenção e carinho, diferente de muitos outros espaços de tratamento. O objetivo principal era o mesmo: perder peso. Mas de que forma o CRO pensava a obesidade? Poderíamos pensar no centro como uma forma de intervenção que se aproxima da perspectiva do modelo ecológico, do ponto de vista da visão ampla das influências?

Embora a cobrança da sociedade seja por um corpo padronizado – corpo magro, a busca destas pessoas não era por esse corpo, e sim por um corpo que podia ser “gordinho”, mas atraente. O que as motivava era ter um corpo que as permitisse executar algumas atividades básicas, como se levantar da cama sem ajuda, tomar banho e lavar suas partes íntimas, colocar um calçado, entre outras atividades que fazem parte do cotidiano. Quando uma das entrevistadas disse que já não mais conseguia “cruzar as pernas”, algo aparentemente simples, porém símbolo da feminilidade e difícil para ela foi o que a motivou buscar ajuda. O fato de se sentirem aprisionadas às limitações, dependentes e confinadas no espaço doméstico, de certa forma, faz com que não consigam colocar em prática o aspecto modelável que o corpo ocidental tem de se transformar de acordo com o “gosto do

dia”. Perder peso e fazer atividade física não são metas simples de atingir, o que aumenta a possibilidade do sujeito entrar em um ciclo, já comentado anteriormente. Estes corpos obesos ficam então paralisados, estáticos, sem autonomia.

Mesmo com esse sentido de corpo paralisado, é possível encontrar vias de acesso para tornar esse corpo menos “anormal” ou menos “transgressor”. A cirurgia bariátrica aparece muitas vezes com essa finalidade. O assunto da cirurgia bariátrica não fazia parte do roteiro de entrevista. Mas, uma vez que foi mencionado e tem se mostrado eficaz no tratamento da obesidade, tanto para a perda de peso quanto na melhora das comorbidades e doenças associadas (FANDIÑO et al., 2004; TRAVADO et al., 2004), tentamos aprofundar com o objetivo de conhecer a percepção das usuárias sobre o assunto.

De acordo com os profissionais entrevistados ao chegarem no CRO grande parte dos pacientes tem a cirurgia bariátrica como solução. Acreditam que retirando parte do seu peso todos os problemas de saúde bem como as limitações estariam resolvidos. Conforme este assunto era abordado nas atividades em grupo e nos atendimentos individuais muitas mudaram de opinião e deixaram de fazer da cirurgia o seu objetivo. No que diz respeito às entrevistadas, das sete mulheres, somente uma fez a cirurgia. Então ao falarmos dos sentidos e significados da cirurgia bariátrica estamos falando de uma mulher que passou por essa experiência, de algumas que mostraram ter medo ou até “*pavor*” de cirurgia, e de outras que diziam desejar fazer porque esta redução no peso ajudaria a não sentir dores nas pernas.

Um ponto a ser levantado é que para além da finalidade estética, a cirurgia bariátrica é um procedimento que, com a mesma limitação da medicina, não é suficiente para mudar o simbolismo e significados deste indivíduo (ALVES, 1993). Os médicos podem atuar no que é aparente, e não mudar a relação do sujeito com a comida, por exemplo, por meio da cirurgia. E, partindo do princípio que os fatores estéticos são os maiores motivadores na busca pela bariátrica, muitos dos pacientes submetidos a este tipo de intervenção cirúrgica não conseguem manter o novo corpo manipulado na cirurgia em função, por exemplo, dos seus hábitos alimentares ou ainda, pelo profissional de saúde não considerar a forma com que o indivíduo se relaciona com a doença e com esse corpo. Ou mesmo pelo próprio sujeito achar que a obesidade mórbida é algo externo a ele e que pode ser retirada no momento da cirurgia (GREJANIN et al., 2007; LEAL; BALDIN, 2007; ROCHA, VILHENA; NOVAES, 2009). Segundo a OMS (WHO, 1998), quando a perda de peso acontece

de forma abrupta, torna-se mais difícil sustentar esta perda, contribuindo para o reganho.

Na visão dos profissionais de saúde a obesidade mórbida é uma doença crônica, multifatorial, de difícil tratamento e que vai além do peso corporal. Geralmente são pessoas que enfrentam muitas dificuldades para se relacionar, para conseguir emprego, em relação ao acesso à medicação, à mobilidade entre outras limitações que fazem com que estas pessoas se afastem do convívio social e fiquem mais isoladas dentro de casa e cada vez mais com a autoconfiança comprometida. Para a psicóloga do serviço,

> essas pessoas são literalmente engolidas, fagocitadas pelo fator obesidade. Como se o obeso não pudesse existir na tentativa de emagrecer. Se ele não estiver tentando emagrecer, ele é mutilado. Ele é atacado por todos os lados, inclusive pelos profissionais da saúde. Então tem um processo de culpabilização que é muito grande. (psicóloga)

Ela ainda complementa dizendo que, para ela, não faz diferença dizer se a obesidade é uma doença ou não. O mais importante é que esse sujeito seja visto em sua totalidade, e não de forma fragmentada. No momento em que se coloca como doença, o sujeito se sente limitado, "*despotencializado*". "Acabam vestindo a camisa de que eu sou só obeso. Eu só sou visto como obeso. Eu só sou referência, porque eu sou obeso. Então existe uma subjetividade obesa que fica circulando". Para ela é necessário haver uma sensibilização dos profissionais que estão lidando diretamente com a obesidade para que ela deixe de ser a "culpa do sujeito que não toma vergonha na cara". Será que o serviço de saúde tem atuado de forma a valorizar as questões subjetivas? Esta não foi uma questão de análise, e por este motivo, não temos a resposta. Estamos a todo o momento refletindo sobre os aspectos que surgiram e nos questionando.

Segundo Canguilhem tratar a obesidade como doença é falar de redução da normatividade; da incapacidade em se adaptar. Mas não quer dizer que não devemos valorizar os fatores culturais, sociais, ambientais etc, como o modelo biomédico faz ao considerar o sujeito como um conjunto de peças; um ser fragmentado. Falar de doença pode incorporar o sujeito em seu aspecto de totalidade.

O fato de o profissional de saúde do CRO lidar com o paciente respeitando seus valores, escutando e não só ditando regras e considerar a obesidade além de

um problema estético traz para este atendimento a noção ampla de cuidado, conforme Ayres, além de fazer com que o tratamento prestado pelo serviço tenha um diferencial. Mesmo que estes tenham uma conduta diferenciada de tratamento, em alguns momentos eles acabam discursando de forma mais impositiva, mais engessada. E isso pode ser, pelo menos parcialmente explicado pela própria formação acadêmica, que tem as fórmulas e evidências científicas como produtoras de verdades, e a doença como objeto de análise e tratamento no modelo biomédico, como falado mais adiante.

Segundo os profissionais entrevistados, embora a perda de peso seja uma meta importante no tratamento, a busca pela qualidade de vida do paciente é ainda mais importante. Pequenas conquistas como, redução do consumo de óleo de cozinha, maior controle da pressão arterial e da glicemia são valorizadas. O fato de alguns pacientes relatarem que, após o início do acompanhamento no CRO começaram a sair mais de casa ou a serem mais ativas e interagirem mais com a família também são ganhos que devem ser valorizados nesse processo. É uma forma de reduzirem o isolamento e o aprisionamento; se libertarem e voltarem ao convívio no meio público. Além disso, a proximidade entre as categorias profissionais é um aspecto que colabora na tomada de decisão da conduta a ser seguida para cada paciente. Ter equipamentos e utensílios apropriados (ex: cadeiras mais largas que suportem o peso dos pacientes) também é algo pouco comum em outros serviços de saúde, e presente no centro estudado.

Uma dificuldade que eles encontram no atendimento à população de baixa renda diz respeito ao custo das medicações. Por se tratar de uma população carente e de muitos dos medicamentos não serem fornecidos pela rede pública, o médico com frequência precisa adaptar à medicação para uma que seja possível do paciente adquirir. Já a nutricionista relatou que um dos seus desafios durante os atendimentos é tentar mudar a percepção das pessoas que “quem trabalha com a alimentação faz o papel da polícia”. Todos os profissionais referiram adotar uma conduta baseada em “combinados” ou num certo acordo. A partir do momento em que questionam para o paciente “o que você acha que você pode fazer por você?”, deixam a critério dele refletir e decidir o que consegue colocar em prática.

Enxergar o sujeito além do que está aparente ou ainda, ao invés de culpabilizá-lo pelo seu peso, incentivá-lo a ser protagonista do seu próprio tratamento abre espaço para o sujeito se sentir mais participativo e não somente

objeto de intervenção. Essa conduta pode ainda auxiliar no fortalecimento do vínculo trazendo-o mais perto do profissional e colaborar no tratamento. É em favor do cuidado e de uma medicina mais humana, que considere as potencialidades, complexidade e a autonomia do sujeito, que estamos falando e a qual Ayres (2009), Soares e Camargo Junior (2007) defendem. De acordo com estes autores o fato de, ao adoecermos querermos e precisarmos de cuidado (seja ele o conhecimento técnico ou o apoio emocional e afetivo), não significa a perda ou diminuição da autonomia. Mas esta relação entre profissional e paciente não é tão inflexível em relação aos papéis exercidos por cada um. Falaremos sobre isso mais adiante.

Ser responsável por, por exemplo, estar obeso não significa desobedecer às regras e sim, não deixar que o outro (ou as próprias regras) determine as nossas ações (CARVALHO; MARTINS, 2004). Segundo Vilhena, Novaes e Rocha (2008) o fato de o profissional colocar o obeso mórbido nessa posição de culpado colabora para que os aspectos psíquicos envolvidos sejam esquecidos e a cultura como fator que influencia as percepções deste paciente seja negligenciada.

Aproveitamos o gancho para aprofundar a forma com que o modelo biomédico se relaciona com o sujeito, a doença e o vínculo estabelecido entre profissional e paciente. Não estamos querendo, com isso, desconsiderar a importância que as ciências biomédicas têm. Mas acreditamos que conhecimentos da área de Ciências Sociais e Humanas podem contribuir para a compreensão de muitos aspectos sociais no campo da saúde (AYRES, 2009); extrapolar a biologia e dedicar-se às questões ligadas à saúde e ao adoecimento (LUZ, 2011). Por se tratar da obesidade mórbida, ou seja, doença classificada conforme o grau de severidade e por meio da fórmula do IMC[13], iniciamos com a discussão do caráter quantitativo presente no modelo biomédico.

Nas ciências médicas a obesidade mórbida é vista como anormalidade; como uma doença que precisa ser medicalizada e tratada (GONÇALVES; MIRANDA, 2012). A questão é que, com esse olhar, o sujeito não é visto na sua totalidade, e sim como um corpo, um corpo segmentado e que não é capaz de “domesticar” os significados existentes neste corpo. Reforçando o que foi dito acima, ao modelo biomédico ficou estabelecida a definição de doença e de tratamento, não considerando “os significados sociais atribuídos ao comportamento do enfermo”

[13] Assunto abordado no item 3.1 desta tese.

(ALVES, 1993, p.265). Porém, para os profissionais de saúde que participaram do estudo a obesidade mórbida vai além do diagnóstico de doença; além do excesso de peso.

Essa visão fragmentada, por não considerar a forma com que o sujeito se relaciona com a doença, sua história de vida e que valores e significados o sujeito atribui à obesidade, dificulta o tratamento e enfraquece a relação do paciente com este profissional de saúde (VASCONCELLOS; SEPÚLVEDA, 2011, p.97). O fato de o cuidado ser visto de forma que a saúde e a doença sejam conceitos que permeiam toda a conduta do profissional contribui ainda para a diminuição da capacidade de ação e para falta de autonomia do paciente, qualidades essenciais para o sucesso de um tratamento. Segundo Luz (1997) essa "deterioração" da relação é fruto da visão do paciente enquanto consumidor de bens médicos, e não como alguém que precisa de cuidados médicos se não para curar, mas para aliviar o seu sofrimento.

Como mencionado no referencial teórico desta tese, o saber técnico não é suficiente em um atendimento; é necessário escutar, ver e tocar o sujeito, além de considerar seus valores e crenças. É por meio deste sentido mais amplo do cuidado que a autonomia se constrói e que o médico pode retomar a sua valorização enquanto profissional preocupado com o sujeito. Ouvir mais as pessoas, interpretar os silêncios e os olhares orienta o diagnóstico e a conduta terapêutica do profissional; que parece ser o diferencial de conduta do CRO. Desta forma o paciente se sente incluído no planejamento do seu tratamento e responsável consigo e com os outros. Mas, nem por isso, um sujeito independente, egoísta ou individualista (AYRES, 2004a, 2009; LUZ, 1997; SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007).

Sobre a culpabilização do obeso que vamos nos debruçar agora. Tanto nas entrevistas com as usuárias quanto naquelas realizadas com os profissionais, a culpa foi um aspecto abordado. Para a psicóloga do centro os pacientes são muito mais culpabilizados por terceiros do que se sentem, de fato, culpados. É necessário "que os profissionais de saúde entendam que [a responsabilidade] é deles também. *Não é só entender que o cara é sem vergonha e que está assim porque quer. Tem alguma coisa ali que precisa ser estudada. (...) Uma pessoa de IMC de sessenta, não está assim porque é legal. Porque não é legal!*".

Uma vez que a culpa é mencionada, por outro lado, a vitimização do sujeito e responsabilização também foram assuntos discutidos. Isso se reflete na fala de um

dos profissionais entrevistados ao abordar o sujeito obeso como vítima de brincadeiras, do manequim, dos meios de transporte por não serem adequados aos obesos entre outras formas de se vitimizar:

> Eu sou obeso e todo mundo ri de mim, não tenho roupa que caiba em mim, eu não passo na roleta (...). Sempre alguém que fez as compras e botou as coisas erradas ali dentro. Sempre alguém que fez uma comida muito gostosa. O vizinho chamou pra um churrasco e aí ele é a vítima nesse sistema, vítima da comunidade, da família... (enfermeira)

Este relato da enfermeira do serviço, assim como ouvimos também de outros profissionais, mostra a posição em que muitos dos sujeitos com obesidade mórbida se colocam. Como se acomodassem com esse rótulo "*sou obeso*" e ficassem paralisados, tal como Rocha, Vilhena e Novaes (2009) anunciam. Veem-se como vítimas não só da doença, mas das suas consequências relacionadas à saúde e à vida; social, afetiva etc. Isto é, colocam o profissional na posição de curador da doença, como reforçado pela própria biomedicina, mas sem reconhecer que a medicina tem seus próprios limites. E com isso, muitas vezes o paciente não se sente responsável pelo seu tratamento e nem mesmo pelo seu impulso frente à comida (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007; VASCONCELLOS; SEPÚLVEDA, 2011).

O que percebemos nas falas dos sujeitos pesquisados é que a culpabilização, responsabilização e a autonomia fizeram parte do sentido da obesidade mórbida no ambiente do cuidar (o CRO). A culpa não vai ao encontro da normatividade vital, conforme Canguilhem. Na prática do cuidado, potencializar a autonomia pode ter efeitos tanto positivos quanto negativos. Positivo quando o sujeito constrói as suas próprias normas para melhorar a sua vida, como na fala "Eu já vi médico me recriminando. 'Tem que emagrecer'. Eu senti que não estava cuidando de mim; estava passando o problema para minha obesidade (...) O problema é meu sim, mas se estou procurando o médico é para ele me ajudar; não é para ele piorar a minha situação." (Gold). E negativo quando essa autonomia despotencializa o sujeito, como acontece quando há a culpabilização do mesmo.

Ou seja, considerar a complexidade no tratamento da obesidade mórbida e buscar as questões envolvidas pode ajudar na estratégia de tratamento e no seu sucesso. A enfermeira ainda acrescentou que:

> inclusive pra eles, culpa é diferente de responsabilidade. O que cada um faz da sua vida... é de responsabilidade de cada um. A culpa não faz eles ficarem presos na alimentação. Isso trata... quando a gente culpabiliza o outro, a gente perde a oportunidade de escutar aquela vida que está ali. E eles vivem aprisionados no não. No que eu não posso, no que eu não consigo, o que não dá, o que eu não tenho.

Na fala supracitada o que está envolvido são as normas sociais do que deve ou não ser feito (e consumido) para ter um determinado padrão físico; das restrições físicas em função do excesso de peso. Ou seja, um corpo controlado a todo instante pela sociedade; um corpo aprisionado à vontade do outro.

Uma vez que o conhecimento e crenças dos pacientes são valorizados no acompanhamento realizado no CRO os profissionais de saúde precisam lidar algumas vezes com a desconstrução de alguns pré-conceitos. Assim como Vasconcellos e Sepúlveda (2011) observaram, o psicólogo acaba tendo esse como um dos desafios nos seus atendimentos; desconstruir as certezas que são veiculadas socialmente. O sentido mágico atribuído à cirurgia bariátrica, a questão emocional do sujeito com a comida, a ideia que uma alimentação saudável custa caro entre outras questões, também são trabalhadas por toda a equipe.

No que tange ao “milagre” que a cirurgia bariátrica é capaz de realizar, este foi um pensamento presente na fala de pelo menos uma das entrevistadas que vivenciou esta experiência. Como dito anteriormente (item 2), enquanto esta usuária era acompanhada pelos profissionais do centro, aguardava também ser chamada pelo hospital para fazer a cirurgia. Atribuiu as mudanças que aconteceram no seu hábito alimentar à dedicação dos profissionais de saúde do CRO. Diz que, após iniciar o tratamento sentiu-se envergonhada (aqui podemos substituir pelo termo culpada) em não estar fazendo nada e resolveu mudar a sua alimentação. Atualmente come e gosta de comer folhosos. Não deixou de gostar das coisas que gostava, mas não é com frequência que come, até mesmo pela restrição imposta pela cirurgia. Sobre a sua percepção do corpo, mesmo que a cirurgia tenha sido um procedimento escolhido por ela, Vera relatou ter se sentido “*revoltada*” após a cirurgia. Além de não se sentir bem com a sua aparência (“*pelancuda*”) e da dificuldade no esquema alimentar pós-operatório, ela sentia-se sozinha.

Uma questão importante é que, uma vez que as cirurgias estéticas não tenham a doença como a sua finalidade, o que se espera é a mudança “simbólica” de uma identidade por meio da modificação da aparência física. Ao mencionar o

simbólico, Le Breton (2011, p.47) se refere ao imediatismo em mudar um corpo, sem antes mesmo dar tempo para ele se transformar. A cirurgia surge, muitas vezes, como último recurso para solucionar a questão do peso de forma rápida; de forma a retirar junto à obesidade o sentido sufocante dessa doença e o rótulo (e as consequências dele) de obeso mórbido. Ou, para curar um "defeito" no corpo (POLI NETO; CAPONI, 2007, p.580; ROCHA; VILHENA; NOVAES, 2009). Como um "milagre cirúrgico", segundo Travado *et al* (2004, p.534). E a banalização desse procedimento faz parecer que o sucesso da cirurgia é de responsabilidade do médico e não mais do paciente ou ainda, que o tratamento da obesidade não é algo complexo. *"A minha cabeça ainda é de gordo"*, fala da própria entrevistada que nos mostra que, não foi porque passou por uma cirurgia a qual a limita na alimentação, que a vontade em comer tenha mudado. Ela continua existindo enquanto pessoa; a mesma pessoa da noite anterior ao procedimento, mas agora, com limitações pós-operatórias. Após, aproximadamente, seis meses da cirurgia, a consistência dos alimentos começava a ser em pedaços. Já podia comer arroz e feijão. Com essa evolução, Vera diz ter "*ousado mais*", o que despertou a vontade em comer *fast foods*, como hambúrguer. Até o momento ela estava conseguindo evitar, mas até quando?

Para que a cirurgia bariátrica seja eficaz, requer comprometimento do paciente no pós-cirúrgico, já que o esquema alimentar é diferenciado e os comportamentos alimentares devem ser modificados (TRAVADO et al., 2004), mas nem sempre isto ocorre pois as necessidades alimentares, carregadas de seus simbolismos e significados, se mantém da mesma forma. Se o obeso não tiver um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar possivelmente voltará a ganhar peso, aprofundando a sensação de fracasso na vida. Em estudo relacionando o tempo decorrido de realização da cirurgia bariátrica e ganho de peso, observou-se que o peso das mulheres operadas aumentou com os anos de cirurgia (NOZAKI; ROSSI, 2010).

Há relatos de pacientes obesos que apontaram com certa insatisfação que, após a cirurgia bariátrica, passaram a não mais chamar atenção nos lugares que frequentavam anteriormente (VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008). Essa insatisfação em decorrência da cirurgia bariátrica também foi abordada no estudo de Leal & Baldin (2007) já que os pacientes esperavam mudanças em relação a características intrínsecas à sua personalidade e não à aparência física. Tentativa de suicídio,

abuso de álcool e tabagismo foram alguns dos aspectos mencionados pelas pacientes obesas que se submeteram à cirurgia. Cada uma com a sua motivação (estética, resgate da autoestima, recuperação da saúde ou até mesmo como um evento libertador de medicações e constrangimentos), todas depositaram na cirurgia a resolução dos seus problemas, e acabaram se sentindo frustradas e tristes. E não só na cirurgia bariátrica. Muitos depositam nos médicos a garantia de cura da obesidade. E, estando na posição de curar-se, a obesidade é colocada como uma doença, ou seja, como algo que limita o sujeito a criar novas regras. No entanto, segundo Vilhena, Novaes e Rocha (2008, p.394-395) para a psicanálise a obesidade é considerada mais um sintoma do que um "estado doentio". Sintoma do ponto de vista de um processo inconsciente "que captura o sujeito, deixando-o em suspenso".

Das diversas tentativas de perda de peso que mencionamos no início deste item, demos maior ênfase à cirurgia bariátrica já que foi citada como uma estratégia que resolveria a questão do excesso de peso. Mas, independente da ferramenta ou do método utilizado para perder peso, não podemos deixar de citar a importância que a adequação ao padrão estético tem para a aceitação do indivíduo na sociedade e que, para isso, se sujeitam a diversos procedimentos ora extremos. Para Sautchuk (2007) essa adequação à estética chega ao ambiente das academias muitas vezes em um discurso como um segundo plano. O objetivo seria a qualidade de vida e a saúde, e, consequentemente, a satisfação pessoal.

No que diz respeito à relação do sujeito com a comida, parece ser um assunto de difícil compreensão. "Esses pacientes canalizam muitas das questões da vida para a alimentação", fala da nutricionista do centro. Mesmo aspectos aparentemente externos à alimentação acabam refletindo no consumo alimentar, como a ansiedade gerada pela violência no local em que residem, conflito com familiares entre tantos outros motivos[14]. Segundo Rocha, Vilhena e Novaes (2009) não é em função da fome ou do prazer em comer que o sujeito obeso mórbido tem essa atitude compulsiva frente à comida. Na verdade não só a comida não o satisfará, mas nenhum objeto suprirá esta falta de algo que o obeso mórbido tem. "Para muitos deles, a comida, o comer, acaba tendo uma função de contenção".

Em relação à atividade física, segundo os profissionais, o discurso dos sujeitos obesos também é, de certa forma, de vitimização. "Não posso, não

[14] Assunto também mencionado no item 3.2.

consigo...” é geralmente a forma com que se colocam quando o assunto é exercitar o corpo. Mas para o educador físico muitos rejeitam essa prática porque associam o exercício à atividade realizada em academias, com uso de instrumentos e durante uma hora. O educador físico tenta desconstruir isso e em uma das atividades coletivas de rotina que ministra com a enfermeira busca adaptar a atividade diária individual de forma a aumentar, paulatinamente, a movimentação do corpo. Andar da casa até o portão pode parecer simples, mas não para os usuários do centro que para pequenos esforços sentem dores nos joelhos ou na coluna. Fazer isso já é um ganho para eles. E desta forma, o educador vai conseguindo, aos poucos, introduzir novas atividades e sensibilizando os pacientes para a prática de atividade.

Em suma, o que foi relatado por estes profissionais como sendo as suas percepções da obesidade mórbida parece ser diferente da visão da sociedade no que diz respeito ao obeso como um sujeito doente, culpado, preguiçoso, com baixa autoestima e que deve se enquadrar no padrão estético imposto e reproduzido; como evidenciou Grejanin et al. (2007) ao abordar a visão dos profissionais da saúde sobre o obeso. Provavelmente um dos motivos para os profissionais do CRO adotarem uma visão mais ampliada sobre a obesidade seja o fato que houve um processo de seleção desses profissionais. E este não privilegiava a experiência com a obesidade mórbida, e sim a visão ampla da doença; que considerasse a obesidade no sujeito e na interação deste com micro e macro ambientes. Que tivesse conhecimento sobre o SUS e sobre a Estratégia Saúde da Família. Além disso, participaram de atividades que tinham como objetivo a formação e sensibilização destes profissionais para o olhar além da doença, um olhar que privilegiasse socializar novamente esse sujeito obeso mórbido.

Tratar a obesidade como um fenômeno complexo é o ponto de partida para a sua compreensão e enfrentamento. É fundamental incorporar os sentidos atribuídos pelos sujeitos que vivenciam a obesidade mórbida. O discurso utilizado pelo profissional não deve privilegiar somente o dano, o risco ou a ameaça de morte. Tem que ser identificadas estratégias de intervenção menos proibitivas e autoritárias e que sejam eficazes em nível individual, familiar e social. Deve-se considerar a obesidade como um fenômeno social que integra diversos fatores (biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais) e o modelo de atenção deve ser sensível à escuta, às necessidades e perspectivas do sujeito com obesidade (FONTES, 2008).

O serviço de saúde que entende a influência do ambiente e conhece os diferentes níveis de atuação desse ambiente obesogênico[15] ao qual os sujeitos estão, provavelmente, terá mais elementos para compreender esse sujeito. Por ser um espaço de cuidado e de diálogo acreditamos que a perspectiva ecológica pode ajudar a analisar os sentidos que o sujeito atribui ao corpo obeso mórbido. A noção de felicidade e de cuidado do Ayres também contribuiu para essa compreensão.

[15] Utilizamos “ambiente obesogênico” segundo Swinburn, Egger e Raza (1999); como o conjunto de influências presentes nos arredores, as oportunidades ou condições de vida que promovem a obesidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho de campo e durante a análise das entrevistas e dos grupos de encontro observamos que cada sujeito entrevistado teve uma história de vida diferente, com fatores emocionais, sociais ou tantos outros que influenciaram o seu ganho de peso. Embora com o mesmo objetivo – a perda de peso, as motivações para buscar tratamento no CRO foram diversas; desde o fator estético até a tentativa de melhorar sua saúde e se libertar das medicações.

Mesmo diante da diversidade de tipos estéticos, nos parece que há certa pressão voltada para os riscos da obesidade mórbida, além do discurso médico da saúde, que acabam por limitar o sujeito com obesidade. Na verdade, para as mulheres que entrevistamos o problema não pareceu ser a cobrança da sociedade por um corpo magro, e sim a discriminação com o corpo obeso. A associação da saúde à disciplina faz com que, por outro lado, a concepção do corpo gordo esteja ligado à doença e à falta de controle.

Para as usuárias entrevistadas a doença estava relacionada à dor física e a consequente restrição em fazer algo (caminhar, comprar roupa e se higienizar), não parecendo importar para elas se o seu IMC estava em 42 ou 62. Ou seja, há limitações próprias do instrumento para a classificação do estado nutricional que devem ser consideradas, além das possíveis consequências dessa classificação. Uma delas é a tendência de isolamento em função da rejeição social por ter chegado a um estado de “transgressor”; de imoralidade. Existe ainda a limitação física que aprisiona o sujeito em casa, o espelho como objeto que simboliza a sua exclusão entre outros fatores.

O próprio nome obesidade “mórbida”, incorporado na fala dos profissionais da área de saúde, carrega em si um peso que estigmatiza ainda mais o sujeito. Na vivência desses sujeitos esta não foi a terminologia usada. Eles se consideravam “gordos”, e não obesos e muito menos, mórbidos. Uma vez que eles se percebem desta forma (como gordos), não seria o caso de repensar esta classificação? Enfim, sem o propósito de esgotar essa discussão, apenas deixo um ponto para reflexão.

A saúde, por sua vez, foi definida pelas mulheres entrevistadas como “*conseguir andar sem sentir dor, não tomar remédios”*, entre outras definições

relacionadas à ausência de doença. Mas, mesmo com este discurso elas demonstraram ser possível incorporar as suas limitações à concepção de saúde.

Para os profissionais de saúde entrevistados o que percebemos foi que, embora a obesidade mórbida seja uma doença crônica, ela extrapola a questão do peso corporal. O discurso destes profissionais parece valorizar menos a doença ou os órgãos, como no modelo biomédico, e valorizar mais o sujeito como fazendo parte do contexto de uma determinada sociedade e pertencendo a certa cultura. Incentivando o paciente a ser protagonista no seu próprio tratamento eles tem conseguido proporcionar mais autonomia a este sujeito e fortalecer o vínculo criado; o que favorece o sucesso do tratamento.

Este diferencial na conduta adotada no CRO tem ajudado que eles saiam de suas casas para cuidarem de si; saiam do ambiente doméstico para o mundo público; que se libertem desse aprisionamento simbólico. Este é um começo para os obesos e um ganho do serviço de saúde que não vai mudar a estatística. Não vai tirar o sujeito obeso mórbido do seu intervalo de classificação. Mas vai mexer na qualidade de vida do sujeito, mesmo que não mude a situação da população; vai ajudá-lo a criar artifícios para se adaptar à sua condição de obeso mórbido.

Em meio a um cenário de aumento progressivo da prevalência de obesidade, que localiza os sentidos e significados da mesma, é necessário a implementação de políticas públicas que tenham o excesso de peso e a obesidade como alvos, e que respondam às demandas da sociedade. Promover a alimentação saudável, a prática de atividade física e outros hábitos saudáveis são medidas importantes. Porém, mesmo contempladas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)[16] e na Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde[17], não tem sido suficientes para mudar o panorama da situação nutricional no país. Na verdade, será que é isso que estamos buscando?

Sobre os serviços de saúde e diante de tantas limitações dos obesos mórbidos e consequente isolamento, o que pode ser feito para libertar estas pessoas? Como quebrar outras prisões concretas (no sentido de dificuldade de mobilidade) e subjetivas reproduzidas socialmente como do papel feminino no cuidar do outro, no cuidar do ambiente doméstico entre outros papéis “naturalmente”

[16] A PNAN está disponível no site http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf

[17] Este documento está disponível em http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/globalDocument.pdf

femininos? É importante que a prática nos serviços de saúde esteja voltada para o sujeito; suas necessidades e perspectivas. A atenção à saúde não deve estar voltada somente a dados antropométricos, ganho ou perda de peso. Ela deve ir além de orientar e informar. Observamos que quando valorizamos o atendimento mais individualizado, respeitando a cultura, crenças e valores de cada um deles o tratamento da obesidade acontece de forma mais eficiente.

Às vezes reproduzimos um ideal de corpo físico sem nem mesmo pararmos para refletir e criticá-lo. Vincular o sucesso ou o fracasso à aparência física não parece condizente com a situação nutricional da nossa população. Em uma sociedade em que aproximadamente 50% dos adultos estão com excesso de peso, não é incompatível que os que estão “fora de forma” se sintam tão discriminados pelo padrão estético hegemônico que considera a magreza como ideal? É necessário respeitar as diferenças e evitar as comparações. Preocupar-se com a saúde e com o corpo, sem dúvida é válido. Mas se prender a padrões estéticos e buscar alcançá-los de qualquer maneira pode ser prejudicial.

Muito ainda há de ser feito. Lacunas existem, mas buscamos nos aproximar da compreensão dos sentidos e significados da obesidade mórbida para melhor tratarmos. Repensar a obesidade para além do consumo alimentar parece um bom começo. Ela precisa ser vista como um fenômeno social; com inúmeras influências sejam ambientais, culturais, biológicas, políticas e econômicas, assim como é tratada em um estudo que utilize como ferramenta o modelo ecológico. É fundamental que os materiais e regulamentações elaborados incorporem todas estas questões simbólicas presentes nos contextos sociais e culturais, e não passem de normatizações e regras engessadas a serem seguidas.

Essa pesquisa trouxe a subjetividade além do peso, da concretude do IMC; trouxe os desejos, os valores, as relações e os sentidos do sujeito. E isso abre um horizonte de análise para esses sujeitos em situações graves de excesso de peso. Como pesquisadora e profissional de saúde em muitos momentos me senti mobilizada a ajudar; a cuidar do outro. Mas, uma vez que o objetivo da pesquisa foi compreender o sujeito obeso mórbido busquei não intervir, como faria um profissional de saúde.

Este trabalho foi um produto do doutorado, e que, em função da complexidade do assunto e por ser da atualidade esperamos que possa contribuir

para pensar outros estudos que tem a obesidade mórbida e seus sentidos como objeto.

Termino esta tese com o convite para refletirmos sobre a importância que o corpo físico assumiu em detrimento da relevância do ser. E de que forma podemos compreender esse sujeito para que ele se sinta parte da sociedade; e não excluído e rejeitado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: reflexão e crítica*, v.15, n.2, p.283-92, 2002.

ALVES, P. C. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Cad. Saúde Públ*., Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.263-271, jul./set., 1993.

ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Midia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.16, n.1, p.117-125, jan./mar. 2003.

ANJOS, L. A. Avaliação antropométrica e da composição corporal. In: ANJOS, L.A. *Obesidade e saúde pública*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 100p.

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura^{-2}) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev. Saúde públ.*, S.Paulo, v.26, n.6, p.431-436, 1992.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004b.

_____. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.2, p.11-23, set./dez. 2009.

BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BLEIL, S. I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate*, v.6, p.1-25, 1998.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n.12. *Obesidade*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.*VIGITEL Brasil 2013*. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRUG, J.; KREMERS, S. P.; LENTHE, F. V.; BALL, K.; CRAWFORD, D. Environmental determinants os healthy eating: in need of theory and evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, v.67, p.307-316, 2008.

CAMARGO Jr, K. R. D.; LUZ, M. T.; SABINO, C.; CONTE, F. T.; MARTINEZ, D. S. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços

ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, v.149, p.3-13, 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARTER, M.; SWINBURN, B. Measuring the 'obesogenic' food environment in New Zealand primary schools. *Health Promotion International*, v.19, n.1, 2004.

CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.1003-1012, 2004.

COELHO, R. F. J.; SEVERIANO, M. F. V. Histórias dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo*. Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, v.19, n.1, p.83-100, jan./jun. 2007.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. The social construction of illness: key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, v.51, p.S67-S79, 2010.

CONTRERAS, J.; GRACIA, M. Corpos, dietas, culturas. In: CONTRERAS, J.; GRACIA, M. *Alimentação, sociedade e cultura.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

COSTA, J. H. Subjetivação e dobras de fora: transitando por Foucault, de Gilles Deleuze. *Trilhas Filosóficas*, ano III, n.1, p.30-40, jan./jun. 2010.

COSTA, R. Sociedade de controle. *São Paulo em Perspectiva*, v.18, n.1, p.161-167, 2004.

DELEUZE, G. Post-scriptum Sobre as Sociedades de Controle. *L´Autre Journal*, n. 1, maio de 1990, e publicado em Conversações, 1972 – 1990. Tradução de Peter Pal Pelbart. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

DEMOZZI, S. F. Diz-me o que não comes e te direi quem és: tabus alimentares, mídias e corpo. *Rev. História Helikon*, Curitiba, v.2, n.3, p.32-49, 2015.

EGGER, G.; SWINBURN, B. An "ecological" approach to the obesity pandemic. *BMJ*, v.315, p.477-483, 1997.

EKNOYAN, G. Adolphe Quetelet (1796–1874): the average man and indices of obesity. *Nephrol Dial Transplant*, v.23, p.47–51, 2008.

EKNOYAN, G. A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in Chronic Kidney Disease*, v.13, n.4, p.421-427, oct. 2006.

FANDIÑO, J. et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *R. Psiquiatr. RS*, v.26, n.1, p.47-51, jan./abr. 2004.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.2, p.483-490, 2006.

FERNANDES, F.M.B. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.262-274.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D.B. (org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, p.69-80.

FONTES, G. A. V. O 'ser' obeso: processo, experiência e estigma. In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. (organizadores). *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA, 2008. 422p.

FOUCAULT, M. De espaços outros. *Estudos Avançados*, v.27, n.79, p.113-122, 2013.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*: organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 20. ed. 1999

FREITAS, M. C. S. Mulher light: corpo, dieta e repressão. In: FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R. (orgs.). *Imagens da mulher na cultura contemporânea*. Salvador: UFBA, 2002, p.23-34.

GEERTZ, C. Pessoa, tempo e conduta em Bali: a natureza social do pensamento. In: _____. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOFFMAN, E. *Estigma*: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Liete Nunes. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1980.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. *Nu & Vestido*: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOMES, I. M. Obesidade como metáfora contemporânea: uma "Cruzada Saudável" em nome do consumo e do risco. *Movimento*, Porto Alegre, v.12, n.3, p.45-71, set./dez. 2006.

GONÇALVES, A. S.; MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. Entre o laboratório de antropometria e a escola: a antropologia física de José Bastos de Ávila nas décadas de 1920 e 1930. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.*, Belém, v.7, n.3, p.671-686, set./dez. 2012.

GONÇALVES, S. D.; MIRANDA, L. L. Biopolítica e confissão: cenas do grupo terapêutico com pacientes obesos. *Psicologia & Sociedade*, v.24, p.94-103, 2012.

GORMAN, N.; LACKNEY, J. A.; ROLLINGS, K.; HUANG, T. T. K. Designer Schools: The Role of School Space and Architecture in Obesity Prevention. *Obesity*, v.15, n.11, p.2521-2530, nov. 2007.

GRACIA-ARNAIZ, M. Pensando sobre el riesgo alimentario y su aceptabilidad: el caso de los alimentos transgenicos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.17, n.2, p.125-149, 2004.

GRACIA-ARNAIZ, M. Thou shalt not get fat: Medical representations and self-images of obesity in a Mediterranean society. *Health*, v.5, n.7, p.1180-1189, 2013.

GREJANIN, D. K. M.; PEZZO, T. H.; NASTRI, V.; SANCHES, V. P. P.; NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, v.17, n.3, p.37-47, 2007.

HACKING, I. *The social construction of what?* Harvard University Press Cambridge, Massachusetts and London, England, 1999.

HINTZE, L. J. et al. Cirurgia bariátrica no Brasil. *Rev. Ciênc. Méd*., Campinas, v.20, n.3-4, p.87-98, mai./ago. 2011.

IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KAUFMANN, J. C. *A entrevista compreensiva*: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis, RJ: Vozes; Maceió, AL: Edufal, 2013.

KREMERS, S. P. J.; BRUJIN, G.; VISSCHER, T. L. S.; MECHELEN, W.; VRIES, N. K.; BRUG, J. Environmental influences on energy balance-related behavior: A dual-process view. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v.3, n.1, p.3-9, 2006.

LEAL, C. W.; BALDIN, N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev Psiqiatr*, RS, v.29, n.3, p.324-27, 2007.

LE BRETON, D. *Adeus ao corpo*: antropologia e sociedade. 6. ed. São Paulo: Papirus, 2011.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Tradução de Sonia M. S. Fuhrmann. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43, 1997.

LUZ, M. *Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 167).

LUZ, M. T. Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.1, p.22-31, 2011.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MARCUZZO, M.; PICH, S.; DITTRICH, M. G. A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.43, p.943-54, out./dez. 2012.

MAROUN, K.; VIEIRA, V. Corpo: uma mercadoria na pós-modernidade. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.14, n.2, p.171-186, dez. 2008.

MATTOS, R. *Sobrevivendo ao estigma da gordura*. São Paulo: Vetor, 2012.

MATTOS, R. S.; LUZ, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2009.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MAZZOCCANTE, R. P.; MORAES, J. F. V. N.; CAMPBELL, C. S. G. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v.21, n.1-6, p.25-34, jan./dez. 2012.

MOEHLECKE, V.; FONSECA, T. M. G. O corpo encontra Apolo e Dionísio: potências e fragilidades. *Psicologia USP*, São Paulo, v.19, n.3, p.375-392, jul./set. 2008.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M.; POPKIN, B. M. Da desnutrição a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C.A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.

NEVES, C. A. B. Sociedade de Controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. In: SILVA, André do et al. (Org.). *Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.84-91.

NOVAES, J. V. *O intolerável peso da feiúra*: sobre mulheres e seus corpos. Editora PUC Rio, 2006.

NOZAKI, V. T.; ROSSI, N. M. Imagem corporal: cirurgia bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.3, n.2, p.185-191, mai./ago. 2010.

OLIVEIRA, E. M. *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

ORTEGA, F. *O corpo incerto*: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PASSETTI, E. *Anarquismos e Sociedade de Controle*. Cortez, 2003.

PEREIRA, C. S. O corpo carioca desnudado. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.12, n.1, p.331-346, jan./abr. 2004.

POLI NETO, P.; CAPONI, S. N. C. A medicalização da beleza. *Interface*, Botucatu, v.11, n.23, set./dez. 2007.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.

ROCHA, L. J. L. F.; VILHENA, J.; NOVAES, J. V. Obesidade mórbida: quando comer vai muito além do alimento. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.15, n.2, p.77-96, ago. 2009.

RODRIGUES, J.C. *Tabu do corpo*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ROMITO, P. Trabalho, maternidade e saúde das mulheres: algumas notas metodológicas. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB, 1997. 152p.

SALLIS, J. F.; OWEN, N.; FISHER, E. B. Ecological Models Of Health Behavior. In: GLANZ, K; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. *Health Behavior and Health Education*: Theory, Research and Practice, 2008.

SANTOS, L. A. S. *O corpo, o comer e a comida:* Um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador-Bahia. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – PUC, São Paulo, 2006.

SANTOS, L. M. P. et al. Trends in Morbid Obesity and in Bariatric Surgeries Covered by the Brazilian Public Health System. *Obes Surg*, v.20, p.943–948, 2010.

SANTOS, M. A.; PERES, R. S.; BENEZ, M. S. L. Contribuições do Desenho da Figura Humana para o delineamento do perfil psicológico de um grupo de obesos mórbidos. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v.3, n.2, p.20-29, 2002.

SAUTCHUK, C.E. A medida da gordura. O interno e o íntimo na academia de ginástica. *MANA*, v.13, n.1, p.181-205, 2007.

SBCP. *Cirurgia plástica no Brasil*. Datafolha Instituto de Pesquisas, jan. 2009.

SCHILDER, P. *The image and appearance of the human body*. London: Routledge, 1999. 356p.

SEVERIANO, M. F. V.; ESTRAMIANA, J. L. A. *Consumo, narcisismo e identidades contemporâneas*: uma análise psicossocial. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006. 98p.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.21, p.65-78, jan/abr 2007.

SOUZA, K. K. V. *O feminino na estética do corpo*: uma leitura psicanalítica Dissertação – Universidade Católica de Pernambuco; 2007.

SOUZA, V. S.; SANTOS, R. V. Corpos, medidas e nação: antropologia física na capital da República brasileira na primeira metade do século XX. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum*., Belém, v.7, n.3, p.639-643, set./dez. 2012.

STOKOLS, D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, v.10, n.4, mar./apr. 1996.

SUDO, N.; LUZ, M. T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.1033-1040, 2007.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine*, v.29, p.563–570, 1999.

TANNER, J. M. *A history of the study of human growth*. London: Cambridge University Press, 1981.

TRAVADO, L.; PIRES, R.; MARTINS, V.; VENTURA, C.; CUNHA, S. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*, v.3, n.22, p.533-550, 2004.

VASCONCELLOS, S. C.; SEPÚLVEDA, K. R. Obesidade mórbida: um corpo em evidência e em desamparo. *Rev. SBPH*, v.14, n.1, Rio de Janeiro, jan./jun. 2011.

VASCONCELOS, N. A.; SUDO, N.; SUDO, I. Um peso na alma: o corpo gordo na mídia. *Revista Mal-estar e Subjetividade,* Fortaleza, v.4, n.11, p.65-93, mar. 2004.

VILHENA, J.; MEDEIROS, S.; NOVAES, J. V. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v.5, n.1, p.109-144, mar. 2005.

VILHENA, J.; NOVAES, J. V.; ROCHA, L. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v.8, n.2, p.379-406, 2008.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p.185-194, 2010.

WHO. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO technical report series 916. Geneva, 2003.

WHO. *Obesity*: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 1998.

WHO. World Health Organization. *Obesity and overweight*. Fact sheet no. 311; Updated March 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>. Acesso em: 30 de Outubro de 2013.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista com os usuários com obesidade mórbida

Informações gerais (estas informações foram coletadas por meio de filipeta entregue no momento da entrevista):
Nome fictício, idade, cor e naturalidade
Número de filhos
Escolaridade e ocupação
Casa (própria, alugada, emprestada) e quem reside na casa,
Há quanto tempo frequenta o CRO

Antes de iniciar, falar da pesquisa e do objetivo desta entrevista
Pedir permissão para gravar e solicitar que preencham o TCLE
Pedir para contar um pouco sobre a sua vida; infância, adolescência, vida adulta... que tenha relação com o peso **(entrou a partir da 2ª entrevista)**
Como você conheceu o CRO?
Fale um pouco por que você resolveu procurar o CRO?/ Quando você decidiu se tratar? (qual acontecimento a motivou?)
Conte-me um pouco sobre o seu tratamento? O que acha desse tratamento?
O que acontece com o corpo quando ele engorda?/ Qual a sua relação com o seu corpo (o que sente em relação ao peso)?
O que a gordura significa para você?
Conte para mim quando você começou a engordar?
Você sabe dizer qual foi o motivo que te fez engordar?
Algo mudou em sua rotina depois que ganhou peso? (limitações: social, afazeres, lazer, profissionais...). Como se sente a este respeito?/ Deixou de fazer alguma coisa em função da obesidade?
Você se sente doente? Se sim, como interpreta a sua doença?
Você se sente vítima em algum momento? (de preconceito...) **(entrou a partir da 2ª entrevista)**
O que você entende por doença?
O que você entende por saúde?
Conte para mim como é o momento das refeições em sua casa? (come com alguém, é tranquilo, é na mesa...?)
O que significa a comida para você?

Já conversou com alguém sobre a obesidade? **(entrou a partir da 4ª entrevista)**
Como é a sua relação com sua família (filhos, marido/ esposa...)?
Qual o envolvimento da sua família com o seu tratamento?
Como você acha que o outro te vê?/ Já se sentiu observado pelo o outro? (se foi vítima de alguma brincadeira por conta do peso)
Como você se descreve (inclusive fisicamente)? **(entrou a partir da 3ª entrevista)**
Quais são as suas expectativas futuras? O que você espera do CRO?
Finalizar a entrevista e agradecer

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde

Antes de iniciar, falar da pesquisa e do objetivo desta entrevista
Pedir permissão para gravar
Pedir para o profissional contar sobre a sua formação acadêmica
Procurar conhecer a rotina de atendimento no CRO
Há quanto tempo você trabalha com obesos mórbidos?
Qual a dificuldade que você encontra no tratamento do obeso mórbido?
Na sua opinião qual é a principal motivação do paciente que busca o CRO? Por quê?
E qual você acha que é a dificuldade do paciente na perda do peso?
Qual o seu papel, enquanto profissional de saúde, no tratamento do obeso mórbido?
Você acha que o tratamento no CRO tem diferencial? Se sim, qual é?
O que você pensa sobre a obesidade mórbida? (Você considera a obesidade uma doença? Qual o seu ponto de vista a respeito?)
Como você acha que é a relação do obeso mórbido com a comida? E com a atividade física?
O que você acha que você representa para os pacientes? (ou qual o vínculo formado?)
Finalizar a entrevista e agradecer

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos usuários e profissionais de saúde do CRO

Termo de Consentimento

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado *"A obesidade mórbida sob duas perspectivas: o obeso e o profissional de saúde",* cujos objetivos são: 1) compreender os sentidos e significados da obesidade mórbida segundo os usuários atendidos no Centro de Referência em Obesidade (CRO), em Acari, e 2) conhecer a visão dos profissionais de saúde sobre os pacientes com obesidade mórbida atendidos no mesmo centro.

O envolvimento nesta pesquisa inclui a participação em entrevistas que podem durar em média 1h 30min e acontece no próprio espaço do centro, em dia marcado com antecedência. Antes de iniciar as entrevistas, os objetivos e metodologia da pesquisa serão esclarecidos pelo pesquisador. Estas entrevistas serão gravadas e, pode ser necessária mais de uma entrevista para que seja possível aprofundar o tema que será abordado. Não há riscos físicos relacionados aos procedimentos que serão realizados neste estudo. A entrevista poderá gerar reflexões sobre o corpo, saúde e tratamento, mas nada que afete ou produza algum risco. Uma vez identificada alguma necessidade de acompanhamento em virtude da entrevista, você será encaminhado para a equipe de saúde do CRO.

A participação do senhor(a) será útil para pensarmos desdobramentos em termos de ações no serviço prestado e produção de conhecimento sobre a obesidade mórbida. As informações coletadas serão usadas na pesquisa e em futuras publicações, não sendo a sua identidade revelada. Todo o material de pesquisa, como os áudios das entrevistas, será descartado após cinco anos a partir da data da gravação.

Para que você participe da pesquisa, é necessário ter o seu consentimento por escrito nesse documento.

O(A) Senhor(a) pode não concordar em participar do estudo, não havendo nenhum tipo de consequência para a continuidade de seu tratamento. Da mesma maneira, a qualquer momento, o(a) senhor(a) pode desistir de participar, bastando, para isso, informar à equipe responsável. Para maiores informações procure as responsáveis pelo estudo: Michelle Delboni pelos telefones (21) 2244-6929/ 2244-6930 do Instituto de Nutrição Annes Dias da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Sílvia Ângela Gugelmin pelo telefone (65) 3615-8897 (ramal 204), o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto pelo telefone (21) 2868-8253, localizado na Avenida 28 de Setembro 77 – Térreo, Vila Isabel, ou ainda com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde pelo telefone (21) 2215-1485, que se localiza na Rua Evaristo da Veiga, 16 sobreloja - Centro.

Eu, _____(nome do informante), aceito participar da pesquisa.

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Rio de Janeiro, de de 2015