

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

VIVENCIANDO O EMAGRECIMENTO:

Um estudo antropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade
de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica

CLARISSA AZEVEDO GONÇALVES

Porto Alegre, março de 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

VIVENCIANDO O EMAGRECIMENTO:

Um estudo antropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade
de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica

CLARISSA AZEVEDO GONÇALVES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Antropologia.

Orientação: Prof^ª Dr^ª Maria Eunice Maciel

Porto Alegre, março de 2006

Agradeço a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho. Especialmente aos meus familiares e queridos informantes.

Dedico este trabalho a vocês.

Obrigada por tudo!

RESUMO

Este estudo antropológico trata sobre as vivências, após o emagrecimento, de dez pessoas, cinco homens e cinco mulheres, que se submeteram à cirurgia bariátrica em três hospitais distintos de Porto Alegre. Neste sentido, problematiza-se a questão da alimentação, da identidade social e da sociabilidade. Partiu-se do pressuposto de que estes aspectos estão relacionados e são afetados após o emagrecimento. Estas pessoas antes eram consideradas muito gordas, após a cirurgia foram induzidas a mudar suas formas de comer, mudaram seus corpos e, inclusive, suas formas de se relacionar com os outros e de enfrentar a vida. Desta forma, este trabalho busca compreender suas experiências em relação às novas práticas alimentares, o significado atribuído a elas, bem como a maneira de perceberem a mudança em seus corpos, e a relação destes aspectos com a sociabilidade.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariátrica, alimentação, identidade social, sociabilidade.

ABSTRACT

This anthropological study is about the after-weight-loss experiences of ten persons, five men and five women, who underwent bariatric surgery in three different hospitals in the city of Porto Alegre. The study focuses on the issues of nourishment, social identity and sociability. Based upon the assumption that these aspects are related and are affected after weight loss. These ten persons were regarded as very fat prior to the surgery; after the surgery, they were induced to change their eating habits, they underwent corporal changes and their ways of relating to other people and of facing everyday life. Thus, this study aims at understanding their experiences as far as their new eating habits and their meaning, their way of regarding their corporal changes and the relation between these aspects to sociability are concerned.

Key-words: obesity, bariatric surgery, eating habits, social identity, sociability.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
CAPÍTULO I - OBESIDADE: ENTRE A “DOENÇA” E A MANEIRA DOS OUTROS ENXERGAREM A PESSOA GORDA	27
Alimentação, identidade e sociabilidade: três aspectos relacionados	27
A percepção dos meus informantes sobre a classificação da obesidade como doença	29
A exposição do corpo e o acesso aos tratamentos pra obesidade	32
“O grande perdedor”: uma maneira de serem tratadas as pessoas gordas	37
CAPÍTULO II - O “UNIVERSO” DA CIRURGIA BARIÁTRICA	43
Os blogs, os sites e os programas de televisão	43
Entrevista com uma psicóloga	53
Percepções sobre minha aparência em contraste com a de meus informantes	57
CAPÍTULO III - DA COMIDA E DA ALIMENTAÇÃO	60
Entre o prazer e a saúde	60
O medo de voltar a engordar	68
Os hábitos alimentares da família	85
A comensalidade	92
CAPÍTULO IV - DO CORPO E DA CABEÇA	100
As peles que resultam do emagrecimento	100
Merecer ficar bonito	106
Fazer-se respeitar mais	119
O trabalho	126
O tempo antes e após a cirurgia bariátrica	136
A sociabilidade crescente depois do emagrecimento	138
Atividades que dão prazer	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICE	153
Termo de consentimento livre e esclarecido	153
ANEXOS	155
Técnicas de cirurgia bariátrica	155
Fotos de famosos e não famosos que se submeteram à cirurgia bariátrica	160

INTRODUÇÃO

Pessoas gordas e pessoas muito gordas - esta foi a primeira diferenciação que considerei importante fazer quando me interessei em realizar um estudo antropológico sobre obesidade, especificamente, sobre as pessoas muito gordas. Estas não pareciam estar em qualquer lugar: num mercado, numa praça, num cinema; pareciam estar escondidas, diferentemente das pessoas gordas, tão normais de serem vistas.

Observava que era difícil enxergar pessoas muito gordas na rua e nos mais diversos ambientes que eu freqüentava, e supunha que não se tratava tão somente pelo fato de ser uma minoria, mas que isto deveria corresponder às suas próprias experiências de vida. E foram estas características que se tornavam tão exóticas para mim à medida que eu pensava sobre elas, que me instigou a realizar um estudo antropológico sobre a questão.

Eu queria conhecer mais, queria compreender suas experiências de vida, suas formas de viver suas corpulências. Nos programas de televisão, era comum aparecerem deitadas em uma cama, suplicando a viabilização da cirurgia de redução de estômago¹ ou a realização de quaisquer tratamentos que amenizassem seus sofrimentos, que pareciam tão intensos, apenas pela imagem que se via, mas ao mesmo tempo, tão pouco conhecidos.

Demonstravam sofrimento através de suas faces tristes e de seus corpos totalmente diferentes dos que são considerados normais, daqueles que enxergamos no dia-a-dia. A partir deste pouco conhecimento que tinha, e instigada por querer descobrir mais, entrei em contato pela primeira vez com algumas pessoas muito gordas e que se submeteram à cirurgia bariátrica no Hospital São Lucas da PUCRS, em Porto Alegre, no ano de 2003, com a intenção de que as mesmas fizessem parte do meu trabalho de conclusão do curso de bacharelado em Ciências Sociais da UFRGS.

¹ Cirurgia de redução de estômago é o nome mais comum utilizado para designar a cirurgia bariátrica, a qual consiste numa intervenção realizada no aparelho digestivo, com a intenção de provocar o emagrecimento. A seguir, esta explicação será mais detalhada. Fonte: <http://cirurgias.hpg.ig.br>

De fato, neste meu primeiro trabalho, não tinha grande interesse em pesquisar as implicações do referido tratamento na vida destas pessoas, mas principalmente compreender suas próprias experiências de vida. Contudo, o hospital parecia um ambiente fácil de encontrá-las, visto que havia um centro criado especialmente para dar tratamento às pessoas interessadas na realização da cirurgia bariátrica, as quais são, majoritariamente, pessoas muito gordas. Antes de começar a freqüentar o estabelecimento, porém, encaminhei diversos documentos para que fosse consentida a pesquisa.²

A partir do momento que fui autorizada a conversar com as pessoas no hospital, passei a me aproximar delas na sala de espera das consultas da instituição. Eu me apresentava, bem como falava sobre a pesquisa e, a partir da demonstração de interesse da pessoa, pedia seu telefone para combinarmos, posteriormente, uma visita em sua casa. Desta forma, apenas o primeiro contato era realizado no hospital, os posteriores eram feitos em suas residências.

Seis pessoas participaram do referido trabalho, três homens e três mulheres, o qual foi de orientação etnográfica e tratou sobre obesidade e gênero. A maioria delas havia realizado a cirurgia há alguns meses ou há poucos anos atrás, sendo que apenas uma delas ainda estava fazendo exames considerados necessários para que pudesse se submeter ao tratamento cirúrgico.

Este estudo possibilitou muitas constatações. Foi constatado que as pessoas muito gordas sofrem diversas limitações devido a sua corpulência. O tamanho e o peso do corpo dificultam a locomoção e a mobilidade. São tarefas de cunho pessoal, doméstico e econômico que se tornam extremamente difíceis de realizar, por exemplo, a partir de um determinado “estágio de gordura” se torna difícil ou impossível caminhar, fazer a higiene pessoal, vestir uma roupa, sentar numa cadeira, deitar numa cama, passar numa roleta de ônibus, arrumar a casa, cuidar dos filhos, ter relações sexuais, trabalhar.³

A gordura corporal excessiva ao mesmo tempo em que dificulta o desempenho das atividades pessoais, domésticas e econômicas, torna as pessoas dependentes dos outros para

² Os documentos solicitados e encaminhados foram os seguintes: carta de apresentação do projeto e confirmação do seu conteúdo assinada por todos os pesquisadores; cadastro do pesquisador e registro da pesquisa na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); protocolo de pesquisa em duas cópias; orçamento financeiro detalhado da pesquisa; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; carta de conhecimento do conteúdo do projeto e autorização do chefe de serviço e Curriculum Vitae resumido do pesquisador principal e dos demais participantes.

³ Gonçalves (2003)

executar estas funções. Inclusive há uma tendência das mulheres sofrerem mais do que os homens com a gordura excessiva, pois além delas serem muito cobradas socialmente a ter um corpo magro, que corresponde ao padrão de beleza estabelecido na nossa sociedade, também são elas que comumente desempenham as tarefas domésticas, são as cuidadoras do lar, dos filhos e do marido. Com a grande corpulência, elas têm dificuldade em executar suas funções e passam a ser dependentes dos outros, há uma inversão de papéis que tende a gerar muito sofrimento para elas.⁴

Também há uma grande dor física que a pessoa muito gorda pode sofrer: na cabeça, nas articulações dos joelhos, nas assaduras que aparecem no corpo. Entre estas dores, estão uma grande tristeza consigo próprio e com os outros. A identidade e a sociabilidade destas pessoas tendem a ser extremamente afetadas por todos estes fatores que se sobrepõem. Deixar de passear com os filhos, de sair com os amigos, de fazer uma faculdade, de procurar emprego, de compartilhar a mesa com os familiares ou amigos na hora das refeições, são algumas das muitas atitudes que podem ser tomadas por elas.⁵

Ficar “de cama”, enclausurada num quarto da casa, longe dos olhos dos outros, sejam amigos, vizinhos ou familiares, pode durar muitos anos pra quem chega a uma determinada corpulência. Os fatores que “pesam” para tanto, além dos já citados, são a discriminação e o preconceito que se materializam através de olhares apavorados, de espanto e reprovação. Também através de insultos verbais, como a acusação de serem feias e relaxadas devido à sua condição física.⁶

A partir destas constatações, ainda fiquei motivada a continuar descobrindo sobre suas vidas, especialmente sobre suas vivências após o emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica, no que se refere à alimentação, à identidade social e à sociabilidade⁷. Desta forma, ingressei em 2004 no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFRGS para dar continuidade à pesquisa.

Na presente pesquisa, alguns dos meus antigos informantes participam, além de outros que se submeteram à cirurgia bariátrica no mesmo hospital. Também participam da atual pesquisa algumas pessoas que realizaram o tratamento cirúrgico no Hospital Moinhos de

⁴ Gonçalves (2003)

⁵ Gonçalves (2003)

⁶ Gonçalves (2003)

⁷ A seguir, será melhor explicada esta questão.

Vento e no Hospital Nossa Senhora da Conceição, ambos de Porto Alegre. Ressalta-se que foi a partir da indicação de informantes antigos, bem como de outras pessoas conhecidas minhas, que eu pude entrar em contato com os novos informantes.

De fato, foram diversas as vezes que eu comentei com algumas pessoas sobre a pesquisa que estava fazendo e, neste momento, era comum alguém dizer que tinha um amigo ou conhecido que havia se submetido à cirurgia de redução de estômago. Logo, algumas vezes eu pedia para que falassem sobre a minha pesquisa com esta pessoa e, partir do consentimento dela, eu poderia telefonar para combinarmos uma primeira visita à sua casa.

Desta forma, o primeiro contato com todos os informantes que fazem parte da atual pesquisa aconteceu, exclusivamente, através de telefonema que fiz para eles. Os contatos posteriores ocorreram em suas casas, e até mesmo no local de trabalho, conforme agendamos.

Fazem parte desta pesquisa antropológica e etnográfica dez pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica em três hospitais diferentes, já citados anteriormente. São cinco homens e cinco mulheres que se encontram em diferentes fases pós-cirúrgicas, isto é, que realizaram a cirurgia há seis anos, quatro anos, três anos e há dois anos, aproximadamente.

O método etnográfico de pesquisa, por sua vez, é um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela antropologia para fins de conhecimento científico da realidade. A abordagem etnográfica se constrói tomando por base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam.

O papel do pesquisador consiste em examinar minuciosamente os diversos aspectos da vida do grupo social que ele estuda. Com este intuito, foram realizadas entrevistas e observações participantes, as quais estão explicadas no decorrer deste item.

Malinowski (1976) e Geertz (2002), chamam a atenção sobre o comprometimento que o antropólogo deve ter no momento que observa uma dada realidade, ou seja, é preciso que a pesquisa de campo etnográfica tenha o objetivo de apreender *o ponto de vista do nativo, a sua visão de seu mundo*. Outrossim, conforme Malinowski (1976), um trabalho etnográfico só terá valor científico irrefutável se nos permitir distinguir claramente, de um lado, os resultados

da observação direta e das declarações e interpretações nativas e, de outro, as inferências do autor, baseadas em seu próprio bom-senso e intuição psicológica.

Em relação à escrita etnográfica, Cardoso de Oliveira (2000) e Geertz (2002) salientam sobre a consciência que o pesquisador deve ter em relação ao poder que exerce no momento que escreve sobre dada realidade. Ao descrever esta realidade, ele também está construindo a mesma.

Conforme Geertz (2002) não se pode fugir do ônus da autoria, o antropólogo é um fundador de discursividade. Não basta definir de forma clara a fala do nativo e a interpretação do antropólogo, é preciso que não nos posicionemos de forma ingênua perante a nossa observação da realidade e a nossa escrita sobre a mesma. Devemos perceber o quanto a nossa subjetividade constitui o nosso olhar e a nossa forma de escrever. Não existe descrição isenta de interpretação.

No tocante à coleta de dados, além de informações obtidas no decorrer do ano de 2004 e das que foram coletadas no ano de 2005, foram utilizadas entrevistas e anotações de diário de campo antigas, feitas em janeiro de 2003 para a monografia de conclusão já referida. As entrevistas e observações foram realizadas a partir de visitas às casas dos informantes.

Estas visitas foram realizadas, periodicamente, desde o primeiro semestre de 2004, as quais se estenderam até o segundo semestre de 2005. A maioria das entrevistas foi gravada e transcrita posteriormente. O diário, por sua vez, sempre acompanhou o trabalho de campo, visto que este é um instrumento básico de registro de dados do pesquisador.

Ressalta-se que as entrevistas foram não-diretivas, ou seja, as perguntas que foram realizadas tiveram o objetivo de captar a informação mais profunda possível ou menos “censurada” do que no caso de outros procedimentos. (THIOLLENT, 1980). Nos momentos que eram feitas visitas à casa dos informantes, também eram realizadas observações participantes, ou seja, procurava-se participar tanto quanto possível da vida dos nativos, do seu cotidiano, colhendo dados a partir do contato face-a-face com os mesmos.

Nesta tarefa, o próprio observador é parte do contexto sobre observação (CICOUREL, 1990). Inclusive, também foi realizada a técnica de observação participante quando foi feita uma visita ao local de trabalho de um dos informantes.

Além disso, e do estudo de material próprio da área da antropologia, foram pesquisados *sites* da Internet, reportagens de jornais, revistas, programas de televisão que tratavam sobre o tema da obesidade e da cirurgia bariátrica; e filmes relacionados à obesidade e alimentação. Também foram realizadas entrevistas com uma psicóloga e com uma nutricionista que fazem o acompanhamento pré e pós-cirúrgico. Ressalta-se que foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme as normas da resolução 196 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). (Ver em apêndice)

Entre a perspectiva da medicina oficial e da antropologia sobre a obesidade

No que se refere às diversas doenças que estão relacionadas de alguma forma à alimentação, a obesidade está em posição de destaque. Do ponto de vista da Medicina Oficial⁸, as pessoas consideradas obesas têm maior tendência à mortalidade precoce do que as consideradas normais. A obesidade já é considerada um problema mundial de saúde pública. Atinge os mais diversos países, tanto os desenvolvidos como os subdesenvolvidos.⁹

Na América Latina, a obesidade compromete mais os sistemas de saúde do que a desnutrição. Estes órgãos se sobrecarregam com a demanda crescente de atendimento a pessoas diagnosticadas como obesas, as quais geralmente apresentam outras doenças crônicas decorrentes dela, consideradas co-morbididades, como: diabetes, hipertensão, apnéia do sono, doença coronária e diversos tipos de câncer.¹⁰

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) oriundos da Pesquisa sobre Orçamentos Familiares nos anos de 2002-2003 (POF) mostram que o que é considerado excesso de peso e obesidade tem aumentado em todas as faixas de renda. A frequência do excesso de peso na população supera em oito vezes o déficit de peso entre as mulheres e em quinze vezes o da população masculina. Num universo de 95,5 milhões de pessoas de 20 anos ou mais de idade há 3,8 milhões de pessoas (4 %) com déficit de peso e

⁸ Entre três denominações possíveis para referir tal assunto, como Biomedicina, Medicina Ocidental e Medicina Oficial, escolhi arbitrariamente esta última, que se refere à Medicina ensinada nas universidades e praticada nos hospitais, clínicas, postos de saúde; na atualidade, nos países ocidentais.

⁹ Consenso Latino Americano de Obesidade (2002)

¹⁰ Consenso Latino Americano de Obesidade (2002)

38, 8 milhões (40%) com excesso de peso, das quais 10,5 milhões são consideradas obesas. Esse padrão se reproduz com poucas variações, na maioria dos grupos populacionais analisados no país. E o argumento sustentado pela pesquisa para explicar o aumento geral de peso da população é de que o consumo excessivo de açúcares e gorduras estaria contribuindo para tal realidade.¹¹

Fischler (1979) salienta que a Medicina Oficial moderna prescreve alimentos tendo em vista não somente o seu caráter terapêutico, mas também profilático, buscando atingir a coletividade através dos meios de comunicação. Neste sentido, ele também afirma que o Estado tem estabelecido políticas públicas de prevenção de doenças relativas às regras alimentares ordenadas pela Medicina. (FISCHLER, 1979, p. 207 e 208)

No Estado do Rio Grande do Sul, há um interessante projeto de lei que mostra a preocupação do Estado em estabelecer políticas públicas na área da saúde através da possibilidade do cidadão controlar a sua alimentação. O projeto, a ser avaliado pelo Executivo, obriga os restaurantes e lanchonetes de todo o Estado a informar aos clientes sobre a quantidade de calorias e do valor nutricional dos alimentos oferecidos em bufês e cardápios. O deputado estadual responsável pelo projeto justifica o mesmo dizendo que é crescente a preocupação da população com a alimentação, pois “boa parte das pessoas tem propensão à obesidade, sofre de algum tipo de enfermidade ou apenas quer se alimentar de forma saudável.”¹²

É constantemente veiculada pela mídia, imbuída de noções da Medicina Oficial, a informação de que são as altas quantidades de açúcar e gordura empregadas nos alimentos que vem contribuindo para o aumento de peso na população e o conseqüente prejuízo para a saúde. É notório observar o tom alarmista de reportagens e propagandas que procuram mostrar os efeitos letais da alimentação considerada prejudicial.¹³

¹¹ Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003, organizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conforme informações relativas à coleta de dados, para coletar as medidas do peso e da altura foram utilizadas uma balança eletrônica portátil e uma trena, respectivamente. O valor do peso foi registrado em quilogramas, e o da altura, em centímetros.

¹² Reportagem do jornal Zero Hora, 22/abril/2004: “Calorias podem ser expostas em cardápios”.

¹³ Ver: Isto É, julho/2004; Veja, abril/2000; março, maio, junho e julho/2004; Folha de São Paulo, julho/2003; Correio do Povo, abril/2004; Zero Hora, maio/2004.

A Rede Globo de Televisão vinculou durante o ano de 2004 uma propaganda que mostra uma moça indo “assaltar” a geladeira na calada da noite, mas é interrompida pelo marido, que a “salva” da tentação de comer um delicioso bolo. Finalmente, se ouve a voz do locutor em tom de quem está dando um bom conselho: “não morra pela boca.”

Em meio a isso, denúncias diversas contra os estabelecimentos de *fast food* têm sido veiculadas pelos meios de comunicação, como o recente documentário de um cineasta americano que quis mostrar os efeitos nocivos da alimentação destes restaurantes. Para tanto, o próprio cineasta se tornou “cobaia” da experiência de ingerir durante um mês somente alimentação de determinado estabelecimento. Afirma ter engordado 11 Kg e ficado com o fígado “pior do que de um alcoólatra”.¹⁴

Convém ressaltar que a obesidade passou a ser reconhecida como doença pela Medicina Oficial a partir da década de noventa, passando então a ser contemplada na Classificação Internacional de Doenças (CID)¹⁵. A partir de uma tabela padronizada, que supostamente serve para toda a humanidade, a pessoa pode verificar se está “saudável” ou “doente”, de acordo com esta perspectiva.¹⁶

As pessoas que se enquadram no padrão de “obesidade leve”, “obesidade moderada” ou “obesidade severa ou mórbida” são consideradas “doentes”. Neste sentido, à medida que aumenta o índice de massa corporal, a pessoa é considerada mais doente. Esta tabela estabelece que a massa corporal ideal para as pessoas é definida pelo seu peso dividido pela altura ao quadrado (Índice de Massa Corporal (IMC) = P/H^2), que vai resultar na seguinte classificação:¹⁷

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

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) a pessoa que atinge um IMC igual ou superior a 40, pode se submeter ao tratamento cirúrgico. Contudo, se

¹⁴ Ver: Zero Hora, maio/2004: “Uma denúncia bem-humorada contra o fast-food”

¹⁵ Esta informação eu obtive numa entrevista realizada com um profissional do Centro da Obesidade Mórbida da PUCRS, em julho de 2003.

¹⁶ Fonte: <http://www.centrodaobesidademorbida.com.br>

¹⁷ Fonte: <http://www.centrodaobesidademorbida.com.br>

ela estiver com IMC entre 35 e 40, a cirurgia poderá ser realizada caso existam outras doenças concomitantes, como cardiopatias, hipertensão ou diabetes.¹⁸

Observa-se que a obesidade é considerada uma doença, de acordo com a perspectiva da Medicina Oficial, à medida que corresponde a uma classificação padronizada, conforme critérios supostamente válidos para toda a humanidade¹⁹, independentemente da sociedade onde ela está inserida, da ordem simbólica, dos valores culturais e de seus próprios sistemas de classificação. Neste sentido, é importante destacar que a perspectiva antropológica sobre doença difere muito daquela que corresponde à da Medicina Oficial. Observe:

A perspectiva antropológica não nega o caráter universal de certos fenômenos biológicos, mas procura entender o significado específico que estes fenômenos assumem numa dada sociedade, visto que os registros de normalidade e de anormalidade são, antes de tudo, determinados a partir de valores. A busca desse relativismo e da singularidade dos grupos sociais tem por pressuposto que o real só pode ser apreendido a partir da ordem simbólica, ou seja, é o simbólico que, através dos sistemas de classificação e de sentido, define o real. A realidade é entendida, assim, como uma construção social, na qual o fato concreto – a doença, por exemplo – só existe a partir da ordem simbólica, isto é, só existe se naquela sociedade ela for passível de ser pensada como tal, como anormalidade. (VÍCTORA, 2000, p. 11)

Para ilustrar o quanto a obesidade pode ser concebida de maneira distinta daquela que a concebe como uma doença, independentemente dos valores culturais de cada sociedade, é interessante observar o que afirma Poulain (2004, p. 139):

(...) os valores associados aos corpos gordos são diferentes de uma cultura para outra e variam no tempo, no interior de uma mesma cultura. Desde a a Nova Zelândia com os maoris, até a Maurîtânia, onde existem casas de engorda e até uma corporação de “engordadoras”, são vários os exemplos de culturas nas quais se procura engordar as moças antes de casá-las (...). Numerosas são as culturas nas quais a capacidade de estocar matérias gordurosas em seu próprio corpo é vista como um **sinal de boa saúde, de vitalidade**. Os indivíduos que apresentam uma forte adiposidade alcançam nelas **posições sociais de poder e de prestígio**. Mas a figura do gordo e sua valorização variam igualmente entre as culturas ocidentais e no decorrer do tempo no interior de cada uma delas. A efervescência que provoca entre jovens japoneses a chegada de um lutador de sumô num bar de Ginza ou de Shibuya, os bairros “modernos” de Tóquio, mostra o relativismo do modelo de estética da magreza no próprio seio das sociedades desenvolvidas. (POULAIN, 2004, p. 139) (grifos meus)

¹⁸ Fonte: <http://www.sbc.org.br>

¹⁹ Convém ressaltar que o IMC, a partir de tal padronização, não é considerado aplicável a atletas, crianças e mulheres grávidas ou a amamentar. Para estes, seriam outras regras de medida. Fonte: <http://www.roche.pt/emagrecer/calculadoras/calcimc.cfm>
Entretanto, raras vezes observei esta exceção manifestada em artigos de jornais, revistas e demais meios que tratam sobre a obesidade e que divulgam o cálculo do IMC.

Desta forma, faz-se necessário a compreensão de que a obesidade é tanto um fenômeno biológico quanto um fenômeno social, e é a partir da compreensão deste último dentro do grupo em questão que ela será analisada neste trabalho. A saúde e a doença possuem uma realidade independentemente do que estabelece a Medicina Oficial. São fenômenos sociais que devem ser pensados dentro de um sistema simbólico de significação, pois “ao pensar sobre saúde e doença, os indivíduos estão pensando sua relação com os outros, com a sociedade, com a natureza e com o mundo sobrenatural.” (VÍCTORA, 2000, p. 21)

Problematizando a cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica é realizada no estômago e/ou no intestino, de acordo com a técnica utilizada para cada caso²⁰, e o emagrecimento ocorre a partir da redução da capacidade de ingerir e/ou absorver os alimentos. Através destes tratamentos, a pessoa perde aproximadamente 80% do que é considerado excesso de peso em 12-18 meses.²¹

Observe a explicação da nutricionista do Centro de Obesidade Mórbida (COM) do Hospital São Lucas da PUCRS quanto às recomendações alimentares após a cirurgia:

No pré-operatório a gente já orienta a dieta líquida nos primeiros dez dias, faz todo um acompanhamento durante a internação hospitalar e o paciente volta dez dias após a operação. Ele fica até o quarto, quinto dia de pós-operatório internado e mais cinco, em casa, e então retorna pra nutricionista. A gente então vai trocar a dieta, de líquidos vamos passar pra uma forma pastosa, ou forma líquida-pastosa. Por quê? Porque ele precisa de repouso gástrico de 21 a 25 dias que é o tempo que a gente tem de cicatrização interna do aparelho gastro-intestinal. A gente não pode botar a alimentação sólida, fazer que haja muito movimento nesse novo aparelho; na cicatrização a gente precisa mais ou menos desse tempo. Então a gente orienta direitinho, volume. Cada tipo de cirurgia tem um volume específico. A do tipo Capella, que é aquela que a maioria faz, inicia com 30 ml a cada 5 min, depois a gente evolui pra 100 ml, 150 ml a cada duas horas. Eles têm que tomar devagarzinho esses líquidos em pequenos goles, depois eles podem até tomar 200 ml devagarzinho numa refeição, a dieta pastosa é a mesma coisa. A gente procura deixar bastante líquido, à vontade. Eles até tem uma folhinha com todos os alimentos permitidos, os proibidos, as quantidades. A partir do segundo mês eles são liberados pra dieta normal. Os trinta dias após a cirurgia eles fazem uma reconsulta. O que é a dieta normal? Na verdade é o alimento de consistência sólida, que a gente organiza direitinho: o café da manhã, o lanche, o almoço, o lanche da tarde, janta e um lanche com pequenas quantidades de alimento, ou seja, eles vão

²⁰ São diversas as técnicas cirúrgicas utilizadas com o fim de emagrecimento. As técnicas principais, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB), estão explicadas em anexo.

²¹ Fonte: <http://www.centrodaobesidademorbida.com.br>

conseguir no máximo quatro colheres de alimento sólido numa refeição. Uma colher de carne, uma colher de feijão, uma de arroz e uma de salada, por exemplo. A gente organiza então todas as refeições e vai liberando primeiro os que têm menos fibras, uma dieta mais branda e depois libera todos os alimentos. Bebida alcoólica se libera só a partir do terceiro mês, de uso eventual, refrigerante também. (Dra. Daniela, nutricionista do COM)

Desta forma, após a cirurgia recomenda-se comer devagar e em pequena quantidade, pois uma grande porção de comida pode “trancar” no estômago e ocasionar grande mal estar, induzindo a pessoa ao vômito. É considerado necessário selecionar os alimentos e dar preferência aos considerados saudáveis e pouco calóricos. Doces e comidas gordurosas devem ser evitados, pois comumente podem ocasionar diarreia, mal estar, além de não beneficiar o emagrecimento.²²

Também é preciso cuidar para que o organismo esteja bem nutrido, por exemplo, com a adequada quantidade de proteínas e vitaminas para que não ocorram quedas de cabelo e outros problemas comuns de acontecer após a operação. E para que a pessoa consiga tomar estes e outros cuidados, ela deve ter acompanhamento médico por aproximadamente dez anos.²³

Para a Medicina Oficial, é o alimento considerado saudável que deve ser priorizado nas refeições das pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica. Contudo, não necessariamente este alimento fazia parte das refeições da pessoa muito gorda antes do referido tratamento. Pode ser que este alimento não seja considerado “comida” para esta pessoa, mais especificadamente, fonte de prazer. Outrossim, pode ser que o que era comida deixe de sê-lo, pois conforme DaMatta (1991) o alimento está relacionado àquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva, já a comida é aquilo que é escolhido para ser saboreado, consumido com prazer (DAMATTA, 1991, p. 55)

Para vislumbrar a complexidade destas representações, bem como a possibilidade de que o “tempo” e o “espaço” utilizados para “comer” e para “se alimentar” podem ser diferentes, é interessante observar uma reportagem que trata sobre a suposta incoerência entre a maneira de se alimentar de médicos e o tipo de alimentação que os mesmos recomendam aos seus pacientes. A jornalista responsável pela matéria se surpreende e, acredita, qualquer

²² Gonçalves (2003)

²³ Gonçalves (2003)

um pode se surpreender com as diversas iguarias presentes no *coffee break* de um congresso científico para serem degustadas pelos endocrinologistas²⁴.

Entre as guloseimas servidas no evento, é citada as bandejadas de pães de queijo, *croissants*, fartura de canapés, doces e bolos, ou seja, alimentos considerados não-saudáveis por conter, entre outros possíveis elementos, altos índices de gordura e açúcar. Desta forma, podemos entender que os endocrinologistas, de acordo com o senso comum, seriam pessoas que estariam mais propensas a seguir uma alimentação considerada saudável, neste caso, livre dos já citados altos índices de gordura e açúcar.

Conforme a lógica da matéria da revista, seria esperada uma coerência entre o que aconselham esses especialistas em termos de alimentação, e a suas próprias condutas em relação a isto. Afirma a reportagem: “quando o assunto é alimentação, médicos não seguem as próprias recomendações.”

Por outro lado, podemos entender que talvez eles possam “seguir suas recomendações” à medida que compreendemos o quão complexas são as relações sociais em que a comida está presente. Conforme Millán (1999) “comer junto”, isto é, compartilhar a mesa na hora das refeições – a comida e a bebida - é uma das formas de se sociabilizar com os demais, fortalecer e manter as relações sociais. Neste sentido, pode ser dado privilégio à comida prazerosa nos momentos de sociabilidade, a qual pode não corresponder àquela considerada saudável. (MILLÁN, 1999, p. 223 e 224)

Os argumentos de Millán (1999) possibilitam pensar que as pessoas classificam os momentos (tempo) e os ambientes (espaço) para fazer determinadas refeições. Desta forma, o alimento considerado saudável, aquele que nutre o corpo e é importante para a sobrevivência em longo prazo pode estar reservado a determinado momento e lugar, a determinado tempo e espaço. Mary Douglas (apud HECK, 2004) ainda nos diz que a comida deve ser tratada como um código a ser desvendado através das mensagens que passa, as quais demonstram níveis de hierarquia, inclusão e exclusão, classes sociais e transgressões.

A relação entre comida e identidade, por sua vez, pode ser bem compreendida através da frase de Brillat-Savarin (1995), “diz-me o que comes e eu te direi quem és”. Através desta frase ele explicita o quanto a comida que se consome pode servir para identificar o status dos

²⁴ Reportagem da revista Veja, abril/2004: “Faça o que eu digo...”

indivíduos nas sociedades, por exemplo, a idade, sexo e nível sócio-econômico. O vínculo entre comida e identidade também é mostrado por DaMatta (1987) que cita exemplos de comidas características de diferentes grupos, ou seja, pode-se dizer que queijo é comida de rato, do mesmo modo que farinha é comida de nordestinos, tutu com lingüiça de mineiros, churrasco comida de gaúcho.

Com base nestes pressupostos, pode-se sugerir que a comida que serve para identificar as pessoas consideradas gordas são altamente calóricas, as quais contribuem para a pessoa engordar. Entretanto, são as que justamente devem ser evitadas após a cirurgia bariátrica. Como já foi falado, há uma mudança na alimentação após o tratamento, a qual tem o objetivo de mudar a sua condição de pessoa muito gorda, que sofre uma série de conseqüências devido a isso. Neste sentido, observa-se que a relação entre comida e identidade se faz presente na vida destas pessoas de forma crucial.

Desta forma, problematiza-se a questão da alimentação, da identidade social e da sociabilidade, visto que este trabalho trata de pessoas que antes eram consideradas muito gordas, que tiveram que mudar suas formas de comer, mudaram seus corpos e, inclusive, suas formas de se relacionar com os outros e de enfrentar a vida. Logo, este trabalho se insere na interface entre antropologia da alimentação, da saúde, e também de questões públicas de atendimento à obesidade.

Os informantes

A descrição referente aos informantes é breve, sem muitos detalhes, devido à necessidade de preservar suas identidades. Seus nomes são fictícios, bem como o nome das pessoas citadas por eles. Não está definido o hospital pelo qual realizaram a cirurgia bariátrica e nem a técnica cirúrgica utilizada.

Em relação à descrição física dos informantes, exponho como eu os percebo através do meu olhar. Contudo, saliento o quão difícil é esta tarefa. Considerá-los muitos gordos, gordos, gordinhos, normais ou magros, passa a ser algo árduo de se fazer.

De acordo com Fischler (1995) os referenciais de obesidade e magreza mudaram com o tempo. No passado, era “preciso ser bem mais gordo para ser julgado obeso e bem menos magro para ser considerado magro” (FISCHLER, 1995, p.79). E, partindo do pressuposto de que estas noções apresentadas pelo autor estariam cada vez mais presentes nas representações sociais, de que seria algo que estaria evoluindo neste sentido, penso que ao considerá-los gordinhos, alguns poderiam considerá-los magros, ou vice-versa.

As pessoas mais velhas do que eu, talvez considerassem magros ou normais aqueles que considero gordinhos, já os mais jovens, talvez considerassem gordinhos aqueles que considero normais²⁵. Enfim, quero dizer que estas percepções podem variar com a época da vida que a pessoa se influenciou pela ideologia relativa a estes padrões, a qual mudou com o tempo, e que ainda pode estar mudando. Logo, parece que se torna um pouco arbitrário tais denominações.

Como já foi mencionado antes, vários informantes fazem parte de uma pesquisa anterior, realizada há três anos atrás. Desta forma, pude perceber se emagreceram ou engordaram no decorrer do tempo que nos vimos. Alguns informantes, como a Antônia, por exemplo, chegaram a emagrecer mais de 40 Kg desde a primeira vez que nos vimos, conforme foi me relatado. Contudo, não percebi que havia emagrecido tanto, possivelmente pelo fato dela não ter se submetido às cirurgias para retirada da pele que sobra do emagrecimento. Neste sentido, entendo que o emagrecimento sem a retirada de pele talvez não seja tão visível para as pessoas, já que a pele mantém um volume grande no corpo.

Antônia (34 anos) é uma informante antiga. Ela fez parte do trabalho realizado em 2003, o qual foi comentado anteriormente. Foi uma das pessoas que eu tive maior contato devido a sua própria disponibilidade em me receber. Desta forma, fui à sua casa de dois em dois meses, aproximadamente, entre 2004 e 2005, também conversamos muitas vezes por telefone no decorrer desse período.

Ela se submeteu à cirurgia bariátrica em 2002 através do Sistema Único de Saúde (SUS). Aparentemente, embora Antônia tenha emagrecido muito após a cirurgia, mais de 100 Kg, eu a considero bem gorda. É viúva e tem dois filhos pequenos que moram com os seus sogros. É dona de casa e pensionista do marido. Mora numa casa simples de alvenaria com a sua mãe. Também aluga uma casa que tem nos fundos da sua.

²⁵ Entendo por “normal” aquela pessoa que pode ser considerada nem gorda e nem magra.

Sônia (60 anos) também fez parte do meu trabalho anterior, realizado em 2003. Contudo, com ela eu tive bem menos contato do que com a Antônia. Sônia teve alguns problemas de saúde e nem sempre se sentiu em condições de me receber. Ela mora com o marido e o filho numa casa grande, de dois andares, com pátio amplo.

A aparência de Sônia é de uma pessoa normal, ou seja, nem gorda, nem magra. Contudo, percebi que ela engordou um pouco ultimamente e acho que ela está um pouco gordinha. Ela tem formação universitária, é enfermeira, e recentemente aposentou-se. A cirurgia bariátrica foi feita através da UNIMED, em 2002.

Gustavo (46 anos) é outro informante antigo. Fui diversas vezes em sua casa em 2004 e 2005, quase tanto quanto fui à casa de Antônia. Algumas vezes também conversamos bastante por telefone. Ele é separado e tem uma filha adulta que atualmente está morando com a mãe. Ele mora sozinho num apartamento pequeno e aconchegante, mas pretende casar-se em breve e morar com a futura esposa.

Em relação à sua aparência, desde a primeira vez que vi Gustavo observei que ele era um homem bem magro e, apesar de ter engordado um pouco no decorrer do período do trabalho de campo, ele continua magro. Ele parece tão magro, que se torna praticamente impossível reconhecê-lo nas diversas fotos que ele me mostrou, anteriores à cirurgia bariátrica, em que ele era muito gordo, com aproximadamente 200 Kg.

Ele se submeteu à cirurgia em 2001 através do Sistema Único de Saúde (SUS). Sempre foi muito gentil em me receber, pois dizia que queria me ajudar a ter sucesso com a pesquisa. Conseguiu, recentemente, aposentar-se pelo INSS, mas está trabalhando numa cooperativa que faz o controle de qualidade de parafusos. Os trabalhadores, majoritariamente, são deficientes físicos. Inclusive, eu fiz uma visita ao seu local de trabalho.

Paulo (44 anos), também é informante antigo, se submeteu à cirurgia bariátrica em 2002 através do convênio da UNIMED. Ele mora sozinho numa casa localizada num condomínio fechado, fora do Estado do Rio Grande do Sul. Aparentemente, Paulo é um homem bem gordo e alto, mas percebi que ele está bem mais magro do que a primeira vez que nos vimos em 2003.

Ele tem formação universitária, pós-graduação no exterior, e é professor. Conversei poucas vezes com ele, pois vinha para Porto Alegre duas vezes ao ano para fazer exames

prescritos no acompanhamento pós-cirúrgico, além de visitar familiares. Nestas ocasiões, nossa conversa foi na casa de sua irmã.

Vanessa (37 anos) se submeteu ao tratamento cirúrgico em 1999. Ela é psicóloga, e é quem fez há mais tempo a cirurgia, pois faz quase sete anos. A sua aparência é de uma pessoa normal, nem gorda e nem magra. Mora num apartamento com os dois filhos e o marido. Um deles é adolescente, o outro tem poucos meses.

Ela demonstrou muito interesse em participar da pesquisa, embora tenhamos conversado poucas vezes. Todas elas após minha informante passar o seu bebê, que ainda é de colo, para seu marido cuidar enquanto conversávamos. Inclusive ela foi uma das pessoas que me indicou outros informantes.

Flávio (61 anos) é separado há muitos anos, tem três filhos, e mora sozinho numa casa muito ampla. Submeteu-se à cirurgia bariátrica em 2003 através do Instituto de Previdência do Estado (IPE). Ele é um homem bem alto e representa não ser gordo e nem magro, mas forte.

É formado em duas faculdades, em música e economia. Está aposentado recentemente, como economista. Já em relação à música, esta parece que estará sempre presente em sua vida. Toca muito bem piano, como eu mesma pude ouvi-lo. Também fabrica e vende cavaquinhos.

Fátima (30 anos) é a informante mais jovem e a que há menos tempo se submeteu à cirurgia bariátrica, pois foi no início de 2004. Fez a cirurgia através do Sistema Único de Saúde (SUS). É casada e não tem filhos. Inclusive tinha a intenção de emagrecer através da cirurgia para poder engravidar, mas ainda não alcançara a meta de emagrecimento.

Em relação a sua aparência, ela representa ser uma mulher gordinha. Mora numa casa simples, aos fundos da casa de sua mãe. Trabalha como segurança em um hospital, mas estava em licença-saúde quando tivemos nossa única conversa, a qual foi acompanhada pelo seu esposo, que ficou ao seu lado apenas ouvindo.

Simone (41 anos) submeteu-se à cirurgia bariátrica em 2001 através do Sistema Único de Saúde (SUS). Aparentemente, é uma mulher normal, nem gorda e nem magra, e é também elegante. Ela está tão elegante e bonita atualmente, que se torna praticamente impossível

reconhecê-la nas fotos anteriores à cirurgia, as quais ela me mostrou. Ela mora numa casa simples de alvenaria, rodeada por outras de sua propriedade, as quais ela aluga.

Ela é dona de casa, e sua renda vem dos aluguéis, embora tenha afirmado para mim que muitos inquilinos têm dificuldades financeiras de pagar o aluguel. Mora com os dois filhos pequenos e, recentemente, com o novo marido também. Muitas vezes conversamos na presença dos filhos, que solicitavam a atenção da mãe.

Carlos (31 anos) atua como autônomo, vende selos e papéis. Submeteu-se à sua primeira cirurgia bariátrica em 2001, através do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente, refez a cirurgia. A sua aparência é de um homem grande e bem gordo.

Carlos é amigo de Simone, e nosso contato ocorreu na casa dela, pois assim ele preferiu. Desta forma, as nossas conversas ocorreram na presença de Simone, que também participava delas. Conversamos poucas vezes.

Francisco (31 anos) submeteu-se à cirurgia bariátrica em 2003, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um homem que pode ser considerado gordo. Mora numa casa simples, de alvenaria, com a esposa e com os três filhos adotivos, além da sua enteada, que também é casada e tem um filho.

Ele trabalha com a parte de alimentação em eventos. Em shows de música e jogos de futebol, por exemplo, costuma ir para vender bebidas e lanches, como cachorro-quente e churrasquinho. Conversamos muitas vezes, algumas, inclusive, na presença de sua esposa e de outros familiares da casa.

Problemas em campo

Convém destacar que a atual pesquisa não está vinculada a nenhum centro específico, ou seja, trata-se de pessoas que realizaram o tratamento cirúrgico da obesidade em três instituições diferentes. Além disso, o contato com os informantes foi realizado através de telefonema para suas casas, sem vinculação com quaisquer internos.

Desta forma, não foi considerado necessário passar por todos os trâmites legais pelos quais passou a pesquisa anterior, em que o primeiro contato com os informantes fora realizado dentro de um hospital. Ainda mais que agora o trabalho estava sendo direcionado a partir de outra perspectiva. É claro que as preocupações éticas estavam sempre presentes, como consta no Código de Ética do Antropólogo da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Entre estas preocupações, as quais constituem direitos das populações que são objeto de pesquisa a serem respeitados pelos antropólogos, estão as seguintes:

1. Direito de ser informadas sobre a natureza da pesquisa.
2. Direito de recusar-se a participar de uma pesquisa.
3. Direito de preservação de sua intimidade, de acordo com seus padrões culturais.
4. Garantia de que a colaboração prestada à investigação não seja utilizada com o intuito de prejudicar o grupo investigado.²⁶

Contudo, apesar das questões éticas serem bem consideradas, parece que pelo fato da equipe médica do Hospital São Lucas da PUCRS não saber da existência da minha atual pesquisa, ocorreu um certo desentendimento entre mim e o diretor do Centro da Obesidade Mórbida (COM). No primeiro semestre de 2005, para minha surpresa, recebi um telefonema da nutricionista do Hospital São Lucas, no qual ela se apresentou e me informou, de forma delicada, e demonstrando um certo constrangimento pela situação que estava acontecendo, que um de seus pacientes, que também participa da minha pesquisa, não estaria mais interessado em participar da mesma.

Ela disse que não poderia me falar quem era, por questões éticas. Mas ela estaria me ligando pelo fato de achar que esta atitude poderia ser a melhor para o seu paciente, visto que ele não estaria tendo a coragem de me falar pessoalmente. E ainda salientou que era uma pessoa que gostava muito de mim, e da minha forma de agir.

No momento que ela me falou tudo isso, eu logo imaginei quem era, pois uma das minhas informantes não estava tendo tempo para conversar comigo ultimamente, e imaginei que isto seria uma “desculpa”, pois ela poderia estar constrangida em me dizer que não queria mais participar do meu trabalho. Eu disse que havia achado “uma pena” o meu informante não ter falado pessoalmente sobre isso comigo, visto que eu poderia entender muito bem. No

²⁶ Fonte: <http://www.abant.org.br/quemsomos/codigo/>

entanto, eu já estava imaginando de quem se tratava, e já pensava em averigüar os fatos, para resolvermos isto da melhor forma possível.

Este acontecimento foi muito desagradável e doloroso para mim, digno de muito choro e tristeza após o fim do telefonema, visto que eu estava confiando na participação da minha informante, que eu julgava ter experiências de vida tão enriquecedoras para o trabalho. Além disso, ela sempre demonstrara total interesse em participar do mesmo. Desta forma, logo passei a refletir muito sobre o que havia acontecido, e levantei algumas hipóteses que poderiam ser verdadeiras.

Pensei que o fato do meu trabalho não ser de conhecimento da equipe de saúde poderia ser compreendido como algo nebuloso, que estava sendo feito “às escuras”. Possivelmente, imaginei, minha informante teria comentado com alguém da equipe de saúde sobre o meu trabalho, e esta pessoa poderia ter demonstrado desconhecê-lo e, a partir disso, questionado sobre o mesmo. Neste sentido, ao perceber o desconhecimento por parte da equipe, minha informante teria ficado insegura em participar.

Resolvi, então, entrar em contato com minha informante, aquela que eu supunha que havia sido motivo do telefonema da nutricionista. Telefonei para sua casa e, calmamente, apesar do nervosismo, falei quem havia me telefonado. Logo percebi que minha suposição estava correta e demonstrei um pesar pelo fato dela não ter recorrido primeiro a mim, mas afirmei com veemência que ela tinha todo o direito de se retirar da pesquisa. Contudo, demonstrando respeito com o meu trabalho, e bastante consideração comigo, ela marcou para conversarmos em sua casa e, assim, resolvermos o assunto.

Na conversa na casa da minha informante, percebi o quanto ela era eternamente grata pela equipe médica que foi responsável pela “salvação” de sua vida. Era assim que ela se sentia: salva de uma vida de intenso sofrimento, e da própria morte, que estaria logo por vir se ela não tivesse sido tratada com a cirurgia bariátrica. E logo percebi que falar sobre a minha pesquisa para a nutricionista, era uma maneira de revelar o que estava acontecendo, o que estava sendo dito por ela, e o que poderia estar sendo dito por outros pacientes. Era uma forma de obter ou não aprovação da equipe de saúde.

Minha informante disse que não queria descontentar ninguém, que tinha receio de participar de um trabalho que a prejudicasse perante a equipe de saúde que a trata no hospital.

Mas salientou que gostava de mim, e acreditava na seriedade e importância do meu trabalho. Demonstrando, a partir disso, que tinha vontade de participar apesar do que havia acontecido.

Após ela me dizer tudo isto, e demonstrar dúvidas quanto à sua participação, falei que iria ficar um bom tempo sem procurá-la, para ela pensar sobre o assunto. Depois disso, fui conversar pessoalmente com a nutricionista e o diretor da equipe médica. A conversa com a nutricionista foi muito tranqüila e amistosa, expliquei meu trabalho e ela explicou o motivo pelo qual ela telefonou para mim. Disse que havia se preocupado com a sua paciente, que tem consulta freqüentemente, e que costuma relatar algumas coisas da sua vida, como a pesquisa que estava participando, a qual ela estava insegura em continuar.

Na conversa com o médico, a qual foi marcada posteriormente, observei que ele me recebeu friamente, disse estar muito descontente pelo fato da equipe ter sabido tão informalmente sobre a existência do meu trabalho, isto é, através de conversas entre os pacientes na sala de espera das consultas. Desculpei-me por não tê-lo avisado antes, mas deixei claro de que se tratava sobre a sociabilidade das pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, e que estava sendo realizado com pessoas que fizeram o tratamento em três hospitais distintos.

Além disso, enfatizei que os contatos com as pessoas para a presente pesquisa não haviam sido feitos no hospital. Desta forma, não poderia estar fora dos padrões éticos. Inclusive pelo fato de que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estava sendo utilizado. À medida que explicava, observava que ele não parecia entender muito o meu trabalho, mas disse que não pensava que eu estivesse agindo por má fé, apenas por desconhecimento.

Parece que nossa conversa não havia tido um fim, não havíamos chegado a um consenso sobre a pesquisa, visto que eu compreendia que ela estava de acordo com os parâmetros éticos, e ele achava que não estava. Na sua concepção, a minha pesquisa atual deveria passar por todos os trâmites legais, conforme um trabalho realizado dentro de um hospital.

Contudo, estes desentendimentos não afetaram a participação final da minha informante. Após seis meses sem conversarmos, marcamos, por telefone, uma conversa em sua casa. No dia combinado, ela não estava, fiquei receosa de que não quisesse participar do

trabalho e, neste sentido, poderia ter saído de casa para evitar o nosso encontro e a confirmação da sua desistência. Mas eu precisava ter certeza de que o meu pensamento estava correto.

Ao telefonar para ela, recebi um pedido de desculpas. Ela alegou que havia esquecido o nosso encontro e que tinha ido ao médico. Falei, calmamente, embora muito triste – mas com firmeza na voz - que ela não precisava participar do meu trabalho se esta fosse sua vontade. Não precisaríamos mais conversar, e eu iria retirar a sua participação do trabalho, visto que este era um direito seu.

Entretanto, ela insistiu para conversarmos pessoalmente, e salientou que jamais iria “fugir de mim”. Inclusive, falou que poderia ir na minha casa para conversarmos, já que eu havia ido na sua e ela não estava. E eu logo disse que não era necessário, e então marcamos uma conversa posterior em sua casa.

Depois disso, ela falou que achava importante a sua participação no meu trabalho, pois o que ela falara para mim, durante as diversas conversas que tivemos em sua casa, não poderia prejudicar ninguém, pelo contrário. Desejava que as suas vivências servissem como exemplo de esperança para aqueles que vivem sofrimentos tão intensos quanto os vividos por ela, e que agora poderiam enxergar na sua vida atual a possibilidade de um futuro melhor.

CAPITULO I - OBESIDADE: ENTRE A “DOENÇA” E A MANEIRA DOS OUTROS ENXERGAREM A PESSOA GORDA

Alimentação, identidade e sociabilidade: três aspectos relacionados

É comum aparecer em filmes um comportamento estereotipado no momento que as pessoas gordas estão comendo, isto é, muitas vezes aparecem consumindo os alimentos de forma grotesca: comem em grande quantidade, de forma muito rápida e causando sujeira; muitas vezes sem utilizar talheres e escondido dos outros. Desta forma, procura-se demonstrar que são pessoas que não se controlam perante a comida, ou seja, que comem mais do que deveriam e que desagradam as pessoas magras, que supostamente tem hábitos contrários a estes, que parecem considerados abaixo dos civilizados.²⁷

A maneira que se consomem os alimentos, os gestos e os rituais que estão implicados no momento de degustar determinada comida são manifestações simbólicas que servem para identificar aquele que degusta. No momento que as pessoas comem juntas, que estão desfrutando deste momento de sociabilidade ao redor da mesa (comensais), elas estão se expondo aos julgamentos alheios. Neste sentido, poderão ou não ser julgadas como pessoas bem educadas, que sabem se sociabilizar e conviver com os outros.(MILLÁN, 1999, p. 225 a 227). Logo, como já foi falado acima, o comportamento estereotipado que aparece nos meios de comunicação, relativo às pessoas gordas no momento que estão comendo, seria suficiente para considerá-las incapazes de serem sociáveis.

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

²⁷ O Professor Aloprado I e II; Seven - Os sete crimes capitais; Austin Powers - O Agente Bond Cama

Observa-se que as pessoas muito gordas são estigmatizadas como relaxadas, feias, sujas e culpadas de sua condição, causando-lhes muito sofrimento.²⁸ Neste sentido, a pessoa que tem obesidade sofre de preconceito devido a um atributo relacionado ao seu corpo - a gordura - como se a sua identidade estivesse reduzida àquilo, os outros atributos constituintes da sua identidade são marginalizados. Logo, a pessoa corpulenta é portadora de um estigma que a coloca “na situação de indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.” (GOFFMAN, 1988, p. 7)

Conforme Berger (1985, p. 228) a identidade é um elemento-chave da realidade subjetiva e acha-se em relação dialética com a sociedade. Ela é formada por processos sociais. Uma vez cristalizada, é mantida, modificada ou mesmo remodelada pelas relações sociais. Desta forma, se enquanto eram muito gordas as pessoas tinham dificuldade de se relacionarem com as outras, pela própria dificuldade de locomoção, por exemplo, à medida que emagrecem pressupõe-se que os relacionamentos mudam ao mesmo tempo em que as suas identidades também são modificadas. As formas de se relacionarem com os outros, de se perceberem e serem percebidas tendem a ser alteradas.

Barth (1998) ao falar sobre grupos étnicos e suas fronteiras, nos dá elementos conceituais para entendermos a noção de identidade social. Grupo étnico é definido, primordialmente, a partir de uma atribuição e identificação realizada pelos próprios atores, bem como pelos membros da sociedade envolvente.

Já para diagnosticar a pertença, é necessário verificar que fatores são socialmente relevantes para enquadrar os membros em determinado grupo, ou seja, para definir a identidade de um grupo, o importante não é inventariar seus traços culturais distintivos, mas localizar aqueles que são utilizados pelos membros do grupo para afirmar e manter uma distinção cultural.

Neste sentido, remetendo pra questão da identidade social, ser gordo ou magro, por exemplo, está relacionado à própria atribuição dos sujeitos, dos traços culturais que eles mesmos consideram importantes para manter uma distinção entre uma e outra categoria, em detrimento de outros traços culturais considerados menos relevantes.

²⁸ Predicativos pejorativos referidos a pessoas com obesidade foram observados nos estudos de SEGAL, A. (1998); STUART, R.; JACOBSON, B. (1990); FELIPPE, F. (1994); FELIPPE, F. (2001); FISCHLER, C. (1995); GONÇALVES (2003).

A identidade é uma construção social e existe sempre em relação a uma outra. Não há uma essência que defina a identidade. Ela é sempre resultante de um processo de identificação no interior de uma situação relacional, e evolui, pois possui um caráter dinâmico (CUCHE, 1999, p. 182 e 183). No tocante às pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, considerarem-se gordas ou magras pode depender da situação em que elas se encontravam antes do emagrecimento em contraste com a situação atual.

Desta forma, aspectos simbólicos relativos a tempo e espaço são analisados, isto é, o contraste entre os tempos e espaços percebidos e ocupados pelos informantes antes do emagrecimento decorrente da cirurgia bariátrica e estes mesmos aspectos percebidos e ocupados por eles após o emagrecimento. Conforme DaMatta (1985, p. 31):

(...) tempo e espaço precisam, para serem concretizados e sentidos como “coisas”, de um sistema de contrastes. Cada sociedade tem uma gramática de espaços e temporalidades para poder existir enquanto um todo articulado e isso depende fundamentalmente de atividades que se ordenem também em oposições diferenciadas, permitindo lembranças e memórias diferentes em qualidade, sensibilidade e forma de organização (...) (DAMATTA, 1985, p. 31)

No pensamento dos meus informantes, o tempo passado, relativo a uma vida de grande sofrimento devido à obesidade pode ser qualificado desta forma à medida que, no presente, não se tem tanto sofrimento após o emagrecimento. Por outro lado, se esse sofrimento persiste de alguma maneira, o tempo passado pode ser qualificado como não tão doloroso ou até melhor do que o presente. Para qualificar o tempo vivido no presente é preciso remeter à memória e as lembranças de um outro tempo vivido e de outros espaços ocupados, os quais as pessoas podem não ocupar mais ou ocupar de outra maneira.

A percepção dos meus informantes sobre a classificação da obesidade como doença

Conforme o socioantropólogo Poulain (2004, p. 145), a classificação da obesidade como doença tenderia a beneficiar - economicamente - a indústria florescente da perda de peso, os promotores de regimes diversos mais ou menos fantasistas, os vendedores de pílulas miraculosas, provavelmente em detrimento de outros fatores que se sobrepõem. Desta forma, vários sociólogos estariam argumentando, atualmente, em favor de uma “desmedicalização”

da obesidade. No discurso medicalizado sobre a mesma, conhecimentos científicos e representações morais estariam misturados. O inconveniente mais grave da medicalização seria de dar uma forma de legitimidade científica à estigmatização dos obesos e de encerrá-los num novo gueto dietético-psicológico. (POULAIN, 2004, p. 145)

De acordo com o autor, esta questão assume um caráter bastante complexo à medida que passa pela disjunção entre obesidade e sobrepeso, como também pelas dimensões médicas e sociais do problema da obesidade. Desta forma, de acordo com os pesquisadores franceses que argumentam a favor da desmedicalização, seria importante o convencimento de que se trata de um problema de saúde pública em vez de vincular sem cessar a idéia de que é preciso combater os quilos. Esta mensagem centrada na guerra contra os quilos e a busca extrema da magreza teria como consequência ocultar a dimensão médica do problema. (POULAIN, 2004, p. 145,146)

Conforme um dos pesquisadores franceses, Arnaud Basdevant (apud POULAIN, 2004, p. 146):

A maioria das pessoas que têm recorrido aos tratamentos da obesidade não são obesas e a maioria das que apresentam uma obesidade mórbida não são levadas em consideração. Existe então, ao mesmo tempo, supermedicalização e submedicalização: passa-se da cosmetologia para a não-assistência. Na realidade, a prevenção da obesidade deve ser desmedicalizada. A prevenção depende da prevenção à saúde, da política da cidade, da formação de jovens consumidores. (apud POULAIN, 2004, p. 146)

Para o referido autor, a prevenção da obesidade deveria ser desmedicalizada, visto que poderia influenciar as pessoas a usarem medicamentos para emagrecer sem necessidade, ou seja, sem serem consideradas obesas. Enquanto que a obesidade mórbida, por sua vez, deveria ser levada em consideração, o que não estaria ocorrendo.

Em relação a isto, observei no decorrer do trabalho de campo o quanto os meus informantes também percebem que não são levados em consideração, muitas vezes, pela Medicina Oficial e por grande parte da população que os julgariam de forma errada. Neste sentido, se por um lado pode haver o entendimento de que a classificação da obesidade como doença tenderia a beneficiar principalmente a indústria de medicamentos (POULAIN, 2004, p. 145), por outro lado, no tocante ao pensamento dos meus informantes, esta classificação tenderia a beneficiar, principalmente, eles mesmos, como estará mostrado a seguir.

No princípio de 2003, quando eu entrei em contato com meus primeiros informantes, observava o quanto eles queriam ser vistos como pessoas doentes. Desde os primeiros contatos, não raras vezes, eu costumava ouvir dessas pessoas de forma contundente a afirmação de que a obesidade é uma doença. Parecia que queriam me convencer disto ao mesmo tempo em que afirmavam para si mesmas esta idéia difundida pela Medicina Oficial.

Considerar a obesidade uma doença poderia diminuir a discriminação sofrida pelos obesos à medida que eles poderiam não ser considerados culpados por sua condição. No entanto, isto não me parecia vantajoso, pois se por um lado os corpulentos precisam ser considerados “doentes” para que percam a posição de “culpados” por sua obesidade, por outro lado, ser considerado “doente” é, em si, também uma condição estigmatizante. (GONÇALVES, 2003, p.13,14)

De acordo com Helman (2003) é comum, no mundo ocidental, atribuir a culpa de doenças ao paciente sem que se faça uma avaliação sobre as responsabilidades de agências governamentais com relação à alimentação, vestuário, higiene, etc.²⁹ É freqüente o procedimento conhecido como *blame the victim*, ou seja, de culpar a vítima, evidenciando, principalmente, quando se trata de problemas de saúde carregados de estigma, tais como: obesidade, alcoolismo, ou mesmo doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids. (apud GONÇALVES, 2003, p. 13, 14)

Contudo, parece que, para os meus informantes, a questão do estigma da culpa tende a ser minimizado quando se considera outros fatores que se sobrepõem. Neste sentido, a identidade de “doente” atribuída às pessoas gordas é percebida, pelos meus informantes, menos como uma condição que os coloca numa situação de culpados e mais como uma estratégia política que confere legitimidade ao acesso ao tratamento da obesidade pela Medicina Oficial. Inclusive, tal identidade tenderia a repercutir em determinadas maneiras consideradas adequadas de tratar a pessoa gorda no âmbito da sociedade em geral.

A seguir, estão a trajetória de alguns informantes para ter acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade através do Sistema Único de Saúde (SUS). Inclusive, o caso de um informante que recorreu aos meios de comunicação para ter acesso a um tratamento para a obesidade. Também mostrarei, de forma geral, as percepções dos meus informantes em

²⁹ Apenas mais recentemente percebe-se alguns movimentos no sentido de questionar ou até processar companhias de cigarro ou alimentícias que seriam as responsáveis por doenças. Ver reportagem: Isto É, 30/julho/2003.

relação à maneira como as pessoas gordas são retratadas no programa exibido no Sistema Brasileiro de Televisão (SBT), denominado “O Grande Perdedor”. Neste programa, segundo eles, a identidade de doente foi rechaçada tendo em vista a forma como o mesmo foi conduzido.

A exposição do corpo e o acesso aos tratamentos pra obesidade

A cirurgia bariátrica, realizada no estômago de pessoas consideradas obesas ou obesas mórbidas pela Medicina Oficial, com o objetivo de fazer com que as mesmas emagreçam a partir da pouca ingestão e/ou absorção dos alimentos, passa a se constituir, para muitas pessoas, a esperança de alívio para um grande sofrimento. Entretanto, muitas delas, consideradas obesas mórbidas e com indicativo de cirurgia têm dificuldade de acesso ao tratamento.

Esta dificuldade é referente ao tempo de espera para ser atendido, em geral, no Brasil as pessoas tendem a esperar por pelo menos seis anos para serem atendidas pelo Sistema único de Saúde (SUS)³⁰. Somente o hospital de Clínicas da Unicamp possui 1800 pacientes na fila de espera para submeter-se ao tratamento através do referido sistema, o que pode significar uma espera de doze a quinze anos dentro das condições atuais.³¹

Para conseguir se submeter à cirurgia bariátrica, alguns dos meus informantes passaram por muitas dificuldades. Numa das primeiras vezes que fui à casa de Antônia, ela me mostrou diversas fotos suas apenas de calcinha e sutiã, deitada em uma cama, com aproximadamente 250 kg. Fiquei espantada quando vi suas fotos. Como podia uma pessoa conseguir viver com aquele tamanho? Pensei, procurando não demonstrar tanto espanto.

De acordo com Antônia, já não caminhava mais, se caminhava, não falava, as duas coisas ao mesmo tempo ela não podia fazer. Como não tinha convênio médico, nem possibilidade de pagar um tratamento particular, ela sentira a necessidade de se deixar

³⁰ “Cirurgia de redução de estômago nem sempre é a melhor solução para os obesos”. Fonte: <http://www.2anhembri.br> - Jornalismo Ahnembri Morumbi

³¹ “Entre a mesa farta e a mesa de cirurgia”. Fonte: <http://www.unicampi.br> – Jornal da Unicamp

fotografar daquela maneira para, através das imagens, sensibilizar pessoas influentes que pudessem viabilizar o tratamento cirúrgico da obesidade.

As fotos procuravam refletir a dificuldade de locomoção, de mobilidade, de colocar uma roupa que sirva; a extrema dependência dos outros para fazer as mínimas tarefas de cunho pessoal, como tomar um banho; dificuldade de respirar, dor intensa nas articulações, dor de cabeça; sentir-se feia, sentir-se um “monstro” pelo próprio olhar de admiração dos outros, pois ela notava o quanto as pessoas se apavoravam ao vê-la daquela forma. Além das fotos, ela também costumava enviar para diversos governantes os laudos médicos, os quais detectavam a obesidade mórbida e vários problemas associados, como pressão e colesterol altos.

Minha informante também disse que costumava enviar cartas escritas por ela mesma ou por algum familiar seu, visto que chegara num grau de dificuldade para se movimentar, que até escrever se tornara difícil. As cartas continham um pouco sobre a sua história de vida, ou seja, as dificuldades vividas em função da sua corpulência. E, a partir disso, um apelo de ajuda.

Antônia costuma dizer “foi uma luta, guria”, referindo-se às dificuldades enfrentadas, e ao empenho empreendido por alguns familiares como a mãe, a irmã, os sobrinhos, o cunhado e um primo, que buscavam ajudá-la nas tarefas mínimas do cotidiano, como tomar um banho e vestir uma roupa. Neste sentido, Antônia ressaltou o quanto se sentia humilhada por precisar de ajuda para realizar tarefas tão pessoais.

Ela sentia que atrapalhava a vida dos outros, inclusive observava que eles não tinham muito tempo para dispensar em cuidados com ela, pois os adultos trabalhavam e tinham seus afazeres que já exigiam muito tempo. Já os sobrinhos, seriam muito novos para executar uma tarefa tão difícil e, literalmente, tão pesada.

O acesso ao tratamento, por sua vez, era difícil não somente pela questão financeira. Ele era dificultado, entre outros motivos, pelo fato de que muitos taxistas não paravam seus carros para pegar Antônia, com receio de que o seu peso pudesse estragar o veículo. Contudo, ela finalmente se submeteu ao tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002. Após ficar mais de um ano numa “fila de espera” e de realizar muitos exames que comprovavam diversos problemas de saúde.

Já Gustavo, também se submeteu à cirurgia pelo SUS e, da mesma forma que Antônia, ressaltara termos como “batalha” e “luta” para ter acesso à cirurgia. Numa das primeiras vezes que fui em sua casa, Gustavo me falou que durante uma época parecia que tinha uma “nuvem em seus olhos”, não enxergava direito. Foi à médica e ela observou que era devido a diabetes, decorrente da obesidade. Iria ficar cego se não tratasse o problema. A partir disso e de muitos outros problemas que ele possuía, recorreu, orientado por esta médica oftalmologista, à cirurgia de redução do estômago.

Foram muitos exames em diversas especialidades médicas para que Gustavo obtivesse a indicação cirúrgica, mas o SUS não tinha vínculo com nenhum hospital do RS. Ele então foi orientado a entrar com um processo administrativo contra o Estado, com um pedido de tutela, passado por três audiências, até que um terceiro juiz, finalmente, desse ganho de causa via liminar. Em 2001, ele então se submeteu à cirurgia.

O tratamento cirúrgico da obesidade através da rede pública de saúde também foi uma parte importante da conversa que tive com Carlos e Simone, na casa dela. Ambos são amigos e se conheceram num momento que eles chamaram de “luta” para conseguir a cirurgia bariátrica através do Sistema único de Saúde (SUS).

“Nos conhecemos na luta”, ressaltou Carlos, que demonstrou o desejo de relatar as dificuldades que as pessoas têm para obter os tratamentos considerados necessários, através do referido sistema. Observe o seu relato:

Todos os pacientes que fizeram a cirurgia desde 2001 pelo SUS, foi tudo com luta. Se nós não sair na rua e abrir a boca, nada acontece. Tudo, cirurgia foi assim, cirurgia plástica foi assim. (...) Dentro da Assembléia Legislativa existe a Comissão de Saúde. Eu fiquei seis meses indo toda a quarta-feira de manhã, pedindo audiência pública sobre obesidade. Seis meses, foi em 2000, eu comecei em novembro, dezembro, janeiro, fevereiro, março, e abril de 2001 foi a cirurgia. Foi a audiência da Comissão de Saúde. Eles fizeram a audiência pública pensando assim, ah vamos realizar pra esse gordo deixar de nos incomodar. (...) E aí aconteceu no dia 18 de abril a reunião da comissão de saúde, e naquela reunião foram 50 pessoas, os maiores de Porto Alegre e Grande Porto Alegre. Reunimos 4 toneladas, 4 mil quilos. Foi aí que a gente começou a pleitear (...) (Carlos, 31 anos)

Através da descrição desta trajetória, Carlos procura mostrar o quanto foi necessária a dedicação e o envolvimento de várias pessoas para ter acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade. Também afirma que vários tratamentos de saúde relativos aos problemas enfrentados pelas pessoas consideradas obesas são difíceis de serem conseguidos através do

SUS. Ele descreve um embate político a partir da reivindicação de diversas pessoas consideradas obesas mórbidas pela Medicina Oficial.

Ao falar em “toneladas”, o meu informante demonstra que a presença daquelas pessoas, da exposição dos seus corpos imensos, buscava revelar a necessidade do tratamento almejado, da mesma forma que as fotos de Antônia, faladas anteriormente. A aparência de seus corpos pretendia adquirir uma dimensão de discurso, de reivindicação, que procurava retratar a difícil mobilidade corporal, a dor, os sofrimentos e o risco de morte pelos quais passavam. E, através disto, garantir seus direitos ao tratamento.

O estatuto de doente conferido à pessoa gorda, parece possibilitar a conquista de diversos direitos. Neste sentido, Gustavo ao me falar sobre o direito adquirido pelas pessoas obesas de não precisar passar pela roleta do ônibus, enfatizou que isto é uma grande conquista, visto que podem passar a vergonha de ficar “entaladas”. Imediatamente, acrescentou: “hoje a obesidade é tratada como uma doença, há dez anos atrás, se tu fosse procurar auxílio médico pra obesidade, iam dizer que era estética e que não tinha cobertura nenhuma, só particular.”

Desta forma, as pessoas que almejam se submeter ao tratamento cirúrgico da obesidade, tendem a reivindicar uma identidade de doente, a qual passa a se constituir numa estratégia política que talvez seja mais eficaz no que diz respeito ao tratamento que desejam. Observe a fala de Simone: “(...) o obeso, não é visto como uma doença. Infelizmente, ele é visto como um relaxado, é assim que eles tratam a gente, com nojo.”

Carlos também falou de forma semelhante ao comentar sobre uma associação que criou, de apoio à pessoa obesa, a qual pretende acolher pessoas muito gordas que precisam emagrecer para se submeter ao tratamento cirúrgico: “a primeira bandeira a levantar é que o obeso não é um relaxado, o obeso é um doente. É doente.”

Parece, a partir destes depoimentos, que ser considerado doente tende a estar em contraposição ao estigma de relaxado e preguiçoso, tão difundido em relação às pessoas consideradas gordas³². Ser visto como doente, talvez implique em ser menos tratado “com nojo”, e mais como alguém digno de ser tratado como cidadão, ou seja, que deve ter o direito

³² Predicativos pejorativos referidos a pessoas consideradas obesas foram observados nos estudos de SEGAL, A. (1998); STUART, R.; JACOBSON, B. (1990); FELIPPE, F. (1994); FELIPPE, F. (2001); FISCHLER, C. (1995)

de não passar pela roleta do ônibus, de ter acesso a tratamentos de emagrecimento e de ser tratado com respeito pela população.

O acesso aos tratamentos de emagrecimento também podem ser facilitados quando se recorre aos meios de comunicação de massa. Carlos falou muito sobre o quanto se expôs em programas de televisão para ter acesso a estes tratamentos. Estes programas salientavam a sua corpulência (ele chegara a 280 Kg). Numa determinada época, antes de ter se submetido à cirurgia bariátrica, já não caminhava mais, tinha dificuldade para fazer as mínimas tarefas quotidianas, como a própria higiene pessoal. Afirmou ter sofrido muito com isso, chegando a não ter mais vontade de viver. Conforme ele me disse: “eu fui pra São Paulo com a cara e a coragem, com 280 Kg, pra conseguir um tratamento ou morrer, né?”

Observe a sua fala sobre o tratamento:

O primeiro tratamento eu consegui por intermédio da televisão e depois de três meses a televisão cortou a propaganda com o SPA, e aí o dono do SPA mandou eu me retirar. Eu saí do Rio Grande do Sul e fui pra São Paulo, lá eu tive o segundo infarte, e no segundo infarte o SBT me descobriu. Eles filmaram toda a minha saída na escada dos bombeiros, né. E foi ali que eu consegui esse tratamento. Eu fui pro hospital e depois eu fui pro tratamento. (Carlos, 31 anos)

Logo em seguida, Simone acrescentou à sua fala:

Tu imagina, um homem com 280 Kg, infartado, pra tirar. Deitado é o dobro do peso, como é que vão levantar um homem de 280 Kg? Aí ele saiu naquele programa Aqui e Agora, daí eles fizeram todo aquele sensacionalismo que até nem era sensacionalismo, porque o estado que ele tava, né? Aí eles conseguiram um Spa pra ele, mas claro, a televisão ficou propagandeando o Spa porque ajudou ele, inclusive a mídia, entendeu? (Simone, 41 anos)

Observa-se que a exposição em programas de televisão possibilitou o acesso ao tratamento pra obesidade, visto que foi oferecido um tratamento num Spa³³ a partir disso. Enquanto ele se submetia ao mesmo, também era filmado para aparecer numa propaganda de televisão.

³³ Spa é o nome que se dá a uma estância hidromineral, hotel distante das cidades ou grande estabelecimento comercial que oferece um tratamento integrado de saúde e beleza. Spa não é sigla. O nome tem origem na cidade de Spa, antiga e famosa estância hidromineral localizada no leste da Bélgica. Fonte: <http://www.kplus.cosmo.com.br>

Entretanto, o tratamento não foi oferecido de maneira satisfatória, pois foi interrompido. As propagandas do Spa pararam de ser transmitidas pelo Sistema Brasileiro de Televisão (SBT), o que era condição para manter o referido tratamento, embora o meu informante não soubesse disto até o momento de ser informado que deveria se retirar do estabelecimento.

“O grande perdedor”: uma maneira de serem tratadas as pessoas gordas

“O Grande Perdedor” foi um programa de televisão, estilo “reality show”, veiculado pelo Sistema Brasileiro de Televisão (SBT). Este programa, feito no Brasil, foi baseado num semelhante realizado nos Estados Unidos pela rede BBC. Quatorze pessoas gordas, sete homens e sete mulheres, algumas muito gordas, disputaram o prêmio de R\$300,000 (trezentos mil reais).

Elas ficaram confinadas em uma casa, monitoradas por câmeras de televisão. Neste ambiente, foram submetidas a tratamentos para emagrecer, como dietas e exercícios físicos estabelecidos por nutricionistas e professores de educação física. Ganhou o programa quem perdeu mais peso no final de três meses em que o mesmo foi veiculado pela emissora.³⁴

Esse “reality show” foi ao ar desde princípio de maio de 2005 até julho do mesmo ano. Ele ia ao ar todos os dias em horários relativamente alternados durante dez minutos aproximadamente, exceto aos domingos, em que se estendia por duas horas, em horário fixo, entre 20:30h e 22:30h. Neste dia, ocorria a recapitulação dos principais fatos acontecidos durante a semana, bem como a ida dos participantes ao palco de Silvio Santos, para que fossem pesados e, assim, constatada a perda de peso ocorrida durante a semana.

Os participantes foram divididos em duas equipes de sete pessoas cada uma, a equipe que perdia menos peso, votava na eliminação de um dos participantes de sua equipe, já a

³⁴ Muitas informações sobre este programa foram retiradas de uma reportagem intitulada “Silvio Santos aposta na intriga do quindim” da Folha de São Paulo (01/maio/2005). Também obtive informações pelo fato de ter assistido ao mesmo em quase todos os domingos e alguns dias de semana.

pessoa que perdia menos peso da outra equipe, também corria o risco de ser eliminada do programa.

Os dois participantes, o que era votado por sua equipe, bem como o que perdia menos peso da outra equipe, eram então submetidos à eleição para que fossem eliminados pelo público a partir da votação deste, a qual ocorria durante a semana subsequente. No domingo seguinte, o candidato mais votado durante a semana era eliminado.

O programa consistia em não tão somente submeter os participantes a um tratamento para emagrecer a partir de dietas e exercícios físicos, como já foi falado, mas também em submetê-los a inúmeras “tentações”. Estas consistiam em mesas fartas de diversas guloseimas consideradas de alto valor calórico, ou seja, que tendiam a provocar aumento de peso com facilidade. Isto ocorria com frequência durante a semana, principalmente quando os participantes recebiam na casa que estavam confinados visitas de variados artistas, como músicos, atores e comediantes.

Junto a estas visitas, a esses momentos considerados de alegria e divertimento, era sempre oferecida a já referida mesa farta de gulodices. Os visitantes costumavam, então, numa tentativa de convencê-los a sucumbir à tentação, a pegar as guloseimas e passar próximas aos olhos e à boca dos integrantes da casa.

Geralmente, neste momento, os participantes demonstravam através de diversos gestos feitos com a boca, que pareciam salivar, e com os olhos, que costumavam arregalar-se, o quanto aquela comida deveria ser saborosa, e que eles estavam desejando muito experimentá-la.

Eu me chocava muito quando via aquilo, enxergava as “tentações” como uma forma de tortura, uma maneira de provocar cruelmente as pessoas, submetendo-as a um sofrimento intenso, ao qual elas tinham que resistir para conseguir o prêmio final. Uma tortura que tinha o objetivo de divertir os telespectadores, que pareciam ser considerados sádicos, visto que a diversão ocorreria a partir da crueldade que os participantes vivenciavam quando eram expostos às guloseimas que não deveriam comer para obter sucesso no programa. E logo imaginava que, do ponto de vista de quem quer emagrecer, esta tortura deveria ser sentida de modo bem mais cruel.

Durante vários dias em que assisti ao programa, observei, nestes momentos de “tentação”, os participantes pegando os doces e levando-os até o nariz, ou mesmo abaixando-se até a mesa onde ficavam os mesmos, numa atitude de cheirá-los. Fechavam os olhos e os cheiravam com voracidade, como se pudessem, através daquele gesto, satisfazer a vontade de comê-los, o que de fato não parecia ocorrer.

Também observei, num dos dias em que assisti ao programa, um dos participantes vestido apenas de sunga na beirada da piscina da casa, virando uma cerveja sobre todo o seu corpo, na frente e nas costas. Demonstrava que estava desejando muito beber aquela cerveja. Esta também era uma atitude que procurava satisfazer a sua vontade.

Num dos cenários, inclusive, ficavam quatorze “geladeiras da tentação”. Eram geladeiras cenográficas, com porta de vidro e iluminação. Eram específicas para cada participante, pois as geladeiras eram nomeadas e continham as “tentações” pessoais de cada um, ou seja, as comidas, salgados e doces preferidos de cada participante do programa. Estas gulodices também estavam espalhadas nas geladeiras da casa.

No palco, aos domingos, quando Sílvio Santos entrava em contato pessoalmente com os participantes, também era comum a exposição de mesas fartas de doces e salgados considerados de alto valor calórico e, em geral, muito gostosos. Neste momento, quase sempre era oferecido um objeto muito apreciado, de grande desejo de consumo, como uma câmera filmadora, por exemplo, para quem comesse alguma guloseima que estava servida na mesa, o que a tornava mais tentadora ainda.

Ressalta-se que as “tentações” pelas quais os participantes eram freqüentemente expostos, não faziam parte do cardápio diário elaborado pelas nutricionistas, uma vez que, em geral, não eram considerados alimentos adequados para quem desejava emagrecer.

Esta descrição ampla e geral do programa, busca apenas apresentar o funcionamento do mesmo. A partir disto, acredito que seja possível ao leitor compreender as percepções dos meus informantes sobre ele, as quais, inclusive, também me foram relatadas de forma ampla e geral.

A primeira vez que conversei com um dos meus informantes sobre “O Grande Perdedor”, foi na casa de Gustavo. Perguntei se ele costumava assisti-lo. Em tom de reprovação, ele afirmou que faz questão de não assistir. Quando começa, ele troca de emissora

propositadamente. Disse que viu algumas propagandas do mesmo. Observou uma mesa farta de doces e as pessoas comendo, disse que aquilo é uma compulsão.

Neste momento, o meu informante afirmou que também era compulsivo, por isso entrou em depressão após a cirurgia, pois não conseguia comer. Ele vomitava, tinha diarreia, sendo que a comida era a sua única fonte de alegria antes de se submeter ao tratamento cirúrgico. Depois, abria a geladeira e só enxergava gelatina, mingauzinho, “dava uma tristeza”, comentou Gustavo. Demonstrando que estes novos pratos não seriam fontes de prazer como os anteriores ao tratamento.

“O programa é uma estupidez, é só ganhar dinheiro, e não emagrecer de fato”, disse o meu informante. De acordo com ele, os participantes vão engordar novamente após voltarem pra suas próprias casas. “Aquilo é uma tortura”, comentou várias vezes, e com firmeza na voz, fazendo referência aos doces que são oferecidos e que eles não podem comer se desejam emagrecer e ganhar o prêmio final.

Enfatizando outros aspectos negativos em relação ao programa, Sônia também conversou comigo. Comparou as pessoas que estão confinadas na casa aos alcoólatras e diabéticos. Afirmou que as pessoas gordas que participam do programa são tão doentes quanto esses, e que a obesidade não é vista pelas pessoas como uma doença, como um problema real de saúde, da mesma forma que é visto a diabetes e o alcoolismo. “Se fossem alcoólatras, diabéticos, e os colocassem em reclusão com bebidas e doces, o público iria se apavorar, achariam um absurdo. Por que não com os obesos?”, perguntou ela.

Também afirmou que seria muito importante a intervenção de médicos e demais profissionais da área da saúde para que o programa fosse cancelado. Neste sentido, ela enfatizou “com saúde não se brinca”. Sugeriu que o programa não estaria tratando a obesidade e, por consequência, as pessoas que participam do mesmo, com a devida seriedade que precisariam ser tratadas.

Observei um comentário parecido com o de Sônia num dos sites da Internet que pesquisei, de um homem que se submeteu à cirurgia bariátrica e que chegara a 300 Kg antes do tratamento. Ele afirma que a sua maior crítica ao programa é o desserviço que presta, pois não trata a obesidade como uma doença. Também diz que demorou muito tempo para concluir que a obesidade deve ser vista desta forma.

Neste sentido, ela compara os catorze participantes do programa a catorze dependentes químicos, seja pelo uso de drogas ou de álcool. Argumenta que é impossível não “pirar” com tantas gulodices, sem poder consumi-las, da mesma forma que um alcoólatra cercado por bebidas.³⁵

Por telefone, Antônia também comentou sobre “O Grande Perdedor”. Em princípio, a minha intenção era assisti-lo em sua casa. Entretanto, ela me disse que já tinha compromisso, um baile, o qual ela manifestou maior interesse. Mas afirmou que podia comentar por telefone, o que em nada seria diferente do que ela diria em minha presença, se o visse comigo.

E, de forma semelhante à Sônia e ao Gustavo, Antônia também fez críticas negativas. Em tom alto e firme, exclamou logo após eu perguntar a sua opinião sobre o mesmo: “é uma palhaçada”. Afirmou que eles vão engordar tudo de novo ao saírem dali, e que eles são expostos a um sofrimento desnecessário. São “tentados” com guloseimas que não podem comer, visto que desejam emagrecer e ganhar o prêmio prometido.

“Sílvio Santos é um debochado, totalmente leigo no assunto”, afirmou Antônia. Disse que ele não podia impor exercícios tão pesados a pessoas sedentárias, visto que isto seria prejudicial à saúde das mesmas³⁶. Também comentou sobre uma das participantes, chamada Ana Lia, disse que ela perdeu pouco peso e foi completamente humilhada pelo apresentador.

Comparou-a consigo mesma, dizendo que emagreceu no mesmo período menos do que a Ana Lia, e ressaltou que fez dieta como recomenda a nutricionista, além de exercícios físicos regularmente. “O emagrecimento depende do organismo de cada um”, comentou Antônia. Foi esta a explicação dada a ela pela sua nutricionista, ao contrário do programa, em que não houve esta explicação à participante. Disse, finalmente, que não é um programa sério.

Observei diversas propagandas do programa, em que o locutor sempre fazia a seguinte pergunta: “Você tem força de vontade?” Simultaneamente, apareciam imagens dos participantes fazendo exercícios físicos nos equipamentos considerados próprios pra isso, como bicicleta ergométrica, esteira e outros. Suavam bastante - apareciam com as camisetas

³⁵ Fonte: <http://www.exgordo.com.br>

³⁶ Observei que no livro lançado pelo Sistema Brasileiro de Televisão (SBT), intitulado “O Grande Perdedor: emagreça com saúde e alegria, como na TV”, consta a seguinte orientação: “(...) se você levou uma vida sedentária até agora, deve ter cuidado na hora de começar a se mexer (...) enquanto for iniciante, não abuse” (p. 89 e 90). Entretanto, observei que no programa que deu origem ao livro, os participantes, mesmos os considerados sedentários, foram estimulados a “abusarem” dos exercícios físicos desde o princípio.

encharcadas de suor - demonstravam dificuldade em realizar os exercícios, faziam até mesmo “caras de dor”, mas exercitavam-se muito. Nessas propagandas, também apareciam diversas gulodices espalhadas numa mesa, ao mesmo tempo em que aquela pergunta era feita.

Desta forma, a responsabilidade do emagrecimento parecia ser atribuída totalmente à “força de vontade” de cada um, ou seja, à capacidade de fazer os exercícios físicos conforme a orientação, e resistir às “tentações”, comendo apenas conforme a indicação da nutricionista, no que se refere à qualidade e quantidade dos alimentos.

Caso contrário, à pessoa que não emagrece, é atribuído uma “fraqueza de vontade”, uma preguiça. Neste sentido, alguns participantes foram várias vezes chamados de preguiçosos pelos professores de Educação Física. Este é o caso da Ana Lia, já citada pela minha informante.

Na perspectiva dos meus informantes, os participantes do programa não são tratados como doentes, pois são tratados com desrespeito e de forma “leiga”. São oferecidos banquetes que eles consideram extremamente difíceis de resistir, e estas “tentações” implicam na pessoa engordar ou, pelo menos, manter um peso que prejudica a sua vida. Não são simplesmente “tentações” para se resistir, oferecidas a qualquer um. Mas são oferecidas a pessoas muito gordas, que talvez encontrem na comida a maior fonte de prazer de suas vidas e, ao mesmo tempo, de um sofrimento duradouro.

Este sofrimento, como já foi falado anteriormente, se dá através da dificuldade em realizar as tarefas cotidianas, da dependência dos outros para realizá-las, da dor nas articulações dos joelhos, da aparência física que se torna menos desejável à medida que se engorda, do fato de ter que ficar em casa porque se tem vergonha de sair na rua.

Entretanto, parece que estas questões tendem a ser ignoradas pela produção do programa, pois em detrimento delas procura-se prender e surpreender a audiência, ávida por novidades, estimulando a dúvida atroz e permanente dos participantes entre resistir ou não às delícias, sucumbir ou não a elas, como se fossem decisões simples, que não repercutissem de maneira crucial na própria subjetividade das pessoas gordas.

CAPITULO II - O “UNIVERSO” DA CIRURGIA BARIÁTRICA³⁷

Os blogs, os sites e os programas de televisão

“Navegando” na internet é possível descobrir muitos diários pessoais virtuais - *blogs*³⁸ - de pessoas que se submeteram ou desejam de submeter à cirurgia bariátrica. Também há diversos fóruns de discussão sobre o assunto. Em geral, nos dez *blogs* pesquisados, aproximadamente, e quase todos de mulheres, observei que o objetivo dos mesmos era informar sobre a cirurgia, sobre os problemas enfrentados antes e após a mesma, bem como sobre as alegrias e conquistas vividas depois dela.

Entendo que estes *sites* formam uma espécie de rede de solidariedade, em que as pessoas dão seus depoimentos, contam suas experiências de vida, com a intenção de ajudar outras que também têm o desejo de realizar a operação. Além disso, muitas pessoas fazem referências a outros *sites*, fazem comentários, elogiam, criticam, dão recados amistosos e conselhos. Percebi que algumas destas pessoas se conhecem pessoalmente, inclusive tem uma relação de amizade, possivelmente pelo fato de terem feito a cirurgia na mesma instituição.

Neste sentido, faço referência ao fato de que é comum, nos hospitais que realizam a cirurgia no Brasil, haver uma equipe multidisciplinar composta de cirurgiões, endocrinologistas, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras, que faz o acompanhamento pós-cirúrgico destes pacientes, o qual deve ser contínuo. Este acompanhamento, por sua vez, além de incluir as consultas que eles devem ter com estes profissionais, inclui reuniões de operados, em que eles dão seus depoimentos e trocam

³⁷ Conforme Arthur Garrido, um dos pioneiros da cirurgia bariátrica no Brasil, estas cirurgias iniciaram em 1954, nos EUA. A idéia surgiu por causa da aplicação da cirurgia de redução do estômago para outras razões, para tratar outras doenças. Mas viram que diminuía o peso. No Brasil, a realização da cirurgia começou há 25 anos. Mas foi nos últimos cinco, dez anos que isso se desenvolveu muito. Folha de São Paulo, 26/outubro/2003

³⁸ Um *blog* é uma página web atualizada freqüentemente, composta por pequenos parágrafos apresentados de forma cronológica. O conteúdo e tema dos blogs abrange uma infinidade de assuntos que vão desde diários, piadas, links, notícias, poesia, ideias, fotografias, enfim, tudo que a imaginação do autor permitir. Fonte: <http://www.blog.no.sapo.pt/essencial.htm>

Entre os diversos *blogs* pesquisados estão:

<http://emagrecendorenascendo.weblogger.terra.com.br/>

<http://prontapararenascer.weblogger.terra.com.br/>

<http://cianametamorphose.weblogger.terra.com.br/>

http://members.tripod.com/beto_brazil/vidanova/

<http://www.exgordo.cjb.net/>

experiências.³⁹ Também se costuma fazer reuniões mensais nestes hospitais, abertas à comunidade, para aqueles que desejam informações sobre o referido tratamento.⁴⁰

No primeiro contato que tive com os meus informantes, ainda em 2003, no hospital São Lucas da PUCRS, observei o quanto à sala de espera das consultas propiciava a interação entre eles, pois ao mesmo tempo em que aguardavam as consultas, aproveitavam para conversar. Desta forma, este meio que promove o contato entre os pacientes pode possibilitar as relações de amizade. Inclusive, isto de fato ocorria, pois alguns informantes me falaram que conquistaram novos amigos a partir do “bate-papo” na sala de espera das consultas

Em relação aos *blogs* na Internet, observei o quanto os títulos dos mesmos pareciam revelar bastante sobre o significado da cirurgia na vida das pessoas. Alguns deles, por exemplo, contêm no nome os termos: renascimento; vitória; metamorfose; nascer de novo; ressurgir; uma nova pessoa. Percebo que querem transmitir a idéia de felicidade, de que após o emagrecimento se pode viver como gostaria de se ter vivido antes, pois se “renasce”. A vida do passado é atrelada a um sofrimento que parece ser indigno de ser vivido.

Além disso, nesses *sites* geralmente há figuras variadas e coloridas, de flores, de animais domésticos, de natureza, que parecem transmitir uma alegria por parte de seus idealizadores. Muitos deles também trazem na página principal fotos bem produzidas de seus donos. Nestas fotos, geralmente as pessoas estão bem maquiadas e vestidas. Algumas delas são apenas de rosto e busto, outras são de corpo inteiro.

Observei que as fotos apenas de rosto, estampam a página principal, e são geralmente de pessoas gordas, possivelmente anteriores ao tratamento cirúrgico. Já as de corpo inteiro, geralmente são de pessoas em processo de emagrecimento, pois costumam trazer nelas um comentário referente ao tempo em que fora feita a cirurgia.

Imagino que a preferência da foto apenas “de rosto” seja pelo fato dele ser considerado a parte mais bonita do corpo. Além disso, conforme os meus informantes, é difícil encontrar uma roupa que “caia” bem para uma pessoa gorda, e é provável que também por isso se evite

³⁹ No hospital São Lucas da PUC, em Porto Alegre, no Hospital Ernesto Dorneles, em Porto Alegre, no Hospital Oswaldo Cruz, em São Paulo; além de outros, há estas equipes de saúde que fazem um trabalho multidisciplinar para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

⁴⁰ Num trabalho anterior a este, fiz a descrição de algumas reuniões que participei. Ver em Gonçalves (2003, p. 25).

mostrar a pessoa de corpo inteiro. Diferentemente da pessoa em processo de emagrecimento, em que todo o corpo aparece nas fotos e, geralmente, muito bem vestido.

Também há muitas fotos em outras páginas dos *blogs*, de antes e após a cirurgia. Estas fotos geralmente são mostradas lado a lado, para se observar bem o contraste entre o corpo gordo, anterior à cirurgia, e o corpo já em processo de emagrecimento. Muitas delas vêm acompanhadas de diversos comentários referentes à data de retirada das mesmas, aos meses depois de realizada a cirurgia, ao local em que foi retirada a foto e a situações boas e ruins vivenciadas naquela fase de suas vidas.

Observei que as fotos anteriores ao emagrecimento, enquanto as pessoas eram muito gordas, são de momentos variados: em festas, usando roupas mais requintadas; em casa, em momentos bem casuais, com roupas mais simples, como camisetas e abrigo, com o animal de estimação, com alguns amigos e familiares, por exemplo. Ora as pessoas aparecem sentadas, ora em pé, ora rindo, ora sérias. Contudo, algumas são retiradas um dia antes da cirurgia, estas são bem posadas e de corpo inteiro, somente da pessoa que vai se submeter à cirurgia bariátrica, justamente com a intenção de contrastá-la com as fotos posteriores ao tratamento.

Já as fotos que são retiradas após a cirurgia, parecem que são feitas exclusivamente para serem contrastadas com as anteriores ao tratamento. Muitas vezes são fotos posadas, em que as pessoas aparecem bem mais magras, de corpo inteiro e em pé, muito bem vestidas, maquiadas e estampando um sorriso nos lábios. E muitas vezes aparecem com o cabelo totalmente diferente daquele anterior ao tratamento, por exemplo, com outro corte e mais loiro.

Cada dia em que se escreve no *blog* é datado. Muitas pessoas contam que se submeteram à cirurgia determinado dia e que desde lá têm feito diversas atividades. Neste sentido, contrastam com sua vida anterior ao tratamento. Contam que antes não conseguiam emprego porque eram gordos; não podiam comprar as roupas que gostam porque não encontravam o tamanho adequado; não aproveitaram a juventude como as adolescentes “normais”, pois não conseguiam conquistar um namorado devido à gordura do corpo.

Já após o emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica, os relatos são geralmente bons. Neste sentido, demonstram otimismo, de que após o emagrecimento

acreditam que as coisas que não podiam fazer antes, serão feitas. Que as coisas irão acontecer, que as suas vidas irão melhorar.

Contam, por exemplo, de forma bastante entusiasmada e repleta de adjetivos positivos, que puderam realizar a maravilha de comprar uma roupa que há anos não podiam comprar; que foram a determinado lugar que nunca haviam ido antes; que fizeram determinado esporte que há anos não praticavam. Desta forma, parece que aquilo que era difícil de ser realizado no passado tornar-se uma realidade iminente. Em contraste com o passado triste, encontra-se um presente feliz e um futuro promissor.

Em geral, isto tudo é escrito de forma que pareça algo possível para outras pessoas também, pois ao mesmo tempo em que se relatam as alegrias vividas após o emagrecimento, se deseja que outros também possam desfrutar delas. E parece que é principalmente por isso que estes depoimentos são dados, para que outras pessoas tomem conhecimento dos benefícios do emagrecimento, e busquem o tratamento cirúrgico, que parece uma solução eficaz dos problemas de quem é gordo.

Entretanto, as dificuldades vividas após a cirurgia também são relatadas, embora sejam os aspectos positivos geralmente ressaltados. Muitos contam detalhadamente sobre as experiências pós-cirúrgicas. Descrevem as difíceis situações vividas em relação à alimentação, por exemplo, o fato de ter que comer por algum tempo somente comida líquida e depois pastosa; dizem que sentem falta de uma comida com mais substância, isto é, que seja mais encorpada, que não seja líquida ou mole.

Já quando são considerados aptos pelos médicos a comer a dieta normal, isto é, que não seja líquida ou pastosa, relatam os desconfortos vividos, como o fato de um pedaço de carne ter “trancado” no estômago e de que foi preciso provocar vômito para ele desentalar. Contam que após a cirurgia o “olho continua grande”, ou seja, que permanece a vontade de comer diversas coisas e bastante.

No entanto, se sentem mal, enjoados e indispostos quando comem estas coisas, como determinados doces e carnes. E, apesar de demonstrarem sofrimento devido aos desconfortos, e pelo fato conseqüente de não terem mais o prazer de antigamente em poder comer muitas coisas de que gostavam, observei que muitos ressaltam o aspecto positivo destes, por

exemplo, da comida “trancar no estômago”, pois isto ocasionaria falta de vontade em comer determinadas coisas e o conseqüente emagrecimento.

Nos *blogs* também se observa a indignação de algumas pessoas em relação à dificuldade em conseguir tratamento médico através Sistema único de Saúde (SUS). Num dos *blogs* que pesquisei, por exemplo, observa-se uma crítica bastante negativa em relação à demora no atendimento às pessoas que esperam submeter-se à cirurgia bariátrica.

Inclusive é relatada com muito pesar a morte de uma pessoa conhecida que estava a alguns anos aguardando o seu momento de submeter-se ao tratamento cirúrgico. Subentende-se, que se ela tivesse realizado a cirurgia, ou seja, se tivesse sido atendida pelos médicos, que fazem parte de um sistema considerado lento e ineficiente, não teria morrido.

Já nos fóruns de discussão, as pessoas participam com o principal objetivo de esclarecer dúvidas a respeito do tratamento cirúrgico. Desta forma, buscam contatar aqueles que já se submeteram a ele e que podem revelar suas experiências. Observei que as perguntas mais freqüentes são referentes ao convênio médico pelo qual é possível se submeter ao tratamento. Muitas pessoas contam sobre sua situação de saúde, seus dramas pessoais, dizem que têm dificuldades em se locomover, em trabalhar, que tem diabetes, colesterol alto e, em meio a isso, salientam a necessidade de submeter-se à cirurgia, mas não têm como pagá-la.

Logo, querem saber sobre a experiência daqueles que se submeteram ao tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sobre o custo de uma cirurgia particular, e os tratamentos que os convênios de saúde cobrem. Fazem perguntas a respeito das cirurgias plásticas para retirada de excesso de pele que sobra do emagrecimento e sobre o tratamento psicológico, nutricional, endocrinológico.

Observei uma grande freqüência de perguntas sobre a capacidade de se alimentar após a cirurgia. Alguns, por exemplo, demonstrando receio em não poder comer como gostariam, perguntam com indignação se é verdade que após o tratamento não se pode mais comer carne, doces e outros. Também questionam a possibilidade dos cabelos caírem, das unhas ficarem fracas e quebradiças.

As respostas, por sua vez, são variadas. Algumas pessoas relatam sobre a dificuldade em conseguir submeter-se à cirurgia através do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, contam que há muitos anos estavam numa “fila de espera” até conseguir o tratamento. Outros

contam, demonstrando gratidão e de forma elogiosa, que conseguiram submeter-se com facilidade ao tratamento cirúrgico através de determinado plano de saúde. Também elogiam médicos e as equipes de saúde que os atenderam. Além disso, estimulam as pessoas que fazem os questionamentos, que apresentam muitas dúvidas, e que ainda não conseguiram submeter-se à cirurgia, a persistirem, pois seria algo que “valeria a pena”.

Também há aqueles que criticam os convênios, dizendo que há muitos empecilhos. Falam, por exemplo, que tinham o peso corporal aquém do considerado suficiente para submeter-se à cirurgia, mas que faltava muito pouco para tanto⁴¹. E, para solucionar o problema, preferiram engordar alguns quilos até se enquadrar nos critérios estabelecidos. Outros relatam que têm dificuldades em conseguir as cirurgias plásticas para retirada de excesso de pelo que sobra do emagrecimento, pois os planos colocam muitos empecilhos para isso.

Estes dramas, por sua vez, parecem revelar que as pessoas que pretendem se submeter à cirurgia, bem como aquelas que já se submeteram, se sentem lesadas por alguma razão. Demonstram que a obesidade não é levada tão a sério, como seria necessário, pelos órgãos públicos de saúde e também pelos convênios particulares. Para conseguir se submeter à cirurgia bariátrica, bem como à cirurgia plástica, é preciso que “lutem” muito, que enfrentem dificuldades e empecilhos que parecem atrelados ao desejo de se submeter a elas.

Já em relação às perguntas feitas por aqueles que buscam informação sobre a alimentação após a cirurgia, em geral, as respostas são sobre o desconforto que ocorre no início, logo após a operação. Relatam suas experiências negativas, já citadas anteriormente, contidas nos *blogs*, como o desejo que permanece em comer bastante. Citam a experiência de comer muito e passar mal devido a isto, de sofrer com enjôos e diarreias.

Alguns argumentam que não esperaram o tempo considerado suficiente para comer determinados alimentos, ou seja, que haviam realizado há pouco tempo a cirurgia e que não estavam aptos a comê-los, por isso passaram mal. Logo, aconselham a seguir as recomendações médicas, como a ingestão de alimentos líquidos, depois pastosos, e assim

⁴¹ Sobre a questão de engordar para se submeter ao referido tratamento, há diversas reportagens sobre o assunto em sites da área médica, como por exemplo, a intitulada: “Febre” da cirurgia para redução de estômago faz paciente engordar proposadamente para se enquadrar nas exigências clínicas.” Fonte: <http://www.unifesp.br>

sucessivamente, para não ocorrerem os desconfortos vivenciados por eles. Inclusive, observei que muitos salientam que a cirurgia é realizada no estômago, não na cabeça. Dizem que a “cabeça de gordo” permanece, sugerindo, portanto, que continua o desejo de comer como antes da operação.

Ressalto que ao ler os *blogs*, bem como as perguntas e respostas dos fóruns de discussão sobre a cirurgia bariátrica, me senti muito familiarizada com a maioria dos depoimentos, pois os meus informantes revelam praticamente as mesmas coisas, como as dificuldades e alegrias vividas após a cirurgia, bem como as dificuldades em conseguir tratamento cirúrgico através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como já foi citado anteriormente, há no Brasil um número elevado de pessoas aguardando a possibilidade de submeter-se à cirurgia bariátrica através do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Portal Oficial do Governo do Distrito Federal, em 2003 foram realizadas pelo SUS 1.813 cirurgias bariátricas. Em 2004 esse número passou para 2.014. Só nos quatro primeiros meses de 2005 o governo bancou mais de mil operações.⁴²

No início do segundo semestre de 2005, o Ministério da Saúde resolveu modificar a portaria que permite a realização da cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O argumento principal destas novas medidas é o fato de ser considerado alto o índice de complicações e mortalidade entre pacientes que fazem cirurgia de redução de estômago, cerca de 3%. Uma das determinações da nova medida é a proibição da redução estomacal a partir da aplicação de balão gástrico e do método conhecido como banda gástrica laparoscópica.⁴³

Pela nova portaria, o Ministério da Saúde recomenda que os cinquenta e dois hospitais credenciados para fazer as cirurgias bariátricas dêem preferência para os procedimentos conhecidos como Fobi-Capella, Misto e Mason. Antes desta portaria, apenas um tipo de cirurgia era custeado pelo SUS, o método Fobi-Capella. No caso dos meus informantes, o principal método utilizado foi este, que também é o mais utilizado em todo o mundo, segundo os dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB)⁴⁴. (ver em anexo a descrição dos principais métodos utilizados)

⁴² Fonte: <http://www.brasil.gov.br>

⁴³ Fonte: <http://www.brasil.gov.br>

⁴⁴ Fonte: <http://www.sbc.org.br>

A crescente divulgação da cirurgia bariátrica no Brasil pode ser observada nos diversos meios de comunicação. Há muitos jornais, da imprensa escrita, que tem tratado sobre a cirurgia bariátrica.⁴⁵ Também há revistas que abordam o tratamento, inclusive uma reportagem faz o acompanhamento por dezesseis meses de uma pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica, desde os preparativos para a cirurgia.⁴⁶ (ver fotos em anexo)

Também há artistas que divulgam seus tratamentos cirúrgicos através dos meios de comunicação. Duas irmãs do grupo musical *Fat Family*, por exemplo, estamparam a capa de uma revista em que continha o comentário de que emagreceram determinado peso após a cirurgia bariátrica e revolucionaram suas vidas. Sugerindo, desta forma, que após o emagrecimento seriam muito mais felizes.⁴⁷ (ver fotos em anexo)

Apesar de eu perceber que estas reportagens vinculadas pelos jornais e revistas geralmente abordam as características positivas atribuídas ao emagrecimento proporcionado pela cirurgia, como a possibilidade da pessoa desenvolver diversas atividades que antes fazia com dificuldade, como caminhar, passear, praticar esportes, comprar roupas, e que tudo isto acarretaria na recuperação da auto-estima, há também reportagens que tratam essencialmente sobre os problemas que podem ser conseqüências dela.

Uma das reportagens que li trata sobre depressão, bulimia, anorexia, alcoolismo, entre outras doenças consideradas de ordem psiquiátrica, as quais seriam possíveis conseqüências da cirurgia bariátrica. Na reportagem, há depoimentos de pessoas que passaram por estas situações. Elas contam, por exemplo, que depois que emagreceram passaram a ter o desejo imenso em comprar roupas e sapatos, como se tivessem trocado a compulsão de comida, por compras, o que acarretaria em muitas dívidas difíceis de terminar. Também contam sobre a culpa em comer muito, bem como o medo de voltar a engordar. Desta forma, chegariam a provocar vômito diversas vezes ao dia para não correr este risco.⁴⁸

Esta reportagem trás uma entrevista de Adriano Segal, psiquiatra da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (Abeso). Segundo ele, alguns pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica desenvolveriam um tipo de anorexia e bulimia que não foram descritos na literatura médica, ou seja, eles não deixam de se alimentar porque teriam uma

⁴⁵ Zero Hora (15/maio/2004), Zero Hora (02/abril/2005), Folha de São Paulo (01/maio/2005)

⁴⁶ Veja o acompanhamento por dezesseis meses (Revista Veja, 17/março/2004)

⁴⁷ A voz é a mesma, mas o corpinho... (Revista Viva!, 24/junho/2005)

⁴⁸ Menos gordura, mais neurose (Revista Veja, 09/março/2005)

concepção distorcida do próprio corpo, como seria um dos argumentos da anorexia e bulimia clássicas, mas sim porque tem medo de voltar a engordar.⁴⁹

Segundo um estudo realizado por médicos do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMPUSP), de uma amostra de 53 pacientes submetidos à cirurgia de redução de estômago, 58% ganharam mais de 10 quilos em um período de cinco a nove anos após a operação, 39% engordaram mais de 20 quilos, e 13% mais de 30 quilos no mesmo período. Somente 7,8% dos pacientes conseguiram manter o peso considerado ideal. Além disso, a pesquisa apontou a incidência de alcoolismo em 18% dos 53 pacientes analisados.⁵⁰

O referido estudo mostra que nos primeiros seis meses após a cirurgia, a pessoa vive uma espécie de “lua de mel”, uma fase de euforia, em que ela tende a desfrutar somente os benefícios proporcionados pelo emagrecimento, como a recuperação da auto-estima, que pode ser observada na maneira da pessoa se arrumar e se comportar perante os outros, bem como o aumento da capacidade em realizar as tarefas do cotidiano, como o fato de caminhar com mais facilidade, de poder arrumar a casa e de passear.⁵¹

Há muitos programas de televisão que abordam seguidamente o assunto da cirurgia. Inclusive em alguns deles se argumenta que esta frequência ocorre devido aos pedidos da população, que tem muitas dúvidas sobre o tratamento, e que pede informação sobre o mesmo. Entre as emissoras de televisão que costumam tratar sobre o assunto da cirurgia bariátrica em seus programas, estão a Rede Globo, a Bandeirantes e o Sistema Brasileiro de Televisão (SBT).

Assisti entre 2004 e 2005 diversos programas de auditório em que foram convidados médicos, geralmente cirurgiões, para prestarem esclarecimentos sobre os métodos cirúrgicos e as conseqüências da cirurgia. Também era comum levarem pacientes, que se submeteram à cirurgia bariátrica, para darem depoimentos. Neste momento, mostravam-se fotos anteriores à cirurgia, para que o público do auditório, bem como o telespectador, pudesse visualizar a diferença ocorrida.

⁴⁹ Menos gordura, mais neurose (Revista Veja, 09/março/2005)

⁵⁰ Fonte: <http://www.fapesp.br>

⁵¹ Fonte: <http://www.fapesp.br>

Nas fotos apareciam pessoas muito gordas, já pessoalmente, no palco, elas estavam magras e muito bonitas; bem produzidas com roupas e maquiagem. Algumas mulheres usavam saias muito curtas, blusas justas e que deixavam a barriga à mostra. As barrigas à mostra, por sua vez, sempre eram lisinhas e bem definidas, sem os “babados de gordura” de outrora, que as fotos mostravam muito bem.

Nestes momentos, a platéia ecoava um som uniforme, de quem se admira em ver a diferença. As perguntas e comentários do apresentador do programa, invariavelmente, ressaltavam a beleza da pessoa presente. Neste sentido, também se fazia perguntas sobre a possibilidade da pessoa ter colocado prótese de silicone nos seios, e feito outras cirurgias plásticas. As respostas, geralmente, confirmavam a suspeita.

E ressaltava-se que era devido a auto-estima ter melhorado muito após o emagrecimento proporcionado pela cirurgia que se passou a usar roupas mais sensuais, que marcam os seios e mostram as pernas e a barriga, bem como pelo fato de terem feito outros tratamentos cirúrgicos e estéticos, como o implante de silicone nos seios, botox no rosto, etc.

Parece interessante observar que estes programas se tornam uma forma de propaganda da cirurgia bariátrica, bem como de outras cirurgias, como a cirurgia plástica, além dos tratamentos estéticos. Eles também parecem fazer uma espécie de apologia à beleza, pois resalta-se, basicamente, o aspecto da estética corporal após o emagrecimento, em detrimento de outros benefícios que deixam de ser salientados, como a possibilidade da pessoa se sentir mais disposta para caminhar, trabalhar, passear, etc. Além disso, não observei em nenhum dos programas que assisti na televisão as possíveis conseqüências negativas do tratamento.

Na concepção dos meus informantes que comentaram sobre estes programas, é mostrada apenas uma parte da realidade. Ao me falarem sobre diversos problemas que têm, que alguns consideram como problema, como o fato de terem voltado a engordar alguns quilos, sentirem-se enjoados em comer determinados alimentos, terem diarréia constante quando comem doces e, assim mesmo, continuarem a ter muito fascínio por eles; salientam que isto tudo tende a ser omitido nos meios de comunicação. A mídia mostraria apenas pessoas magras e bonitas, como se facilmente fosse possível chegar àquilo, e sem as possíveis seqüelas decorrentes da operação.

Vários dos meus informantes falaram que se sentiam muito estimulados ao perceberem o emagrecimento rápido dos primeiros meses, e da capacidade gradativa em fazer coisas que antes tinham dificuldade devido à gordura de seus corpos. Contudo, seriam novidades momentâneas, que passam, e que vêm acompanhadas de muitas preocupações, as quais serão relatadas no decorrer deste trabalho.

“Por que não mostram gente que há muitos anos fez a cirurgia?” Questionou Gustavo numa das vezes que conversamos em sua casa. “Porque aí apareceriam os problemas”, ele mesmo respondeu. E à medida que falava sobre o assunto, dizia que no início é tudo uma maravilha, depois é que viriam os problemas.

Entrevista com uma psicóloga

Alguns dos meus informantes, principalmente aqueles que afirmaram que tiveram, ou que ainda têm, depressão após a cirurgia bariátrica, me disseram que consideram muito importante o tratamento psicológico após a mesma. Inclusive, algumas vezes afirmaram que quaisquer pessoas gordas, principalmente as muito gordas, precisariam desde sempre ter este tipo de acompanhamento. O argumento principal, seria quanto à dificuldade de viver sofrendo preconceito e discriminação social, conforme eles afirmaram para mim, geralmente demonstrando um grande pesar quanto a isto, uma tristeza através do olhar.

Desta forma, considerei interessante entrevistar uma psicóloga que trata de pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, visto que alguns dos meus informantes fazem este tratamento. Outrossim, eu mesma já fui, várias vezes, confundida com uma psicóloga, como é o caso de uma informante que afirmara que eu parecia uma psicóloga, pois para mim ela podia dizer tudo. Ter alguém para ouvir suas tristezas, e também suas alegrias, parece tão importante, que mais de uma vez alguns informantes me agradeceram por eu tê-los ouvido. Afirmaram que precisavam desabafar, e eu parecia uma psicóloga para isso.

Abaixo está uma entrevista, realizada através de e-mail, com uma psicóloga. Destaco que a entrevista foi realizada desta forma tendo em vista que a profissional em questão reside e trabalha em Ponta Grossa, no Paraná.⁵²

Como é feito o acompanhamento psicológico após a cirurgia bariátrica? Quais são as constatações dos casos analisados?

É interessante ouvir sempre, tanto do ponto de vista leigo quanto do profissional, sobre a necessidade de acompanhamento psicológico após a cirurgia. Mas o que acontece, na prática, é o contrário. Na equipe em que trabalho, a avaliação psicológica antes da cirurgia é critério para a realização da mesma, sendo feita, em média, em quatro sessões. Neste momento, é indicado o acompanhamento psicológico pós-cirúrgico, mas o retorno dos pacientes é mínimo. Possivelmente porque melhorem muito a sua qualidade de vida, uma vez que o desvencilhar-se do excesso de peso é terapêutico e costuma afetar positivamente todas as áreas da vida. Acredito que a isso se soma a questão financeira, pois os convênios não dão cobertura a acompanhamento psicológico.

Os pacientes costumam aderir, sim, ao acompanhamento pós-cirúrgico com o cirurgião, que é mensal durante o primeiro ano, trimestral no segundo ano e semestral após. Este remete, então, ao serviço de psicologia aqueles casos em que se observa desadaptação psicológica.

Nas reuniões mensais que a equipe de saúde realiza, em que é explicado o tratamento cirúrgico para as pessoas interessadas no assunto, também há a presença dos pacientes operados interessados em prestar seus depoimentos, contar suas experiências após o tratamento. Este também é um dos momentos em que eu, como psicóloga, tenho a oportunidade de verificar a situação atual dos mesmos. Outras fontes de informação que tenho sobre os pacientes são nas reuniões com a equipe cirúrgica, e mesmo na sala de espera da clínica, em que eles costumam ficar antes da consulta com o médico cirurgião (toda a equipe de saúde trabalha na mesma clínica).

⁵² Cintia Azevedo Gonçalves. Psicóloga, atuando há cinco anos em equipe multidisciplinar de cirurgia bariátrica, na Clínica Gastrocárdio - Ponta Grossa/PR. Casuística de aproximadamente quinhentos pacientes já submetidos à cirurgia, com idades entre 15 e 72 anos, sendo noventa por cento do sexo feminino.

Até o momento, observamos o baixíssimo número de pacientes que realmente necessitam acompanhamento psicológico pós-operatório. Desta forma, confirmamos a importância de um pré-operatório bem feito, que alinhe os desejos de ser magro com as possibilidades reais de sucesso.

Os pacientes costumam relatar estarem vivendo uma nova vida, com os problemas de saúde amenizados ou curados, maior mobilidade, maior vigor para atividades físicas e para o trabalho, melhor auto-estima, melhora na vida sexual, adoção de um padrão alimentar mais saudável, estendido à família, que costuma aderir aos *light*, saladas e frutas, menos frituras e doces, enfim, a família toda se beneficiando.

É comum haver dificuldades iniciais em relação à quantidade de comida a ser servida, pois muitos costumam colocar no prato bem mais do que vão comer. Não que fiquem com fome ou vontade, mas simplesmente, como eles mesmos dizem, “é o olho de gordo” que serve o prato. Estas questões costumam ser facilmente superadas; em geral o próprio médico, nas consultas mensais, vai ajudando com dicas úteis. É comum, também, os pacientes recuperarem alguns quilos (até, em média, 10kg), após o primeiro ano de cirurgia, caso retornem aos velhos hábitos hipercalóricos. Por isso é importante estarem bem conscientes, durante todo o processo, que os hábitos devem estar sempre sob vigília.

Os casos de maior necessidade de acompanhamento psicológico pós-cirúrgico, que dizem respeito a questões mais difíceis do ponto de vista psíquico, referem-se à desadaptação familiar ou conjugal à nova situação de vida de seu ex-gordo, agora magro, que carregava um estigma e de repente impõe-se com uma nova identidade. A família pode manifestar elevada resistência devido ao sentimento de ameaça à quebra da homeostase (ou equilíbrio) das relações entre seus membros. Diante de tal situação, o paciente pode manifestar a formação de sintomas desadaptados como depressão, ansiedade e dificuldades alimentares.

No universo de pacientes operados, observou-se poucos casos clínicos de desadaptação psicológica. Entre eles, apenas para citar um exemplo, há o caso de uma paciente que buscou ajuda psicológica para a sua filha que passou a ter muito ciúme da mãe após o emagrecimento da mesma.

Foi observado que a auto-estima da paciente aumentou, agora ela pode usar as roupas que sempre quis; seus problemas de saúde melhoraram e a sua sexualidade ganhou muito.

Entretanto, a sua filha de nove anos, que é obesa, passou a ficar perturbada com a sua nova condição, sentindo-se ainda mais excluída socialmente e em casa. Tanto os familiares como os amigos da família passaram a criticá-la (ainda) mais, pela gordura, depois que a mãe emagreceu - além dos preconceitos que já sofria na escola. Estes lhe diziam coisas como: “se você não se cuidar, vai precisar fazer cirurgia...”; “se você não fizer um regime, a mãe ficará mais bonita”.

A menina expressa que agora só a mãe é bonita, elogiada, até mesmo o pai já não dá tanta atenção a ela, enquanto filha. Quando ela quer comprar uma sandália de saltinho, que as meninas da sua idade usam, a mãe não deixa, dizendo que, com seu peso, estragará a coluna. Verifica-se que a mãe incrementa a rivalidade com a filha, na medida em que se veste (agora magra) com manequim moderno e jovial, sendo que, para a filha, restam os tênis e as calças largas. A díade mãe e filha foram encaminhadas à psicoterapia.

Apesar deste caso, e de alguns outros de desadaptação familiar, observa-se que os pacientes não tendem a entrar em depressão após a cirurgia, ou necessitar de acompanhamento psicológico para o resto da vida, temos o contrário: os pacientes diminuem consideravelmente (ou até mesmo curam) a depressão, a ansiedade, a compulsão, para o que a obesidade era importante elemento agravante.

A obesidade é um fator extra de estresse, devido às limitações que impõe à pessoa, afetando a vida como um todo e somando-se a qualquer outro fator problemático pré-existente. Algumas vezes, portanto, a obesidade pode estar mascarando outros conflitos, que tenderão a vir à tona com o emagrecimento, sem que o paciente esteja preparado para administrá-los.

É comum que se criem expectativas mágicas de cura através da cirurgia. Conhecer antes a dinâmica psíquica do paciente e a significação das suas relações afetivas, familiares e sociais, permite identificar e apontar a ele as possíveis repercussões do emagrecimento neste contexto, alertando para a necessidade do acompanhamento pós-cirúrgico.

Mesmo nos casos em que se fez necessário o acompanhamento pós cirúrgico, verifiquei que a preparação anterior à cirurgia fez o trabalho principal. Depois da cirurgia foi necessário apenas retomar o trabalho anterior, necessitando, na maioria dos casos, poucas e focais intervenções.

O interessante é observar que a cirurgia, antes de ser um desencadeador de mudanças, é um acelerador das mudanças que já estavam em curso, na mente do paciente, muito antes de realizá-la, quando ele tomou a decisão de mudar de vida.

Percepções sobre minha aparência em contraste com a de meus informantes

Coloco aqui alguns questionamentos que fiz sobre minha aparência em relação à dos meus informantes. Considero importante este dado pelo fato de que jamais me senti como uma “mosca na parede” quando estava com eles, alguém que apenas observa e coleta informações, sem ser observada e analisada, inclusive no que se refere à aparência física.

Acredito que a nossa aparência pode nos aproximar ou nos afastar das pessoas. Jamais irei numa comunidade miserável muito bem vestida, não tanto por medo de ser assaltada, mas porque podem me julgar esnobe. Parece que, com os meus informantes, de maneira análoga ao exemplo dado acima, eles poderiam não se sentir muito à vontade comigo, sentia que precisava me disfarçar de alguma maneira.

Em todos os encontros que tivemos, sempre pensei em ir com roupas que não me fizessem parecer muito magra e nem que eu me sentisse muito bonita. Muitos deles ainda são tão gordos, talvez sejam considerados por muitas pessoas, e eles mesmos se considerem, pessoas feias; apesar de eu ter observado a gradativa satisfação com suas aparências à medida que emagreciam. Contudo, muitos ainda têm uma grande quantidade de pele resultante do emagrecimento, que “cai” sobre seus corpos, e que tende a tornar a aparência estranha e confusa.

Não foi nenhuma surpresa quando uma das minhas informantes me olhou da cabeça aos pés e disse que eu era “tão magrinha”. Parecia que não dava pra entender o porquê de eu estar interessada em estudar sobre obesidade. Hoje o nosso contato é muito bom, aliás, sempre foi. Mas logo no início, parecia que ela estava sempre me olhando, pra ver se eu era magra ou gorda. Acho que ela me olhava mais demoradamente mesmo, queria ver como eu era.

A esposa de um dos meus informantes também comentara sobre a minha “elegância” quando foi me servir café em sua casa. Supôs que eu deveria tomá-lo com adoçante, visto que

eu era tão magrinha e esbelta. E logo eu senti a necessidade de falar que eu preferia tomar com açúcar. E, seu por acaso eu realmente preferisse com adoçante, provavelmente não falaria. Sou magra, e talvez preferisse demonstrar que não dou tanta importância para a possibilidade de ganhar alguns quilinhos.

O contraste ficaria claro entre mim e o meu informante, o marido dela. Ele ainda é gordo, embora tenha emagrecido quase 100 Kg. Se eu sou magra e demonstro que tenho receio de engordar, tomando café com adoçante, o que eu pensaria então do meu informante, que ainda é gordo, e precisa perder aproximadamente 20 Kg, conforme os médicos, para submeter-se à tão esperada cirurgia plástica para a retirada de pele que sobra do emagrecimento? Talvez achassem que eu poderia julgá-lo de forma negativa, como alguém que não se cuida, que é displicente, caso ele mesmo não tomasse o café com adoçante, tendo em vista o meu próprio posicionamento em relação a isto.

Entendo que as noções de “nós-sujeito” e “nós-objeto”, apresentadas por Centurião (2002), com base nas idéias de Sartre, ajuda a pensar sobre a vontade de me disfarçar quando entro em contato com meus informantes, de parecer mais gorda e mais feia. “Nós-sujeito” é o grupo que ocupa na relação assimétrica, uma situação de superioridade, que pode dar-se pelos mais variados motivos. Este grupo atribui-se o poder e a legitimidade de determinar caracteres identitários ao outro grupo - nós-objeto - e seus componentes individuais.

Neste sentido, sinto, realmente, que estou em uma posição vantajosa em relação aos meus informantes, eu sou a estudiosa sobre o assunto, eles fazem parte do meu “objeto de investigação”. Eu sou a “normal: magra”, eles são os “estigmatizados: gordos” (GOFFMAN, 1982) . Acho que não me sinto muito bem nessa posição, mas sei que são relações de poder que devem ser muito bem analisadas.

Para eles, o meu julgamento pode ser muito importante na construção da suas próprias identidades, pois estou numa posição de:

Converter o indivíduo, enquanto subjetividade, em objeto, processo que se dá pelo olhar do outro: diante deste olhar que me converte em objeto, posso sentir-me devassado, infestado, invadido (...) minha subjetividade é objetivada pelo outro. (CENTURIÃO, 2002).

É nesse sentido que identifico as suas performances quando estamos juntos. Quando Gustavo fala: “tu olha pra mim, eu sou normal”, demonstrando que era isto que ele queria

atingir, percebo a importância do meu olhar sobre ele - do olhar do outro, do olhar da sociedade em geral. Eles tentam passar certa imagem de si próprios, desejam ser reconhecidos de determinado jeito.

Eles sentem que o meu olhar pode “invadi-los” e descobrir suas identidades, formar suas identidades. Posso estar ali numa situação de aprová-los ou não, e eles desejam ser aprovados por mim. Querem mostrar seus corpos emagrecidos e, de preferência, bonitos. Querem mostrar que fazem passeios, que namoram, que cozinham e sabem apreciar uma boa comida. Entendo que eles querem se mostrar normais e, através de mim, se sentirem normais.

CAPÍTULO III - DA COMIDA E DA ALIMENTAÇÃO

*Tem prazeres que eu não perco na vida.
Porque senão, não adianta a gente viver.
Antônia (34 anos)*

Entre o prazer e a saúde

Uma das primeiras visitas que fiz, foi à casa de Antônia. Recém fazia cinco meses que ela tinha se submetido à cirurgia bariátrica, no entanto, o tempo foi suficiente para ela perder 66 Kg dos seus 243 Kg anteriores ao tratamento. Havia entrado em contato com ela, pela primeira vez, em 2003, na sala de espera das consultas do hospital em que foi realizada a sua cirurgia bariátrica.

Naquela ocasião, lembro que minha informante vestia uma roupa vermelha, calça e blusa da mesma cor, considerei que estava muito bem vestida. Também estava com cabelo bem arrumado e maquiada. Aproximei-me dela, expliquei quem eu era e o que estava fazendo ali. Vi que ela demonstrou interesse em participar do trabalho, elogiou uma pesquisa deste tipo, que trataria sobre um assunto tão importante, que “ajudaria os gordinhos”, conforme ela mesma me disse.

A partir disso, ela me forneceu seu número de telefone. Outro dia, então, eu pude marcar uma visita e iniciar as diversas visitas subseqüentes, as quais foram realizadas em 2003, depois em 2004 e 2005. A sua casa fica num nível abaixo da rua, é uma casa simples de alvenaria, como já foi falado antes, e tem um pequeno pátio na entrada. Geralmente eu batia palmas, ela me via da janela e acenava para eu abrir o portão e entrar.

A maioria das vezes nós conversávamos sentadas no sofá da sala. Ela sentava sempre no mesmo lugar, inclusive eu pude observar, com o tempo, que o seu lado de sentar apresentava certa profundidade, certamente provocada pelo peso do seu corpo, anterior ao emagrecimento, e também pela corpulência atual, que ainda pode ser considerada bastante grande.

Lembro que a primeira vez que a vi em casa, considerei sua aparência muito diferente daquela observada no hospital. Em casa ela parecia estar bem à vontade, com uma camiseta

grande e de calça de abrigo, ou seja, parecia não sentir a necessidade de mostrar-se bela. A camiseta deixava transparecer os diversos “babados” de gordura que ela tinha na barriga, diferentemente daquela roupa vermelha usada para ir no hospital, que parecia deixá-la mais elegante.

Posteriormente, numa das visitas que fiz, ela me disse que costuma usar cinta para apertar a barriga, os “babados” de pele resultante do emagrecimento⁵³, e de gordura que possui no corpo. Estes “babados” são apertados e disfarçados. Logo, imaginei que a elegância que observei no hospital poderia ter relação com isto, com o disfarce proporcionado pela cinta.

Conversávamos muito sentadas no sofá da sala, mas também quando eu dizia que já estava na hora de partir. Geralmente, neste momento, ela exclamava, gentilmente, que tinha preparado algo para mim, que eu não poderia ir sem experimentar. Desta forma, descíamos uma escada estreita, que vai da sala à cozinha, a qual dava a impressão de que talvez fosse estreita demais para ela, mas que de fato era fácil de passar; e lá ela me servia um lanche.

Posso afirmar que em todas as visitas que fiz, ela sempre me ofereceu alguma guloseima. Ora ela me oferecia “nega-maluca”⁵⁴, ora bolo com pudim, ora bolo de frutas, ora salada de frutas com sorvete. Antônia sempre foi muito receptiva, costumava dizer que tinha obtido esta ou aquela receita através de tal emissora de televisão, em tal programa, com esta ou aquela apresentadora. E esta ocasião era muito esperada por mim, principalmente pelo fato de que eu poderia observar o modo dela lidar com as refeições, pelo menos na minha frente.

Em várias ocasiões, observava que ela só tomava o chá e não comia o bolo, o qual ela servia somente para mim. Então comentei que o bolo estava bom, demonstrando que ela também deveria comer, e ela afirmava que não iria comê-lo, demonstrando estar muito convicta disto. Antônia me falara que o seu maior desejo era submeter-se às plásticas para retirada de excesso de pele que sobrara após o emagrecimento de mais de 100 Kg, o que causava assaduras muito doloridas.

⁵³ Quando a vi em casa pela primeira vez, nunca imaginei que os supostos “babados de gordura” que estava vendo através da roupa, pudessem ser, talvez, muito mais as peles que sobram do emagrecimento.

⁵⁴ Bolo de chocolate, geralmente com cobertura de calda de chocolate.

Ela também achava feio, dizia que aquilo não fazia mais parte de seu corpo, era um “apêndice”, algo que estava sobrando. Demonstrava um desejo enorme de “se livrar” daquela imensa pele, falava em tom de quem está plenamente convencida, de quem deseja e necessita livrar-se daquilo. Entretanto, para concretizar este sonho, ela ainda precisava emagrecer 20 Kg, conforme havia lhe falado um de seus médicos.

Ressalto que o dado referente ao peso que Antônia precisava perder para submeter-se às plásticas foi me relatado pela primeira vez em julho de 2004. Contudo, um ano após isso, ela disse que ainda precisava emagrecer quase 20 Kg, ou seja, desde o ano anterior, ainda não conseguira atingir sua meta de emagrecimento para submeter-se às plásticas.

“O emagrecimento é muito lento, a cirurgia só ajuda nos primeiros seis meses, depois, é tudo contigo”, disse Antônia várias vezes para mim. No momento que Antônia diz “é tudo contigo”, parece que ela está atribuindo a responsabilidade do emagrecimento mais às suas próprias escolhas alimentares e ao seu empenho em realizar exercícios físicos, e menos nos efeitos proporcionados pelo tratamento cirúrgico. Entre esses efeitos, podemos citar a redução do estômago e a conseqüente vontade de comer menos por causa disto, visto que há uma restrição da capacidade alimentar.

A maioria dos meus informantes comentou que passou a sentir mais vontade de comer à medida que o tempo transcorreu, ou seja, os efeitos de saciedade que a cirurgia proporciona foram diminuídos com o passar do tempo. Em relação a isto, afirmou Paulo em uma linguagem “matemática”:

Bom, hoje em dia eu tenho um terço do apetite que eu tinha, já tive menos apetite. Há um ano atrás eu tinha um quarto do apetite que eu tinha. Hoje em dia eu tenho um pouco mais de apetite do que um ano atrás, do que dois anos atrás. Tanto que hoje em dia eu emagreço mais lentamente. (Paulo, 44 anos)

Numa das visitas que fiz à Antônia, observei bem a mudança gradual em relação à vontade de comer, e ao medo de voltar a engordar em decorrência disto. Numa dos lanches que fizemos, ela comentou que não comeria a “nega-maluca” que havia me servido, após eu perguntar sobre isso. Então eu lhe questionei se ela sentia vontade de comer a guloseima. Ela disse que sim, mas afirmou que tinha nutricionista naquela semana, desta forma, congelaria alguns pedaços e depois comeria.

Percebi que ela pretendia não engordar até a consulta com a nutricionista, ou melhor, talvez pensasse na possibilidade de emagrecer até lá. Sendo que depois disso, ela poderia comer o doce. No entanto, observei que este tipo de comentário foi mudando ao longo das minhas idas à sua casa, passou a dizer que não comeria nada do que tinha preparado, pois era só para as visitas.

O crescente desejo de emagrecer para se submeter às plásticas passou a se tornar mais presente em nossas conversas. Numa das minhas visitas, Antônia me serviu salada de frutas com água, as frutas eram maçã e melão, escolhidas pelo fato de serem pouco calóricas. Tal não foi minha surpresa ao me deparar com aquele prato, pois costumava comer bolos recheados e outras guloseimas que me pareciam muito mais calóricas e, mais apetitosas.

Não comentei nada a respeito, mas logo Antônia foi explicando que tinha que se cuidar muito para não engordar. Contudo, me serviu um sorvete para misturar na salada, mas disse que este ela não comeria. O sorvete servia para as visitas e para a sua mãe, que gostava muito.

Se por um lado ela me falava que já tinha “incorporado” a dieta recomendada pela nutricionista, confessara que algumas vezes cometia “pecadinhos”. Comia aquilo que tinha vontade, independentemente de ser algo calórico ou não, o que poderia não favorecer o emagrecimento.

Deixava-se guiar pelo desejo, pelo prazer de saborear aquilo que gosta. Inclusive ressaltou que um dos médicos já havia falado em mais de uma reunião promovida pelo hospital em que faz o tratamento, que todo mundo comete seus “pecadinhos”. Ao falar isso, percebi que esta era uma forma de tranquilizar para si mesma quanto à vontade de comer o que não está prescrito na dieta.

“Aquela vez a gente se passou”, comentou Antônia, rindo, referindo-se a um passeio com uma de suas amigas que também se submeteu à cirurgia bariátrica. Haviam comido muitas cocadas numa festa que haviam ido, além do que consideravam adequado para a condição de quem deseja emagrecer.

Em relação ao prazer que a comida proporciona, podemos pensá-la de forma análoga ao sexo no que diz respeito à ambivalência de sentimentos que ambos podem proporcionar: prazer e culpa. Tanto o sexo quanto a comida parecem fazer parte da vida das pessoas não

sem alguma presença ideológica da religião e Medicina Oficial. Na história da igreja cristã, até o século V, o sexo deveria ser restrito à procriação. Desta forma, estaria restrito a dias específicos, em detrimento do prazer que possibilitaria em outros momentos, pois as relações sexuais eram consideradas impuras, poderiam corromper a humanidade de diversas formas.⁵⁵

Já em relação à alimentação, o jejum seria uma forma de purificação, de ascetismo, uma maneira de a pessoa demonstrar diante de Deus e dos outros o seu desapego às coisas mundanas, consideradas impuras. O jejum consistia, por exemplo, na pessoa restringir sua dieta a pão e água determinados dias da semana, em detrimento de todas as outras comidas que tivesse desejo de ingerir.⁵⁶

Sob outra perspectiva, a Medicina Oficial também tem salientado a necessidade de controlar a alimentação, ou seja, pensar na nutrição do corpo em detrimento do prazer que possibilita. De acordo com este ponto de vista, quando a alimentação saudável é incompatível com a alimentação prazerosa, a primeira deve prevalecer sobre a segunda.

No entanto, comumente as escolhas alimentares não correspondem à hierarquia estabelecida pela Medicina Oficial em que, primeiramente, a busca pela saúde deve ser considerada. Neste caso, ao mesmo tempo que a comida proporciona prazer, ela pode vir acompanhada de culpa. De acordo com Garcia (1997, p.53):

Já não é sem culpa que nos sentamos na mesma para desfrutar da comida. Na medida em que a alimentação, enquanto prática que embute a condição social, a cultura e a psicologia no mesmo ato biológico de sobrevivência, passa a ter um caráter de medicalização, o universo que a circunda será reorganizado segundo essa matriz. (GARCIA, 1997, p.53)

Desta forma, parece que está implícito que os “pecadinhos” comentados por Antônia podem estar imbuídos de culpa pelo fato de cometê-los. Entretanto, posso afirmar que observei menos o sentimento de culpa em relação ao fato dos meus informantes terem comido algo que não estava recomendado pela equipe de saúde, e mais uma resistência por parte de alguns informantes em relação a esta noção que relaciona a comida prazerosa ao pecado - e à culpa. Neste sentido, observe a fala de Paulo:

Eu sei que eu tenho uma necessidade biológica de cálcio, ferro, vitaminas, sais... não é sempre que eu cumpro com isso. Tem horas que eu mando essa serenidade pro diabo que a carregue e então eu como uma coisa que seja muito gostosa, mas

⁵⁵ LEPARGNEUR (1985)

⁵⁶ CORDÁS, WEINBERG (2002)

muito pouco nutricional. Isso acontece, não vou dizer que a gente vire um santo. Mas, fazendo isso, é um esporádico, não é a rotina. Vamos de novo hoje fritar batatas em casa, não. Isso acontece quando tem uma festa, um dia especial, um dia raro. (Paulo, 44 anos)

No momento que o meu informante diz “eu mando essa serenidade”, a qual corresponde à alimentação recomendada pelos médicos, “pro diabo que a carregue”, ele demonstra a intenção de resistir a ordem estabelecida que relaciona a comida prazerosa ao pecado. Também revela uma intenção de inverter esta ordem, isto é, de pensar que a dieta recomendada pela Medicina Oficial pode não ser a melhor para ele, ao menos, não em determinados momentos e lugares.

A comida prazerosa é remetida a um ambiente de lazer, a um momento agradável, que acontece pouco - a uma festa - e talvez por isso mesmo o seu consumo seja considerado isento de culpa. Embora se pense na perspectiva da Medicina Oficial, no fato de que é considerado errado não seguir as regras estabelecidas por ela quanto à alimentação, pois não se é “santo” por isso, se “peca” por isso.

O pecado, por sua vez, tende a se materializar na idéia que relaciona a comida prazerosa a algo prejudicial à saúde, visto que ela pode contribuir para a manutenção e para o aumento de um peso que não é considerado benéfico. Este “pecado” também se concretiza através do consumo de alimentos que podem não conter os nutrientes considerados necessários, sendo que se torna agravante desta situação o fato do estômago comportar uma capacidade menor de alimentos após a cirurgia.

E, desta forma, a partir de uma perspectiva da Medicina Oficial, a prioridade deveria ser dos alimentos considerados importantes para a saúde, visto que o estômago fora reduzido e a pessoa deve então passar a fazer escolhas entre uma comida ou outra, já que não comporta a mesma quantidade que ingeria antes.

Deixar de comer comidas que gostam, embora possam ser consideradas prejudiciais à saúde, a partir de uma perspectiva da Medicina Oficial, parece ser muito difícil para os meus informantes. Antônia comentou algumas vezes, na cozinha, na hora em que fazíamos o lanche, ou seja, em que eu comia o bolo e o chá e ela apenas tomava chá com adoçante, que iria “pirar” se não comesse mais nenhum doce.

Desta forma, pode-se entender que o prazer proporcionado pela comida que se gosta pode ser considerado algo primordial, embora esta comida possa ser considerada prejudicial à saúde, de acordo com a perspectiva médica. O gosto é cultural, e pode ser considerado algo tão importante, que nos escritos de Câmara Cascudo (GONÇALVES, 2004, p.44), etnógrafo e folclorista brasileiro, o paladar – o gosto – desempenha uma função dominante, enquanto que a fome, uma função subordinada. Observe esta diferenciação estabelecida por Câmara Cascudo e transposta por Gonçalves (2004, p. 44):

(...) São as regras culturais e as trocas sociais que definem a natureza humana, e não as necessidades biológicas. Um sistema alimentar funciona não necessariamente para satisfazer estas necessidades, mas para expressar um paladar cultural e historicamente formado. Como uma necessidade natural, a fome vem a ser satisfeita por qualquer tipo de alimento, do mesmo modo que a sede é satisfeita pela água, mas o paladar está associado a modalidades distintas de comidas e de bebidas. Mais que isso, está associado a formas específicas e particulares de preparação, apresentação e consumo. Por intermédio do paladar, os indivíduos e grupos distinguem-se, opõem-se a outros indivíduos e grupos. Por esta razão, o paladar situa-se no centro mesmo das identidades individuais e coletivas. (GONÇALVES, 2004, p. 44)

Para mostrar o quanto o gosto varia de acordo com as culturas, Flandrin (1998, p. 29) dá exemplos de uma diversidade de gostos presentes em diferentes partes do mundo, sendo que ele ressalta que o acesso ao alimento não determina a escolha pelo mesmo. Conforme o autor:

(...)Hoje, por exemplo, os europeus não comem qualquer inseto, ao contrário dos habitantes da África, da América e até da Ásia. Na própria Europa, os franceses escandalizam ou deixam atônitos os habitantes de outros países comendo *escargots* e rãs, enquanto sopa de tartaruga se tornou uma especialidade inglesa e o bucho de carneiro uma peculiaridade escocesa. São práticas eminentemente culturais, uma vez que, em todas as regiões da Europa, existem *escargots*, rãs, tartarugas e carneiros.

Apesar de o paladar ser considerado algo tão essencial, o que foi mostrado nos pensamentos de Câmara Cascudo e, além disso, exemplificado sua diversidade através dos exemplos citados por Flandrin, o que mostra o quanto ele serve, inclusive, para identificar as diferentes culturas; minha informante afirmou controlar os seus desejos em comer aquilo que gosta e que tem vontade, quando este é considerado muito calórico pela Medicina Oficial e, desta forma, inadequado para quem não quer engordar; embora comer aquilo que se gosta seja considerado muito importante, digno de evitar uma suposta “loucura”, nas palavras dela, de não “pirar”.

Em relação a isso, deu o exemplo de seus passeios ao centro de Porto Alegre, em que ela sempre enxerga, na descida do ônibus, os sorvetes “de cascão” que são vendidos próximo à parada. Eles têm os mais variados sabores, os quais ela adora: maracujá, nozes, passas; contudo, ela não come, “se controla.” Também há muito sorvete na geladeira da sua casa, mas ela evita.

Se por um lado a comida é fonte de prazer, por outro lado, ela implica na possibilidade da pessoa engordar e manter uma vida cheia de sofrimento. Neste sentido, ela pode ser percebida como algo extremamente negativo, responsável pelo desencadeamento de diversos problemas de saúde que podem ter como consequência a própria morte. Em relação a este lado negativo atribuído à comida, quando perguntei a um informante o que era ser obeso, ele afirmou:

A obesidade seria o abandono de forma mais habitual, você já acorda chutando o balde, você já acorda dizendo... ai, eu tô ansioso, to angustiado, eu não sei porquê, eu não sei com o quê, mas eu sei que na padaria da esquina tem um croissant que é uma maravilha, vou lá comprar seis, no terceiro eu já matei a minha fome, os outros serão só pelo exercício de auto-agressividade. (Paulo, 44 anos)

Observa-se que comer em busca do prazer pode ser percebido como uma agressão, uma prática destrutiva, visto que implica em comer além do que se considera adequado para “matar a fome”. Neste sentido, esta deve ser priorizada em detrimento daquele. A possibilidade de engordar, por sua vez, parece que está mais atrelada à quantidade do alimento que se ingere do que à qualidade do mesmo.

Em relação à hierarquia que parece se estabelecer após a cirurgia, entre a alimentação considerada saudável e a comida prazerosa, Flávio disse: “comer é bom, mas é prejudicial; se alimentar nem sempre é bom, mas é fundamental.” Atrelada a esta frase rimada, a qual ele falou como quem está acostumado a repeti-la, disse também: “ninguém vai a um casamento para se alimentar, vão para comer. O gordo não come para se alimentar, o gordo come porque é bom.” Então questionei se não é importante comer porque é bom, e ele então respondeu: “de forma alguma, é um vício. Quem é que não gosta de “nega-maluca”, “negrinho”?⁵⁷ Mas engorda.”

⁵⁷ Doce geralmente feito com leite condensado e chocolate em pó, mais conhecido no restante do Brasil como brigadeiro.

No relato de Flávio, observa-se que comida é aquilo que tende a proporcionar prazer à pessoa que consome, mas ao mesmo tempo é aquilo que engorda, vicia e não alimenta, ou seja, não é algo considerado saudável. Comer parece ser irracional e deve ser evitado.

Já o alimento, por sua vez, parece estar menos relacionado à possibilidade da pessoa engordar e ter prazer com o seu consumo, e mais à possibilidade de mantê-la viva e bem nutrida. Parece uma conduta racional, considerada correta, a qual ele parece ter adquirido após a cirurgia. De acordo com este pensamento, “nega-maluca” e “negrinho” não são considerados alimentos, pois conduzem à obesidade e a uma condição de sofrimento decorrente dela.

No momento que Flávio fala sobre o casamento em que a pessoa vai para comer, fica claro que ele está se referindo às escolhas que são feitas entre a variedade de guloseimas oferecidas na festa. Neste sentido, diz que a escolha é pelo prazer que determinada comida proporciona, em detrimento dos nutrientes que porventura esta ou outra tenham. Inclusive, parece que a comida se torna até mesmo a parte mais interessante do evento.

Já DaMatta (199, p. 55), faz a seguinte distinção em relação à comida e alimentação:

Alimento é tudo aquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva; comida é tudo que se come com prazer, de acordo com as regras mais sagradas de comunhão e comensalidade. Em outras palavras, o alimento é como uma moldura; mas a comida é o quadro, aquilo que foi valorizado e escolhido entre os alimentos, aquilo que deve ser visto e saboreado com os olhos e depois com a boca, o nariz, a boa companhia e, finalmente, a barriga... (DAMATTA, 199, p.55)

Observa-se que o prazer proporcionado pela comida está presente em ambos os pensamentos, tanto no do meu informante quanto no de DaMatta. Contudo, parece que após a cirurgia a pessoa se sente estimulada a não escolher a comida, e sim o alimento, esta “moldura” que o autor faz referência, a qual continua na margem, envolvendo a comida e o prazer, que continuam no centro, mas que devem ser marginalizados.

O medo de voltar a engordar

Quase sempre, quando chegava à casa dos meus informantes, eles me conduziam até ao sofá da sala. Ali nós ficávamos conversando sobre as vivências deles após o

emagrecimento. Muitas vezes eu pedia, geralmente num tom entusiasmado, buscando ser simpática e receptiva a tudo o que eles iriam falar, para eles me contarem como estavam, o que tinham feito nos últimos tempos. E observava que logo após estas perguntas, muitos respondiam, algumas vezes, desanimadamente: “ah, o que todo mundo faz.”

Diziam que estavam trabalhando e que o trabalho estava bom; que tinham feito alguma coisa na casa, como arrumar uma parede que estava feia. Ora me contavam, bem entusiasmados, que tinham feito algum curso que queriam muito, por exemplo, como o de corte e costura, realizado por uma informante, bem como o de massoterapia, realizado por outro informante.

Geralmente contavam coisas que podem ser consideradas muito simples. Muitos diziam que estavam fazendo “nada demais”, apenas trabalhado e cuidado da casa. Costumavam dizer que não tinham muitas novidades, que só faziam “o de sempre”. Neste sentido, observei o quanto o tempo após a realização da cirurgia parecia influenciar na maneira dos meus informantes perceberem as tarefas que executavam.

Lembro que após cinco meses de realizada a operação, uma informante me disse, de maneira muito entusiasmada, que estava muito feliz por ter conseguido limpar a sua casa. Hoje em dia, após mais de três anos da realização do tratamento, possivelmente ela já não contaria com tanto entusiasmo a execução da mesma tarefa, pois não seria mais novidade.

Contudo, quando perguntava aos meus informantes se eles faziam estas tarefas, consideradas comuns e do dia-a-dia, no passado, aí então me respondiam, levantando a voz, e de maneira enfática: “ah, quase impossível”, “nunca”, “era muito difícil”. E, neste momento, diziam que tinham muito mais ânimo e disposição atualmente do que antes, quando a gordura do corpo dificultava bastante a execução de muitas tarefas. E, logo após isso, observava o comentário freqüente referente ao medo de voltar a engordar, de voltar a ter a vida sofrida de antigamente, em que muitas coisas cotidianas se tornavam tão difíceis de fazer.

Um dos meus informantes, ao comentar sobre a reação das pessoas, amigos e familiares, ao vê-lo muito mais magro depois da cirurgia, disse que ficava muito feliz pelos elogios que recebia, pois muitos lhe conferiam um grande mérito por ter dado “a volta por cima”, ou seja, por ter emagrecido. Desta forma, tinha muito medo de decepcioná-los se voltasse a engordar. E logo percebi que este medo estava presente na vida da maioria dos

meus informantes, que demonstravam ter muito medo de voltar à vida sofrida de antigamente, de decepcionar os outros e a si mesmos.

Um estudo realizado por Benedetti (2003)⁵⁸, com o objetivo de compreender a experiência subjetiva de passar pelo tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, teve como uma das conclusões o fato de que o medo de voltar a engordar era constante entre os operados, conforme a autora: “(...) embora os pacientes se digam cada vez mais adaptados às novas situações que estão vivenciando, ainda existe sofrimento psicológico associado à possibilidade de descontrole sobre o peso e, daí, sobre a própria vida.” (BENEDETTI, 2003, p. 127). E esta também pode ser considerada uma das minhas observações, como se pretende mostrar a seguir.

Atualmente, Antônia tem ido todas as semanas à nutricionista. Ela afirma com veemência o seu desejo de se submeter às plásticas, logo, considera necessário o acompanhamento constante da mesma para ela atingir a meta de emagrecimento. Este ano, quase três após ela ter se submetido à cirurgia, comentou comigo, de maneira apavorada, que havia ganhado um quilo.

Este fato foi considerado terrível, poderia significar o começo da volta a sua condição de pessoa muito gorda. Desta forma, sentiu a necessidade de intensificar os exercícios físicos, fazer caminhada diária, exercitar-se na bicicleta ergométrica, a qual ela considera um equipamento “feito pra ela”, e o acompanhamento freqüente da nutricionista.

Parece que o medo de voltar a engordar se tornou maior em 2005, visto que no começo deste ano ela achou que havia rompido o grampo colocado no seu estômago. Demorou em dizer isso aos familiares, bem como a mim mesma, não queria alarmar ninguém.

Ela estava comendo com muita facilidade, pois as comidas “desciam” bem, foi então ao médico para submeter-se à endoscopia e verificar esta situação, fez questão de não tomar anestesia, pois queria ouvir a notícia “a seco”. Entretanto, “graças a Deus”, disse ela, o grampo estava no lugar certo, nada havia acontecido em relação a isso.

⁵⁸ Esta é uma dissertação de mestrado em psicologia clínica, realizada pela PUC de São Paulo, em que se optou por uma pesquisa qualitativa. Foram entrevistadas cinco pessoas, todas elas haviam realizado a cirurgia bariátrica há pelo menos um ano, e alcançado perdas ponderais significativas. Três eram do sexo feminino e duas do sexo masculino.

À medida que ia à casa de Antônia, observava o seu crescente desejo em emagrecer, a consulta agendada com o cirurgião plástico, há muitos meses atrás, já estava se aproximando. Ele iria analisar a possibilidade dela se submeter ao referido tratamento. Esta consulta era muito esperada, ela inclusive comprara uma roupa especialmente para a ocasião. Esta, por sua vez, pode ser uma maneira de mostrar o quanto ela valoriza a sua aparência e, de acordo com isso, as plásticas. Contudo, ainda precisava perder aqueles 20 Kg.

Ficava pensando, quando eu ia visitá-la e ela me convidava pra lanche, nas “tentações” presentes numa mesa de refeição, ou seja, na própria mesa que ela arrumava para mim. Como ela podia resistir? Antônia estava acostumada a preparar guloseimas para muitas pessoas, como os seus amigos e seus filhos, eu era apenas mais uma delas.

Entretanto, passei a sentir, com o tempo, um desejo de dizer-lhe que não precisava fazer aqueles bolos. Ressalto que nunca disse, pois sempre senti que era uma forma amigável de me receber, não parecia ser um fardo para ela. Porém, a confecção de bolos e guloseimas todas as vezes que eu ia lhe visitar não parecia ser algo que favorecesse o alcance do seu objetivo, e isso passou a me inquietar.

Da mesma forma que Antônia, outro informante, Gustavo, sempre me oferecia guloseimas para comer quando eu ia visitá-lo, como pizzas, bolos, *mousses*. No entanto, não comia as guloseimas que tinha preparado, preferia tomar um chá para emagrecer. Numa das últimas visitas que fiz a ele, comentou que já não se pesava todos os dias, como era do seu costume, sugerindo, portanto, o quanto se preocupava com a possibilidade de engordar, apesar de parecer que isto estava mudando.

Certa vez, eu perguntei como ele se sentia ao enxergar os outros comendo, e ele não. Então me falou que se sentia bem, mas antes não gostava. Agora, adora ver os outros comendo tudo! Disse que às vezes come as gulodices que prepara, porém, costuma passar muito mal com certas coisas, como já foi falado antes. A torta de chocolate que me servira, feita no dia anterior, foi motivo de um mal estar muito grande, o qual ele me descreveu por gestos.

Colocando a mão no peito, o meu informante demonstrou que parecia sentir-se sufocado após comer um pedaço do bolo. Este efeito durou vários minutos, e ainda teve uma diarreia considerada terrível. Sentiu-se muito mal após a ingestão do mesmo, não comeu mais

nada o dia inteiro. E embora o meu informante enfatizasse o termo “enjôo”, observei que às sensações desagradáveis que ele afirmava durar muito tempo, era atribuído o nome de *dumping* pela área da saúde.

Conforme a nutricionista do Centro da Obesidade Mórbida da PUCRS, Dra. Daniela, o *dumping* é um fenômeno que tem relação com a absorção dos alimentos pelo intestino, que passa a ser alterada após a cirurgia bariátrica. Ocorre quando os pacientes comem um pouco mais de doce ou alimentos que contenham gordura, ou seja, é um mal súbito que se manifesta por sudorese e taquicardia, acompanhado de diarreia. Tem a duração de uns vinte minutos após a ingestão de algum alimento que pra cada um tem uma dosagem diferente, por exemplo, um “negrinho” pode fazer mal pra uma pessoa, mas três “negrinhos” pode não fazer mal para outra.

Algumas vezes que fui à casa de Gustavo, em 2004, observei nele uma grande tristeza, atribuída a dor que sentia no estômago, ao cansaço, à indisposição, aos enjôos, às tremedeiras que tinha nas mãos. Demonstrava desânimo através do olhar e do caminhar curvado.

Um dia, sentado a minha frente, ele afirmou que estava curvado pelo fato de sentir-se melhor assim, ou seja, preferia aquela posição para “apertar” a úlcera e, desta forma, não sentir tanta dor. Estava sempre com dor, e já estava acostumado a ela. Neste sentido, sempre testava algumas posições para sentar, com o objetivo de diminuir este sofrimento.

“Às vezes eu não consigo segurar um garfo, não consigo segurar o cachimbo”, disse ele. Também falou sobre os constrangimentos que passou no banco, na frente do gerente. Ficou tremendo para escrever, demonstrou um grande pesar em relação a isso. Na piscina em que é sócio chegou a amassar um copo plástico de refrigerante com a intenção de segurá-lo, e depois, não conseguiu tomar o sorvete, pois a bola caiu no chão devido à tremedeira nas mãos. Através de mímica ele demonstrou pra mim como ocorreu o episódio, expressou tristeza ao me contar isso, também pelo fato de que não aceitou um sanduíche que amigos lhe ofereceram porque ficou com vergonha e medo de não conseguir segurá-lo.

Enquanto conversávamos, eu observava as tremedeiras em suas mãos e, constantemente, ele interrompia a nossa conversa e chamava minha atenção para elas. Disse que não consegue escrever seu nome numa folha de papel e queria me mostrar isto, mas falei que não era necessário. Nas visitas que fiz em junho e setembro de 2004 e depois em janeiro

de 2005, observei muito este problema, principalmente no momento que fomos lanchar. Numa das vezes, atribuiu ter colocado sal a mais na pizza por causa dele. Ao observar a grande dificuldade em colocar café em sua xícara, num dos lanches que fizemos, eu me ofereci para ajudá-lo.

Gustavo acreditava que as tremedeiras teriam sido desencadeadas em decorrência dos anos que foi viciado em anfetamina, remédio que inibe o apetite. Tomou o medicamento durante dez anos, antes de submeter-se à cirurgia bariátrica em 2001. Conforme ele me relatou: sente-se como um drogado em abstinência. Acredita que o seu organismo está fraco porque ele não se alimenta direito, come pouco e “vive a base de sanduíche.”

As tremedeiras teriam aparecido devido ao organismo estar debilitado. Não apareceram quando ele era muito gordo e dependente das anfetaminas. “Por que só agora apareceu isso?”, questionou Gustavo, logo após dizer que comia sem qualidade, fazendo referência ao fato de “entupir-se” de pão e bolacha.

Antigamente ele era muito gordo, sofria uma série de problemas em relação a isso, mas parece que não considerava o seu organismo debilitado. Costumava comer o que desejava e não sofrer com vômitos e diarréias. Agora ele afirma que tem este problema, devido a isso costuma comer alimentos que considera sem qualidade, pois são aqueles que “caem bem.”

Além disso, ele tende a comer pouco para não se sentir mal. Disse que a alimentação estava péssima, que comia salsicha, ovo cozido, adorava batata e “vivia a sanduíche”. Ele entende, portanto, que isto tudo tem reflexo nas tremedeiras das mãos. “Saco vazio, não pára em pé”, afirmou o meu informante, fazendo referência a pouca comida que considera queingere.

“Se eu voltasse atrás, será que eu não estaria melhor?”, questionou Gustavo, certo dia. Contudo, apesar de observar todo o seu sofrimento, através da sua aparência cansada, do seu corpo curvado, das tremedeiras das mãos, além de todos os problemas que ele me relatara, constatei ao longo das minhas observações, dos contatos frequentes que tive com ele, que aquele era um questionamento passageiro. Um pensamento de alguém que está sofrendo muito e procura refletir sobre isso, mas que, no entanto, já tivera sofrimento maior e que acredita que este se intensificaria se não tivesse recorrido ao tratamento cirúrgico.

Após ter dito aquela frase, e atrelado a ela, o relato de diversos problemas, ele disse que comentou tudo aquilo comigo, mas que sua vida estava melhor. Certo dia, após relatar muito do seu sofrimento diário, ele olhou fixamente para mim, que estava sentada no sofá a sua frente com o diário de campo na mão, e disse de maneira contundente, ao mesmo tempo em que apontava seu dedo indicador em direção ao meu caderno: “mas coloca ai, eu faria tudo de novo.”

Este sentimento de tristeza de Gustavo, não corresponde ao que ele sentia nos primeiros meses após ter realizado a cirurgia. Isto ficou evidente quando ele fez referência a outros operados. Algumas vezes os meus informantes se referiam a outros, faziam comparações, julgamentos e constatações a respeito da situação pós-cirúrgica de ambos.

Isto se torna possível principalmente porque há um contato muito grande entre eles, visto que frequentemente comparecem ao hospital para as consultas de rotina. Costumam se encontrar na sala de espera, bem como nas reuniões de operados promovidas pela instituição, como já foi falado anteriormente.

Gustavo tinha contato com várias pessoas operadas. Ao se referir a alguma destas, bem como a si próprio logo após o tratamento cirúrgico, disse: “um desesperado com a obesidade tem um primeiro amor pelo médico. Tudo foi maravilhoso, mas depois tu vê que não é um mar de rosas (...). No início tu tem força pra tudo, depois vem o desencanto.”

Desta forma, ele remete a sua fala a situação atual de algumas pessoas que há pouco tempo se submeteram à cirurgia e que ainda se encontram nesse “mar de rosas”, ou seja, numa situação de mais felicidade e esperança em relação ao futuro, da qual Gustavo já não se encontra mais.

Entretanto, observei nas últimas conversas que tive com ele, tanto por telefone, para marcar uma visita, como na sua casa, uma grande alteração de ânimo. Ele estava com uma aparência melhor, não caminhava curvado e nem tinha as tremedeiras nas mãos. Sentados na sala, começou a me falar sobre o seu novo emprego, o qual está há três meses.

São sete pessoas, entre surdos, cadeirantes, sem pernas e com braço atrofiado que trabalham no setor de qualidade de uma empresa que produz parafusos, fazem parte de uma cooperativa de deficientes que tem convênio com esta empresa. Ele é considerado deficiente desde que foi submetido a uma cirurgia de retirada de baço e vesícula, anterior à bariátrica.

Disse que agora está tomando um remédio que solucionou o problema das tremedeiras. Neste momento, eu perguntei sobre os remédios que toma, ele então respondeu que são mais de cinco por dia. Parecia estar acostumado e conformado a esta situação, de tomar vários remédios. Contudo, reclamou que um deles é caro e às vezes falta no posto, desta forma, tem tomado em menor quantidade do que o recomendado pelo médico.

Fiz algumas visitas a ele de três em três meses, e nestas visitas ele sempre costumava citar as atividades que estava fazendo, e as mudanças que ocorrera em relação à visita anterior. Sentados no sofá da sala, ele me enchia de informações sobre a sua vida atual. Ia me relatando o que considerava importante, os acontecimentos do período.

Numa das últimas visitas, ele afirmou que está se alimentando bem, pois “não vive só de sanduíche e maçã”, como há um tempo atrás. Inclusive falou que havia engordado um pouquinho depois que começou a trabalhar, fato que ele achou bom, pois considera que há um desgaste maior agora, e precisa estar mais bem alimentado para desenvolver suas atividades.

A nutricionista da empresa em que ele está trabalhando, logo que soube que Gustavo havia se submetido à cirurgia bariátrica, tratou de fazer um cardápio especial para ele, *light*. Passou a comer arroz, antes doía no estômago. Come arroz integral com caldo de feijão por cima, pois “só com caldo de feijão para amolecer”, disse ele.

Perguntei se ele colocava molho, visto que este também poderia ajudar a amolecer a comida, mas ele afirmou que preferia não usar porque engorda. Demonstrou, desta forma, que continua preocupado com isto, embora tenha achado bom ter engordado um pouco em função do trabalho.

Neste dia, em maio de 2005, Gustavo me ofereceu para passar na cozinha, pois queria que eu experimentasse o que tinha feito. Serviu-me várias guloseimas, como torta de limão, doce de coco e *mousse* de chocolate. Havia feito no dia anterior, pois tinha dado um almoço a seus colegas de trabalho.

Observei a sua desenvoltura para me servir, bem melhor do que há uns meses atrás, em que tremia e não conseguia colocar uma colher de café na xícara. Já em relação aos doces, perguntei se ele os comeu, mas disse que não comeria por causa da diarreia que costumava ter quando ingeria doces.

Observei o quanto o medo de voltar a engordar era uma preocupação constante na vida de Gustavo. Ele afirmara para mim que tinha que “botar na cabeça” que nunca mais iria voltar a engordar da mesma forma que antes. Entendi que esta fala consistia numa maneira de tranquilizar a si mesmo sobre o ganho de peso.

Falara que ganhar um ou dois quilos era algo normal, pois acontecia com a maioria das pessoas, sendo que depois estas voltavam ao peso anterior. Desta forma, observei que era sua intenção parar de se preocupar tanto com a possibilidade de engordar, mas ele continuava preocupado.

Eu como “nega-maluca”, bolo de chocolate, e passo muito mal, depois vem enjoô, diarréia, parece que eu tomei laxante. O macarrão não posso comer, acho que é por causa do óleo. Hoje eu tomei só um cafezinho com leite, não comi nada ao meio dia. Ontem tive uma diarréia por causa da “nega-maluca”. Comi também uma saladinha de tomate, e mais tarde como uma maçã. De noite, se eu tiver melhor, como um sanduíche. Eu ainda luto contra a balança. Seu eu comer um cacetinho, um cacetinho engorda, pão sovado engorda. Arroz, se eu comer arroz diariamente... arroz engorda, arroz e feijão engorda. (Gustavo, 46 anos)

Logo, se o meu informante tende a não comer doces e outros alimentos, isto acontece não somente em função das conseqüências desagradáveis que pode vir a ter. Esta tendência consiste também no medo de voltar a engordar. Sônia, outra informante, afirma que teve muita dificuldade em ingerir alimentos sólidos, ela também vomitava muito após a realização da cirurgia, sendo que esses problemas se estenderam até quase dois anos, no entanto, tinha receio em reclamar para os médicos.

Conforme ela: “ah, mas eu não queria nem saber, eu tinha tanto medo de voltar a engordar que eu ficava com medo de falar”. A partir deste comentário, sugeri então que ela preferia comer mal, e ela confirmou com veemência: “eu preferia”.

Depois de quase dois anos, dos quais Sônia afirmou que comia basicamente café com bolacha, ingerindo quase que somente alimentos líquidos, ela não agüentou mais. Sentia seus dentes fracos, sentia-se muito cansada, tinha anemia e falta de vitamina, conforme diagnóstico médico. Isto foi atribuído à falta de uma alimentação considerada adequada. Foi então submetida a uma nova cirurgia, na qual foi resolvido este problema.

Observe o comentário de Sônia, relacionado à primeira cirurgia que se submeteu, mais especificamente, ao grampo que foi colocado no estômago: “eu não sei se era apertado demais ou se o diâmetro dele era muito pequeno. Eu não entendi bem, só sei que eu consegui, mas

também parei de comer alimento sólido.” Ao falar que conseguiu, Sônia faz referência ao fato de já ter pesado 140 Kg e conseguido chegar aos 73 Kg. Ela demonstra, através da sua fala, que a prioridade era emagrecer, mesmo que isto implicasse nos fenômenos desagradáveis citados anteriormente, inclusive na impossibilidade de ingerir alimentos sólidos.

Hoje, entretanto, após esta outra cirurgia para reverter os efeitos da primeira, Sônia sente maior facilidade em comer, embora utilize algumas técnicas para comer o arroz e o pão, que são, respectivamente, cozido com bastante água e deixado envelhecer para ser consumido. Assim, ela sente que eles “descem melhor”, isto é, não causam mal estar.

Falou-me que está sempre em constante vigilância para não engordar, procura usar alimentos *light* e *diet*, que são considerados menos calóricos. Contudo, ganhara dez quilos em 2004, e em 2005, permanecia com 83 Kg. O ganho deste peso, por sua vez, fora atribuído à medicação, recomendada pelo seu médico, que tomara por causa de uns problemas considerados de origem psiquiátrica. A partir dessa medicação, sentira mais vontade de comer, mas já considerava seu peso estável, embora quisesse perder estes dez quilos adquiridos no ano anterior.

Na conversa que tive na casa de Simone, também falamos bastante sobre alimentação. Sentadas na mesa da cozinha, ela fez questão de me mostrar vários produtos *diet* e *light* que consome. Abriu a geladeira e retirou requeijão *light*, também mostrou uma garrafa de refrigerante vazia, a qual também era *light*. Apesar de considerar bem mais caro este tipo de produto, ela procura consumi-lo para manter o peso emagrecido.

Em relação às dificuldades para se alimentar, aos mesmos empecilhos também citados pelos outros informantes, como os vômitos e diarréias, Simone ressaltou que são ocorrências muito desagradáveis, que também prejudicam a saúde. Muitos alimentos, considerados fontes importantes de nutrientes, poderiam estar sendo evitados devido a estes problemas, causando um prejuízo à saúde. Este, por sua vez, seria percebido principalmente através de exames médicos.

Tu não pensa que tu vai dizer, ah, eu me opere e ta tudo às mil maravilhas, mas aí vem as deficiências de vitamina. Tu vai lá e faz exame de sangue que tu tem que fazer e detecta que falta ferro, falta ácido fólico que tem na verdura, que é difícil de tu comer porque dói muito, tu come radite, por exemplo, tu não consegue fazer com que ela se desmanche totalmente. Porque O objetivo, depois que tu faz a cirurgia é esfarelar a comida totalmente, frango é fácil esfarelar, agora, carne de gado, se tiver um nervinho, dói no teu estômago, tu urra de dor. O arroz tem aquelas pontinhas, tu

tem que fazer o arroz bem papa pra ti poder comer, que fique bem papa. O arroz mais soltinho a gente geralmente não mastiga, entendeu, aí fica aquelas pontinhas lá dentro te cutucando. Tu pode chegar naquelas reuniões de operado e ver e perguntar se alguém consegue comer. Quem é que consegue comer arroz? Ninguém vai levantar a mão. Verdura é horrível, aquela alface da folha lisa é mais fácil, aquela crespa é horrível. Tu não consegue mastigar, fica aqueles fiapinhos, fica lá dentro do estômago espetando. (Simone, 41 anos)

Constata-se que Simone ressalta dois aspectos, relativos à dificuldade em consumir alguns alimentos, que podem ser percebidos de maneira antagônica. Se por um lado esta dificuldade pode prejudicar a absorção de nutrientes, por outro lado, ela é considerada responsável pelo sucesso do seu emagrecimento. Observe a sua fala:

Tinha gente na reunião dos operados (fazendo referência às reuniões que costumam realizar-se nos hospitais que realizam a cirurgia bariátrica), tinha gente que chorava, se despedaçava, que queria retornar, porque não conseguia comer e não queria aquilo. Só que graças a Deus, eu nunca tive isso, cada vez que eu me senti mal, que doeu o meu estômago, que eu comi errado, que eu vomitei, eu era capaz de chorar, mas de alegria. Graças a Deus que eu sou assim, porque se eu tivesse conseguido manter tudo isso no estômago, comer tudo isso, e rápido como eu comia, eu não teria conseguido emagrecer 115 Kg como eu consegui: 109 Kg, 6 Kg foram de pele. (Simone, 41 anos)

Talvez Simone considere que as dificuldades em comer sejam mais benéficas do que o seu contrário, tendo em vista que ela atribui a si mesma a responsabilidade pelo ganho de peso. Acredita que comia de maneira errada: muito e rápido demais. Logo, os empecilhos provocados pela cirurgia seriam favoráveis à perda de peso. E este seria o aspecto mais importante. Na sua fala também se observa que ela faz referência a outros pacientes tratados no hospital, os quais não parecem compartilhar das mesmas percepções de Simone.

De outra maneira, pode-se pensar que estes mesmos pacientes podem considerar que os empecilhos provocados pela cirurgia, os quais dificultam a alimentação, também são importantes para o processo de emagrecimento, entretanto, a dificuldade em ingerir alimentos pode ser percebida como algo de extremo sofrimento. O prazer em comer como antigamente talvez se mantenha como essencial na vida de muitas pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica.

Na casa de Simone, também conversei com Carlos, ambos se tornaram muito amigos após se submeterem ao tratamento cirúrgico da obesidade. Entretanto, na primeira vez que conversei com os dois, ele ressaltou que eu estava em contato com pessoas que fizeram o mesmo tratamento, mas com resultados contrários. Simone se sentia muito bem e já havia alcançado a sua meta de emagrecimento. Enquanto que Carlos, após se submeter a quatro

cirurgias bariátricas, ainda não estava com o peso que considerava adequado, e tinha vários problemas de saúde.

Entre os diversos problemas citados por ele, estavam a depressão, uma tristeza profunda, e pensamentos de suicídio em decorrência disso. Também disse que tinha hérnias que doíam muito; apnéia do sono, que são paradas respiratórias quando se está dormindo, as quais são motivos de muita preocupação à medida que se pensa na possibilidade de não acordar no dia seguinte.

No decorrer da nossa conversa, ele ia citando os seus problemas, os quais demonstrou ser motivo de intenso sofrimento. De tal forma, que dissera estar arrependido de ter se submetido à cirurgia, apesar de estar com 145 Kg e de já ter alcançado 280 Kg antes do tratamento, o que também lhe causara outros tantos sofrimentos.

Carlos falou que tinha a intenção de chegar aos 120 Kg, mas considerava muito difícil. Falara que já tivera esse peso em 1998, após ter se submetido a diversos tratamentos não cirúrgicos para emagrecer, mas que chegara a 230 Kg em 2001, antes de se submeter à primeira cirurgia bariátrica. Após me falar isso, disse que não permaneceu com o peso emagrecido porque tinha o problema “embutido”, ou seja, culpabilizou a grelina pelo fato dele ter engordado novamente.

A grelina havia sido explicada a Carlos e Simone pelos médicos numa das reuniões que costuma ocorrer no hospital em que é feito o acompanhamento pós-cirúrgico. Demonstrando a intenção de me explicarem de forma parecida com a que tinham escutado, disseram que é uma substância que existe no estômago e que provoca a fome.

Compreendi que Carlos acredita firmemente, apesar de ter se submetido a várias cirurgias, que o risco dessa substância voltar a provocar uma fome intensa, a tal ponto dele recuperar todo o peso perdido, é iminente.

Hoje eu tô com 145 Kg, não baixa, não tem jeito. Eu botei na consciência que eu não vou fazer mais nenhuma cirurgia, se é pra morrer com 230 Kg eu vou morrer, do coração, de apnéia, de alguma coisa. (Carlos, 31 anos)

Observe o comentário de Simone a respeito das cirurgias que Carlos se submeteu e que parece que foram prejudicadas em função da sua não subserviência às restrições impostas pelo tratamento. Desta forma, ele tenderia a engordar ao invés de emagrecer:

O Carlos estacionou no 145Kg e não consegue emagrecer. Estourou o anel. Primeiro ele tinha colocado um anel de silicone, arreventou. O médico disse que arreventou de tanto ele comer, forçar pra comer e vomitar. Aquilo vai, vai que arreventa o anel. Daí facilita a entrada da comida, aí ele consegue comer bem. Passa entendeu? Aí ele come, come. Aí ele tá assim: vai lá e come, passa uns minutinhos, vai lá e come de novo, passa mais uns minutinho, vai lá e come de novo. E isso comida pastosa, né. Carne, pedaços inteiros não adianta. O estômago dele... apesar dele não ter o anel, arreventou o anel, o estômago dele não aceita, igual. (Simone, 41 anos)

Através da fala de Simone, pode-se observar que Carlos não come da mesma forma que antes da cirurgia, pois prefere e sente-se melhor com comidas pastosas, as quais não faziam parte de seu costume diário. No entanto, parece que ele continua sentindo tanta fome quanto antes, e por isso come freqüentemente.

Logo, quando o meu informante disse: “no meu caso, a cirurgia não deu certo”, está implicado o emagrecimento que não foi alcançado de acordo com o seu objetivo, os diversos problemas de saúde relatados anteriormente, e a fome, que ainda persiste de maneira intensa.

Portanto, parece que o arrependimento de ter se submetido à cirurgia pode ocorrer por diversos fatores, entre eles, a vontade de comer como antes. Esta, por sua vez, pode persistir e prejudicar o emagrecimento à medida que não se resiste a ela. Também pode não causar este prejuízo, no entanto, pode-se preferir a reversão do tratamento em favor da liberdade em comer o que se quer, da forma e na quantidade que se deseja, isto é, em benefício de continuar desfrutando do prazer de comer anterior à cirurgia.

Apesar de não parecer agradável, as dificuldades em comer como antigamente podem ajudar a emagrecer e manter o peso emagrecido. Em relação a isto, comentou Antônia: “troquei a carne por uns anos de vida”. Neste sentido, vários informantes sempre fizeram questão de salientar o quanto se sentem melhores atualmente. São pessoas que tendem a realizar diversas atividades que antes eram dificultadas ou mesmo impossibilitadas pela sua condição.

A cirurgia parece implicar um processo de troca, isto é, de trocar uma fonte de prazer por outras. Após o emagrecimento, pode-se dormir com mais facilidade, bem como caminhar, tomar banho, pegar um ônibus, trabalhar, namorar. Isto tudo parece ser os “anos de vida” que Antônia está desfrutando após a realização da cirurgia. Eles foram trocados pela “carne”, que parece simbolizar o quão importante é o prazer em comer como antes, mas que foi preterido em benefício de muitos outros.

“Trocar a carne por uns anos de vida”, por sua vez, não implica em não consumi-la de nenhuma forma, pois a Medicina Oficial atribui a ela uma rica fonte de proteína, considerada importante para a saúde. A partir disto, constatei o quanto as minhas informantes se deixavam orientar pelas recomendações médicas.

Algumas vezes, elas me falavam que estavam com as unhas e os cabelos fracos. Os cabelos caíam muito e as unhas estavam quebradiças. Logo, estavam com falta de proteína e precisavam comer carne para fortalecê-los. Neste sentido, Simone me relatou as técnicas que utiliza para extrair os nutrientes da carne. Observe o seu relato:

Eu falo que não consigo jantar, eu falo pra nutricionista que eu não consigo jantar. Aí ela fala que o que é bom ao invés de eu comer pão, comer ovo. E eu achava que a gema tinha proteína, que é o que a gente precisa, mas eu estava enganada, o que tem proteína é a clara. É impressionante o que tem de proteína a clara de ovo. No almoço, eu sempre procuro comer carne, mas eu mastigo, mastigo, mastigo pra conseguir engolir. Eu demoro muito comendo, se eu mastigo, mastigo, mastigo e ela não esfarela, eu desisto. Depende da carne, se tem nervos. Eu extraio tudo quanto é caldo que tem dela e boto fora, eu prefiro não engolir, do que ter que vomitar e jogar fora até o caldo que eu consegui extrair dela. Eu prefiro não engolir e botar fora o bagaço, como a gente diz. (Simone, 41 anos)

Mesmo após quatro anos de ter se submetido à cirurgia bariátrica, Simone ainda tem dificuldade de comer carne, pois ela costuma “trancar” no estômago e causar uma sensação muito desagradável, já falada anteriormente, a qual ela procura livrar-se provocando vômito. Ela utiliza técnicas para retirar os nutrientes da carne, ou seja, acredita que através da mastigação intensiva vai conseguir absorver suas propriedades. Desta maneira, bota fora o restante e, assim, não precisa correr o risco do mal-estar que ela pode causar se for engolida.

A carne “trancar” no estômago é percebida como algo desagradável não somente pelo fato de causar dor e ânsia, mas também pela vergonha que a pessoa vítima dessa situação pode passar. Conforme me disse Antônia, ela morria de medo de ter que provocar vômito na frente de outras pessoas por causa de uma carne “entalada”. Iria passar muita vergonha.

Contou-me de maneira impressionada, como exemplo de algo que ela jamais gostaria de passar, que soubera de uma pessoa que havia se submetido à cirurgia bariátrica e que estava na praia quando “entalou” um pedaço de carne no seu estômago. Voltou às pressas para sua cidade, com a finalidade de se submeter à endoscopia e retirar o pedaço do alimento. No entanto, Antônia me contou, ao mesmo tempo em que ria pela situação que parecia dramática, que após solavancos do ônibus, a carne “desentalou”.

Carlos também me contou um fato considerado muito desagradável relacionado ao consumo de carne, principalmente devido ao dia que ocorreu: na festa de ano novo. Observe o seu comentário: “no primeiro do ano eu comi um pedaço de carne de porco, uma fatia minúscula. Que noite! Tive que vomitar, entrei o ano vomitando. Dá uma ânsia na hora que tu come, quando não entrou. É na hora, dá uma dor no estômago!” Neste momento, Simone, que também participava da conversa, acrescentou: “Dói, dá uma dor! Parece que tu comeu um paralelepípedo que fica te espetando lá dentro.”

Em relação ao prazer em comer carne, depois de seis anos de ter se submetido à cirurgia bariátrica, Vanessa falou que foi perdendo “o gosto pela carne”. Quando fui à sua casa, ela procurou me mostrar com a mão, a pequena porção que era capaz de comer, isto é, encostou a ponta dos dedos polegar e indicador e falou que só comia aquilo, nunca mais conseguira comer um bife inteiro.

Contudo, disse que comia como uma pessoa normal, exceto por isso. Não conseguia comer mais, e falara demonstrando tranquilidade que já não sentia mais falta, estava acostumada. No entanto, fez questão de dizer que ainda era “chocolatra”, que adora doce, tanto quanto antes, mas se antes da cirurgia ela se satisfazia comendo vinte “negrinhos”, hoje ela se satisfaz com quatro.

Vanessa ainda estava em licença maternidade quando fui à sua casa pela primeira vez. Recém havia três meses que ela ganhara o seu segundo filho. Como não a conhecia antes, e sabia somente que ela havia feito a cirurgia bariátrica e tinha ganho um filho recentemente, a minha expectativa era de encontrá-la gorda.

Fiquei surpresa com a sua aparência, parecia apenas “gordinha”. Contou-me que engordara dez quilos durante a gestação, sendo que não havia se preocupado muito com o ganho de peso. Percebi, portanto, que deveria ter comido o que desejava, independente de ser algo que poderia contribuir para o aumento de peso.

Atualmente, ela considera que ainda precisa perder sete quilos para ficar com o peso anterior à gravidez. No entanto, não demonstrou preocupação, “recém faz três meses que eu ganhei o meu filho”, disse ela, em tom de quem considera pouco tempo para atingir a antiga forma. Falou-me, também, que foi uma gravidez muito normal. Apenas cuidara da anemia, problema que ela tivera inclusive enquanto era muito gorda.

Observei que as sensações consideradas desagradáveis por muitos dos meus informantes, como a necessidade de provocar vômito devido à comida ter “trancado” no estômago, a azia, o enjôo, a diarreia, o mal estar, tão citados por muitos deles, pareciam questões muito distantes para Vanessa. Da mesma forma, a expectativa de vida em relação ao futuro, as diversas adaptações, pareciam questões que já passaram há muito tempo e que não mais se faziam presente no seu cotidiano.

Quando perguntei sobre a sua alimentação, ela pensou um pouco, no intuito de recorrer à memória sobre o que já se passou e que ela nem recorda mais. Disse, então, que chegou a vomitar muitas vezes, mas que isto nunca mais aconteceu. Já em relação à gravidez, embora tivesse engordado 50 Kg após a sua primeira gestação, a qual ocorreu bem anterior à cirurgia, não demonstrou que isto foi motivo de preocupação nesta segunda gravidez.

Vários de seus colegas de trabalho também se submeteram ao tratamento cirúrgico para o tratamento da obesidade após ela ter se submetido. Perguntei se o seu exemplo serviu como estímulo, acredita que sim. Disse que se submeteu à cirurgia numa época em que nem se falava sobre o assunto, nem tivera tantos acompanhamentos, quanto hoje às pessoas que se submetem a tal procedimento têm.

Hoje em dia, Vanessa tem consultado o cirurgião apenas duas vezes ao ano. Faz terapia porque considera importante e é psicóloga, mas nunca teve acompanhamento nutricional, considerado tão importante por outros informantes. Antônia, por exemplo, como já foi citado anteriormente, que costuma ir semanalmente à nutricionista, pois se preocupa muito com o emagrecimento e com a possibilidade considerada terrível de voltar a engordar.

Antônia e Vanessa, procedimentos tão parecidos em pessoas com corpulências tão distintas. Antônia com seus 243 Kg anteriores ao tratamento e Vanessa com seus 117 Kg. Antônia, atualmente, nem ao menos tem o peso de Vanessa, anterior à cirurgia bariátrica. Para esta, engordar um pouco não parece sinalizar um problema, já para aquela, engordar um quilo significou um sinal de alerta.

“Às vezes eu engordo uns quilinhos, mas é algo que eu posso controlar, depois eu emagreço”, disse Vanessa para mim. Inclusive, comentou que numa época chegou a emagrecer além do que considerava adequado, pois havia ficado com a cara “murcha”. Desta forma, preferiu engordar um pouco para ficar com uma aparência considerada melhor.

Em relação à ingestão de carne, observei diferentes percepções. Flávio, por exemplo, é um dos meus informantes que afirmou passar mal quando comia carne vermelha somente até um ano após a cirurgia, “não podia nem ver”. Depois desse período, passou a comer carne normalmente, ou seja, como a maioria das pessoas, acredita. Francisco também é outro informante que afirma se sentir bem comendo a maioria dos alimentos, diferentemente de muitos que ele “ouve falar”.

Numa das ocasiões que conversei com o Francisco, em sua casa, conversávamos sobre a capacidade que ele tem em comer os mais variados tipos de comida. Ele afirmou que costuma se sentir bem com grande parte da alimentação que ingere. Ao me falar sobre a sua refeição da manhã, disse que havia comido um cacetinho e meio.

Perguntei se ele se sentiu satisfeito, disse que sim, mas enfatizou, levantando a voz e olhando firmemente para mim, que sentiu vontade de comer mais, mas sabia que aquilo estava bom. Percebi, desta forma, que provavelmente era considerado suficiente de acordo com as próprias recomendações da nutricionista. “A gente opera o estômago, não a cabeça”, falou para mim, da mesma forma que outros informantes. Logo, a vontade de comer como antes, persistia.

Conforme Francisco, os hábitos alimentares são difíceis de mudar. Ele considera praticamente impossível uma pessoa deixar de comer o que estava habituada, e que gostava muito, para passar a comer outras coisas consideradas mais adequadas, do ponto de vista médico. Esta parece ser uma grande preocupação para ele, pois afirmou que tem muito medo de voltar engordar, preferia comer menos por causa disto. Observe a fala de Francisco:

(...)Mas eu como rápido sempre, eu não aprendi a comer devagar. Quando eu como muito rápido me tranca e eu fico até meio contente, aí eu paro. Eu como bem pouquinho, mas eu como rápido. Bá, não é que eu fique contente, mas trancou, mas eu como pouco. Mas eu queria comer menos ainda, a minha vontade era comer menos. (...) É difícil às vezes ficar sem comer um doce. (...) deixar de comer, eu duvido que aquela pessoa acostumada deixe de comer, não existe isso. Na minha cabeça não existe isso, o pessoal omite muito. A não ser que te faça mal. Ah, uma coisa que continua me fazendo mal é o leite, me dá azia. Eu não tomo leite, e eu também não era costumado a tomar leite. Às vezes até me dá uma vontade de tomar um café com leite, mas me dá aquela azia. Esses dias eu falei, não faz comida, faz um sanduíche de noite. Ai ela (a sua esposa) fez uma batida, bá, me pesou o estômago. Eu achei que foi o sanduíche que eu tinha comido, mas foi o leite da batida, que sempre me dá azia.(...) A doçura também me dava azia. Agora, de eu comer de vez em quando, de vez em quando, de vez em quando, parou de me dar azia. O que é um problema também, se me desse azia eu ia comer bem menos, não que eu coma muito, mas eu ia comer menos. (Francisco, 31 anos)

Desta forma, observa-se um sentimento ambíguo em relação aos empecilhos que podem ocorrer após a cirurgia, como a comida “trancar no estômago”, a azia, o enjôo, o *dumping*. Se por um lado eles são desagradáveis porque prejudicam a sensação de prazer proporcionada pela comida, por outro lado, eles são considerados auxiliares, e até mesmo bem-vindos à medida que estimulam a pessoa deixar de comer determinada coisa ou a comer menos.

São fenômenos desagradáveis que se tornam coadjuvantes da perda de peso e da manutenção de um peso emagrecido. Também pelo fato de “ensinar” determinadas formas de comer, as quais são entendidas como mais adequadas, por exemplo, a comer devagar.

Os hábitos alimentares da família

A primeira vez que fui à casa de Francisco, fui recebida pela sua esposa. Ele havia saído e em seguida estaria de volta. Ela me perguntou sobre o meu trabalho, o qual eu expliquei brevemente. Depois, começou a me falar, espontaneamente, sobre o seu marido, como era sua vida antes da cirurgia, em que ficava geralmente dentro de casa. Ele tinha vergonha de sair na rua, na praia ficava constrangido pelo riso das pessoas devido a sua corpulência.

Mostrou-me a cadeira que ele ficava sentado, que é grande e forte, disse que na cama ele não podia dormir, pois ela não sustentava o seu peso, então dormia num colchão no chão. No carro ele não entrava mais, não cabia. Como ela enfatizou: “era um horror!” Desta forma, demonstrou através da expressão do olhar e do tom de voz um grande sofrimento sentido por ele e pela família que o acompanhava no cotidiano. Disse que o problema dele era a gula, não que enchesse o prato, nunca gostou do prato cheio, mas sentia um cheiro de comida perto de um restaurante e tinha que chegar em casa e fazer o mesmo.

No momento que a esposa do meu informante diz que o problema do seu marido era a gula, pode-se observar que possivelmente ela está relacionando os hábitos alimentares do

marido a uma espécie de transgressão. A gula é considerada um dos sete pecados capitais⁵⁹. Neste sentido, ela pode ser percebida como uma desobediência a alguma norma, mas possivelmente não a uma norma estabelecida pela Igreja, de ordem divina, mas às regras ordenadas pela Medicina Oficial, visto que a esta é dada a legitimidade de estabelecer o que se deve e o que não se deve comer, o que é bom e o que não é bom para a saúde, além do quanto se deve comer. O “pecado da gula” pode ser o “pecado” de haver uma tendência a não seguir as regras da Medicina Oficial no que se refere à alimentação.

Após uns quinze minutos de conversa sobre a vida de Francisco, anterior à cirurgia bariátrica, ele chegou, e a sua esposa se retirou da sala. Notei que ele era gordo, mas nada que chamasse muita atenção. Tinha o cabelo aloirado, parecia submetido a tratamento químico. Ele me dissera que se submeteu à cirurgia bariátrica em 2003, com aproximadamente 220 Kg, mas atualmente está com 125 Kg. Pedi que ele me falasse sobre a sua vida após a cirurgia. Demonstrou estar muito satisfeito pelo fato de ter se submetido à mesma. Em tom bastante afirmativo, enfatizou: “a minha vida mudou da água pro vinho”.

Em voz baixa e devagar, às vezes me olhando nos olhos e às vezes abaixando a cabeça, falou sobre os problemas que enfrentava durante o tempo em que foi muito gordo, os quais já tinham sido comentados pela sua esposa. Entre as coisas que conversamos, ele destacou a questão da alimentação. Notei que seu tom de voz mudou, ele se sentiu mais a vontade para falar sobre isso.

Olha, eu ouço as pessoas falarem que não conseguem comer isso, não conseguem comer aquilo. Eu como de tudo, como arroz com feijão, como massa, como carne, como ovo frito, pão... eu como de tudo! Como uma pessoa normal: magra come, uma pessoa gorda come, eu como de tudo. Como pouco? Como, como o que cabe no estômago. Se eu quiser sentar pra comer um prato de mocotó, eu como. Vou comer o que couber no estômago. Ah, é forte! É, mas como igual, não tem problema. O que me dá algum mal estar é o doce, o doce me dá um mal estar, não que eu não coma também. Me dá uma azia... e eu tomo uma Olina e já passa. Mas evito de comer o doce, só. Agora, comida salgada eu como de tudo! Tem gente que já não come nada. (Francisco, 31 anos)

Através deste relato verifica-se que o meu informante se considera normal pelo fato de ter a capacidade de comer variados tipos de comida, de acordo com a sua vontade,

⁵⁹ Os sete pecados capitais estão relacionados à Igreja Católica, eles são: gula, avareza, orgulho, luxúria, preguiça, ira e inveja. A classificação atual, é obra de São Tomás de Aquino, ainda que não tenha feito mais do trabalhar em cima do já realizado pelo Papa Gregório I, o Magno, no ano 600 d.c. Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pecado>

independentemente da quantidade que é capaz de ingerir, a qual ele designa como “pouca”. A pessoa magra e a pessoa gorda são colocadas no mesmo patamar de normalidade no que se refere à possibilidade de ambas serem capazes de comer o que quiserem, de acordo com a suas vontades.

No entanto, ele também começou a seguir algumas regras em relação à alimentação após a realização da cirurgia. Estas regras são consideradas importantes de serem respeitadas pelo fato dele ter receio de voltar a engordar se não seguiu-las. Se por um lado elas são necessárias, por outro lado, elas causam certo rompimento à sua vida considerada normal. Neste sentido, observe o relato abaixo:

Sim, eu levo uma vida normal, né. Mas eu procuro me regrar em algumas coisas, né. O adoçante eu introduzi, no começo era ruim, mas depois eu me acostumei. Refrigerante diet. Eu continuo viciado no refri, hoje um pouco menos. Engorda igual, mas engorda menos. (Francisco, 31 anos).

Como já foi falado anteriormente, Francisco considera a sua situação distinta de muitas pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, pois ele não tem dificuldade em consumir muitos alimentos, diferentemente de outros. Inclusive, disse que hoje ele vive algo que não costumava a ouvir antes do tratamento.

Na sala de espera das consultas e nas reuniões que ele participava promovidas pelo hospital em que foi realizada a sua cirurgia, costumava ouvir pessoas reclamando que não comiam nada. Desta forma, a expectativa em relação à alimentação após a cirurgia não era muito animadora, pois achava que não desfrutaria de muitos prazeres que a comida proporciona por causa da dificuldade em conseguir comer.

Devido ao medo de não poder mais comer o que gostava, ele passou a fazer as “despedidas” antes de se submeter ao tratamento. Passou a comer mais as guloseimas que pensava que não poderia mais saborear. Ao invés de emagrecer para se submeter à cirurgia, recomendação feita pelos médicos, engordou. Observe a sua fala:

Ah, é que todo dia tu senta lá na sala de espera e ouve histórias de tudo quanto é tipo. Depois tu não consegue comer arroz, tu não consegue comer carne. Então todo mundo faz as suas despedidas, né. Vão à pizzaria, vão sair pra jantar... então normalmente as pessoas engordam ao invés de emagrecer, na espera, na ansiedade. É provavelmente o que acontece com a maioria das pessoas. A maioria das histórias que tu ouve é que tu não come (falou soletadamente), tem gente que diz que tu não come nada! E é mentira, como é que tu vai viver sem comer nada? Agora, se a pessoa disser que tu come o que cabe no estômago, tá certo. Eu como de duas em duas horas o que cabe no meu estômago. (Francisco, 31 anos)

“Não comer nada” foi citado por Francisco como algo impossível de acontecer, como um exagero da parte de alguns, entretanto, no decorrer da nossa conversa ele também disse que tem pessoas que “não comem nada”. Em tom de indignação, ele comentou a respeito de uma outra pessoa que se submeteu à cirurgia: “Tem gente que não come arroz. O Gustavo mesmo é uma pessoa que não come nada, o Gustavo é a base de gelatina e... evito de comer só, evito de comer arroz, evito de comer massa.” (Francisco, 31 anos)

Arroz é um dos pratos básicos dos brasileiros, é comum estar presente em pelo menos uma das refeições do dia a dia⁶⁰. Não ser mais capaz de comê-lo pode significar uma grande perda ocorrida após a cirurgia, a qual é considerada digna de ser comparada a “não comer nada”. Francisco demonstra que determinados alimentos são ingeridos pelo fato de não provocarem diarreia, mal estar. É neste sentido que ele se refere à gelatina que Gustavo costuma comer, a qual parece que é ingerida muito mais pelo fato de não provocar mal estar do que pelo fato de ser desejada.

Para Francisco, comer gelatina também pode significar “não comer nada”. Talvez ela seja considerada um alimento que não dê prazer, além de outras características possíveis. Parece que se alimentar corresponde à capacidade de comer o que se tem vontade, embora possa haver uma tendência de evitar a satisfação de todos os desejos em relação ao que se come, pois esta satisfação pode implicar na possibilidade da pessoa voltar a engordar.

Observei que Francisco considera muito difícil mudar os hábitos alimentares após submeter-se à cirurgia. Neste sentido, a família parece influenciar bastante. Contudo, há diferentes formas de perceber a influência da família na introdução de uma alimentação considerada adequada para as pessoas que se submeteram ao tratamento. Primeiramente, observe o relato de Francisco:

É fácil os médicos dizerem que tu tem que tomar suco de manhã, comer uma fruta, uma verdura. Ao meio dia tu come verdura, bife, uma porção de coisas. Mas eles não convivem no dia-a-dia de uma família, eles não sabem o que é a correria de uma família.(...) Então vamos fazer um café. Um café pras crianças e um separado pro Francisco. Isso não tem como introduzir na tua vida, a não ser se tu tenha um nível maior. Uma pessoa pra preparar pra ti. Aí vou eu lá na fruteira de manhã. E se eu não tenho um costume, eu acho que isso vem do costume, desde pequeno. A gente não tem o costume de tomar leite, porque nunca se tomou leite. Eu tomo café preto. Não que não possa comprar fruta, legume. Tu é tão pobre que não pode? Não, não é. É aquele costume. Ai tu vai te dividir pra dois tipos de costume? Fora todos os afazeres que tem dentro de uma casa.(...) Agora mesmo tu chegou aí, e nos estávamos espetando a carne, é o meu serviço, eu vendo churrasquinho. Então a

⁶⁰ Maciel (2004)

gente tá na função desde de manhã, a minha esposa também. Tu tem que preparar o café das crianças, tem que cortar a carne, às vezes nem café eu tomo... a gente tem que comer o que tem. Tu não tem aquele tempo... se tu trabalha numa firma tu cumpre um horário, mas a gente tá sempre correndo atrás da máquina. Se tu tem dinheiro, se leva a vida um pouquinho melhor... Não é pelo dinheiro que tu não compra uma fruta, é porque não te sobra tempo, tu corre demais. Tem gente que come salada todo dia, a gente já não tem esse costume. (Francisco, 31 anos)

Através desse relato, o meu informante explica as dificuldades que ele enfrenta para introduzir novos hábitos alimentares. Embora ele faça questão de ressaltar que não se trata de questões financeiras, mas sim do costume da família, ele demonstra que a melhoria das condições financeiras contribuiria para alterar estes costumes. Francisco considera que uma alimentação mais adequada, a qual é recomendada pela nutricionista, requer mais tempo para ser escolhida e preparada do que a alimentação que está acostumado a ter. Contudo, ele afirma que não tem este tempo. Logo, as escolhas alimentares de Francisco parecem ser subordinadas ao costume familiar mais amplo, bem como ao ritmo de trabalho que ele desempenha, tanto em casa como fora dela.

A alimentação “do costume” parece que se encaixa mais perfeitamente ao ritmo de trabalho que ele desempenha, o qual ele afirma que é “corrido”. Para Francisco, introduzir novos hábitos alimentares em sua rotina diária tenderia a entrar em conflito com os hábitos da família, os quais parecem que estão muito estabelecidos e não se cogita a possibilidade de mudá-los.

Este conflito se concretiza à medida que ele é o único componente da família que precisaria ter uma alimentação diferenciada, o que causaria uma grande mudança nas atividades quotidianas, no ritmo e no tempo para realizar as tarefas, o que poderia até mesmo prejudicar o andamento do trabalho doméstico. Neste sentido, os hábitos alimentares da maioria são priorizados.

A alteração dos hábitos alimentares, por sua vez, pode não ser percebida como algo que causa transtorno à medida que se considera que todos os componentes da família têm motivos para mudá-los. Numa das minhas visitas à casa de Sônia, falávamos sobre comida.

Perguntei quem era que cozinhava, ela disse que cozinhava para todos, que costumava fazer arroz bem “empapado” e cheio de legumes. O arroz “empapado”, feito com bastante água e bem cozido, foi uma das formas que ela encontrou para conseguir ingerir o alimento. “Nesta consistência, ele não dói no estômago”, salientou.

Também me disse que aprendera a adaptar uns molhos, ou seja, a fazer com iogurte ao invés de maionese, considerado menos calórico e mais nutritivo. Perguntei se o seu marido e seu filho não estranhavam. Ela disse com tranqüilidade e fazendo uma “careta” que não, que tinha sido facilmente aceito, principalmente porque todos em sua casa fazem dieta para alguma coisa, para não engordar ou para melhorar a taxa de colesterol e a hipertensão.

Sentada na sala e apontando para uma lata de azeite que fica na cozinha, ela me falou que agora o óleo dura muito mais do que antes, pois aprendeu a colocar pouco azeite na comida, e já não faz mais frituras. Também me disse, demonstrando admiração, que agora um quilo de açúcar dura um mês. Sugeriu, desta forma, que antes durava bem menos. Então comentei que eles deveriam ter diminuído os gastos com a alimentação. Entretanto, ela afirmou que não, pois antes não consumiam frutas e verduras, e depois passaram a consumi-las. No momento em que me disse isto, salientou: “em compensação, agora eu não gasto com remédio.”

Em relação aos gastos com alimentação, muitos informantes comentaram que os produtos *light* e *diet*, considerados adequados para quem não deseja engordar, são muito caros. Simone comentou, como já foi afirmado anteriormente, que priorizava estes produtos, contudo, afirmara que nem sempre podia comprá-los em função dos preços altos. Observei, inclusive, que as referências feitas a estes produtos pelos meus informantes eram geralmente relativas a refrigerantes e produtos para passar no pão, como margarina e requeijão.

Já em relação ao almoço e à janta, o arroz e o feijão foram geralmente citados como a comida que costumava estar presentes nas refeições da família. Simone, por exemplo, afirmou que sempre os faz em sua casa, mas ressaltou que é por causa dos filhos de nove e doze anos. Observe o seu relato:

(...)Se fosse por mim, eu nem faria comida. Faço por causa que tem os guris. Mas não adianta, chega na hora do almoço e: eu quero bife, quero arroz, feijão! Eles falam. Não é que ele coma porcaria, o guri não é de comer besteira, é aquelas pratadas descomunal! O guri come, come, come. E durante o dia ele não fica toda hora beliscando bolachinha, ele não é de comer besteira, é comida mesmo. Comida! Como é que tu vai dizer pra ele não comer comida? Como é que tu vai dizer assim pra pessoa: tu não come, tu tá muito gordo. Não tem um meio termo, aí tu começa a comer e tu não tem limite, tu sente fome, tu vai comendo, vai comendo, é difícil. Tu vai tirar o arroz e o feijão dele? Não adianta, ele come comida. Ele sente fome, como é que tu vai tirar?(...) Tu quer tentar fazer com medicação, tu faz, mas é caro. Eu não tenho condições, eu fui ver o preço e é uma coisa absurda. Às vezes tem dias aqui que só tem o arroz e o feijão, e olhe lá! E aí, como é que tu vai fazer? (Simone, 41 anos)

Observa-se que Simone considera que come muito pouco atualmente, tão pouco que afirma que nem cozinaria se dependesse somente de sua própria vontade. No entanto, ela tem dois filhos. Logo, afirma que cozinha em função deles. Neste sentido, demonstra muita preocupação com o seu filho mais velho. Ele tem 90 Kg, e ela considera um peso muito elevado para tão pouca idade. Inclusive, acredita que quando ele estiver com dezoito, deve se submeter à mesma cirurgia que ela fez, tendo em vista que provavelmente ele estará mais pesado.⁶¹

Por enquanto, sente-se extremamente preocupada e impotente diante da corpulência do filho. Afirma que ele não come “bobagens”, ou seja, alimentos que podem ser considerados dispensáveis, principalmente do ponto de vista nutricional. Neste sentido, se comesse “bobagens”, parece que seria mais fácil privá-lo de tais alimentos. No entanto, Simone enfatiza que seu filho come “arroz e feijão”, o que é considerado básico e primordial na refeição do cotidiano, logo, ela entende que não pode privar isto dele.

Entretanto, ela considera que a quantidade de comida que ele consome que é preocupante, ou seja, pensa que ele come muito mais do que deveria comer para não engordar. No tocante ao receio que ele engorde, também comentou, demonstrando no rosto e na voz a sua preocupação: “(...) eu não queria que ele passasse por tudo o que eu passei... até no colégio, na rua, em tudo há discriminação.” Logo, Simone não deseja que seu filho sofra da mesma forma que ela. Um sofrimento tão intenso e abrangente, que parece inexorável na vida das pessoas gordas, o qual ela gostaria de poder evitar.

Já Antônia, como foi falado anteriormente, costuma fazer diversas gulodices, bem como o almoço do dia-a-dia para ela e a sua mãe, que são as únicas pessoas que moram na casa. Prepara bolos, tortas, pratos considerados muito calóricos e deliciosos, mas evita comê-los. Estes ela faz para os outros saborearem: a sua mãe, os seus filhos, e as demais visitas. Os filhos, que moram com os avós paternos e vão visitá-la nos finais de semana “merecem comer uma comida boa”, disse ela certa vez para mim.

As visitas de Antônia, mesmo sendo às vezes de pessoas gordas, algumas não gostam de “comida de gordo”. Então, perguntei o que era isso, e ela deu o exemplo de guizadinho

⁶¹ Uma matéria da Folha de São Paulo (04/maio/2005), intitulada “Até crianças já sofrem redução de estômago”, mostra que crianças de 11 anos têm se submetido à cirurgia bariátrica no Brasil, mas este procedimento seria controverso entre os médicos.

com chuchu, que é uma comida pouco calórica, considerada adequada para as pessoas que não querem ganhar peso, como os gordos. Entretanto, demonstrou que pode ser considerada insossa, ou seja, uma comida que não dá muito prazer de ser consumida.

Como nem todos gostam de “comida de gordo”, muitas vezes Antônia faz uma outra, que pode ser considerada muito calórica para ela, a qual talvez ela mesma estivesse acostumada a comer antes de submeter-se à cirurgia bariátrica, mas que agora evita.

Certa vez, enquanto eu saboreava uma de suas guloseimas, e observava que ela não comia, mostrou-me o que costuma comer, tirou da geladeira um pote com patê de fígado. Falou que esta era a sua comida do dia, deixando subentendido que a guloseima que eu saboreava não fazia parte da mesma. Estava com as unhas fracas e tinha muita queda de cabelo, e entendia que o patê iria ajudar a fortalecê-los. Além disso, as comidas “em papa” e desmanchadas seriam mais fáceis de ingerir, pois são as que não trancam no estômago e causam mal estar.

A comensalidade

Na mesa se compartilham a comida e os valores. Convidar para comer significa afirmar valores como a generosidade, a hospitalidade, a reciprocidade. (MILLÁN, 1999, p. 230). Estes valores são reconhecidos e atribuídos àquele que convida, o qual demonstra sua generosidade ao fazer o convite. Consumir a refeição, e demonstrar satisfação com a mesma, é a atitude esperada do convidado. A satisfação dele representa o reconhecimento de diversos valores daquele que convida.

Contudo, nem sempre se demonstra inteira satisfação no consumo do que foi oferecido ou nem sempre ela é demonstrada de acordo com a expectativa. No que se refere às pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica, visto que tendem a comer bem menos do que antes ou até mesmo a evitar certos pratos, esta mudança de atitude pode ser observada de maneira negativa. Observe o relato de Paulo:

Eu tenho amigos que são pais de família, quando eu ia à casa deles, eu comia bastante, comia o almoço, o bolo que me ofereciam, as sobremesas. Quando eu vou hoje em dia, eu como um terço do que eu comia. A reação da pessoa que não se

acostumou com a idéia da minha operação é: ah, não tava boa a comida, você não gostou. Você quer que eu frite um ovo? Você só comeu isso! Será que tá faltando sal, faltando pimenta? Quem sabe eu troco o seu prato por outra comida? Quem sabe eu esquento a comida de ontem pra você? (Paulo, 44 anos)

Através deste momento de comensalidade citado pelo meu informante, observa-se o quanto ele mudou a maneira de comer depois da cirurgia, especificamente no que se refere à quantidade de comida ingerida. Passou a comer bem menos.

Pode-se pensar que a comida oferecida não satisfaz mais da mesma maneira do que antes, o que pode ser percebido como uma forma de abalar o próprio reconhecimento dos valores que antes eram atribuídos àquele que convida. Desta forma, busca-se satisfazer o convidado recorrendo a diversas alternativas, isto é, espera-se reverter esta situação desagradável, oferecendo outros pratos que talvez agradem mais.

Para aquele que convida, conforme Millán (1999) é um momento que pode servir para demonstrar sua hospitalidade, sua generosidade e diversos outros valores simbolizados através da refeição que foi oferecida, e que será compartilhada na mesa. Neste sentido, parece que é através da demonstração de satisfação do convidado, que estes valores citados acima serão percebidos que foram transmitidos da forma pretendida, ou seja, que houve reconhecimento daquelas qualidades.

Provavelmente, era através do consumo de mais comida que Paulo costumava demonstrar a sua satisfação com a mesma, ou seja, era assim que os comensais percebiam o prazer que a comida proporcionara a ele. Contudo, este comportamento, que indicava algo tão importante para os seus amigos, foi alterado após a cirurgia.

Hoje em dia, Paulo me falou que sente necessidade de explicar para os seus amigos que continua achando a comida deliciosa, mas que precisa de muito menos para “matar sua fome”. Nesse momento, falei que esta situação parecia desconfortável, mas ele então disse:

Não, eu acho engraçado. Nos obriga a uma sinceridade também. A dizer: não, eu não quero mais, por favor, não insista. Mas coma só mais um pouquinho, uma fatia, só mais uma colherada. Eu vou comer pra ser gentil? Não, não quero mais. (Paulo, 44 anos)

“Não querer mais”, parece ser uma forma de priorizar os objetivos pelos quais a pessoa se submeteu à cirurgia bariátrica, isto é, a sua vontade de não engordar. O restante, a aparente “desfeita” em relação àquele que oferece, parece não ter tanta importância. Neste

sentido, há um desejo de que o outro que compartilha a mesa entenda a situação e não insista, pois isto poderia ser uma forma de não estar contribuindo para o alcance do seu objetivo maior.

Já no caso de Antônia, comer na companhia dos outros não era algo cogitado quando ela era muito gorda e pesava 243 Kg. Preferia comer de forma isolada. Visitas eram consideradas impossíveis de serem feitas, pois ela tinha muitas dificuldades em se locomover, ficava em casa, geralmente deitada em sua cama. Observe o seu relato, o qual expressa um dos motivos pelos quais ela não fazia visitas, e nem comia na frente de outras pessoas.

(...)Eu não sei se na hora de eu comer alguma coisa vão ficar me olhando. Inclusive eu nunca como nada na frente... em público. Eu nunca como nada, porque eu não gosto de estimular a mente das pessoas, entendeu, eu acho que isso aí é muito complicado pra mim. (Antônia, 32 anos, em 2003)

Observei que a sua fala fazia referência tanto à época anterior à cirurgia como à atual, cinco meses após a mesma. Ela se sentia extremamente constrangida em comer na frente dos outros, pois acreditava que estaria estimulando as suas “mentes”, ou seja, os pensamentos dos outros a respeito dela. Possivelmente seria a partir da sua forma de comer, da quantidade e da qualidade do que comeria, que seriam feitos julgamentos de ordem moral a respeito da sua corpulência.

Constata-se o quanto ela acredita que os outros fazem a associação de sua corpulência à comida. Esta corpulência que ela gostaria tanto de não ter, que a prejudicou de diversos modos, e que causou um prejuízo tão visível aos olhos de todos que a viam. Desta forma, comer na frente de outras pessoas é estar exposta a julgamentos que possivelmente a colocam numa posição inferiorizada, de culpada e, ao mesmo tempo, de vítima de glotonaria.

Julgamentos estes que causam muito sofrimento pelo simples fato dela acreditar que eles possam estar sendo formulados, os quais podem ser expressos de diversas formas, através de olhares que causam constrangimento e de palavras que ofendem.

A maneira que se consomem os alimentos, os gestos e os rituais que estão implicados no momento de degustar determinada comida são manifestações simbólicas que servem para identificar aquele que degusta. No momento que as pessoas comem juntas ao redor da mesa, elas estão se expondo aos julgamentos alheios. Neste sentido, poderão ou não ser julgadas

como pessoas bem educadas, que sabem se sociabilizar e conviver com os outros. (MILLÁN, 1999, p. 225 a 227)

Como já foi afirmado anteriormente, é comum aparecer em filmes um comportamento estereotipado no momento que as pessoas gordas estão comendo. Muitas vezes aparecem consumindo os alimentos de forma grotesca: comem em grande quantidade, de forma muito rápida e causando sujeira; muitas vezes sem utilizar talheres e escondido dos outros.

Neste sentido, Antônia parece acreditar que a sua corpulência poderia ser uma forma de remeter a estas noções estereotipadas, as quais estariam presentes no pensamento dos comensais. Neste sentido, preferia evitar os momentos de comensalidade. Atualmente, porém, três anos após ter se submetido ao tratamento cirúrgico, pode-se considerar que a sua forma de comer foi alterada e a sua corpulência também. Logo, os constrangimentos em relação a esses momentos tendem a já não ser mais os mesmos.

Numa das vezes em que estive em sua casa, enquanto eu tomava chá e bolo, perguntei se ela costumava ir à pizzaria, disse que não, embora não sinta enjôos com frequência e nem sensações desagradáveis. No entanto, ela come muito pouco e demora praticamente quarenta e cinco minutos para fazer uma refeição. Na frente dos outros, não se sente confortável por causa disto. “As pessoas não iriam entender como uma pessoa gorda que nem eu come tão pouco”, disse Antônia.

É importante ressaltar que Antônia faz alusão ao fato de “ser gorda” quando se refere à maneira que os outros a enxergam, de forma distinta de como a viam antigamente. A imagem antiga parece estar totalmente dissociada da atual, tanto para a maneira como ela se enxerga, quanto para aquela que acredita que os outros a vêem. A sua aparência atual é considerada bonita à medida que ela se arruma, se enfeita, se produz para sair. Diferentemente da anterior à cirurgia, de pessoa triste, enorme, feia, “doente”, “um monstro”, como já fora chamada.

Comentara várias vezes que depois das plásticas, na “finaleira” de tudo, acredita que vai ter 90 Kg. Ao dizer isto, salientou :“tu vê, eu ainda vou ser uma pessoa gorda, mas pra mim tá ótimo.” Sugerindo que para muitos este peso ainda não seria o desejado, embora se considere muito satisfeita com o mesmo. Como já foi falado, ela se considera gorda principalmente aos olhos dos outros. Desta forma, acredita que é esperado um determinado comportamento relativo à sua corpulência.

Hoje em dia, depois de emagrecer mais de 100 Kg, de sentir que a sua corpulência é normal, pois já não chama mais tanta atenção quanto antes, talvez ela não sinta que o estereótipo de pessoa gorda, que come de maneira desmedida, esteja tão presente no pensamento das pessoas. Contudo, pelo fato de sentir que os outros a enxergam como uma pessoa gorda, ela entende que os outros esperam dela que coma bastante e que sinta prazer com isto.

A pizzaria envolve um momento de lazer, em que a comida é considerada parte importante do mesmo, mas do qual ela não estaria desfrutando da mesma forma que os demais, o que poderia ser embaraçoso. Entendo que ela pode evitar estes lugares à medida que permanece o desejo de comer mais do que sente que o seu estômago comporta, o que poderia causar mal estar, e prejudicar a sua meta de emagrecimento se ela sucumbisse a ele. Além disso, embora possa não comer como é de sua vontade, resistir a este prazer pode ser considerado algo de extremo sofrimento.

Conforme Flandrin (1998, p.108), comemos menos com a finalidade de nutrir o corpo do que com o objetivo de transformar esta ocasião num momento de sociabilidade. Não comemos unicamente preocupados com os nutrientes que a comida está fornecendo ao nosso organismo. Comemos por diversas razões além da sobrevivência, estimulados que somos pela possibilidade que este momento trás de nos aproximarmos dos outros, de estabelecermos e mantermos relações sociais.

Desta forma, apesar de Antônia evitar ir a pizzarias, e assim se sociabilizar com os amigos, ela tem ido a barzinhos. Numa dessas idas, passou por uma situação desconfortável. Ela e seu primo me contaram juntos sobre este passeio, pois no dia em que fui visitá-la, ele também estava presente. O acontecimento parecia engraçado, pois riam antes de me contar. Certo dia, ela e mais três pessoas foram numa lanchonete, sendo uma delas o seu primo. Antônia ficou em dúvida em relação ao lanche que iria escolher. Olhava o cardápio e não se interessava por nenhum.

Ao observar isto, o seu primo lhe sugeriu um pastel. Neste momento, Antônia falara em tom de reprovação que para ele era fácil comer aquilo, mas para ela, não. Imediatamente, o seu primo ficou muito constrangido, pois os outros amigos da mesa não sabiam sobre a cirurgia que Antônia se submetera. Desta forma, como entenderiam que uma pessoa como Antônia, com aquela corpulência, não conseguiria comer um simples pastel?

É claro que, para Antônia, assim como para o seu primo, em relação ao passado, à época em que tinha mais de 200 Kg, a sua aparência estava totalmente diferente, pois emagrecera muito. Não só a sua aparência mudara significativamente, como também a sua forma de viver e de se relacionar com os outros. Ser muito gorda estava vinculado ao fato dela ter dificuldade de realizar diversas tarefas quotidianas, inclusive, de estar ali, num barzinho, sentada numa cadeira comum, tendo a possibilidade de se confraternizar com os amigos.

Neste sentido, é importante compreender o quanto ser gordo ou magro é relacional. De acordo com Cuche (1999, p. 182 e 183) a identidade é sempre resultante de um processo de identificação no interior de uma situação relacional. Esta, por sua vez, parece dizer respeito ao tempo em que Antônia era muito gorda e o tempo atual, às relações sociais que ela mantinha antes do emagrecimento e as atuais, bem como aos espaços que ela ocupava antes do emagrecimento, em que geralmente ela ficava dentro de casa, em contraste com os espaços ocupados atualmente, os quais muitos são na rua, no pagode, no barzinho.

Desta forma, tendo em vista o quanto sua vida mudara e de que agora ela se sente capaz de realizar diversas atividades que tinha dificuldade no passado, possivelmente ela se perceba magra, e assim talvez seja percebida pelos outros que a conheciam, e que puderam contrastar as suas vivências anteriores e posteriores ao emagrecimento.

Neste sentido, também é interessante entender o que afirma Barth (1998) sobre grupos étnicos, visto que ele nos dá elementos conceituais para pensarmos a questão da identidade social. Segundo o autor, grupo étnico é definido principalmente pela atribuição e identificação dos próprios sujeitos, bem como dos membros da sociedade envolvente. Já para diagnosticar a pertença, é necessário verificar que fatores são considerados importantes para o próprio grupo se distinguir culturalmente de outros.

Desta forma, ao remeter esta noção às vivências das pessoas muito gordas, que emagreceram, e que se percebem e são percebidas pela família, bem como pelos amigos e conhecidos de forma muito diferente de antes, ou seja, como pessoas que agora têm maior capacidade de caminhar, passear, namorar, se embelezar; possivelmente elas não admitam mais serem consideradas muito gordas, embora ainda possam apresentar uma grande corpulência, como é o caso da minha informante Antônia.

Ela se sente totalmente diferente do passado, assim é percebida pelo seu primo que a conhecia desde a época em que ela era muito gorda, ou seja, desde antes do emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica, contudo, as pessoas que não a conheciam antes, que não sabem que ela realizou a cirurgia e que passaram a conhecê-la recentemente, podem considerá-la muito gorda.

Desta forma, é possível que estranhem o fato dela “não conseguir” comer um pastel ou, pelo menos, ela pode entender que assim as pessoas pensem, pois ela ainda pode ser considerada uma pessoa corpulenta e, devido a isto, sofrer o estigma de ser alguém que come muito, mais do que deveria, e que gosta de comida calórica, por exemplo, um pastel. Abaixo, observe a continuidade do que ocorreu com Antônia no barzinho, na presença do primo e de amigos.

Um dos amigos presentes na mesa ficou observando a conversa entre ela e o primo, enquanto que este passou a imaginar o que os amigos estariam pensando sobre o fato dela ter dito que o pastel não seria algo que ela pudesse comer. Deduziu que pudessem achar que ela estava “se fazendo”, ou seja, que de fato Antônia podia comer aquele pastel, mas falara aquilo para chamar a atenção. Ao supor isto, seu primo se sentiu “obrigado” a contar que ela havia se submetido à cirurgia de redução de estômago e, devido a isto, não conseguia comer com a mesma facilidade de antigamente.

Se por um lado, num momento de comensalidade pode ocorrer certo constrangimento por parte de quem se submeteu à cirurgia bariátrica, visto que o seu comportamento pode não corresponder ao esperado. Por outro lado, a diminuição da quantidade, da vontade e do próprio prazer na ingestão de determinadas comidas pode auxiliar em outros momentos de sociabilidade.

Certa vez, quando estava na casa de Gustavo e saboreava um dos pratos preparados por ele, enquanto ele somente observava, conversávamos sobre a festinha que ajudou a preparar para sua filha. Fez diversas guloseimas, as amigas de suas filha ficaram abismadas com a variedade de coisas que ele tinha feito. Inclusive foi chamado de “prendado”, visto que sabe preparar diversos pratos.

Então perguntei se ele sempre gostou de cozinhar, disse que sim, no entanto, antes da cirurgia ele comia tudo sozinho. As pessoas nem chegavam a ver o que ele tinha feito. Falou

isso em tom de quem não conseguia agir de outra maneira. Observe a sua fala, a qual explicita a diferença entre o que acontecia antes da cirurgia e atualmente:

As coisas agora duram dentro da geladeira, eu não tenho mais aquela compulsão, era doentio aquilo, o que tinha eu comia. Agora sobrou meio bolo e eu fatiei e guardei. Eu posso te oferecer hoje um pedaço de bolo e tal. A vizinha que participou da festinha, tinha muito bolo, eu pude dar um pedaço pra ela. Quando que há três anos atrás eu ia fazer isso? Nunca! Não faria, comia tudo numa sentada. (Gustavo, 46 anos)

Antônia, numa das vezes em que fui a sua casa, também me falara que costumava comer muito e não dividir as suas guloseimas. Um bolo era para ela, o outro era para o restante da família, exemplificou. No entanto, Gustavo e Antônia atualmente costumam preparar diversos pratos para seus amigos e familiares, e para mim mesma, pois em todas as vezes que fui visitá-los, ofereceram-me seus quitutes. Desta forma, eles podem se sentir reconhecidos e valorizados como pessoas que tem a capacidade de preparar e compartilhar uma boa refeição.

No momento que eles deixam de comer sozinhos e passam a compartilhar as refeições, eles estão renunciando uma parte, estão priorizando a coletividade e fortalecendo suas relações sociais. Conforme Millán (1999: 223): “Compartilhar a comida e a bebida é atualizar, materializar, fazer patente o grupo, formar um grupo concreto e simultaneamente a nível simbólico, constituir e manter a sociedade.”

Parece que a comida prazerosa de antigamente, a qual muitas vezes era consumida de forma isolada, para não ser dividida, e para aquele que consome ficar longe do julgamento dos outros, hoje é compartilhada com mais facilidade. Hoje ela pode estar atrelada de forma mais intensa a diversas sensações ruins, como aos enjôos, a diarreia, ao *dumping*, ao “trancar” no estômago e a vergonha que se pode passar por causa disso, bem como ao medo de voltar a engordar, como já foi falado anteriormente.

Hoje, a comida e as guloseimas podem ser mais facilmente preparadas somente para os outros saborearem e sentirem prazer com o seu consumo. E é através da satisfação dos outros, observada no momento que estes degustam as diversas guloseimas que foram preparadas, que os meus informantes procuram se sentir mais satisfeitos. E, assim, podem ser percebidos de maneira menos cruel pelas pessoas que podem julgá-los.

CAPÍTULO IV - DO CORPO E DA CABEÇA

As peles que resultam do emagrecimento

A mudança corporal proporcionada pela cirurgia bariátrica parece que se concretiza de uma forma bastante almejada através das plásticas. Todos os meus informantes comentaram sobre elas, ou seja, sobre o quanto desejavam submeter-se a estas cirurgias para retirada de excesso de pele. Quando fui à casa de Gustavo em 2004, já havia quase três meses que ele tinha se submetido ao tratamento.

Ele dizia estar feliz, e transmitia este sentimento nas feições do rosto. Inclusive me perguntou se eu queria ver como havia ficado. Eu disse que sim, e observei que ele desejou me mostrar justamente porque estava se sentindo bem com o resultado. A minha reação também poderia ser uma forma dele observar se a sua aparência poderia ser considerada boa ou não.

Abriu a camisa e ficou em pé na minha frente. Neste momento, fiquei apreensiva para ver como ele estava. E logo percebi que parecia um tórax e um abdômen muito normal, exceto por alguns detalhes que foram até mesmo melhor percebidos por mim após Gustavo me chamar à atenção para eles. Enquanto me explicava como foi feita a cirurgia, apontava para as partes do seu corpo que foram alteradas com o tratamento. Afirmou que “puxaram” toda a pele do tórax e do abdômen em direção ao umbigo. Tiraram e colocaram de volta os seus mamilos, além de reconstituírem o umbigo.

E foi no momento que ele me chamou a atenção para os mamilos, que percebi que pareciam meio enrugados e assimétricos. No entanto, me parecia algo sem muita importância, principalmente porque imaginava como era o seu corpo antes, em contraste com este, o qual presumia que devia ser bem mais desejado por ele.

Gustavo me chamou a atenção para eu ver os seus mamilos porque não havia considerado o resultado muito bom, mas salientou que o aspecto enrugado era esperado após a cirurgia, e que somente após vários meses, ou até um ano, ficaria normal, ou seja, sem as

rugos ao redor deles. Quanto a um mamilo mais embaixo e o outro um pouco mais acima, disse que o médico iria “refazer as mamas” para ficarem simétricas.

Também comentou que havia mostrado o seu corpo para algumas pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica e que aguardam o momento de fazer as plásticas, da mesma forma que o mostrou para mim. Contudo, enquanto Gustavo demonstrava muita satisfação, estas pessoas se chocaram com a sua aparência, pois imaginavam que ele ficaria muito melhor.

Gustavo, por sua vez, ficou muito chateado com esta reação e comentou “tu não vai ficar nenhuma miss Brasil”, sugerindo que a expectativa em relação ao bom resultado estético não deveria ser muito grande. Observe a explicação de Gustavo sobre o procedimento do médico em relação à cirurgia plástica.

O cirurgião me colocou em pé ao lado da mesa de cirurgia, e com uma canetinha hidrocor, uma reguinha, puxou duas linhas dos olhos. Marcou o mamilo, marcou o umbigo. (...) Disse: tu quer com umbigo ou sem umbigo? Claro que eu quero com umbigo, quero ficar o mais normal possível! Então tá, vou refazer o teu umbigo, vou fazer o teu abdômen e vou colocar o teu pênis no lugar. Era tudo o que eu queria! Quando eu acordei na sala de recuperação, botei a mão e senti que tava na frente... que médico fantástico! É hilário, tinha lugares que tinha muitas estrias... aqui em cima, nos ossos, muita flacidez. Ele fez um churiado com a linha de costura e reforçou ali pra não romper com o peso, porque o pênis veio pra frente e pesou. Eu nunca tinha tido desta forma o órgão, né. Mas olha, eu tinha a sensação que ia abrir tudo. Nunca senti tanta dor, mas valeu... vai fazer noventa dias que eu me operei dia 31. (Gustavo, 46 anos)

Gustavo afirmara que a cirurgia plástica foi mais dolorosa do que a bariátrica. A dor que sentira somente fora amenizada com morfina, pois outros remédios não adiantaram. Contudo, observei que ele parecia muito satisfeito, pois agora já não precisava mais se preocupar com as assaduras doloridas que costumava ter na barriga, as quais ocorriam devido à grande quantidade de pele que se concentrava na região.

Eram peles que tinham muitas dobras, as quais ele precisava proteger com pomadas. A cirurgia plástica ainda possibilitou que o seu pênis fosse colocado no lugar correto, o que foi julgado como um resultado muito satisfatório, além do esperado.

Certo dia em que fui visitá-lo, antes de se submeter às plásticas na região do peito e da barriga, ele me falara que as peles que sobraram após o emagrecimento de mais de 100 Kg eram flácidas e enrugadas. Puxou com a mão uma grande quantidade de pele do pescoço e, numa intenção de me mostrar, afirmou que aquela pele o deixava com uma aparência de

velho, a qual ele não gostava. Também me mostrou a grande quantidade de pele das pernas. Observei que pareciam “babados” de pele pendurados em suas pernas, de forma semelhante a um tecido volumoso e enrugado. Achei que realmente pareciam rugas de velhice, embora se diferenciasssem pelo fato de apresentarem bastante volume.

Gustavo também chamou minha atenção para as varizes que tinha nas pernas, as quais haviam sido motivo de muito sofrimento quando ele era muito gordo. Observei que elas eram muito salientes. Eram veias grossas que ardiavam, as quais ele afirmou serem decorrentes da sua corpulência. Desta forma, também pretendia se submeter à cirurgia vascular, ou seja, para a retirada dessas varizes.

A cirurgia para retirada de excesso de pele das pernas, bem como para a retirada das varizes da região, foi realizada alguns meses após Gustavo ter se submetido às plásticas na região do abdômen e do tórax. Em 2005, quando fui visitá-lo, já havia alguns meses que tinha se submetido a mais esta intervenção cirúrgica.

Então fizera questão de me mostrar suas pernas, pois eu poderia comparar com a visão antiga da mesma. E logo observei a diferença em relação àquela imagem anterior, que me parecia tão feia e estranha. Agora eram pernas normais que estavam a minha frente, sem os “babados” tão visíveis de outrora e sem aquelas veias grossas e salientes.

Em relação à sua aparência emagrecida e cheia de peles flácidas e volumosas, antes das cirurgias plásticas, ele sentia que ora parecia de uma pessoa velha, ora de uma pessoa que sofrera queimaduras. No tocante a esta última, foi uma idéia cogitada no clube em que era sócio. Lá ele costumava usufruir a piscina, a qual ele destacou que não ia quando era muito gordo e pesava 200 Kg.

Contudo, após o emagrecimento de mais de 100 Kg, meu informante se sentiu mais estimulado em ir à piscina. Inclusive, ia com a namorada, a filha e alguns amigos dela. Neste local, quando estava vestido com a roupa de banho, algumas pessoas lhe perguntaram se ele tinha queimaduras pelo corpo. Neste momento, ficou muito constrangido, e afirmou que eram as peles que sobraram após ele ter emagrecido muito.

Ser visto como uma pessoa velha, como uma pessoa que sofrera queimaduras pelo corpo ou ainda ser visto como uma pessoa com AIDS, estes foram os diversos olhares que Gustavo acredita que se lançavam sobre ele quando estava com a aparência emagrecida e com

a pele que sobrara do emagrecimento. Em relação à AIDS, certa vez alguns conhecidos seus, que não sabiam que ele havia se submetido à cirurgia bariátrica, lhe abordaram na rua e ficaram surpreendidos com a sua magreza.

Então eles perguntaram se ele estava tomando os remédios direitinho, faziam referência ao coquetel anti-AIDS. Ele então respondeu, indignado, que estava tomando os remédios que precisava, mas não por causa da AIDS, pois isto ele não tinha. Argumentara que havia se submetido à cirurgia bariátrica, sendo que alguns problemas que ainda tinha ou que passara a ter após a mesma estavam sendo tratados com medicação.

Após me falar de todos esses inconvenientes ocorridos em função das peles consideradas excessivas no corpo, os quais são considerados por ele como motivos evidentes do quanto as plásticas são importantes, ele comentara que alguns vizinhos seus não entendiam o motivo pelo qual ele desejava tanto se submeter a elas. Achavam que era por estética, para ficar mais bonito.

No entanto, ele ressaltou, olhando fixamente para os meus olhos, da mesma forma que parece ter feito com seus vizinhos, que não era por estética, e sim porque pretendia ficar normal. Desta forma, demonstrou que o desejo de ser considerado normal parecia superior à questão estética, que supostamente não visaria à normalidade, mas sim à vaidade, à busca de um desejo superficial, sem muita importância, de menor valor.

No trabalho anterior a este⁶², mencionei um estudo de Edmonds (2002) sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro, em que a mesma pode visar à normalidade - à invisibilidade, ou à perfeição - à visibilidade. Desta forma, a cirurgia bariátrica poderia ser analisada analogamente à cirurgia plástica, ambas como modificadoras da aparência corporal.

Provavelmente, o grande desejo dos meus informantes em relação ao emagrecimento não era tornarem-se *top-models*, ícones de perfeição estética, mas se tornarem pessoas capazes de “se perder na multidão”, ou seja, de não serem notadas pela sua corpulência desproporcional aos demais.

Naquela ocasião, o emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica parecia-me suficiente para os meus informantes se tornarem “invisíveis”, isto é, não chamarem a atenção

⁶² (GONÇALVES, 2003, p. 46)

pelo aspecto físico. Contudo, hoje observo que a partir do emagrecimento são as peles que se tornam visíveis, e não mais a gordura que recheava as mesmas. São peles flácidas, volumosas e enrugadas que também chamam a atenção, e que são passíveis de julgamentos indesejáveis. Logo, a cirurgia plástica se torna muito importante, pois ela parece ser considerada como um desfecho de um processo que pode conduzir à normalidade da aparência física.

Em relação à importância das plásticas, os meus informantes alegavam diversas razões pelas quais desejavam tanto se submeter às mesmas. Além do constrangimento devido à possibilidade de parecer uma pessoa bem mais velha, cheia de rugas e pelancas, com queimaduras pelo corpo ou que até mesmo com AIDS, Gustavo e outros informantes me falaram muito sobre as assaduras que costumavam ter.

Antônia afirmara ter tido diversas assaduras muito dolorosas, sendo que ela se considera bastante cuidadosa em relação a isto. Costuma gastar um pote de hidratante por mês para evitá-las, sendo que seca muito bem as dobras de pele, todos os vincos. No entanto, apesar de todos os cuidados, parece que se torna difícil evitá-las totalmente devido à grande quantidade de peles espalhadas pelo corpo.

Como já fora falado anteriormente, Antônia considerava a grande quantidade de pele que tinha na barriga, principalmente nesta região, como um “apêndice”, algo que estava sobrando e que não lhe pertencia mais. Observei que “não lhe pertencer mais” significava algo que estava atrelado ao passado, a um passado que ela queria deixar para trás, não trazer para o presente.

O presente, por sua vez, é preenchido com cuidados com a aparência do corpo, o qual ela procura mostrar o quanto está bem, e que em nada deseja que se pareça com o que fora anteriormente. Inclusive me falara que costuma sonhar que está sem a grande pelanca da barriga, sendo que acorda de manhã e logo leva sua mão até ela para verificar esta possibilidade, aí então constata desanimada que continua da mesma forma.

Para ir às festas, ao pagode que ela costuma ir, usa uma cinta para apertar e disfarçar a pele da barriga, a grande pelanca da região. A partir disto, ela se produz com as roupas, a maquiagem, os brincos. Certa vez, afirmara para mim, enquanto tomávamos chá na cozinha, que somente depois das plásticas acredita que se animaria a ter um relacionamento amoroso mais sério com alguém. Logo, as plásticas pareciam constituir uma boa expectativa em

relação ao futuro, de novas oportunidades e conquistas. Costumava dizer que depois delas, faria isto, aquilo ou aquilo outro. Demonstrava que esta cirurgia também constituiria um marco em sua vida, de forma semelhante à cirurgia bariátrica, que foi motivo de referência para traçar metas e objetivos futuros.

As pelancas espalhadas pelo corpo parecem muito difíceis de serem cuidadas e disfarçadas. Cuidadas para não assarem e disfarçadas para não causarem nojo. Em relação a este último, observei o quanto Antônia se sentia constrangida pela possibilidade de causar repulsa nas outras pessoas. Certa vez que estava em sua casa, na hora do lanche, conversávamos mais uma vez, das tantas que já tínhamos falado, sobre o sonho de realizar as plásticas.

Antônia então mostrou a pelanca que tem na barriga, a “saia” ou o comumente chamado “avental abdominal” pelos médicos. Utilizando este termo, ela levantou a blusa e me mostrou a grande pelanca da região. Tão rapidamente fez este gesto, pegando com a mão a farta quantidade de pele, quanto abaixou a blusa pedindo desculpas pelo fato de eu estar comendo. No entanto, não senti repulsa, nojo ou sensação parecida. E talvez isto tenha ocorrido pelo fato de eu ter visto rapidamente.

Conforme Rodrigues (1983, p. 154) as coisas consideradas nojentas são aquelas que estão desordenadas, confusas e que se enquadram em um estado ambíguo e indefinido da configuração material, já que costumamos classificar os estados da matéria em sólido, líquido e gasoso. Desta forma, entendo que as peles de minha informante poderiam ser consideradas nojentas à medida que se enquadram nesta definição. São peles moles, volumosas, que caem sobre o corpo “em babados”, configurando uma imagem confusa, desordenada, estranha à imagem comum da pele que se tem no corpo.

Outrossim, percebi que Antônia considerou nojenta as suas peles, principalmente pelo fato de eu estar comendo. Neste sentido, pode-se pensar que é comum cuspir quando se tem nojo. Logo, o ato de comer, extremamente atrelado ao prazer, poderia entrar em conflito com o de cuspir, que supostamente eu teria vontade de fazê-lo, o qual simbolicamente expelle um mal, algo desagradável, que não se quer aceitar, e que por isso se cospe. (RODRIGUES, 1983, P. 152)

Em relação ao nojo que se tem das pelancas, Antônia também comentara sobre uma festa que foi com uma amiga que se submetera à cirurgia bariátrica, e que ainda não se submetera às plásticas para retirada de excesso de pele. Estavam na festa, dançavam e, de repente, Antônia toca com a mão o braço de sua amiga e sente uma repulsa. Ela tem uma grande quantidade de pele flácida e volumosa na região. Volta rapidamente a sua mão, pois sentira uma sensação muito desagradável.

Minha informante descreveu esta cena, enfatizando, inclusive, que não tem peles tão flácidas quanto às de sua amiga. Insinuou que as suas não eram tão repulsivas. Porém, argumentou o quanto considera importante libertar-se delas, pois não seriam peles agradáveis nem de ver, nem de tocar.

Merecer ficar bonito

Um estudo organizado por Goldemberg (2002, p. 8) sobre a cultura do corpo carioca, enfatiza que o culto ao corpo a partir da segunda metade do século XX teria entrado na era das massas. A partir do advento da industrialização e da mercantilização, difusão generalizada das normas e imagens, o aumento dos cuidados com o rosto e com o corpo, surgiria um novo momento da história da beleza feminina e, em menor grau, masculina.

Neste sentido, a mídia teria o enorme poder de influenciar os indivíduos, generalizando a paixão pela moda, expandindo o consumo de produtos de beleza e tornando a aparência uma dimensão essencial da identidade para uma quantidade cada vez maior de pessoas.

Os cosméticos e a maquiagem, a cirurgia estética, os exercícios de manutenção do corpo, a disseminação da lipoaspiração, dos implantes de silicone nos seios, de botox para atenuar as marcas de expressão na face, todas estas tecnologias que vem se implantando no decorrer de décadas anteriores e atuais, tornam cada vez mais difícil a desculpa para estar “fora de forma” (GOLDEMBERG, 2002, p. 9). De acordo com a referida autora:

Cada indivíduo é considerado responsável (e culpado) por sua juventude, beleza e saúde: só é feio quem quer e só envelhece quem não se cuida. Cada um deve buscar em si as imperfeições que podem e devem ser corrigidas. O corpo torna-se,

também, capital, cercado de enormes investimentos (de tempo, dinheiro, entre outros). O corpo “em forma” se apresenta como um **sucesso pessoal**, ao qual qualquer mulher e homem pode aspirar, se realmente se dedicar a isso. “Não existem indivíduos gordos e feios, apenas indivíduos preguiçosos”, poderia ser o *slogan* deste mercado do corpo.” (GOLDEMBERG, 2002, p. 9) (grifo meu)

Deste modo, entendo que estas noções desenvolvidas pela autora estão de acordo com a percepção de alguns informantes ao me falarem que se sentem “no dever” de se sentirem bonitos. Se enquanto eram muito gordos tendiam a ser estigmatizados de preguiçosos, relaxados, culpados por sua condição, como já foi afirmado anteriormente e, enfim, fracassados, à medida que emagrecem, compreendo, desejam libertar-se destes estigmas.

Para tanto, uma forma de libertarem-se destes estigmas pode ser o investimento na aparência, para torná-la mais bela e, a partir disto, se sentirem dignos de serem admirados como pessoas competentes e bem sucedidas. Neste sentido, é provável que o investimento na aparência corresponda a mostrar para os outros que não são preguiçosos, que sabem cuidar do próprio corpo e, em última análise, que “se amam”, e que são dignos de serem amados.

Convém ressaltar que a idéia de que beleza e auto-estima estão relacionadas refere-se aos anos 60, noção que é refletida na seguinte frase, perpetuada a partir de então: “a mulher é feia, porque, no fundo, ela não se ama.” (SANTANNA, 1995, p. 128). E é no final da década de 50 que a beleza parece ter se tornado um direito inalienável de toda a mulher, algo que depende unicamente dela, recusar o embelezamento denotaria uma negligência feminina que deveria ser combatida (SANTANNA, 1995, p. 129).⁶³

Desta forma, entendo que a representação social de que gordo é feio, doente, preguiçoso, negligente e, inclusive, não se ama, pelo fato de ser assim, pode influenciar diretamente a prática dos meus informantes no que se refere à vida após o emagrecimento. A partir do momento que emagrecem, podem desejar mostrar que “se amam”, diferentemente de outrora, da época em que seriam estigmatizados como pessoas que não gostavam de si mesmas e que traziam na aparência dos seus corpos o resultado de um fracasso na vida.

A partir do emagrecimento, provavelmente tenham o desejo de mostrarem-se competentes e capazes de obter sucesso em tudo o que fazem. Logo, a conquista da beleza de seus corpos pode ser uma forma de manifestar isto, visto que ela é tão valorizada atualmente

⁶³ A autora afirma no início do artigo que a idéia de que a beleza está para o feminino, assim como a força para o masculino, atravessa os séculos e as culturas. Desta forma, a ênfase sobre a beleza, ainda nos dias de hoje, tende a ser feita principalmente em relação ao gênero feminino.

e, possivelmente, de forma peculiar para eles, que sofreram tanto pelo estigma de não tê-la e de não serem competentes para conquistá-la.

Desta forma, esta busca pela beleza tende a ocorrer principalmente em função da aparência do passado, do sofrimento decorrente dela. A aparência da época em que eram muito gordos serve como um parâmetro de comparação constante para o bem estar com o corpo atual, e o desejo em melhorar ainda mais a aparência física.

Observei isto à medida que vi na casa de muitos deles diversas fotos que fizeram questão de me mostrar. E quando não mostraram, comentaram a respeito das mesmas. Observe o comentário de Sônia sobre o desejo em melhorar a sua aparência, e a relação que ela fez com as fotos:

Quando eu entrar nos sessenta eu vou parar de me recauchutar. Eu já tô guardando as três fotos, como eu era, como eu fiquei e como eu tô, eu já tô guardando as três fotos. A foto de quando eu era guria, com um corpo mais ou menos, depois a segunda foto quando eu cheguei ao auge, eu era horrível (...). Quando eu era jovem, quando eu era bem gorda, e a de agora depois das plásticas. (Sônia, 60 anos)

Sônia nunca chegou a pesar tanto quanto os meus outros informantes, logo, as peles que resultaram do emagrecimento após a realização da cirurgia bariátrica não formavam “babados de pele”, “saias” ou “aventais”, termos usados pelos outros informantes, que designavam uma grande quantidade de pele resultante do emagrecimento. Contudo, Sônia pensava em se submeter às plásticas no rosto para retirar algumas rugas ao redor dos olhos.

Ao me falar isto, também esticou a pele do pescoço, sugerindo que pretendia que fosse retirada um pouco de pele desta região. Mas ressaltou, energicamente, que não pretendia ficar “uma guriuzinha”, parecer mais nova, mas parecer com sua mesma idade. Observe o seu comentário após eu lhe perguntar se havia sobrado pele do emagrecimento:

Não, os meus braços ficaram muito, eu vou tirar depois, mas não muito, não exagerado. Tem muita gente de sessenta enxuta, sem estar com a pele caída. Eu não quero ser garotinha, eu quero ter a idade que eu tenho, mas enxuta, sem tá obesa, sem pele caída, normal. Então mudou muito a minha cabeça. (Sônia, 60 anos)

Após me falar isto, perguntei se ela costumava passear nos finais de semana, e então ela me afirmou que hoje deixa de passear conscientemente, pois prefere poupar dinheiro para as mudanças que tem feito em sua própria casa. Percebi que na época em que era muito gorda,

provavelmente, muitas vezes, deixava de passear por falta de ânimo, sendo que parece que ela nem sabia a razão pela qual não tinha motivação para isto.

Os passeios podem ser pensados como uma oportunidade para as pessoas mostrarem seus corpos. É possível que sejam admiradas positiva ou negativamente. Em contraste com o passado, hoje Sônia percebe que gosta mais de se olhar no espelho devido à aparência que enxerga.

“Mudar a cabeça” seria uma forma de a pessoa estar se sentindo melhor consigo mesma, isto é, gostar mais de si própria, sentir que merece tornar-se mais bonita. Neste sentido, falara Sônia: “Eu já ajudei a vida de todo mundo, agora chegou a minha vez. Depois eu vou arrumar os olhos, eu tô com catarata. Eu quero ficar uma sessentona enxuta. Essa dos olhos vai ser a última que eu vou fazer, primeiro eu faço as não sérias.”

Após dizer que primeiro faria as cirurgias “não sérias”, lhe perguntei o que seria isto. E ela então respondeu que as “sérias” são aquelas que realmente ela tem que fazer, são as cirurgias dos olhos, para tratar as cataratas, pois estariam prejudicando a sua visão. Neste sentido, constatei que ela percebia que as cirurgias plásticas para melhorar sua aparência estética não eram fundamentais, apesar de se submeter primeiro a estas do que àquelas consideradas sérias. No entanto, eram de seu merecimento.

Sônia sentia que merecia se considerar “enxuta”⁶⁴ e assim ser vista pelas pessoas, pois já tinha sofrido muito, ajudado bastante os outros e agora chegara a vez de ajudar a si mesma. Estava gostando de seu corpo e procurava gostar ainda mais, por isso já se via no espelho com tranquilidade e planejava fazer plástica. No entanto, percebi que havia oscilações entre uma auto-imagem e outra.

Ah, eu não tenho mais chacota, eu me sentia muito humilhada, as pessoas me enxergam mais normal do que antes. Mas às vezes, é engraçado, às vezes eu tenho a sensação que eu nunca fui daquele tamanho e as vezes eu tenho a sensação que eu não emagreci. É uma coisa estranha, parece que não tá bem. Quando eu tiro a minha roupa e boto a minha roupa. Antes eu quase não me olhava no espelho, agora eu me sinto muito mais segura. A não ser quando acontece isso, quando baixa a auto-estima. (Sônia, 60 anos)

Já Vanessa afirmou que é difícil lembrar de sua imagem antiga, geralmente, quando pára pra pensar como era seu corpo, sente que nunca fora gorda. Muitas vezes olha as fotos

⁶⁴ Conforme um dos registros relativos ao enxuto no dicionário Aurélio, o termo serve para designar aquele que não é gordo nem magro

que tirara por conta própria após a realização da cirurgia bariátrica, mensalmente até o período de um ano, e somente a partir disto recorda a diferença. Às vezes, quando vai colocar uma blusa, uma calça, também recorda a diferença da época em que se vestia com dificuldade. Ao me falar isto, ela cruzou os braços, tocou suas mãos nas costas e falou que antes isto era praticamente impossível.

Hoje em dia, contudo, ela pode pegar qualquer roupa do armário sem a preocupação de que a mesma vai servir ou não, pois sempre serve. Também me falou sobre ir à praia, hoje pode colocar um maiô e se sentir bem com ele, contudo, jamais faria isto quando era muito gorda, pois não gostava de se ver com roupa de banho e nem que os outros a vissem. Falou-me isto sorrindo, demonstrando uma sensação de alívio que hoje sente em relação ao passado.

Observei em diversas conversas com meus informantes o quanto eles se consideravam vitoriosos pelo fato de terem “dado a volta por cima” após sofrerem tanto pelo fato de serem muito gordos. “Eu já sofri muito, bá...”, foi uma frase diversas vezes ouvida por mim, a qual parecia justificar o quanto era merecido poder desfrutar coisas que antes não podiam. Neste sentido, desfrutar do prazer em se sentir bem arrumado, bonito aos seus próprios olhos e aos de outras pessoas.

Parece que o desejo de ficar bonito se torna uma espécie de obrigação consigo mesmos após o emagrecimento. A maioria dos meus informantes comentou o quanto não gostava de se ver no espelho antigamente, na época em que eram muito gordos. Comentaram que costumavam colocar quaisquer roupas, as que serviam, e não aquelas que gostavam.

Desta forma, o emagrecimento surge como uma alternativa de mudança, de poder valorizar mais seu próprio corpo e várias coisas que dele faz parte. Dentre elas, as roupas; os acessórios como os brincos, os óculos, os *piercings*; os cremes; os perfumes.

Flávio falou-me sobre a grande mudança que teve em relação à sua aparência atual. Hoje tem possibilidade de se sentir bonito, sendo que antes não tinha. Antigamente, chegava numa loja e aproveitava o fato de uma roupa servir e já levava três iguais. Hoje, diferentemente, não precisa mais comprar em loja “de gordo”, que vende tamanhos grandes. Ele pode entrar em qualquer loja e com mais facilidade encontra uma roupa que gosta, que acha bonita e que serve.

Hoje ele não compra porque serve, mas porque gosta. “Todo o meu guarda-roupa anterior eu botei fora, ninguém ia querer, só se fosse para um circo, para servir de lona”, disse Flávio seriamente, numa das vezes que fui visitá-lo, fazendo referência à época em que era muito gordo. Observei que ele fez referência a um circo para indicar que seria um lugar grande. Isto me chamou a atenção, pois poderia ter feito referência a quaisquer outros lugares. Mas foi logo a um circo, a um lugar de diversão, a um lugar onde se faz palhaçadas para as pessoas rirem.

Imaginei, de maneira lúdica, a sua roupa encobrendo tal lugar e ali abrigando as pessoas que das palhaçadas desfrutariam. De certa forma, parecia que era assim que ele se sentia, como uma pessoa que usava roupas que o tornavam com a aparência engraçada, feia ou desengonçada, e menos bonita, e assim valorizada por ele e pelos outros.

E logo a seguir o meu informante disse: “pena que eu não tenho fotos pra te mostrar... eu nem quis ter, pra quê?” Sugeriu, desta forma, que não gostava de se lembrar do passado, do quão feio se achava. Contudo, à medida que emagrecia após a realização da cirurgia, procurava comprar roupas novas. Os óculos ele também trocara por um mais moderno, conforme me falou. Ressaltou ainda que uma das suas maiores alegrias após emagrecer, a qual acredita que se estendem as outras pessoas em situação semelhante, foi a de poder comprar em balaio, ou seja, poder comprar várias roupas baratas e que servem.

Flávio, depois de ter realizado há um ano a cirurgia bariátrica, ter emagrecido 50 Kg, e estar aposentado há um pouco mais de tempo, resolveu visitar seus antigos colegas de trabalho. Colocou camisa e calça novas para a ocasião, a calça era de brim, antes não usava. Então lhe perguntei o porquê disto e, espantado com a obviedade da resposta, enfatizou: “não tinha nenhuma que servisse, calça de brim número 64 não existe”.

E logo ele continuou a me dizer, animadamente, sobre a forma que estava vestido para visitar seus colegas. Colocou os óculos novos, com aro mais leve e moderno, e também cortou o cabelo. Chegando ao antigo local de trabalho, a secretária tomou um susto, deu um grito. Trinta e seis anos ela o enxergava gordo, e agora magro. Não parecia ser a mesma pessoa, afirmou o meu informante.

Observei o sorriso estampado no rosto de Flávio ao me falar na satisfação em ser reconhecido como uma pessoa magra. Observar através do olhar dos outros o quanto houve

uma mudança na sua aparência parecia algo que lhe possibilitava muita satisfação. Agora já pode não ser mais reconhecido como uma pessoa gorda, que tem pouca opção de se vestir bem ou que simplesmente não tem ânimo para se embelezar.

“Isto é o céu”, “é maravilhoso”, “é tudo o que eu queria”, foram algumas das falas dos meus informantes para fazer referência aos olhares admirados dos outros ao vê-los com a aparência emagrecida, tão diferente de outrora. São olhares muito importantes, pois se contrapõem àqueles de reprovação, os quais causavam constrangimento e mágoa. Agora são olhares bem-vindos, pois demonstram a diferença, a provável melhoria em relação à aparência antiga, a beleza numa pessoa que talvez não se visse.

Simone é uma das minhas informantes que mudou muito a sua aparência depois que emagreceu. Hoje, não somente usa roupas que antes não serviam, como também passou a usar *piercing* e *megabel*, acessórios que antigamente nunca havia usado, e não imaginava que um dia usaria.

Quando a vi pela primeira vez, foi através de uma fotografia na casa de um informante que gentilmente me mostrou, bem como me forneceu o seu telefone. Gustavo era conhecido de Simone, e me mostrara esta fotografia dizendo que agora ela já havia mudado muito, já não era mais gorda. A fotografia era de uma pessoa de aproximadamente 200 Kg, muito gorda, de cabelo longo e que usava um vestido comprido até os pés.

Apesar de ter recebido a informação de que Simone havia mudado muito, já não era mais gorda como antigamente, não imaginava que não a reconheceria. Quando cheguei à sua casa, após termos conversado apenas pelo telefone, reparei do outro lado do portão que havia uma mulher estendendo a roupa no varal. Bati palmas para ser atendida, e ela chegou até mim. Logo reparei que ela tinha um *piercing* na sobrancelha. Apresentei-me e pedi para falar com Simone. Contudo, estava diante dela.

Fiquei admirada, mas procurei não demonstrar, pois era a primeira vez que conversávamos pessoalmente. A imagem da foto que tinha visto era de uma pessoa gorda demais, lembro que não a achei feia, mas me assustei pela sua enorme corpulência que parecia refletir inúmeros sofrimentos que tantas vezes ouvi dos meus informantes. No entanto, estava diante de uma pessoa magra, normal, por assim dizer. No decorrer da nossa conversa, ela falou sobre o fato de ter colocado *piercing*:

Depois que eu emagreci, pensei em colocar *piercing*. Boto ou não boto? Já tô com 41 anos. As guriuzinhas vão rir da minha cara. Ah, vou botar. Todo mundo bota no lado direito, eu botei no lado esquerdo. O pessoal começou a me vir de *piercing*, ai que legal. (...) O meu sobrinho que bota, dava o endereço do meu sobrinho. No fim, na vila todo mundo botou. Depois eu fiz a cirurgia de abdômen, a plástica. Tive que tirar, mas o *piercing* na sobrancelha, tu pode ficar anos com ele, se tu tirar, em quatro horas fecha. Botei o *piercing* de novo e botei o *megabel*. (Simone, 41 anos)

Logo após me falar isso, eu lhe perguntei se antes da cirurgia bariátrica ela pensava em usar *piercing*. Ela então respondeu enfaticamente:

Capaz! Gordo não é gente, pelo menos não se sente gente. Eu nunca me senti gente, eu tinha o cabelão comprido, eu não me importava em cortar cabelo, em pintar cabelo. Tu se atira, tu não te sente como gente, tu não cuida de ti. O meu ex-marido que falava que eu não era a mulher que ele tinha se casado. Quando eu me casei com ele eu não era magrinha, nunca fui magrinha, mas eu fiz uma dieta, tomava tanta porcaria. Quando eu me casei com ele eu tava magra, de tanta porcaria que eu tomei. Eu consegui manter um pouco aquilo, quando eu engravidei do mais velho, eu fui pra 160 Kg. Quando eu engravidei do mais novo... eu ganhei com 180 Kg. Depois que ele nasceu eu ainda engordei mais treze quilos, cheguei a 193 Kg. Aí não adiantou mais, terminei perdendo o casamento. Qual é o homem que vai querer ter uma relação sexual, vai ter atração por uma mulher com 200 Kg quase? É humanamente impossível. Ele dizia que eu não tinha sido a mulher que ele tinha casado. (Simone, 41 anos)

Através do relato de Simone observa-se o quanto a sua grande corpulência parece ter lhe prejudicado, a tal ponto dela não se sentir gente. Inclusive, possivelmente tenha se tornado um dos principais motivos pelos quais o seu casamento terminara. Observei o quanto Simone considerava compreensível seu casamento ter terminado em função de sua corpulência. Parecia sentir-se indigna de ser amada e desejada sexualmente.

Ela não se sentia bonita e nem estimulada a embelezar-se. Neste sentido, falou que não cortava e nem pintava o cabelo. Demonstrou o quanto se sentia desanimada, e que isto teria repercutido no desenlace matrimonial.

Atualmente, porém, reparei que Simone tinha o cabelo curto, e parecia ter menos do que a metade do peso de quando tirara aquela fotografia. Também observei que ela vestia calça de brim e camiseta, diferentemente do vestido comprido que usava na ocasião da foto, que parecia ser uma das poucas roupas que poderia servir em seu grande corpo.

Sentadas na mesa da cozinha, Simone me falara que já havia se submetido às plásticas na barriga. Levantou a camiseta para me mostrar e afirmou que não havia gostado muito, pois ainda sobrara pele. No entanto, eu não achei que fosse algo que chocasse o olhar, era uma barriga praticamente normal. Achei que parecia mais jovem atualmente do que no retrato que

havia visto, apesar de reparar no seu pescoço uma quantidade relativamente expressiva de pele flácida, a qual supus que era resultante do emagrecimento.

Já nos braços, havia uma pelanca volumosa. Imaginei que estas peles poderiam influenciar muitas pessoas a pensarem que se tratava de uma pessoa mais velha do que de fato era. Contudo, estava diante de uma imagem bem mais agradável de ver do que aquela antiga da foto, que causava impacto, que estimulava, apesar do sorriso nos lábios, a pensar sobre a possibilidade de viver bem daquela forma.

“Eu mereço ficar bonito” parecia ser uma frase que estava sempre subentendida nas falas dos meus informantes quando me contavam sobre a dificuldade em comprar roupas quando eram muito gordos. E agora que emagreceram, que podem com mais facilidade encontrar roupas que servem e que gostam, sentirem-se bonitos pode ser uma forma de fazer justiça a algo que foram tão injustiçados.

A roupa poderia ser a alternativa para eles se sentirem bem com sua aparência na época em que eram muito gordos, no entanto, conforme me argumentaram, as roupas de gordo são sacos, sem formato, como se gordo não tivesse cintura, como se gordo não gostasse de roupa da moda, roupa colorida e bem cortada.

É interessante fazer um contraste entre a importância da roupa para os meus informantes e a cultura do corpo carioca. Malysse (2002, p. 114, 115) mostra o quanto a corpolatria carioca está relacionada a uma forma de narcisismo corporal coletivo onde fazer boa impressão se torna equivalente a ter um bom corpo. Desta forma, os corpos cariocas já se encontram muito bem vestidos à medida que são malhados, bronzeados, rijos e bem torneados com a musculação das academias.

Logo, embora importante, a roupa parece que se torna apenas mais um acessório. Ela não se apresenta como a parte fundamental para tornar a pessoa bem apresentada, bonita e atraente, pois é principalmente a partir da malhação contínua que o corpo se apresenta desta forma. Quanto menos roupa sobre o corpo, quanto mais expostas estão suas partes, maior é a possibilidade de mostrar o quanto se está bem vestido, à medida que se está sarado, com musculatura firme e bem definida.

Já para os meus informantes que não fazem parte desta corpolatria, mas que sentem a sua influência ideológica⁶⁵, em maior ou menor grau, e que apresentavam quando eram muito gordos diversas saliências em seus corpos, os comumente chamados “pneus de gordura” ou “babados de gordura”, e que hoje tendem a se transformar em peles volumosas que tão pouco ainda correspondem ao padrão de beleza; estar bem vestido provavelmente está relacionado à possibilidade de colocar uma roupa que caia bem. Esta, por sua vez, pode ser uma forma de disfarçar os “pneus” e os “babados de gordura”, as grandes celulites, estrias, as peles volumosas que sobram do emagrecimento, bem como as cicatrizes que ficam depois das cirurgias plásticas.

Em relação às cicatrizes resultantes da retirada de pele que sobra do emagrecimento, observei o quanto elas eram enormes e salientes quando fui pela última vez na casa de Simone. Inclusive foi difícil marcar uma hora para conversarmos, pois ela seguidamente tinha consulta marcada ou a ser agendada em função das cirurgias plásticas que ainda precisava se submeter.

Ela afirmava que podia ser chamada para se submeter a mais uma plástica a qualquer momento, pois estava na fila de espera. Quando finalmente consegui marcar um dia para visitá-la, após algumas tentativas frustradas pelo telefone, notei o quanto a sua aparência tinha se tornando diferente, mais bonita.

A casa de Simone fica ao fundo de um grande pátio. Bati palmas no portão e não fui atendida, resolvi entrar, supus que não tinha me ouvido. A porta da casa estava aberta, entrei pela cozinha, chamei por Simone e logo ela saiu de uma peça da casa. Olhou-me dos pés a cabeça e exclamou que eu estava muito bonita, e eu também retribuí o elogio.

Realmente a considerei bonita, observei que a sua roupa caia muito bem, não parecia ter barriga alguma. Também achei seu rosto bonito, estava maquiada, com brincos e com os cabelos presos, bem arrumados. Depois dos elogios, passamos a conversar. Simone, animadamente, passou a falar-me sobre seu novo marido, uma paixão antiga da juventude. E também sobre as plásticas que haviam melhorado tanto a sua aparência.

⁶⁵ As revistas das bancas e as propagandas de televisão são bons exemplos para mostrar o quanto a aparência do corpo magro, “sarado”, com músculos bem definidos, absolutamente sem “pneus de gordura” se torna um corpo muito admirado pela sua beleza. Dentre as revistas mensais que estão sempre nas bancas, e que estampam esse corpo, estão a *Corpo a Corpo*, *Elle*, *Boa Forma*. Dentre as propagandas, estão algumas de cerveja, de vestuário, de absorvente.

Nesta última conversa que tivemos, Simone já havia retirado grande quantidade de pele que sobrara do emagrecimento. Já havia sido retirada pele da barriga, dos seios, dos braços, das nádegas, e também as varizes grossas que tinha nas pernas. Conforme ela me disse, ainda precisava retirar a grande pelanca das pernas e a do pescoço, além de fazer correção das cicatrizes. Afirmou, inclusive, que a retirada de pele que sobra do emagrecimento não é considerada plástica, embora seja comum que a chamem assim. A correção das cicatrizes é que seria corretamente chamada de plástica.

Ao me falar isso, observei o quanto ela considerava a retirada de pele algo importante, no sentido de ser necessário, e não um “luxo”, algo de menor importância, que seria somente por estética. Aliás, no que se refere à questão estética, toda a nossa conversa foi pautada nela. Simone demonstrou o quanto sentir-se bela era importante, e era sobre isso que estava muito disposta a falar.

Era um dia muito quente, lembro que eu estava de saia, com uma blusa cavada. Quando cheguei na casa de Simone, logo notei que ela vestia uma blusa bem justa ao corpo, decotada, preta e de meia manga. Também estava com saia comprida. Imaginei que estivesse sentindo muito calor. E no decorrer da nossa conversa eu pude perceber o motivo pelo qual se vestia assim, com uma blusa que não parecia adequada à temperatura do dia.

Levantou a sua blusa, abaixou e levantou a saia para me mostrar as cicatrizes de seu corpo: grossas, extensas, salientes, tanto embaixo dos braços, quanto na barriga - atravessada verticalmente - nas costas, acima das nádegas - atravessada horizontalmente - fiquei perplexa, pois não imaginava que seriam tão grandes, tão visíveis. Contudo, ela disse que estava muito feliz, pois com roupa ela ficava muito bonita. Ao mesmo tempo que me falava das plásticas, falava sobre seu novo marido, o qual ela disse ser a grande paixão de sua vida.

Perguntei se ele a conhecera quando era muito gorda, e ela então afirmou que não. Ela era apenas gordinha quando se conheceram há muitos anos atrás, antes do casamento de ambos com outras pessoas. Inclusive, ao ver suas fotos de quando pesava aproximadamente 200 Kg, ele se espantou, demonstrou que não acreditava no que estava vendo, pois agora ela era uma pessoa com aparência totalmente diferente.

De forma muito espontânea, Simone falou-me um pouco sobre a primeira noite que tiveram. Era um dia muito esperado, pois há anos gostava dele. Entretanto, estava muito

receosa, pois “com roupa é uma coisa, sem roupa é outra totalmente diferente”, afirmara. Disse que se sente como uma boneca Emília, toda costurada.

Receosa por causa disto, disse que somente mantém relações sexuais com seu marido no escuro. Até hoje, seis meses após estarem juntos, não acende a luz nos momentos de maior intimidade, também procura não ser muito tocada, pois as cicatrizes são muito bem sentidas através das mãos, além de serem bem percebidas pelo olhar.

“Tu imagina o que seria de mim se a vila me visse nua, pareço um Frankstein. Seria o mesmo que derrubar uma imagem que eles têm de mim, eu ia quebrar o meu glamour. Eu ia me sentir desmascarada...tem gente que se vira pra me olhar”. Através deste relato, percebe-se o quanto Simone sente que sua imagem é positiva aos olhos dos outros, ela é admirada pela sua mudança e pela sua beleza. Ela percebe que seu corpo é digno de admiração à medida que se apresenta coberto de roupas que revelam as suas formas atuais, que podem ser consideradas normais e, além disso, bonitas e sedutoras.

No entanto, minha informante não mostra a alteração da pele marcada pelas cicatrizes. Neste sentido, sente que esconde algo que poderia colocar toda a admiração que os outros têm dela a perder. Logo, as roupas também teriam a grande importância de esconder as cicatrizes, as marcas estranhas de um corpo totalmente modificado.

Simone fez questão de mostrar-me algumas fotos suas vestida de calça comprida e com botas de salto alto e fino. Contou-me que seu grande sonho no passado era poder usar calça comprida e cruzar as pernas. Hoje se sente muito feliz por realizar isto, e disse que um de seus grandes momentos foi o dia que experimentou uma calça número 42 e a mesma serviu. Inclusive, evita usar saia, pois ela não mostra as formas do seu corpo. Neste momento, foi entusiasmada até o seu quanto e trouxe duas botas para eu ver.

Olhei e elogiei o seu bom gosto. E ela também me perguntou se eu queria que ela colocasse uma calça para eu ver como ficava em seu corpo. Eu disse que não precisava, pois estava muito quente. Ela então se virou de costas para mim, e tocando as suas nádegas, falou que eu poderia apalpá-la, pois agora tem bunda. Toquei levemente, observei que era saliente, firme, bem visível através da roupa, e que realmente deveria chamar a atenção das pessoas, principalmente dos homens.

Conforme Simone, apesar de ser muito gorda, antes não tinha bunda. Hoje, contudo, na ocasião da retirada de pele da região, o cirurgião modelou as suas nádegas. E agora ela faz questão de usar uma calça bem apertada para realçar a região e, desta forma, ser admirada como uma mulher “gostosa”.

Neste sentido, falou que na vila onde mora, quando sai de casa para ir em algum lugar, numa loja, por exemplo, tem observado os olhares masculinos, que viram o rosto para vê-la, até daqueles que estão de carro. E também nota o quanto as pessoas costumam apontar o dedo em sua direção, sugerindo que estão percebendo a sua mudança. Muitos exclamam: “É tu mesma? É a Simone? Não acredito, como tu tá bonita!”

“Algumas pessoas que antes me olhavam com cara de nojo, hoje me olham com cara de quem quer me comer”. Falou-me isto para mostrar o quanto o impacto da sua aparência sobre as pessoas hoje é diferente de antigamente. Agora ela se sente desejada sexualmente, o que antes era pensado como algo impossível. Conforme Simone, os seus vizinhos acham muito estranho ela submeter-se a tantas cirurgias, pois, aparentemente, não haveria o que mudar.

Contudo, ela não mostra as suas cicatrizes e as pelancas das pernas que ainda não foram retiradas. Apenas afirma que ainda precisa fazer algumas correções. Prefere passar calor com uma blusa mais comprida do que expor a sua pele alterada, as cicatrizes que podem revelar um corpo diferente do que a aparência mostra. Um corpo estranho, todo “costurado”.

Simone disse que seu atual marido demonstra muito ciúme e que ela se sente feliz por isso, se sente desejada. Ele não gosta de vê-la com blusa transparente, a qual ela afirmou que adora usar, exceto quando saem juntos. Nestas ocasiões, gosta de vê-la muito bonita, com blusas que escondam as cicatrizes dos braços. E ao me dizer isso, levantou suas mangas para mostrar-me as grossas e extensas cicatrizes da região, as quais estavam escondidas sob as meias mangas da sua blusa. Eu comentei que ela deveria estar sentindo calor, e ela disse que estava sentindo um pouco, mas que valia a pena, pois queria estar sempre bonita.

O vestuário talvez seja considerado fundamental para exercer atração sobre os outros. Em relação a isso, certo dia, outra informante, Antônia, me falou que os brincos, os acessórios das roupas, como os botões, seriam muito importantes para eles, para as pessoas gordas. Ela me falou que seria uma forma de tentar levar vantagem em algo que os outros não têm.

Vi que esta vantagem corresponde a valorizar os detalhes das vestimentas que contribuem para a beleza da aparência. Algo que seria provavelmente mais valorizado pelas pessoas gordas do que pelos demais, visto que estes últimos já teriam seus próprios corpos para mostrarem, que já estariam bem vestidos independentemente dos detalhes, dos acessórios, das roupas que colocassem.

“A roupa, o brinco, os acessórios, são tudo!” afirmara muitas vezes Antônia, de maneira entusiasmada. Para passear, dissera que se monta como uma *drag-queen*. Dissera que a única diferença dela e de uma *drag-queen* é o sexo, pois ela “se monta” da mesma forma. Coloca cinta para apertar a barriga, demora horas se produzindo, desde o dia anterior ao passeio. Só arrumação para as festas, ressaltara, é um evento!

Ela costuma seguidamente mandar fazer roupas na costureira. Inclusive, um dia me mostrou diversos tecidos que havia ganhado de sua mãe, de variadas cores e estampas, os quais eu elogiei pelo bom gosto da escolha, pois os achei muito bonitos. Disse-me que ela até poderia comprar roupas em lojas, mas sua costureira é antiga e, desta forma, a conhece bem e faz conforme o seu gosto.

Fazer-se respeitar mais

Diversas vezes ouvi dos meus informantes o comentário de que hoje em dia já não agüentam calados os desaforos. Essa postura, a qual pode ser traduzida numa auto-estima fortalecida, parece ser uma atitude comum a diversas pessoas que emagrecem⁶⁶. Sônia, ao falar sobre a relação que tinha com seus colegas de trabalho antes de se aposentar, disse que era respeitada somente devido ao medo que tinham dela por causa cargo que ocupava. Caso não ocupasse tal cargo, possivelmente não fosse respeitada e nem exigisse tal respeito.

Deixou implícito que não costumava tomar atitudes em sua própria defesa numa situação de interação social. Contudo, ao falar sobre a maneira que encara as situações que lhe desagradam na atualidade, em contraste com o passado, afirmou: “Hoje, se alguém me larga

⁶⁶ Benedetti (2003)

alguma coisa, toma lá, da cá. Antigamente eu baixava a cabeça e chorava, hoje não. Larga uma, leva duas. Eu tô me fazendo respeitar mais.”

Observei este sentimento de segurança quando fui na casa de Antônia e combinamos que eu iria fotografá-la. Na sala, ela se despiu para trocar de roupa, sendo que a janela da mesma estava aberta. Com a intenção de preservá-la dos olhares alheios, pois eu mesma não gostaria que alguém me visse despida naquelas circunstâncias, comentei repentinamente que talvez fosse melhor fechar a janela, pois alguém poderia estar enxergando do outro lado, na rua. Ela então falou subitamente: “ai de alguém que fale alguma coisa”.

Achei muito estranha a sua reação ao meu comentário, pois esperava que ela ficasse constrangida pela possibilidade de alguém vê-la daquela forma, sem roupa. Esta seria minha própria reação, ou seja, ficaria preocupada em fechar a janela para não me expor aos olhares alheios. No entanto, Antônia parecia tentar não sentir vergonha ou constrangimento em ficar nua na presença de outras pessoas. Na minha frente, por exemplo, no momento que tirou a roupa para trocar por outra, demonstrou tranqüilidade. Era isto que desejava sentir, tranqüilidade com o seu corpo, com a sua aparência, e com a reação dos outros, mesmo que fossem desagradáveis.

Parece que esta tranqüilidade seria muito importante para ela, tendo em vista as diversas situações constrangedoras que já passara diante do olhar apavorado de outras pessoas, que a consideravam um “monstro” quando era muito gorda, pois assim afirmara que era vista. Na ocasião que estava trocando de roupa, parecia que até mesmo aquela situação, de possibilidade de outros a enxergarem, poderia servir como uma prova da sua mudança. Chamá-la de feia seria revidado de forma que antes possivelmente não aconteceria. Hoje ela parece sentir-se mais segura, e mais digna de ser bem tratada.

Em relação ao tratamento que é dado à Antônia, presenciei um fato muito constrangedor. Certo dia que estava em sua casa, Antônia recebeu a visita de um primo muito próximo e do seu sogro. Ela tem contato com os sogros por causa dos seus filhos que moram com eles.

Como já foi afirmado anteriormente, ela é viúva. Seus filhos moram com os avós desde a época em que ela passou a engordar muito e sentiu-se impossibilitada de cuidá-los. Neste dia, a visita ocorreu em função do material escolar que Antônia havia comprado para

eles. A visita do seu sogro foi breve, a sua intenção era apenas pegar o material. Contudo, Antônia convidou o sogro para tomar um chá, para nos acompanhar.

Sentados na mesa da cozinha, enquanto eu tomava chá ao lado de Antônia e de seu primo, o sogro da minha informante sentou-se atrás da gente, nas escadas. Recusou o chá, preferiu sentar ali mesmo, disse que era uma visita rápida. Enquanto eu e Antônia conversávamos, seu sogro passou a conversar com o primo dela. Em tom de voz debochado, perguntou se a “tonelada” não havia estragado seu carro outro dia. Ouvi muito bem a conversa. Até passou pela minha cabeça a possibilidade de se tratar de um móvel que ele havia carregado em seu carro, visto que ele falava sobre algo pesado.

Contudo, logo notei que não se tratava disso. Observei apenas um “sorrisinho” meio sem graça por parte do seu primo, que já tratou de mudar de assunto. No que se refere à reação de Antônia, vi que ela ficou extremamente séria, e fez questão de me chamar a atenção para o bolo que havia feito, fazendo referência aos ingredientes que tinha utilizado na confecção do mesmo. Procurou desviar a atenção da extrema grosseria que havia sido vítima, pois a “tonelada”, era ela.

Após a partida do seu sogro, fiquei apreensiva, mas muito bem contida, para ver a reação de Antônia à grosseria que sofrera, longe dos olhos do agressor. Passei a perguntar sobre o material escolar que ela havia comprado. Depois de falar um pouco sobre isso, sobre os gostos dos filhos que ela procura contemplar quando vai comprar o material, ela passou a falar da gratidão que tem pelos sogros por cuidarem bem das crianças, mas que o vínculo entre ela e os sogros terminava neste ponto. Neste momento, Antônia trouxera à tona a grosseria feita pelo sogro ao chamá-la de “tonelada”, e disse que ele não perdia uma oportunidade para ofendê-la.

Observei o quanto isto a magoava. Seu primo, por outro lado, muito amigo de Antônia, disse que havia sido apenas uma “brincadeira”, que ela não deveria levar a sério. Ela apenas negava com a cabeça, demonstrando que não era uma simples “brincadeira”. Depois disso, eu comentei que eu não acreditava que ele pudesse estar se referindo a ela. Estava sentindo que precisava confortá-la de alguma maneira, pois notei o quão dramático era este tipo de situação. Disse que pensei que a “tonelada” seria algum objeto pesado. Ela então afirmou com veemência que se tratava dela, de um passeio que fizera de carro com seu primo.

Pode-se pensar que a seriedade de Antônia após a grosseria foi uma resposta discreta a algo que, se fosse enfrentado com palavras, tornaria o ambiente bastante desagradável. Aquele também não seria o momento para entrar em atrito, pois eles estavam na minha presença. Além disso e, principalmente, Antônia evitava revidar as grosserias para não correr o risco de conturbar ainda mais um relacionamento que poderia, de alguma forma, afetar negativamente seus filhos.

Várias vezes ela afirmara para mim que tinha o desejo de que seus filhos voltassem a morar com ela, mas afirmou que eles é que não querem voltar, estariam apegados aos avós, e que estes também têm receio de que ela “tire” os netos deles. Logo que morreu seu marido, Antônia passou a engordar muito, se sentiu impossibilitada de cuidá-los. Desta forma, eles foram morar com os avós paternos. Percebi que foi uma forma de solidariedade prestada à Antônia, que, viúva, passou a sentir extrema tristeza, a engordar muito e a se tornar, ela mesma, dependente dos cuidados dos outros, com dificuldade para cuidar, exercer seu papel de mãe.

Entretanto, seus filhos sempre foram visitá-la aos finais de semana, e ela também, algumas vezes, vai até à casa dos sogros para vê-los, agora que se sente em plenas condições. Já no que se refere ao material escolar, à escola dos filhos, que é particular, ela afirmou que sempre fez questão de pagar tudo. Na última vez que conversamos, afirmou que se as notas de seu filho não melhorassem na escola, iria trazê-lo para morar com ela. Sugeri, desta forma, que assim poderia cuidá-lo melhor e evitar este tipo de acontecimento negativo.

Lembro que no momento que me disse isto, demonstrou que poderia entrar em atrito com os sogros, que talvez não queiram que os netos deixem de morar com eles. Ela balançava a cabeça ao afirmar, com firmeza, que traria o filho de volta caso considerasse necessário, para obter a melhoria do seu desempenho escolar. Ela ainda dizia: “eu não quero nem saber, eles vão ter que entender”.

Fazer-se respeitar mais, por sua vez, parece não somente consistir em não tolerar os desaforos e humilhações, embora muitas vezes se tolere, como foi o caso descrito acima, em que Antônia manteve-se calada aos desaforos do sogro, o que talvez ocorresse independentemente da minha presença e da do seu primo; mas também - fazer-se respeitar mais - está relacionado ao fato de não assumir uma personalidade que seria falsa.

Observe uma das falas de Flávio: “falam que o gordo é extrovertido, bonachão, que diverte os outros, mas na verdade ele quer se mostrar assim pra ser aceito. Depois que tu emagrece, tu não precisa mais ficar mostrando aquilo que tu não é.” Pode-se perceber que ser alegre, bonachão e divertido seria uma forma aparente de camuflar uma outra personalidade que, em princípio, seria antagônica à verdadeira.

Assumir uma postura de pessoa “divertida” seria algo necessário para sentir-se integrado ao grupo. Já o emagrecimento possibilitaria a libertação desta carga, de pessoa sempre bem-humorada, a qual parece muito pesada não somente pelo fato de ser uma maneira falsa de agir nas relações sociais, mas também porque esta integração pode não ser considerada satisfatória. Conforme Goffman (p. 152):

Em vários grupos e comunidades muito unidos, há exemplos de um membro que se desvia, quer em atos, quer em atributos que possui, ou em ambos e, em conseqüência, passa a desempenhar um papel especial, tornando-se símbolo do grupo e alguém que desempenha certas funções cômicas, ao mesmo tempo em que lhe é negado o respeito que merecem outros membros maduros. (GOFFMAN, 1982, p. 152)

Fischler (1995, p. 73 e 74) também analisa esta suposta “função cômica” que teriam as pessoas gordas para se sentirem bem aceitas socialmente. Ele observou que a grande questão nos estudos científicos ou não, relativos à obesidade, é a seguinte: os gordos são culpados ou vítimas? São vítimas de suas “glândulas”, de sua hereditariedade, ou culpados de glotoneria? (FISCHLER, p. 73,74)

O seu estudo mostra que na maioria das vezes eles são percebidos como os únicos responsáveis por sua condição, ou seja, eles comem muito porque são incapazes de se controlar. Implicitamente, estaria sendo feito um julgamento moral sobre eles; pessoas consideradas transgressoras das regras básicas da divisão dos alimentos, que comem mais do que a sua porção, sendo que a divisão da comida simboliza, na maior parte das sociedades, a essência mesma do vínculo social. (FISCHLER, p. 73 e 74)

Eles estariam ameaçando, assim, os próprios fundamentos da organização social, o que remete à animalidade. O autor afirma que é, então, preciso jogar o jogo do *potlatch* social, uma forma de reciprocidade, ou seja, de restituir à coletividade, sob uma forma qualquer, aquilo que é tornado excesso de peso, compensando assim a ausência de participação. O

obeso seria, então, classificado de forma positiva ou negativa - benigno, maligno ou ambíguo - em função dessa troca simbólica. (FISCHLER, p. 73 e 74)

A partir disso, o autor cita uma série de exemplos que mostram estas diferentes maneiras de enxergar a pessoa gorda. Em relação à classificação “obeso benigno”, uma das maneiras de assim ser percebido é restituindo seu débito à coletividade através do trabalho que necessita uso da força, como alguém que carrega cargas pesadas. Na falta de força, o gordo também pode exercer papéis artísticos cômicos, sob a forma de espetáculo e zombaria; muitas vezes, exercidos em seu próprio detrimento. (FISCHLER, p. 75)

Desta forma, se por um lado é possível sentir-se integrado ao grupo à medida que se desempenha um papel cômico, por outro lado, há a possibilidade de lhe ser negado o mesmo respeito dispensado a outras pessoas. E a partir do momento que se emagrece, possivelmente não se encontre mais motivos para agir de uma maneira subordinada nas relações sociais, pois o suposto “débito” à coletividade não se faz mais presente.

De qualquer forma, pode haver resistência ao estereótipo de pessoa gorda que é alegre e divertida em quaisquer circunstâncias, independentemente do emagrecimento, pois é justamente porque se desempenha um papel cômico que o desrespeito pode ser considerado a ele vinculado. Neste sentido, observe o comentário de Antônia, cinco meses após ter se submetido à cirurgia bariátrica:

(...)sempre todo mundo diz assim, que tudo quanto é gordo é simpático, tem uma cara bonita, né. Olha, assim, eu procuro ser o máximo de séria possível, porque eu acho que eles gostam muito de comparar essa alegria, isso aí, a palhaçada, sabe. E eu sempre procuro ser o máximo de séria possível, sem esse negócio de piada, sempre falando seriamente com as pessoas, porque eu acho que isso aí já me impõe um pouco de respeito. E às vezes não, eu vejo que tem situações que a gente tem que ser um pouco mais flexível. Mas não, eu não consegui me desvincular disso aí, é meio complicado, eu não consegui me desvincular disso aí. (Antônia, 32 anos, em 2003)

Observa-se que Antônia ficava aflita nos momentos em que conversava com outras pessoas, receosa com eventuais perguntas que poderiam ser constrangedoras. Procurava demonstrar seriedade nas conversas, pois sentia que desta forma ela teria mais chance de ser respeitada, ou seja, de não ser “invadida” com perguntas que lhe fossem ofensivas a respeito da sua condição.

Era muito comum nas conversas com meus informantes o comentário de que o corpo mudava muito antes do que a cabeça, ou seja, que a cabeça – a forma de pensar em relação às

coisas – não acompanhava o corpo – o emagrecimento, o que era considerado incoerente e precisava ser mudado. Neste sentido, entendo a intenção de mudar de Antônia, que desejava se desvincular dos receios e medos da época em que era muito gorda.

Parece que agora sente que já não tem mais motivo para tais sentimentos, pois emagrecera muito e desejava que este fato afetasse positivamente os seus relacionamentos. Ela entende que às vezes pode demonstrar que é uma pessoa alegre e extrovertida sem o receio de ser desrespeitada. Este é um desejo seu, mas também se apresenta como uma dificuldade, um obstáculo a ser enfrentado. Logo, seria algo a ser alcançado em longo prazo.

Apesar de vários informantes comentarem que ainda precisavam mudar atitudes e formas de pensar após terem emagrecido, ou seja, que a “cabeça” deveria acompanhar o “corpo”, observei que eles demonstraram que ocorreram muitas mudanças em relação ao passado, à época em que eram muito gordos. Faço referência ao “fazer-se respeitar mais”. Este, além de estar atrelado ao fato de haver uma tendência a revidar desaforos e humilhações, também é referente a reivindicações mais amplas, que contemplam interesses pessoais e sociais pelos quais agora há um estímulo pra se lutar por eles. Observe o comentário de Paulo:

Hoje em dia eu brigo por causas que eu não brigava antes, porque eu achava que não valia a pena. Não vale a pena brigar, pra que viver tanto? (...)Brigar por causas mais filosóficas, de encruzilhada da vida, do povo, do país. Ah, eu não sei, não vou ficar me incomodando, deixa lá que eles briguem, não vou me cansar com isso, não vou me preocupar. E à medida que você vai recuperando saúde, você vê que faz parte de um processo. Se esse processo não tá bom, vai sujando a tua vida, então vale a pena você brigar pra ter uma sociedade mais justa, uma estrutura administrativa, estatal mais decente. Pra que a sua relação afetivo-sexual seja mais satisfatória. Não é graças a Deus que estão indo pra cama contigo, então você passa a exigir mais da pessoa porque você tá oferecendo mais pra ela, porque você exigiu mais de si próprio. Você pára de se contentar... se agora eu posso comer filé, não vou me contentar em comer carne de terceira. Na relação afetivo-sexual é a mesma coisa. (Paulo, 44 anos)

Observa-se que o emagrecimento ocorrido em função da cirurgia possibilitou que Paulo se sentisse estimulado em lutar por causas que antes não eram de seu interesse ou que simplesmente não lhe chamavam a atenção. Parece que elas eram subjugadas às dificuldades que ele encontrava para viver de forma satisfatória, ou seja, as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia possivelmente fossem motivos de tanta preocupação a ponto dele sentir-se no limite do que acredita que poderia suportar.

Neste sentido, lembro da primeira conversa que tivemos em 2003, quando ele me falou que ser gordo era suportar tarefas além do que alguém é capaz. Logo, talvez ele

procurasse não se preocupar com mais coisas do que aquelas que ele não teria como escapar, diferentemente da situação atual que vivencia, a qual tenderia a estar livre de tantas preocupações e, desta forma, outras poderiam tomar espaço.

O trabalho

As dificuldades que meus informantes enfrentam atualmente em diversas áreas de suas vidas foram alguns dos assuntos que eles costumavam abordar seguidamente durante as nossas conversas. Muitas vezes falávamos sobre as dificuldades que ainda se mantêm desde antes da realização da cirurgia e outras que passaram a existir após a mesma. Neste sentido, alguns enfatizavam que o tratamento cirúrgico não resolve todos os problemas. Seria apenas uma forma de ajudar a pessoa a enfrentá-los, esta sim considerada uma das mais eficazes, visto que já passaram por muitos tratamentos sem o efeito desejado. Logo, não se poderia ter a expectativa de que, por exemplo: “emagreceu, virou feliz”.

Observei que os meus informantes provavelmente tiveram a percepção de que o tratamento cirúrgico é apenas um meio de enfrentar os problemas, e não de solucioná-los, após passarem por muitas dificuldades, e de se submeterem com frequência a tratamento psicológico após a realização da cirurgia. Paulo, por exemplo, é um dos meus informantes que afirmara estar a muito tempo fazendo terapia. Observe o seu comentário a respeito da expectativa em relação ao tratamento cirúrgico:

Tem muita gente que acredita nessa lenga, lenga de que emagreceu, virou feliz. Ah, o meu sonho é emagrecer 200 Kg aí eu vou conquistar aquela moça que eu sou apaixonado, eu vou reconquistar o meu casamento. Eu vou chegar arrasando no meu emprego. Eu vou ser um gênio na sala de aula. E não é, a gente emagrece pra gente, pra tua saúde, pra vida... o mundo não vai mudar porque você mudou, isso não existe. O gerente do banco não vai te tratar melhor ou pior porque você emagreceu. Você pode conseguir vitórias físicas ou vitórias emocionais, mas são individuais. Eu tô indo pro Chile, pra um festival de teatro. Tô levando três espetáculos. Nós vamos dormir em colchonetes no chão, numa sala de aula, onde é o alojamento dos artistas. Com 226 Kg eu não conseguiria fazer isso. Dormir no chão, levantar pra ficar em pé. Dirigir-me ao banheiro, sentar-me no vaso, fazer a minha higiene, tudo isso eu tinha muita dificuldade. Eu não tinha, por exemplo, respiração pra agüentar uma viagem, pra agüentar dez, doze horas de oficinas... esse mérito é um mérito individual. Eu vou ser tratado lá no Chile como qualquer outro diretor de teatro estrangeiro que vai participar do festival. Não é porque eu emagreci tudo isso que vão me dizer: oh, Dom Paulo, que maravilha o senhor aqui entre nós. Não! Que bom que eu posso ir e posso fazer, mas não tenho... tem que ter maturidade de achar que só posso fazer isso porque tenho mais saúde, mas os

problemas que eu enfrentarei são os mesmos que você enfrentará se for fazer uma coisa semelhante. (Paulo, 44 anos)

Pode-se constatar que Paulo atribui uma responsabilidade basicamente individualizada ao sucesso de seu tratamento. Neste sentido, parte-se do pressuposto que é a forma dele encarar as coisas que provavelmente tende a mudar, e não a forma dos outros tratá-lo.

Poder-se-ia pensar que à medida que ocorre o emagrecimento a expectativa do meu informante é de que as pessoas tenderiam a tratá-lo de forma diferente, possivelmente melhor, contudo, não é esta a sua expectativa, mas sim de que ele terá condições de enfrentar de uma forma provavelmente melhor do que antes os problemas, por exemplo, o fato do gerente do banco não tratá-lo de forma considerada adequada.

Também observei um pensamento semelhante ao de Paulo quando fui falar com Antônia. Falamos sobre a importância de ela encarar “numa boa” os acontecimentos, independentemente do outro que está presente na interação. Em relação ao trabalho, desde a primeira vez que conversamos, em 2003, ela fazia referência a ele. Tinha planos e falava com entusiasmo sobre as coisas que pensava em fazer, como ir à praia, passear, estudar, sendo que estar trabalhando era um dos principais objetivos. No final de 2004, numa das vezes em que fui visitá-la, recebi a grande notícia de que tivera feito uma entrevista pra emprego. Observe o seu relato após eu perguntar sobre a sua vida atual.

Ah, de mim agora..., eu faço tudo que tu puder imaginar, eu saio, eu vou a festa, eu vou a barzinho, eu faço todos os meus compromissos. E agora uma bomba que eu vou te dar, arrumei um emprego! Mas não quis ficar no emprego, porque o emprego não era legal pra mim, era um emprego a uma quadra da Sertório, eles só me davam dois vales transportes, oito horas e meia de trabalho, só com meia hora pro almoço, entendeu. E o trabalho era todo em pé, todo o dia em pé, todo o dia em pé. Tu sabe que eu tenho os meus dois meniscos rompidos, ou seja, ia dificultar muito. Eu fui, fiz meu primeiro dia, trabalho de auxiliar de costura, mas não era um trabalho legal pra mim agora. Mas sabe aquele estigma de não ser aceita, de não ser.. de não me incluírem, isso aí saiu de mim, sabe. Então eu acho que eu tô com uma melhor aceitação de mim mesma, eu não tremi na hora da entrevista, fui séria, levei meu currículo, foi um grande passo que eu dei, sabe. (Antônia, 34 anos)

Antônia já havia afirmado, numa das primeiras conversas que tivemos, que não sabia se iria conseguir se relacionar bem com as pessoas no futuro, pois durante o tempo em que era muito gorda procurava evitá-las à medida que se sentia constrangida pelos seus olhares espantados ao vê-la.

Ficava com receio de ser humilhada, como já foi falado anteriormente. Contudo, após quase dois anos de ter falado isto, se submeteu a uma entrevista de emprego, a uma avaliação

consentida. Sentiu-se segura para isto e enfrentou a situação, a qual poderia ser favorável ou não. Observa-se que Antônia considerou uma grande vitória o fato de ter ido à entrevista de emprego, independentemente do resultado. O mérito da atitude se deu pelo fato dela desenvolver essa relação social, ou seja, sujeitar-se à avaliação de outras pessoas a seu respeito.

Ela se dispôs a ser interrogada, questionada e mesmo avaliada fisicamente, visto que este também é um dos atributos que podem ser considerados importantes para conseguir um emprego. Desta forma, parece que ela se sente mais segura e capaz de se sociabilizar com os outros atualmente do que no passado.

Observei que se por um lado pode-se pensar que o sucesso do tratamento depende muito mais da forma que a pessoa passa a enfrentar as coisas, e não da forma que os outros passam a tratá-la, por outro lado, ainda se mantém uma grande expectativa em relação às atitudes dos outros, as quais são consideradas muito importantes para a sensação de bem estar nos relacionamentos e nos momentos de sociabilidade.

Neste sentido, faço referência à sociabilidade desenvolvida num curso e no trabalho de Gustavo. Num curso de Massoterapia promovido por uma entidade da qual ele faz parte, ele teve contato com diversos colegas estigmatizados, sendo que ele se colocou numa posição privilegiada. Eram colegas surdos, cegos, cadeirantes. Ao referir-se a esses colegas, enfatizou: “tu vê, eu não tenho do que reclamar, tu olha pra mim, eu sou normal.”

Observa-se, portanto, que ele se compara aos seus colegas e demonstra que a sua condição emagrecida é melhor do que a deles. Através do meu olhar, do “olhar do outro”, ele pode se sentir normal, pois o estigma não é mais tão visível, não vou olhá-lo estranhamente, considerá-lo relaxado, feio, alguém que come além do que deveria, como é a situação estigmatizante da pessoa gorda.

Após o emagrecimento, já não se enxerga o atributo pejorativo - a corpulência - que antes o meu informante possuía e que servia para diferenciá-lo das pessoas “normais”. Inclusive, observei que ele nem fez referência às peles que ainda tinha no corpo, as quais também o colocam numa situação estigmatizante, como já foi falado antes.

As peles podem ser melhor disfarçadas com as próprias roupas. Já a condição estigmatizante da pessoa cega e da pessoa que usa cadeira de rodas se apresenta de modo

diferente, pois as suas possíveis incapacidades são percebidas claramente através da bengala e dos óculos escuros do cego, bem como da cadeira de rodas do paraplégico. Estes signos indicam que o indivíduo que está a nossa frente não é normal, são pessoas incapazes de fazer o que os “normais” fazem, são desacreditadas socialmente. Conforme Goffman (1982, p.14), o indivíduo “desacreditado” possui um estigma imediatamente visível na interação. Observe:

Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que se pode impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto (...). (GOFFMAN, 1982, p. 14)

A pessoa considerada “desacreditada” é passível de sofrer muitas discriminações. Conforme Goffman (1982, p. 15):

(...) fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar suas inferioridades e dar conta do perigo que ela representa (...). (GOFFMAN, 1982, p. 15)

Desta forma, observei que Gustavo procurava esquivar-se de situações que pudessem ser estigmatizantes. Numa de nossas conversas, falou sobre um trabalho que conseguiu num hotel, logo após o tratamento cirúrgico. Disse que não estava se sentindo bem de saúde naquela época, pois caminhava muito nas escadarias do estabelecimento e sentia tonturas por causa disto.

Pediu para ser despedido, alegando que tinha conseguido outro emprego. Fiquei impressionada pelo fato dele não ter contado que se sentia mal, e logo percebi que ele omitiu este fato, além de mentir que tinha conseguido um outro emprego, porque não queria que a sua patroa percebesse o seu problema de saúde.

A possibilidade de ser percebido pelos outros como uma pessoa doente, o coloca numa situação, de certa forma, parecida com a de obeso, pois ele também se sentia incapaz de realizar diversas atividades quando era muito gordo. Situação esta que ele preferia que não mais existisse após a cirurgia, queria se sentir disposto para trabalhar. Revelar para os outros que ele sente tontura, indisposição para o trabalho, é revelar que ele ainda não é normal, apesar de ter se submetido à cirurgia, a qual talvez ele considere como último recurso para se tornar assim.

Nessa situação em que o meu informante se encontrava, ele podia ser considerado como o indivíduo “desacreditável”, aquele que é portador de um estigma que não é imediatamente percebido na interação. Ele não mais possui o estigma de forma visível, como a pessoa “desacreditada”, nos termos de Goffman (1982), em que o atributo pejorativo é imediatamente percebido no encontro face a face, como é o caso de quando era muito gordo. Desta forma, ele pode disfarçar as suas dificuldades, pois se por um lado é possível que o estigma seja revelado, por outro lado, é possível que ele seja dissimulado através de diversas estratégias. (GOFFMAN, 1982, p.51-61)

Atualmente, Gustavo está aposentado por invalidez e também trabalha no setor de controle de qualidade de uma empresa que fabrica parafusos. Ele faz parte de uma cooperativa de deficientes físicos que é situada dentro da fábrica que produz o material.

São sete pessoas consideradas com diversas deficiências que trabalham juntas, por exemplo, uma pessoa sem uma perna, outra com um braço atrofiado, exceto uma delas, que não apresenta deficiência, conforme me disse Gustavo. Elas testam através de alguns equipamentos a qualidade dos diferentes parafusos produzidos na empresa.

Numa das vezes em que fui à sua casa, à noite, ele a pouco havia chegado deste trabalho. Demonstrou muito cansaço, e disse, no desenrolar da nossa conversa, que costumava dormir cedo porque o trabalho é “puxado”. Neste momento, falou que seus colegas são saudáveis, mais do que ele, pois chegam em casa e ainda fazem um monte de coisas, o que ele não consegue. Contudo, me disse que sua casa estava sempre arrumada e que ele era organizado.

Como eles ganham de acordo com a produção, o tempo e o ritmo de trabalho são muito controlados. E como são poucas pessoas que dividem o mesmo ambiente, se torna fácil uns controlarem o trabalho dos outros. Então, me falou que a sua rotina é sempre a mesma, verifica a qualidade dos parafusos e exclui aqueles considerados aquém do padrão estabelecido. Observei que o trabalho que desenvolve é bastante repetitivo e controlado pelos outros.

Isto se tornou mais evidente quando ele me falou que até às idas ao banheiro são controladas. Neste sentido, citou o caso de alguns colegas que demoram mais do que os outros no banheiro, e que aquilo irrita muitos deles, pois a produção depende da

administração do tempo de trabalho. Isto se torna um motivo de briga. Inclusive o meu informante oferecera um almoço, no salão de festas do seu prédio, com o objetivo de melhorar a relação entre eles. Entretanto, nesta ocasião ele falou que o almoço não surtira o efeito desejado, pois eles continuavam brigando. Já recentemente, a sua fala mudou. Disse que eles estão mais amigos uns dos outros.

No momento em que perguntei o que os seus colegas acham do fato dele ter se submetido à cirurgia, Gustavo falou que achou até engraçado que eles repararam que ele vai pouco ao banheiro, e as suas idas são rápidas, diferentemente de alguns, que costumam demorar quase meia hora. Ele então se sentiu obrigado a explicar que cortaram quase três metros do seu intestino quando ele se submeteu à cirurgia bariátrica, e que agora não forma o “bolo fecal”, ou seja, só tem diarreia quando vai evacuar.

Explicou que ele tem um grande excesso de pele na região das nádegas, a qual eles não retiraram nas cirurgias plásticas que ele se submeteu, pois esta plástica o Sistema Único de Saúde (SUS) não cobre. Desta forma, se torna difícil fazer as necessidades, pois ele precisa se lavar quando vai ao banheiro, e ainda usa pomada para prevenir assaduras. Evita ir ao banheiro, pois isto requer muito tempo e trabalho. Ao me falar isto, disse que seus colegas se apavoraram, nunca tinham imaginado uma situação dessas.

Gustavo me falara isso demonstrando conformidade, como se tivesse que se acostumar a uma situação que não tem como mudar, em que fora feito tudo o que foi possível para melhorá-la. “A minha vida sempre foi sofrida”, disse ele em tom triste, em várias conversas que tivemos.

Entretanto, ao me falar destas dificuldades que enfrenta no seu trabalho, fez questão de ressaltar “mas não existe nada pior do que ser gordo”. Neste momento, falou sobre o trabalho que desempenhou no correio, antes de se submeter à cirurgia, quando era muito gordo. Trabalhava sentado atrás de uma mesa e costumava encostar sua barriga nela. Era comum ficar com a camisa manchada de sangue.

Quando Gustavo falou-me aquilo, fiquei sem entender, mostrei isto através das feições do rosto. Neste momento, percebendo que tivera me falado algo que eu não havia compreendido, explicou-me devagar e enfaticamente que tinha estrias na barriga, as quais viravam feridas abertas, e que em atrito com a mesa, vertiam sangue. Fiquei chocada com este

comentário, e ainda mais quando ele falou que também tinha varizes nas pernas que vertiam água e cheiravam mal, o que também era muito desagradável e doloroso.

Quando me falava de seus problemas de saúde, do sofrimento da época em que era muito gordo e do atual, eu apenas acenava com a cabeça, apertava os lábios, demonstrando que me solidarizava com ele. Observei, com o tempo, o quanto ele parecia sentir-se à vontade comigo para falar o que quisesse. Certo dia, inclusive, me dissera que eu inspirava confiança, que ele se sentia bem em conversar comigo e que por isso falava coisas que nunca havia dito a ninguém. Isto foi suficiente para eu me sentir lisonjeada e mais à vontade para realizar o trabalho de campo.

Tendo em vista o quão interessante seria uma observação participante em seu local de trabalho, comentei que gostaria de ir até lá, conhecer seus colegas e entender um pouco sobre o funcionamento das atividades que eles desenvolvem. Gustavo demonstrou muita receptividade, disse que eu seria muito bem vinda. Posteriormente, numa outra vez que fui em sua casa, Gustavo comentou que já havia falado com seus colegas. Disse que eles receberiam visita de uma socióloga. Explicara a eles que o meu trabalho era sobre obesidade, e que eu o acompanhava há um bom tempo.

Observei o quanto a minha visita estava sendo entendida como uma forma de valorização do trabalho que realizam. Gustavo logo tratou de dar dicas sobre as coisas que eu deveria falar. Disse que seus colegas precisavam muito de estímulo, que seria muito bom eu fazer perguntas, até aplicar questionários, falar um pouco do meu trabalho.

Então eu disse que conversaria, explicaria o trabalho, mas que tinha receio de ser inoportuna, visto que era horário de expediente. E logo vi que isto não parecia ser preocupante, visto que o meu informante enfatizara que eu não precisava me preocupar, pois eles tinham condições de conversar comigo ao mesmo tempo em que trabalhavam.

Gustavo havia sido escolhido presidente da cooperativa. Alegou que a escolha fora principalmente em função das experiências anteriores de trabalho que tivera, as quais contribuía para ele desenvolver o atual. Estava acostumado a lidar com burocracias, e isto se tornava algo muito útil para desenvolver o trabalho de presidente. No dia em que combinamos a visita que eu faria em seu local de trabalho, falou de forma entusiasmada sobre quanto o relacionamento entre os colegas estava melhorando.

Seus colegas estavam se tornando tão importantes para ele que os considerava de sua família. Lá seria um local de “ganhar o pão” e, ao mesmo tempo, de diversão e de amizade. Disse que precisava muito deles, pois lá ele não ficava pensando bobagens, e se sentia útil. Desta forma, fez referência à depressão, à tristeza que há muito tempo tem, que o torna sem vontade de fazer as coisas.

Observei a sua alegria em falar sobre seu trabalho, ou melhor, sobre seus colegas. Disse que se sente muito bem neste ambiente. Ultimamente, tem ajudado muito os colegas, e isto parece que se torna gratificante para ele. Sente necessidade disto, pois eles são muito pobres.

Conforme salientou, eles precisam de muita ajuda. Inclusive, ele me falou que a sua situação financeira já havia sido motivo de comentários entre eles. Seus colegas haviam dito que Gustavo seria a pessoa que menos precisava do emprego, visto que tem casa própria e que mora “bem”, ou seja, num apartamento considerado bom e bem localizado.

Contudo, logo Gustavo fez questão de me explicar que a sua situação financeira não é tão boa assim, visto que tem dificuldades em comprar remédios, os diversos que toma por dia. Entretanto, em contraste com a de seus colegas, ela pode ser considerada bem melhor. Neste sentido, disse que muitos não têm condições de se arrumar bem, de andar com roupas limpas.

Ele estivera na casa de alguns colegas e observara as dificuldades que enfrentam devido ao tamanho de suas casas em relação ao tamanho da família. São casas muito pequenas, de apenas uma peça, em que casal e filhos dormem no mesmo quarto. À medida que me relatava isto, dizia que agora já estavam mudando muitas coisas. Um deles, por exemplo, havia conseguido ampliar a sua casa com a ajuda de Gustavo.

Gustavo perguntara ao seu colega qual seria seu maior desejo, e este falara que era aumentar a sua casa. Sabendo disto, o meu informante tratou de viabilizar a sua construção. Foi até a Prefeitura, pediu duas tombadeiras de terra para ajudar na construção da moradia. A partir disto, ambos ficaram mais amigos, mais próximos. Inclusive, tornou-se cumpadre do colega de trabalho, pois batizou o seu filho.

Além disso, Gustavo me relatara outros acontecimentos positivos que ocorreram em seu ambiente de trabalho, com seus colegas, os quais ele havia influenciado direta ou

indiretamente. Alguns destes acontecimentos, por sua vez, eu pude observar na visita que fiz ao seu ambiente de trabalho.

A cooperativa que Gustavo faz parte fica situada próxima à fábrica de parafusos, dentro do ambiente industrial. É uma empresa enorme, com diversos empregados, com portaria para identificação de visitantes, de fornecedores e demais pessoas. Após eu me identificar na portaria, houve a comunicação com a cooperativa, e logo o meu informante foi até a entrada para me conduzir ao seu local de trabalho, que fica distante uns cinquenta metros da fábrica.

Observei que Gustavo estava vestido com um macacão, tinha as mãos e as unhas sujas de graxa e apresentava uma fisionomia tranqüila e alegre. Ao me acompanhar até o local de trabalho, observei o quanto ele conhecia o ambiente, pois sinalizava aonde ficavam os departamentos da fábrica com bastante firmeza.

O local de trabalho é um grande galpão, havia alguns grandes tonéis com parafusos diversos. E em duas mesas relativamente compridas estavam dispostos quatro colegas seus, sentados em frente a pilhas de parafusos que ficavam sobre a mesa e que estavam sendo selecionados.

Gustavo me apresentou, enquanto todos permaneciam sentados em suas cadeiras e concentrados em seus trabalhos. Exceto pelo fato de que voltaram, discretamente, seus rostos para mim no momento da apresentação. Ele falou alto e para todos que eu fazia pesquisa sobre obesidade, e que inclusive isto já havia sido comentado com eles. Eu estava ali para conhecer seu trabalho, entender o que eles fazem. E logo tratei de dizer que não queria atrapalhar o serviço, apenas conhecer um pouco o trabalho que desenvolvem.

Observei que eram pessoas bem simples, dois homens e duas mulheres. Vi que um deles tinha o braço atrofiado, outros dois usavam muletas devido a problemas nas pernas, e uma delas era considerada “normal”, como foi falado para mim após conversarmos um pouco.

A conversa foi se estendendo naturalmente, após eu pegar alguns parafusos mostrados por Gustavo. Ele me mostrou seus defeitos, o que tinham que observar, quais eram considerados bons e quais eram considerados ruins. A partir disso comecei a puxar assunto com seus colegas, os quais foram falando aos poucos sobre como se sentem ao desenvolver aquele trabalho. Disseram que gostavam, mas que era cansativo, pois era muito repetitivo.

Enquanto eles conversavam comigo sobre a maneira que selecionavam as peças, Gustavo orientava o meu olhar para um parafuso ou outro, para uma máquina ou outra que eles utilizam para executar o trabalho. Também mostrou-me o amigo secreto que fizeram de Natal, os pedidos de presentes que estavam na parede ao fundo do galpão.

Muitas vezes, conforme disse meu informante, alguém deixava algum chocolate ou outra coisa para o seu amigo secreto. Ao falar-me sobre isso, lembrei que esta brincadeira havia sido iniciativa de Gustavo, pois ele havia me falado sobre a mesma em sua casa. Desta forma, observei o quanto ele parecia amigo de seus colegas, pois inclusive fazia comentários sobre o trabalho que realizam de forma bastante carinhosa.

Uma de suas colegas de trabalho havia conhecido Gustavo quando ele era muito gordo. Após Gustavo falar-me que se conheciam há bastante tempo, perguntei a ela como ele era antigamente. Ela então disse, arregalando os olhos e sinalizando com a cabeça, que Gustavo havia mudado muito, não parecia a mesma pessoa. Ele estaria irreconhecível. E, imediatamente, comentou que a cirurgia acarretava muitos problemas, apesar das pessoas emagrecerem. Disse que Gustavo aparentava estar muito melhor, mas que ele não estaria tão bem quanto a sua aparência mostrava. E que eles observavam isto à medida que conviviam com ele.

Logo em seguida, um outro colega também comentou que ficou surpreso pelas dificuldades que Gustavo tem, pois nunca havia imaginado que seria tão difícil enfrentar as conseqüências da cirurgia, visto que ele “vivia” no médico. Neste sentido, entendi que ele fez referência ao acompanhamento médico do meu informante, bem como as queixas que por ventura ele tenha feito relacionadas à sua condição de saúde atual.

Outrossim, estas dificuldades podem estar relacionadas à própria observação feita durante as várias horas que passam juntos, as quais podem ser suficientes para se constatar, entre outras coisas, o cansaço que Gustavo tem freqüentemente, como ele mesmo já havia dito para mim algumas das vezes que fui visitá-lo.

À medida que transcorria o tempo, passei a preocupar-me em não atrapalhar o trabalho que desempenhavam. Após uma hora e meia, aproximadamente, despedi-me deles. Antes, porém, perguntei se eles faziam exercícios para evitar dores devido ao trabalho repetitivo.

Falaram que não costumam fazer, e logo meu informante salientou que foi ótimo eu tocar no assunto, pois era uma coisa que ele queria introduzir na rotina de trabalho.

Finalmente, eu me despedi e reforcei a importância desses exercícios, conselho que foi escutado com muita atenção. Já na saída da fábrica, Gustavo agradeceu por eu ter comentado sobre o assunto, pois a minha fala seria um reforço, uma ajuda para algo que ele já pensava em implantar.

O tempo antes e após a cirurgia bariátrica

Se por um lado Gustavo costuma transmitir um sofrimento permanente durante as conversas que temos, embora eu perceba que ele procura demonstrar otimismo, uma crença numa vida mais feliz à medida que o tempo passa. Antônia demonstra que a sua vida mudou completamente. Quase nunca faz queixas em relação ao presente, em contraste com o passado.

O sofrimento de outrora tende a dar lugar à redescoberta de diversas coisas que antes ela não podia fazer, as quais ela demonstra que se tornou fonte de muito prazer atualmente, como o simples fato de conseguir cruzar as pernas. Ao me falar isto, demonstra que gestos tão simples e corriqueiros para muitas pessoas, são grandes conquistas para ela, as quais são muito valorizadas. E esta valorização se dá justamente pelo fato de ser algo considerado tão normal para muitos, mas que, no entanto, ela não conseguia fazer. “Tudo o que eu quero é me tornar uma pessoa muito normal”, disse ela certa vez para mim.

Durante quatro anos, conforme Antônia me relatou, ela ficou “de cama”. Era muito gorda e tinha muita dificuldade de caminhar. Dependia dos cuidados de familiares para fazer diversas tarefas, desde as consideradas de cunho pessoal, como tomar banho e pentear os próprios cabelos. Uma cama foi especialmente adaptada para ela, com a finalidade de conseguir sustentar o seu corpo.

Ela não sentava em qualquer cadeira da casa, pois em nem todas ela cabia e nem todas eram suficientemente fortes. Ficava muito ou praticamente só em casa. Não gostava como os

outros a olhavam, procurava não ver ninguém para não ser vista. Como disse Antônia em uma de nossas conversas, cinco meses após ela ter se submetido à cirurgia:

Esses dias veio uma amiga da mãe aqui em casa e me disse, depois de eu ter feito a cirurgia - eu só olhava para o teu rosto porque eu não conseguia olhar para o teu corpo - isso também é uma das coisas que eu não gostava de receber ninguém, pelo próprio jeito que eles me olhavam, as pessoas se assustavam comigo. (Antônia, 32 anos, em 2003)

Quando conversamos, Antônia costuma dizer que perdeu muito tempo em sua vida e que ela não vivia. Ela diz que perdeu de passear, de trabalhar, de fazer a faculdade de Direito, que é um de seus sonhos, de cuidar dos seus filhos que ainda são pequenos e que ela considera que precisavam de seus cuidados de mãe. Observe o relato de Antônia:

“(...) Eu me sentia totalmente desestimulada, quanto mais gorda melhor... eu acho que as dores que eu estava começando a sentir e o fato assim, de perder pontos importantíssimos da vida dos meus filhos, eu acho que isto aí começou a me estimular, de eu nunca participar de nada, eu via as mães levarem os filhos no McDonald’s, no cinema, no colégio e eu não poder fazer nada... e aquilo ali foi passando, passando... e eu só dentro de casa, entendeu.(...)” (Antônia, 32 anos, em 2003)

Ao falar em “tempo perdido”, ela está se referindo às ações praticadas que qualificam este tempo, às ações que ela gostaria de ter feito e não pôde fazer. Os pontos da vida de seus filhos que qualifica como importantíssimos e que foram perdidos dizem respeito a um tempo que não vai voltar, a um tempo da infância, a um tempo importante para uma mulher desempenhar o seu papel de mãe, por exemplo, levar os filhos para passear.

Através do relato abaixo, também se observa que o “tempo perdido” vai sendo qualificado como tal à medida que Antônia vai percebendo as transformações ocorridas na cidade, as quais ela não sabia que estavam acontecendo enquanto estava “de cama”.

Todos os dias eu saí semana passada. Aí chegou sábado e eu fiquei pensando: bá, eu chegava a ficar ano inteiro deitada numa cama, sem sair um dia! Tanto assim oh... o dia que eu vi a foto da rótula no jornal, que tavam fazendo a rótula, eu levei um choque! Pô, tudo tá se fazendo, tudo se construindo. Todo mundo adquirindo suas coisas e só eu deitada numa cama, né. Claro que tem muita gente doente deitada numa cama, mas eu tenho que pensar em mim! Eu via tudo passar... sabe, e eu sempre atirada numa cama.(...) (Antônia, 34 anos)

Antônia vai qualificando o seu tempo como perdido enquanto estava “de cama” à medida que observa as coisas que estão acontecendo na cidade, as transformações urbanas que ela não tinha conhecimento. São transformações que ela supõe que precisam de um tempo longo para serem feitas, mas que possivelmente ela não sentiu esse tempo passar enquanto

estava “de cama”. Ela estava atrelada ao “tempo da casa” e ignorava o “tempo da rua”. Quando percebe este contraste, tende a considerar este tempo que ela ficou “de cama” a um tempo cada vez mais perdido, parado, em que as coisas não aconteciam.

De certa forma, ficar “de cama” é sentir-se no passado, pois não se sabe o que está ocorrendo no presente. Está relacionado à imobilidade, a um tempo estático, a um tempo “da casa” em contraste ao tempo “da rua”, que é um tempo dinâmico, um tempo em movimento⁶⁷.

O tempo passado e o tempo presente sempre fizeram parte das conversas com os meus informantes, pois eles tendem a qualificar o tempo vivido hoje em contraste com o tempo em que eram muito gordos, e vice-versa. Eles tinham diversos problemas em decorrência de suas compulsões, diversas formas de sofrimento. Contudo, esses problemas ainda permanecem de uma forma ou de outra. Mas parece que é à medida que a vida de antigamente é considerada cheia de sofrimento, e ela é lembrada desta forma, que as dificuldades atuais tendem a ser minimizadas.

A sociabilidade crescente depois do emagrecimento

É surpreendente ouvir Antônia falar sobre sua vida atual em contraste com o passado, com a época que ela se sentia extremamente isolada das pessoas e, ao mesmo tempo, dependente dos familiares para fazer as mínimas tarefas cotidianas. Atualmente, sempre em tom entusiasmado e demonstrando otimismo em relação ao futuro, ela comenta seus projetos de estudar, de conhecer mais pessoas, de conseguir um emprego. Já ressaltou mais de uma vez que não quer perder tempo e que ninguém irá lhe impedir de fazer algo que ela queira. Neste sentido, se referia à possibilidade de algum futuro namorado lhe impor certas restrições, por exemplo, não deixá-la sair sozinha, ir no “pagode”.

Para demonstrar a crescente amplitude das relações sociais que vem sendo estabelecidas por Antônia, será utilizada a técnica de rede social. Entende-se por rede social o campo social formado por relações entre pessoas. Essas relações são definidas por critérios subjacentes a este campo, por exemplo, critérios de parentesco e amizade. (BARNES: 1987)

⁶⁷ DaMatta (1985)

Bott (1976), por sua vez, identifica redes de “malha estreita”, nas quais as unidades componentes estabelecem muitas relações umas com as outras. E redes de “malha frouxa”, nas quais se estabelecem poucos relacionamentos entre as unidades componentes. Neste sentido, adaptando este conceito aos relacionamentos estabelecidos pela minha informante, a designação “malha estreita” (dependência estreita) corresponderá a grande dependência que Antônia tem das pessoas a sua volta, enquanto que “malha frouxa” (dependência frouxa) corresponderá à progressiva independência dos outros que a minha informante vem conseguindo estabelecer.

Observe, abaixo, as narrativas de Antônia que demonstram a evolução dos seus relacionamentos. Ressalta-se que as entrevistas foram feitas em 2003 e 2004. E depois é adaptada uma rede social ao caso desta informante.

(...) E aí eu vi assim, o meu estado de saúde já estava muito debilitado, eu não fazia nada por mim, até o meu cabelo, quem penteava era as minhas sobrinhas, tu vê, elas são pequenas, elas faziam tudo pra mim, tudo. Eu vivia deitada numa cama, no verão eles montavam a piscina, porque eu me sentia muito mal, a minha irmã me botava pra dentro da piscina e me tirava da piscina e me colocava numa cadeira ali. E ali eu comia, eu via televisão, eu lia, tudo ali. Eu não deixava ninguém chegar perto de mim, nenhum vizinho, nem nada. Eu só recebia a minha sogra e os meus filhos, que inclusive moram com a minha sogra porque eu não tinha condições de cuidar e agora que eu posso, as crianças não querem vir, porque elas já estão adaptadas na casa da minha sogra, sabe. E foi muito difícil, tu nem imagina como foi difícil. (...)Eu fiquei quatro anos sem poder andar praticamente (...). (Antônia, 32 anos, em 2003)

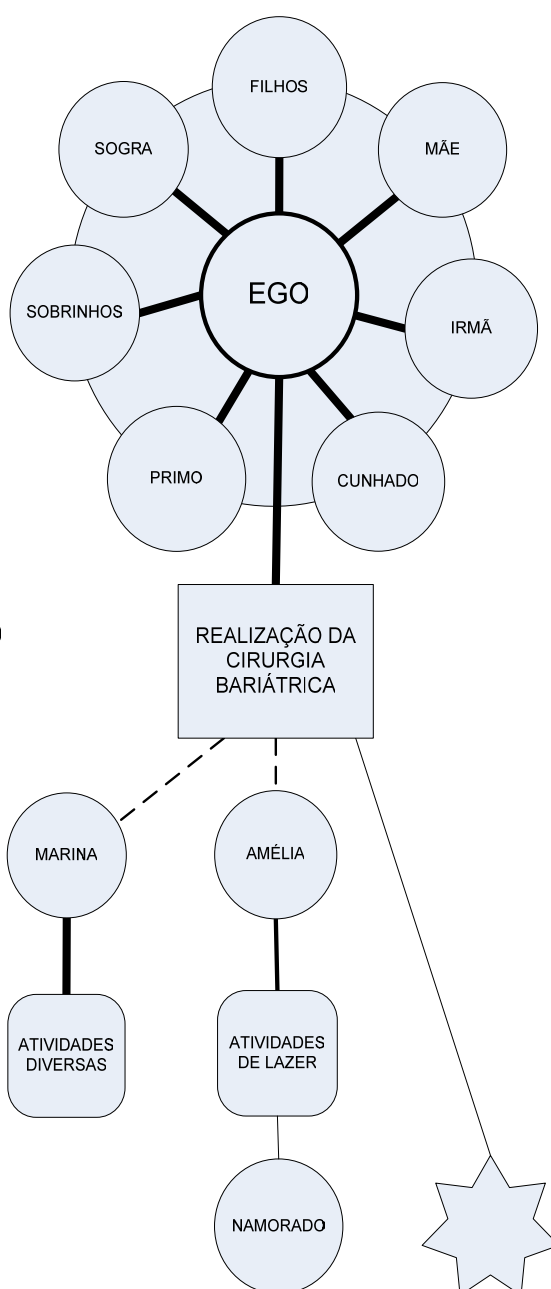
(...)Eu tinha medo de pegar um ônibus, eu tinha medo disso, daquilo. E a Marina sempre dizia pra mim: é tu tem que cuidar pra não cair na rua, tu pode se machucar, tu pode isso, tu pode aquilo e aquilo outro. Tu sabe que se tu te machucar vai ser mais difícil as tuas outras cirurgias (plásticas). Eu fiquei com aquilo muito na cabeça, sabe. Eu agi errado, porque amizade é uma troca, tu compartilha com a pessoa, né. Mas não uma amizade assim... Nesse tempo todo de doença eu perdi a minha personalidade, eu não me achei mais. Daí, por vários assuntos assim, uma vez eu e a Marina... sabe quando a pessoa já quer dar seu grito de liberdade? Porque eu queria sair e sempre dependendo dela, me magoava quando ela não podia ir. Então eu tive um desentendimento com a Marina, e aí eu vi que tinha que fazer por mim, se eu não fizer por mim, como é que eu vão ser as coisas? E dito e feito, guria. Comecei a me encarnar mais nos exercícios, a fazer as coisas mais por mim, a me dar com outras pessoas. Tu vê, desde que eu tomei as coisas, na minha rédea, eu comecei a fazer mais amizades. Eu comecei a não achar que as pessoas só se davam comigo por... sei lá o porquê, porque eu era uma pessoa inteligente, eu era uma pessoa que poderia me comunicar com os outros. Eu comecei a fazer mais amizades, eu cheguei à conclusão que agora só o que me falta é passear, conhecer outras pessoas. Então, eu e a Amélia resolvemos ir no carnaval. Bom, vai ser o nosso grito de independência. Vamos sondar, vamos ver como estão as coisas, já vamos num lugar assim ó... bombando, pra gente ver como é que tá o negócio. (...) Saio, agora saio, me divirto, tenho namorado agora, isso é bem importante, sabe. É uma pessoa muito legal, é bem diferente daquilo que sempre me agradou. Não é aquele tipo de pessoa que eu procuraria, mas é uma pessoa muito legal, legal comigo, gosto de conversar com ele. Ele é meu namorado, mas também seria um amigo especial, e é esse título que eu dou para os meus filhos, pra não chocar as

crianças. Ele é namorado porque a gente se designa esse título. É uma pessoa muito legal, muito boa. (...) Eu sou um pessoa noturna, eu gosto de noite, eu gosto de festa, eu gosto de dança. E isso aí a gente não fecha muito, mas ele me respeita, diz que eu posso ir, não tem problema. Mas mesmo se ele não quisesse, eu iria. Eu quero é me divertir, conhecer outras pessoas. Eu descobri isso há muito pouco tempo, e descobri que isso é forte em mim. Não vou admitir que ninguém diga pra mim o que eu tenho ou não tenho que fazer. Quero sair e pronto, quero voltar e pronto. (Antônia, 33 anos, em 2004)

REDE SOCIAL

Antes da Cirurgia Bariátrica
(período em que Antônia
ficou "de cama": 1998-2002)

Depois da Cirurgia
Bariátrica (2002-2004)



LEGENDA:

- : DEPENDÊNCIA ESTREITA
- - - : LAÇOS DE AMIZADE
- : DEPENDÊNCIA FROUXA
- : RELACIONAMENTOS COM RELATIVO GRAU DE INDEPENDÊNCIA
- ★ : PROGRESSIVA INDEPENDÊNCIA, ESTABELECIMENTO DE NOVOS CONTATOS, SOCIABILIDADE CRESCENTE

Atividades que dão prazer

Como já foi falado anteriormente, Antônia costuma ir todas às sextas-feiras ao pagode, inclusive, nas últimas conversas ela me falou que também estava indo outros dias da semana. Sempre me falou de seus passeios em tom entusiasmado, demonstrando que gosta muito de passear, de se divertir com os amigos. Mas ela também sai sozinha, mesmo quando não tem companhia.

Começa a se arrumar cedo, na quinta-feira ela já faz a unha e a sobrancelha para a festa do dia seguinte. Inclusive, algumas vezes cheguei à sua casa e ela estava fazendo as unhas para uma festa. Observei os objetos de beleza como lixas de unha, esmaltes, hidratantes e outros utensílios em cima do sofá da sala.

Antônia sempre se demonstrou disposta a me receber para conversarmos, mas sexta-feira é o seu dia especial. Ela reserva para ir ao pagode e se arrumar com bastante antecedência. Algumas vezes deixamos de conversar neste dia em função disso, pois precisa de muito tempo para se aprontar minuciosamente. Faz questão de salientar que os detalhes do visual são muito importantes. Gosta do cabelo liso: “eu sempre faço chapinha, eu fico maravilhosa com cabelo liso, fico fina”.

Antes usava sabonete “Gessy”, hoje não só deixou de usar este tipo de sabonete, substituindo-o por outro que considera de melhor qualidade, como também não dispensa cremes, perfumes e outros cosméticos para o corpo, todos “de marca”, que um tempo atrás ela dispensava. Não eram coisas importantes, não sentia falta delas. Hoje ela faz questão de usar todas estas coisas. Antônia disse que descobriu há pouco tempo que é uma pessoa vaidosa, não conhecia este seu lado: nem que era vaidosa e nem que era da noite. Ela se considera comunicativa e carismática. Diz que gosta de fazer amigos, e que esta também é uma descoberta nova.

Observa-se que o corpo emagrecido parece que merece e precisa de cuidados melhores do que os do corpo muito gordo. É um corpo que pode ir para a rua, pois se movimenta com mais facilidade, ele não é mais só da casa (DAMATTA, 1985). Antigamente, quando ficara praticamente confinada numa cama devido a sua difícil mobilidade, a sua higiene pessoal só era feita com a ajuda de outras pessoas, de seus familiares como a sua mãe, irmã, sobrinhos e

um primo, como já foi afirmado antes. Antônia relatara para mim o quanto sentia-se humilhada em depender da ajuda deles para realizar tarefas de cunho tão pessoal. Conforme me disse, eles também não tinham tempo para se dedicar a ela e, muitas vezes, não tinham paciência para estes cuidados. Observei na sua fala o quanto ela sentia que a sua condição era passível de lhes causar diversas sensações e sentimentos, como pena, nojo, cansaço.

Os seus familiares nem sempre estavam dispostos a fazer sua higiene, ou seja, ora ela tomava banho, ora não tomava. Este banho, por sua vez, era feito com um pano molhado que era passado pelo corpo, pois à medida que engordava, se tornava mais difícil para os familiares movê-la até o banheiro e ali realizar a higiene corporal. Ao me falar isto, demonstrou que não era um banho adequado, pois não era como o dos outros, da maioria das pessoas que vão para baixo do chuveiro e ali se banham em água corrente e com sabonete. O seu banho era improvisado, para um corpo que parecia perder o seu valor.

O grande cuidado que hoje ela parece ter com o corpo, muitas vezes coberto com produtos muito valorizados, parece uma forma de compensar um tempo de longo sofrimento, em que o corpo fora desvalorizado. Os cuidados corporais atuais também parecem estar relacionados à possibilidade de fazer coisas novas, que antes eram comprometidas, como os passeios que hoje ela desfruta, bem como o relacionamento com mais pessoas e a conquista de novas amizades. Desta forma, parece que hoje ela precisa cuidar mais do seu corpo para desenvolver de forma mais prazerosa estas atividades que incluem o relacionamento com diversas pessoas.

Em relação às roupas, como já falei anteriormente, com frequência ela manda fazer roupas novas para sair. Sua cor preferida é lilás, tem muitas roupas desta cor. Como diz Antônia, em tom entusiasmado, “é a minha cor”. Certo dia, enquanto ela me mostrava diversos tecidos que serviriam para fazer roupas novas, comentou que agora gasta em tecido o que antes gastava em comida.

Logo percebi o quanto minha informante tinha prazer em ter roupas novas, parecia sugerir que trocara uma fonte de prazer por outra. Desfrutar de ambos os prazeres ao mesmo tempo parece que não seria possível, pois o prazer em comer como antes, as suas conseqüências - o fato de engordar - inviabilizaria ou prejudicaria os demais, que incluem vestir as roupas que gosta, passear, fazer novas amizades.

Em relação a trocar uma fonte de prazer por outra, foi interessante uma conversa que tive com Flávio sobre isso. Quando fui a sua casa pela primeira vez, ele fez questão de me mostrar os diversos cavaquinhos que produz artesanalmente. Tem uma oficina para fabricá-los construída no fundo de sua casa. Levou-me até lá e então pude observar que os instrumentos estavam empilhados uns sobre os outros, diversos em processo de confecção, uns mais atrasados, outros mais adiantados e outros ainda prontos.

Achei os instrumentos musicais muito bonitos, bem feitos e caprichados, o elogiei. Ele então me falou que importa material de outros estados e de outros países para fazê-los. Lê e estuda muito sobre a fabricação de instrumentos, é a sua paixão, conforme me disse entusiasmado. Faz por lazer e não necessariamente pensando em vendê-los. Falou-me que é paixão antiga, mas que depois da cirurgia acredita que trocou a compulsão alimentar pela compulsão em fazer instrumentos.

Perguntei-lhe o que achava desta troca, e ele então disse que era muito benéfica, apesar do psiquiatra ter-lhe dito para “baixar a bola”. “Na verdade eu sempre fui compulsivo, mas é uma compulsão que não atrapalha ninguém”, disse Flávio, em tom conformista pela situação que considera boa. Observei o contraste que fizera em relação à comida, a qual ele considera que o prazer de outrora em comer acabava por prejudicar-lhe de forma muito diferente da compulsão que ele diz ter atualmente, pois a atual não estaria comprometendo as suas outras atividades.

Em relação às atividades que antes eram comprometidas, quando ele era muito gordo, pelo fato dele não ter entusiasmo, ânimo e nem se sentir confortável para executá-las, ele salientou o fato de tocar piano. Este fica na sala de sua casa que é muito espaçosa, também há um teclado e outros instrumentos. Alguns produzidos por ele, como três cavaquinhos que se encontram numa estante.

No final de nossa conversa, ele perguntou-me se eu tocava piano ou gostava de música, eu disse que sim, que gostava muito, e ele então gentilmente sentou-se no banquinho do instrumento e começou a tocar uma música que achei lindíssima. Fiquei encantada, aplaudi e, depois disso, meu informante comentou mais uma vez que isso ele já havia deixado de fazer quando pesava muito. Não tinha ânimo e o banquinho tinha se tornado desconfortável. A sua barriga muito grande prejudicava o prazer que ele tinha em tocar o instrumento, não se sentia bem. Ele então havia abandonado esse costume prazeroso de muitos anos.

Também me dissera, ao me responder sobre o seu lazer, sobre as coisas que gosta de fazer, o divertimento que costuma ter, que adora ir para o sítio, gosta muito de plantar árvores frutíferas. Este é um dos seus grandes prazeres, mas também havia abandonado quando se tornara muito gordo. Não tinha disposição, sentia-se cansado com facilidade, ficava grande parte do tempo sentado por causa disso. Hoje, depois do emagrecimento, sente-se muito mais disposto para fazer o que sempre gostou.

Perguntei-lhe se tem feito coisas que antes não fazia. Ele então respondeu que faz o que já havia deixado de fazer por causa da gordura, o que havia se tornado difícil de realizar à medida que ele engordava. Nesse momento, falou de alguns parentes que também se submeteram à cirurgia bariátrica, e salientou que estes sim mudaram bastante, pois eram muito mais gordos do que ele. Depois que emagreceram, começaram a fazer coisas que nunca haviam feito.

Observei que meu informante tentava mostrar para mim que seus parentes passaram a mudar os seus gostos, diferentemente dele. Neste sentido, o fato dele ter engordado muito não havia alterado os seus gostos, as suas vontades, mas sim o ânimo para fazer as coisas. Já em relação aos seus parentes, dissera que um primo seu “mudou” a data de nascimento para a da realização da cirurgia bariátrica, pois sente que não é mais a mesma pessoa. Costuma falar que renasceu! Enquanto meu informante falava, eu observava seu olhar compenetrado no que ele mesmo dizia.

Flávio enfatizava o quanto havia sido importante a cirurgia para este primo, bem como para seu irmão, que também a fizera. Neste sentido, falara diversos fatos que antes do emagrecimento provavelmente nunca aconteceriam, como andar vários quilômetros de bicicleta de uma cidade até outra, bem como comprar abrigo, tênis e ir num estádio de futebol para assistir um jogo que há muitos anos ele já não assistia.

Parecia que se tratava de algo esquecido completamente ou que até mesmo nunca fora feito. Um prazer descoberto e extremamente valorizado. Essas foram as atividades feitas por seus parentes, as quais ele me relatou para mostrar o quanto é possível a descoberta de novas formas de prazer quando se emagrece.

Em relação aos muitos anos sem fazer algo, e ao prazer de novamente experimentá-lo, Antônia me falara sobre ir ao cinema. Havia muitos anos que não ia pelas diversas razões já

ditas ao longo desse trabalho. Depois de emagrecer praticamente 100 Kg, resolveu experimentar. Foi com seu novo namorado, o qual, inclusive, ela falara que não era propriamente um namorado, mas sim um amigo que ela conhecera numa das festas que costuma ir. Nas últimas conversas que tivemos, ela inclusive me dissera que já não estava namorando.

Chegaram ao cinema, e Antônia começou a ficar extremamente preocupada com a cadeira que iria sentar para assistir ao filme, passou a suar frio. Resolveu esperar que iniciasse a sessão para depois entrar. Se caso ela não coubesse na poltrona, sairia sem chamar a atenção, sem constrangimento, sem ficar envergonhada, já que a sala estaria escura e com as atenções todas voltadas para a tela. Ao entrar na sala, sentiu-se imensamente aliviada ao deparar-se com uma poltrona ampla que antes mesmo dela sentar-se já observou que caberia. Assistiu a sessão confortável e aliviadamente.

Perguntei se ela não pensou em ir para as poltronas do fundo, pois geralmente estas são maiores, próprias para pessoas gordas. Antônia, então, falou demonstrando total contrariedade à minha alternativa, que nunca iria se dirigir àquelas cadeiras, pois justamente havia feito tudo o que fizera, fazendo referência à cirurgia bariátrica, para se sentir igual aos outros, para ser o mais normal possível. Logo, queria caber aonde os outros cabiam, queria que o lugar dos outros também fosse o seu lugar.

Observei que, apesar do emagrecimento, a sensação de o corpo não estar enquadrado no lugar de outros corpos ainda pode permanecer uma constante. Antônia também me falara que a primeira vez que foi passar uma roleta, após submeter-se à cirurgia, ficou muito apreensiva, preocupada com a possibilidade de ficar trancada, com a vergonha que passaria. Neste sentido, ressaltou: “eu ainda tenho pânico de roleta. Os meus piores pesadelos são com roleta.”

Após ter emagrecido muito, entrou num ônibus justamente com o objetivo de passar a roleta, de enfrentar esta dificuldade, este trauma, conforme ela disse. No entanto, ficou imobilizada e perplexa diante do tão grande obstáculo que estava à sua frente. Enquanto seu primo e uma amiga haviam passado para o outro lado e a chamavam, Antônia só olhava para a roleta. Depois de seus amigos muito a chamarem, resolveu, num ato impulsivo para ver o que iria acontecer, passar a mesma. Do outro lado, sentiu-se aliviada e feliz por ter enfrentado e vencido este desafio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica surge como uma esperança para um grande sofrimento. Este que é revelado através da grande dificuldade em fazer as atividades que podem ser consideradas as mais simples do dia-a-dia, que talvez sejam as mais comuns atribuídas ao ser humano, como dormir, caminhar, trabalhar, ter relações sexuais.

Logo, almeja-se viver melhor com um corpo novo, um corpo emagrecido, considerado mais ágil e mais agradável para realizar as mais diversas atividades que possam ser desempenhadas. Além da possibilidade efetiva aqui mostrada - depois do emagrecimento - de um sentimento de maior felicidade pelo fato de poder caminhar com mais facilidade, fazer a higiene pessoal sem a ajuda dos outros, passar a roleta do ônibus sem ficar trancado, vestir a roupa que gosta e não apenas a que serve, sentir-se atraente, e não mais indesejável sexualmente, conquistar novas amizades, ampliando, assim, a rede de relações sociais; meus informantes parecem sentir a necessidade de se perceberem cada vez mais normais, e assim notarem a percepção dos outros.

Se antes do emagrecimento eles sentiam dificuldade em realizar tantas tarefas cotidianas, tendiam a ser vistos como pessoas feias, relaxadas e culpadas por sua condição. E, neste sentido, era difícil se sentirem normais; após o emagrecimento proporcionado pela cirurgia bariátrica, outros fatores podem estar fazendo este papel. As peles que sobram do emagrecimento, por exemplo, tendem a se tornar desagradáveis de ver e de tocar, além de difíceis de disfarçar.

São peles moles e volumosas que caem em babados sobre o corpo, as quais podem causar assaduras consideradas terríveis. Também podem deixar o corpo com uma aparência estranha, com aspecto enrugado, de pessoa mais velha, que emagreceu muito e que pode estar com AIDS. Além disso, são difíceis de serem disfarçadas com eventuais cintas ou determinadas roupas, o que pode não revelar, na aparência, o que de fato a pessoa emagreceu.

O estigma, por sua vez, pode permanecer presente não somente na aparência do corpo, a qual pode comportar as extensas e volumosas peles que sobram do emagrecimento, mas também na forma desse corpo emagrecido agir, por exemplo, se não se apresenta disposto para trabalhar. Neste sentido, um dos meus informantes, como já foi citado, ao demitir-se de

um emprego, preferiu mentir que havia conseguido um outro do que admitir que se sentia doente. Afinal, revelar para os outros que ele sente tontura, indisposição para o trabalho, pode ser considerada a revelação de que ele ainda não é normal, apesar de ter se submetido à cirurgia, a qual talvez ele considere como último recurso para se tornar assim.

Para se sentirem cada vez mais normais, desejam viver melhor com um corpo novo e com uma nova forma de pensar. Se enquanto eram muito gordos havia uma tendência em agir de determinada forma, ora tomando uma posição inferiorizada nas relações sociais, aceitando desaforos e humilhações, ora sentindo a necessidade de mostrarem-se mais felizes e mais alegres, para serem vistos como pessoas agradáveis, já que a corpulência não seria favorável a isso; parece que à medida que emagrecem, se sentem estimulados a mudar suas atitudes; a agir de forma mais auto-suficiente, independentemente dos outros.

Esta nova forma de pensar, por sua vez, parece que também implica em procurar comer menos. Já no que se refere ao fato de comer doces, guloseimas e demais comidas muito calóricas, consideradas inadequadas para quem não deseja engordar, observei menos o desejo dos meus informantes em evitar este tipo de comida, do que a isenção de culpa pelo fato de comê-la. Provavelmente porque estão atreladas a momentos eventuais e a ocasiões especiais. Além disso, o prazer que esta comida proporciona é merecido, pois dele as pessoas consideradas normais desfrutam, e é assim que eles buscam se sentir: como pessoas normais, que merecem desfrutar dos prazeres da vida.

Além disso, também se desfruta do prazer em comer na companhia de amigos, e em preparar uma comida que vai ser valorizada e apreciada. Desta forma, os meus informantes podem se sentir valorizados como pessoas capazes de receber amigos e de se sociabilizar com os outros. Embora, muitas vezes, se procure evitar determinada comida, e/ou determinada quantia, e privilegiar bem mais o prazer da boa companhia, e do fato de proporcionar este prazer aos outros, que talvez possam ser considerados mais credenciados a degustar aquilo que foi preparado.

O corpo emagrecido também é considerado mais digno de cuidados. Tende a ser tratado com novos cremes, novos sabonetes, novas roupas, novos acessórios. O prazer que estes cuidados proporcionam também pode estar na maneira que se percebe a reação dos outros, que muitas vezes passam a admirar, a elogiar, a demonstrar o quanto agrada a nova aparência, em contraste com a do passado.

Estes crescentes cuidados com o corpo e com a aparência pode ser uma maneira de mostrar que “se amam”, diferentemente de outrora, da época em que seriam estigmatizados como pessoas que não gostavam de si mesmas e que traziam na aparência dos seus corpos a prova disto: o resultado de um fracasso na vida. Neste sentido, possivelmente tenham cada vez mais o desejo de mostrar que são competentes e capazes de obter sucesso em tudo o que fazem. Logo, a conquista da beleza de seus corpos pode ser uma forma de manifestar isto, visto que ela é tão valorizada na atualidade e, possivelmente, de forma peculiar para eles, que sofreram tanto pelo estigma de não tê-la e de não serem competentes para conquistá-la.

Além disso, da busca pela beleza ser considerada uma meta, uma prova de sucesso e um prazer, também se buscam outros prazeres, como fazer aquilo que se gosta, ou que se passou a gostar após o emagrecimento, e que agora se tem mais vontade e disposição, como freqüentar uma piscina, ir em festas, conquistar novos amigos, tocar instrumentos.

No entanto, apesar da possibilidade de serem crescentes estes prazeres, aquele proporcionado pela comida parece ficar mais distante depois da cirurgia, possivelmente pelos desconfortos provocados pelos empecilhos decorrentes dela, como a possibilidade da comida “trancar” no estômago, dos enjôos, dos vômitos e das diarreias, bem como do medo de voltar a engordar. Este medo parece ser constante, embora se possa pensar que é normal as pessoas engordarem alguns quilos. Talvez assim meus informantes desejem pensar: que engordar um pouco é algo normal, que faz parte da vida de qualquer um, inclusive das pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica.

Contudo, é provável que queiram ter cada vez mais vontade de comer menos, e de que os empecilhos decorrentes da cirurgia auxiliem neste sentido, de diminuir seus desejos, para que não corram o terrível risco de engordar como antes. Mas apesar disso, desejam que permaneça a alegria e o prazer proporcionado pelo que comem, o que nem sempre tende a ocorrer.

REFERÊNCIAS

- AMANDA PRONTA PARA RENASCER. Disponível em:
<http://prontapararenascer.weblogger.terra.com.br>. Acesso em: 11 de março de 2005
- BARTH, F. Grupos étnicos e suas fronteiras. In: POUTIGNAT, P. ; STREIFF-FENART, J. *Teorias da etnicidade*. São Paulo, Editora da UNESP, 1998.
- BENEDETTI, Carmem. *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo, Vetor, 2003.
- BERGER, Peter L. *A construção social da realidade*. Petrópolis, Vozes, 1985
- BOAS, Franz. *Antropologia cultural*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2004
- BOTH, Elizabeth. *Família e rede social*. 2. ed. Rio de Janeiro, F. Alves, 1976.
- BRILLAT-SAVARIN, Jean-Anthelme. *A fisiologia do gosto*. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O trabalho do antropólogo*. SP, Unesp, 2000.
- CENTRO DA OBESIDADE MÓRBIDA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. Disponível em <http://www.centrodaobesidademorbida.com.br>. Acesso em: 10 de abril de 2003
- CENTURIÃO, Luiz Ricardo Michaelsen. *Identidade, Indivíduo e Grupos Sociais*. Editora Juruá, 2002
- CIANA METAMORPHOSE. Disponível em:
<http://cianametamorphose.weblogger.terra.com.br>. Acesso em: 11 de março de 2005
- CICOUREL, A. (1990). Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A. Z. (org.). *Desvendando máscaras sociais*. Rio: Francisco Alves.
- CONSENSO LATINO-AMERICANO DE OBESIDADE. Disponível em:
<http://www.abeso.org.br>. Acesso em: 05 de março de 2003

CUCHE, Denys. *A noção de cultura em Ciências Sociais*. Bauru, EDUSC, 1999

DA MATTA, Roberto. *A casa e a rua*. São Paulo, Brasiliense, 1985

_____ Sobre o simbolismo da comida no Brasil. In: *O Correio da Unesco*, nº 7, julho de 1987, ano 15

_____ *O que faz o brasil, Brasil?* Rio de Janeiro, Rocco, 1991

DIÁRIO DE UMA BANDA GÁSTRICA. Disponível em:

http://members.tripod.com/beto_brazil/vidanova. Acesso em: 11 de novembro de 2005

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

EMAGRECENDO E RENASCENDO. Disponível em:

<http://emagrecendorenascendo.webblogger.terra.br>. Acesso em: 14 de março de 2005

EXGORDO SITE. Disponível em: <http://www.exgordo.cjb.net>. Acesso em: 10 de março de 2005

FISCHLER, Claude. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: SANTANNA, Denise Bernuzzi (org.). *Políticas do corpo*. São Paulo, Estação Liberdade, 1995

_____ Gastro-nomie et Gastro-anomie. In: *Communications - École des hautes études en sciences sociales. Le centre d'études transdisciplinaires*, 1979

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

FLANDRIN, Jean Louis; MONTANARI, Massimo. *História da Alimentação*. São Paulo, Estação Liberdade, 1998

GARCIA, R. W. D. Representações Sociais da Alimentação e Saúde e suas Repercussões no Comportamento Alimentar. In: *Phisys, Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1997

GARINE, Igor de. Alimentação, culturas e sociedades. In: *O Correio da Unesco*, nº 7, julho de 1987, ano 15

GEERTZ, Clifford. *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro, UFRJ, 2002.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978

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

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

GONÇALVES, Clarissa. *O “Peso” de Ser Muito Gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero*. Trabalho de Conclusão – Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003

HECK, Marina de Camargo. Comer como Atividade de Lazer. In: *Estudos Históricos: alimentação*, Rio de Janeiro, nº 33, janeiro-junho de 2004, p. 1-180

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

LEPARGNEUR, Hubert. *Antropologia do Prazer*. Campinas, Papirus, 1985

LÉVI-STRAUSS, Claude. *O cru e o cozido*. São Paulo, Cosac & Naify, 2004

MACIEL, Maria Eunice. Uma cozinha à brasileira. In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, nº 33, janeiro-junho de 2004, p. 25-39

MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo, Abril Cultural, Pensadores, Ática, 1976. Introdução

MALYSSE, Stéphane. Em busca dos (H) alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLDENBERG, Mirian (org.) *Nu & Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro, Record, 2002

MILLÁN, Amado. Alrededor de la mesa: aspectos normativos, rituales y simbólicos de la comensalía. In: *Artículos sobre cultura y alimentación*. Universidad de Zaragoza, 1999

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil / IBGE, Coordenação de índices de preços – Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 80p.

POULAIN, Jean-Pierre. *Sociologias da Alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro, Dois Pontos Editora, 1986

SANTANNA, Denise Bernuzzi. Cuidados de Si e Embelezamento Feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANTANNA, Denise Bernuzzi (org.). *Políticas do Corpo*. São Paulo, Estação Liberdade, 1995

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA. Disponível em: <http://www.scb.org.br>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2006

VÍCTORA, Ceres Gomes (org.). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000

APÊNDICE

Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: Obesidade

Sabe-se atualmente que a obesidade é um problema que tem aumentado em vários países do mundo. Sabe-se, também, que é muito difícil para as pessoas atingidas por esse problema conseguirem perder e manter o peso com tratamentos convencionais. Assim sendo, muitas pessoas com obesidade têm procurado tratar-se através da cirurgia bariátrica, isto é, uma cirurgia que tem por objetivos restringir a capacidade do estômago de receber os alimentos, diminuir a absorção dos mesmos ou as duas situações. Várias técnicas de cirurgia bariátrica são utilizadas com estes objetivos.

A partir do tratamento cirúrgico da obesidade é possível que muitas pessoas recuperem a auto-estima, tenham maior capacidade de locomoção e mobilidade, adquiram maior independência dos outros pra realizar diversas tarefas e se sociabilizem de forma mais ampla após o emagrecimento, afetando assim a sua forma de se perceberem e serem percebidas pelos demais. No entanto, observa-se que são diversas as restrições alimentares decorrentes do referido tratamento. As pessoas devem comer devagar e em pequenas quantidades, alimentos bem picadinhos e considerados saudáveis pela área da saúde. Algumas pessoas apresentam dificuldades em ingerir determinados alimentos, comidas gordurosas e doces. Estas dificuldades se apresentam no momento que a pessoa sofre com diarreia e mal estar resultante desta alimentação, bem como pode sofrer devido à ingestão de um alimento que ficou “trancado” no estômago. Além disso, sobra muita pele após o emagrecimento, fato que pode ocasionar mal estar a algumas pessoas.

Logo, é provável que a cirurgia bariátrica, as decorrentes restrições alimentares e o emagrecimento que ocorrem a partir dela influenciem a forma das pessoas se perceberem, notarem a percepção dos outros, perceberem a alimentação e se sociabilizarem. Esta pesquisa visa, portanto, compreender como as pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica estão vivenciando esta experiência que tende a mudar drasticamente a sua vida. A pesquisa será realizada através de entrevistas com pessoas que se submeteram à cirurgia bariátrica. Essa entrevista é, na verdade, uma conversa informal sobre assuntos relacionados à obesidade e tratamentos que se desenvolverá na casa dos pacientes ou no lugar de sua preferência.

É importante que fique claro que tudo o que for conversado nessas entrevistas será utilizado apenas para fins de pesquisa científica, não sendo feita nenhuma menção ao nome da pessoa entrevistada. E, mesmo que a participação da pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica seja muito importante para a realização deste estudo, ela poderá, se assim desejar, interromper a sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique qualquer penalidade ou constrangimento a ela.

A realização da pesquisa está ao encargo da mestranda do curso de pós-graduação em Antropologia Social da UFRGS, Clarissa Azevedo Gonçalves, que se prontifica a esclarecer, em qualquer momento, caso haja dúvida sobre os objetivos e procedimentos de pesquisa pelos telefones: (51) 3352-2428 e 9138-7912.

Eu,..... (pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica) fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação de que as entrevistas dadas serão gravadas em fita cassete, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar da pesquisa se assim eu o desejar. A acadêmica Clarissa Azevedo Gonçalves certificou-me de que todos os dados serão utilizados para fins de pesquisa científica, submetida a elevados parâmetros éticos. A minha identidade será preservada, e eu terei acesso aos resultados e conclusões da pesquisa a partir da finalização desta.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura da pessoa que se submeteu à cirurgia bariátrica

Data

Clarissa Azevedo Gonçalves
Pesquisadora Responsável pelo Projeto

ANEXOS

Técnicas de cirurgia bariátrica⁶⁸

Existem três formas básicas de tratamento cirúrgico:

1. Através das técnicas restritivas
2. Através das técnicas disabsortivas
3. Através das técnicas mistas.

1 - O que são técnicas restritivas?

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

Então, por que fazê-las?

Porque são mais simples, de menor risco, de mais fácil adaptação, e de fácil recuperação. O mais IMPORTANTE é saber que a perda de peso é menor do que nas outras técnicas.

Como são as técnicas restritivas?

Existem várias formas de fazê-las. As principais são:

1. A cerclagem dentária,
2. O balão intragástrico,
3. A gastroplastia vertical restritiva de Mason,
4. A banda gástrica ajustável por laparoscopia

⁶⁸ Fonte: <http://www.sbcb.org.br>

Como é a cerclagem dentária?

É uma forma antiga de tratamento, no momento em desuso pela qual os dentes da arcada superior são amarrados com fios de aço com os dentes da arcada inferior. Com isto, o paciente toma líquidos em pequenas quantidades de baixo valor calórico levando a perda importante de peso. É um método temporário e deve ser interrompido quando se alcança uma perda de peso aceitável e possível. Nem sempre se consegue perda de peso que convença.

O que é o Balão intragástrico? (Bioenterics Intragastric Balloon - BIB®) O que é gastroplastia vertical restritiva de Mason?

Mason, cirurgião norte-americano, descreveu já há alguns anos esta operação que consiste em "grampear" o estômago de maneira a criar um pequeno tubo que recebe o alimento dando ao paciente a sensação de estar "cheio". Com isto esta antecâmara gástrica esvazia-se lentamente e o paciente tem a sensação de que está satisfeito.

Somando o volume final de alimentos ingeridos durante o dia corresponderá a um pequeno percentual do seu habitual e assim perderá peso. O inconveniente é que se o paciente usar líquidos em vez de alimentos sólidos, poderá toma-los em grande quantidade e ser forem hipercalóricos, a perda de peso não será a esperada. É uma técnica que deve ser usada em pacientes especiais, escolhidos com critério, disciplinados e cooperativos. Fazemos esta operação em caráter excepcional.

O que são grampeadores?

São instrumentos que fazem os cortes e as costuras cirúrgicas automáticas e usam como material de sutura delicados e finos fios de aço titânio que quando aplicados lembram a forma de grampos de papel.

O que é banda gástrica ajustável por laparoscopia (lap-band ou banda laparoscópica)?

A banda gástrica é uma prótese de silicone que tem um balão insuflável, por dentro, parecido com um manguito do aparelho de medir pressão arterial. Quando colocada em volta da parte alta do estômago forma um anel que o aperta conferindo-lhe a forma de um relógio de areia. Quando o balão é insuflado ou desinsuflado, aperta mais ou menos o estômago de

maneira que podemos controlar o esvaziamento do alimento da parte alta para a parte baixa do órgão.

O balão é ligado a um botão de metal e plástico que fica embaixo da pele por intermédio de um delicado tubo de silicone. Este botão que fica sob a pele e gordura, fixo no músculo do abdome, pode ser alcançado com uma fina agulha de injeção. Desta forma podemos injetar água destilada para apertar mais o estômago ou esvaziar o receptáculo para aliviar a obstrução à passagem de alimento.

O principio da operação é semelhante a operação de Mason porém é feita por laparoscopia, ou seja, sem abrir o abdome e pode ser regulada depois, a qualquer tempo, ambulatorialmente. A perda de peso, da mesma forma, fica em torno de 20 a 30% em média e depende da cooperação do paciente.

2 - O que são técnicas disabsortivas?

São técnicas que permitem ao paciente comer, no entanto atrapalham a absorção dos nutrientes e com isto levam o obeso ao emagrecimento. São, em geral muito bem sucedidas quanto ao emagrecimento que pode chegar a 40% do peso original, no entanto tem necessidade de controle mais rígido quanto a distúrbios nutricionais, de elementos minerais e vitaminas. Vem se tornando cada vez mais popular devido a qualidade de vida que traz ao paciente.

Estas operações são conhecidas como "desvios do intestino"?

Desviam uma boa parte do caminho que os alimentos tem que passar, desta forma fazendo um curto circuito levando a uma absorção menor dos nutrientes. Dentre as várias técnicas propostas, três são as mais conhecidas e, o mais importante, reconhecidas: A cirurgia de Payne que é um desvio intestinal grande sem se mexer no estômago. Esta é uma cirurgia de exceção pois pode levar a distúrbios nutricionais muito acentuados e é somente utilizada através de critérios rigorosos.

Muitas vezes esta cirurgia é utilizada como tratamento temporário em pacientes excessivamente obesos. Por ser uma cirurgia tecnicamente simples, ela é realizada em um primeiro tempo para o paciente perder algum peso para depois se fazer a cirurgia definitiva

num segundo tempo. Outra cirurgia disabsortiva chama-se derivação biliopancreática ou cirurgia de Scopinaro (nome do cirurgião que inventou este procedimento).

Esta cirurgia consiste em retirar a metade do estômago, desta forma fazendo com que o paciente possa comer um volume menor porém satisfatório, associado a um "desvio intestinal" importante. Habitualmente a vesícula biliar é retirada neste procedimento : quase 90 % dos pacientes podem apresentar pedras na vesícula durante o processo de emagrecimento. É uma cirurgia que apresenta bons resultados e uma perda de 40% do peso total.

A terceira técnica chama-se Derivação Bilipancreática com Duodenal Switch ou cirurgia de Hess na qual é realizada uma ressecção longitudinal do estômago. Neste procedimento é preservada a anatomia básica do estômago e sua fisiologia no esvaziamento do alimento do estômago. Outra adição à técnica é a preservação de uma pequena faixa do duodeno (primeira porção do intestino delgado).

Esta pequena faixa de duodeno favorece a absorção de inúmeros nutrientes incluindo proteínas, cálcio, ferro e vitamina B12. O que não acontece nas outras cirurgias para perda de peso. Vem sendo considerada uma evolução das cirurgias. O componente disabsortivo (desvio intestinal) do duodenal switch faz com que o alimento venha por um caminho enquanto os sucos digestivos (bile e suco pancreático) venham por outro.

Eles se encontram apenas a 100cm de acabar o intestino delgado. Isto inibe a absorção de calorias e nutrientes levando a um emagrecimento importante. As principais vantagens desta cirurgia são: 1.seu estômago foi diminuído sem a presença de bandas ou anéis; 2. a cirurgia pode ser totalmente revertida (com exceção da faixa de estômago que foi retirada); 3.não é retirada nada do seu intestino como é proposto em outras técnicas; 4. alguns nutrientes são absorvidos na pequena faixa de duodeno preservada; 5. O volume de alimento que vai poder ingerir em alguns meses de pós-operatório vai ser praticamente normal e finalmente ; 6. a perda de peso é consistente e duradoura.

Em estudos recentes pôde-se comprovar que a qualidade de vida dos pacientes submetidos a este procedimento apresentam maior satisfação a longo prazo. Todas as cirurgias disabsortivas têm riscos e complicações a curto e longo prazo. É muito importante discutir com seu médico sobre estas complicações e o que pode ser feito para preveni-las.

3 - E as técnicas mistas?

São técnicas que associam um pouco de restrição a ingesta do bolo alimentar com um pouco de disabsorção, ou seja um desvio intestinal menor. Atualmente a técnica mais utilizada chama-se by-pass gástrico com anel ou cirurgia de Fobi-Capella (cirurgiões que a inventaram). Ela consiste em uma redução do estômago através de grampeamento.

O estômago é dividido em duas partes: uma menor (30ml) que será por onde o alimento irá transitar e outra maior que ficará isolada. Este pequeno estômago é então ligado ao intestino para que o alimento possa seguir seu curso natural. Todas as secreções do estômago separado serão levadas a uma nova costura do intestino feita adiante do intestino que é costurado no estômago.

Fotos de famosos e não famosos que se submeteram à cirurgia bariátrica



Leonor Corrêa, ex-apresentadora de televisão da Rede Bandeirantes; irmã do apresentador Fausto Silva, da Rede Globo.

Fonte: <http://www.band.com.br/melhordatarde>



Antes



Depois

Roberto Jefferson, ex-deputado federal. Recentemente envolvido no escândalo do “mensalão”.

Fontes:

<http://www.democracia.com.br>

<http://cidadesdaobrasil.com.br>

Viva! Na Cola dos Famosos Por Louise Araujo

A voz é a mesma, mas o corpinho...

As Fat Family Kátia e Suzete contam a alegria de, em quatro meses, perder 30 quilos — cada!

IRMÃOS ELIMINARÃO PESO DURANTE UM ANO

Na edição 279, **Viva!** acompanhou os irmãos **Kátia, Suzete e Celinho** numa pizzaria paulistana. Devoraram 12 "redondas"! Exagero com sabor de despedida: no dia 1 de fevereiro, os três cantores do grupo Fat Family fizeram redução do estômago. Agora, voltam às nossas páginas para detalhar a nova vida.

Livraram-se, ao todo, de 95 kg. "Dá quase outro integrante!", brinca Suzete, que, como a irmã, deu adeus a 30 kg. As manas vibram com os novos contornos e fôlego. "Nem dançava mais no show, pouco me mexia! Agora, tenho outro pique", confessa Kátia, cujo peso caiu de 160 kg para 130 kg. "Ja cruzamos as pernas — antes, eram só os calcanhares, e silê lá", riem, falando da alegria de poder vestir regata, de não precisar de sapatos sob encomenda, de cavalgar... "Sempre quis, mas, do jeito que estava, era o cavalo que montava na gente, né?" diverte-se Suzete.

REAÇÃO DOS FÃS
"Dão a maior força! E muitos se estimulam a fazer a redução, podem informações", conta Kátia. A única cobrança é para que entrem logo em estúdio no próximo mês e comecem a gravar o 5º disco da banda — só de inéditas.

Guia nunca mais!
Não foi fácil! A cirurgia é apenas o começo da adaptação. Nos primeiros 15 dias, só ingeriam líquidos (chá, água, água de coco, bebidas isotônicas). Cerca de 50 ml a cada 20 minutos. Depois, vieram os caldos, cremes e purês, e, só um mês e meio após a cirurgia, os sólidos.

Ainda assim, com reservas: São 250g de comida minuído mastigada por refeição — senão, volta! Doce? Pouquíssimo, pois dificulta o emagrecimento. Haja psicólogo e nutricionista de olho! "Aprenda a eliminar as vontades, não são mais meus olhos que comem", explica Celinho.

Shopping, ai vão eles!
O guarda-roupa ainda não mudou. As peças ficam largas a cada dia — para estas fotos, a produção ajustou os modelitos com pregadores! Suzete planeja chegar aos 75 kg — deve perder 15 kg. "Quero eliminar outros 50 kg e chegar aos 80 kg. Ainda levo mais um ano. Ai, comprarei tudo que não podia usar", anima-se Kátia.

Para tanta, caminham e fazem step ao menos três vezes por semana. O cúme do namorado de Suzete — saradão! — já aumentou. "Se fico um dia sem ligar, ele reclama que estou maldada", ri Celinho e é mais determinado: se não pode ir a academia, malha em casa! Dedicação que começa a inspirar outros Fat Family. "A Bebe, por exemplo", revelam.

Plásticas? Ainda não...

O próximo passo da transformação dos irmãos será a cirurgia plástica para se livrar do excesso de pele. "Porem, vai demorar um pouco: ainda vamos emagrecer", pondera Celinho. "Mas vai valer, porque ninguém merece ficar com peito pequeno, né?", gargalha Suzete.

PORE POUCO
Suzete já tem 120 kg, está com 90, Fatam só 15 kg para o ideal

VIVA! DEU
Na edição 279, nós contamos a "despedida" que os irmãos fizeram da comilança

EXEMPLO DE MULHER ARREIADA

Homens emagrecem mais rápido

Da tripe, Celinho foi quem perdeu mais peso — 35 kg! Está com 105 kg. "Para o homem, a perda é maior e aparece mais. Nosso médico explicou que as mulheres, por conta de hormônios e da menstruação, costumam ter inchacos que não deixam transparecer tanto a diferença", explica Kátia. Celinho, que engordou ao trocar a vida de cantor — "é mais sedentário" —, está feliz da vida. Malha todo santo dia. Com prazer!

DISCIPLINADO Se falta à academia, Celinho se exercita em casa mesmo

ANTES **DEPOIS** **DEPOIS** **ANTES**

DEPOIS
PESO NOVO
Kátia conta melhor com 130 kg de que com 160 kg. Deve perder outros 50 kg

ANTES

Operei, principalmente, para ter saúde e ver meus filhos, Daiana e Daniel, crescerem

Kátia

Irmãos do grupo musical *Fat Family*.
Fonte: Revista Viva!, 24/junho/2005.

VEJA O ACOMPANHOU POR 16 MESES

Em visitas regulares ao longo de um ano e quatro meses, repórter de VEJA acompanhou a saga do empresário William Adas, que atingiu 163 quilos, operou o estômago e agora pesa quase a metade

Adas, com 98 quilos: livre de uma carga equivalente a treze sacos de arroz

Monica Weinberg

Quando reflete a respeito do processo de engorda que o fez dobrar de peso, o empresário paulista William Adas tem a sensação de que inchou de uma hora para outra. "É como se eu fosse o monstro de um filme de ficção científica e uma força maligna tivesse me sugado para um mundo paralelo onde fui transformado num monstro. Fiquei deformado. Meu pescoço desapareceu, passei a não enxergar meus pés sem ajuda de espelhos, parei de alcançar as costas no banho e meu órgão sexual ficou encoberto", conta. A maior parte dos poucos sábios sé a perdura dessa forma, como um alien que se apossa subitamente de seus corpos. Na verdade, Adas, hoje com 35 anos, levou exatos treze anos para assumir a forma física que ele não deseja nem para seu pior inimigo. Nesse período, o empresário engordou, en-

Empresário paulista.
Fonte: Revista Veja, 17/março/2004.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)