

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

OBESIDADE NOS CORPOS DAS MULHERES E OS OLHARES
SOBRE OS DISCURSOS MEDICALIZANTES

Autor: Rogério José de Almeida

Brasília, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

OBESIDADE NOS CORPOS DAS MULHERES E OS OLHARES
SOBRE OS DISCURSOS MEDICALIZANTES

Autor: Rogério José de Almeida

Tese apresentada ao Departamento de Sociologia
da Universidade de Brasília/UnB como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Doutor.

Brasília, abril de 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

OBESIDADE NOS CORPOS DAS MULHERES E OS OLHARES
SOBRE OS DISCURSOS MEDICALIZANTES

Autor: Rogério José de Almeida

Orientadora: Doutora Lourdes Maria Bandeira (UnB)

Banca: Prof^ª. Dr^ª. Lourdes Maria Bandeira (UnB)
Prof^ª. Dr^ª. Marcela Carvalho Martins Amaral (UFERSA)
Prof. Dr. Luiz Mello de Almeida Neto (UFG)
Prof^ª. Dr^ª. Tânia Mara Campos de Almeida (UnB)
Prof^ª. Dr^ª. Dulce Maria Filgueira de Almeida Suassuna (UnB)
Prof^ª. Dr^ª. Deis Elucy Siqueira (Suplente – UnB)

*“Eu não quero duas doenças: uma feita
pela natureza e a outra feita pelo médico”*

(Napoleão Bonaparte – 1769-1821)

Para meus dois amores: minha esposa
Erika Luiza Xavier de Bastos e minha filha
Iasmim Xavier de Almeida

AGRADECIMENTOS

Acredito que esse seja um momento oportuno para fazer um breve balanço desses cinco anos de Doutorado e agradecer a todas e todos que fizeram parte dessa longa trajetória, mas composta de muitos ensinamentos.

Em cinco anos tudo pode acontecer e realmente aconteceu. Foram altos e baixos, alegrias e tristeza, literalmente do inferno ao céu. Os extremos foram contemplados nesse período de Doutorado. O engraçado ou trágico é que no meio desses extremos há uma pesquisa a ser feita, entrevistas, análise dos dados e redação da tese. Em tese, é preciso superar tudo para se escrever uma tese.

Nesses cinco anos Deus providenciou a ida e a vinda de muita gente. Esses anos de Doutorado pessoas queridas foram morar em outro plano: Seu Oliveira (Avô) e o Natal Júnior (primo). Mas, também outras vieram viver conosco: Marcos Neto (sobrinho e afilhado), Maria Fernanda (sobrinha) e, em especial, MINHA FILHA AMADA IASMIM.

Por isso, primeiro de tudo quero agradecer a Deus por tudo de bom e ruim que aconteceu. Peço ao Senhor que ilumine a todas as irmãs e todos os irmãos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse sonho.

Agradeço ao amor da minha vida, minha esposa Erika Luiza por nunca ter desistido de nós. Obrigado pela compreensão nas horas difíceis, pelos momentos de alegria e também de tristezas. Nosso amor fez com que passássemos cada obstáculo que apareceu em nossa vida.

Agradeço as duas famílias que tenho, com meus pais e a que Deus me deu por intermédio de minha esposa.

Agradeço aos amigos Hugo Leonardo Ferreira e Rogério Borges.

Agradeço aos queridos amigos e amigas de doutorado e de viagem, Thaís Alves Marinho, José Eduardo, Clóvis Carvalho Britto, Emiliano Rivello, Rafael Belmont e Núbia Regina Moreira.

Agradeço à minha orientadora Professora Lourdes Bandeira por todos os ensinamentos e, principalmente, pela compreensão.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UnB, em especial aos professores e professoras: Carlos Benedito Martins, Mariza Veloso Motta Santos, Cristiane

Girard Ferreira Nunes, Marcelo Rosa e Edson Silva de Farias. E às (aos) secretárias (os) Evaldo, Márcia, Patrícia e, em especial, Ana Paula.

Agradeço às professoras Marcela Amaral, Tânia Mara e Dulce Suassuna pela disposição e humildade em dividir seus conhecimentos com o intuito de aperfeiçoar esse trabalho.

Agradeço ao professor Luiz Mello que viu ainda lá atrás no ano de 2003 essas ideias nascerem. Obrigado por tudo, seus ensinamentos foram fundamentais para o início de tudo.

Agradeço ao Serviço Integrado de Cirurgia da Obesidade (SICO-SG) e ao Programa de Prevenção e Controle da Obesidade (PPCO-HGG), por permitirem a realização dessa pesquisa.

Agradeço aos amigos e amigas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO: Sônia Ribeiro, Rita Francis, Hernani Kruger, Iracema Carvalho, Marcos Moraes, Vera Morselli, Júlia Pargeon, Carmem Januzzi, Cristiane Simões, Paulo Francescantonio, Isabel Francescantonio, Fábria Pinho, Margareth Giglio, Marcos Milki, Cáritas Franco, Roseneide Conde, Cristina Kozlowski, Isadora, Aryane, Sabrina e Denise.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, que foi fundamental para conclusão deste trabalho, disponibilizando minha bolsa de estudos.

É um agradecimento especial às mulheres que gentilmente participaram como voluntárias nessa pesquisa. Muito obrigado!

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo analisar os impactos e/ou influência que os discursos médico-científico e cultural sexista exercem sobre a perspectiva que mulheres obesas e ex-obesas têm em relação à interseção entre a exclusão e inclusão dos corpos na sociedade. O foco analítico para a compreensão do fenômeno se concentra no olhar das mulheres, delimitado por três dimensões do fenômeno: olhar social normativo que exclui, olhar individual subjetivo que auto exclui e olhar individual subjetivo que auto inclui. Identificou-se que tais discursos não valorizam os corpos diferentes, o que repercute sobremaneira nas vivências cotidianas das mulheres obesas e ex-obesas que veem e sentem as consequências de possuir um estigma. O discurso médico-científico foi apontado como um grande legitimador da difusão de práticas medicalizantes sobre a obesidade e a magreza, como é o caso da cirurgia de redução de estômago. Esses saberes médicos são amplamente divulgados pela mídia e reproduzidos culturalmente sem uma crítica. Considera-se, portanto, que o discurso médico-científico colabora para uma sociedade mais saudável e para a promoção de saúde, mas também é preciso enxergar os potenciais iatrogênicos que causam consequências drásticas nas relações sociais. A relação obesidade e magreza é emblemática nesse sentido, pois a confluência desse discurso com uma cultura sexista engendra práticas divulgadas sem uma crítica, transformando a medicalização da vida e, por consequência, as intervenções médicas em uma legítima panaceia. As conclusões apontam para a necessidade de uma superação epistemológica e prática das ciências médicas.

Palavras-Chave: Exclusão; Medicina; Mulheres; Obesidade.

ABSTRACT

This research objective to analyze the impact and/or influence of the medical-scientific discourse and the cultural sexist that exert about the perspective that obese women and ex-obese have regarding about the body and the intersection between exclusion and inclusion bodies in contemporary society. The analytical focus to understanding the present phenomenon focuses in the view of women, defined by three dimensions of the phenomenon: view at social norms that exclude, view at individual subjective that self excludes and view at individual subjective that self includes. It was identified that these discourses do not value the different bodies, which greatly affects the everyday experiences of obese women and ex-obese who see and feel the consequences of owning a stigma. The medical-scientific discourse has been touted as a major legitimizing dissemination of medicalization practices on obesity and thinness, as the case of stomach reduction surgery. These medical knowledge are widely publicized by the media and culturally reproduced without criticism. It is considered, therefore, that the medical-scientific discourse contributes to a healthier society and the promotion of health, but it is also necessary to see that the potential iatrogenic of the medicine cause drastic consequences in social relations. The relationship between obesity and thinness is emblematic in this sense, because the confluence of this discourse with a sexist culture engenders practices disclosed without a critical turning the medicalization of life and, consequently, the medical interventions in a legitimate panacea. The findings point to the need for overcoming epistemological and practical medical sciences.

Keywords: Exclusion; Medicine; Women; Obesity.

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à analyser l'impact et l'influence que les discours médico-scientifiques et culturels sexistes exercent sur la perspective que les femmes obèses et ex-obèses ont en ce qui concerne l'intersection entre l'exclusion et l'inclusion des corps dans la société. La mise au point analytique pour comprendre le phénomène se concentre sur la recherche des femmes, définie par trois dimensions du phénomène: le regard sur les normes sociales qui excluent, le regard individuel et subjectif qui s'auto-exclut et le regard individuel subjectif qui s'auto-inclut. Il a été identifié que ces discours ne valorisent pas les différents corps, ce qui affecte énormément les expériences quotidiennes des femmes obèses et les ex-obèses qui voient et ressentent les conséquences de posséder un stigmat. Le discours médical et scientifique fut le grand légitimiste de la diffusion des pratiques médicamenteuses sur l'obésité et la minceur, comme c'est le cas de la chirurgie de réduction d'estomac. Ces connaissances médicales sont largement diffusées par les médias et culturellement reproduites sans être critiquées. Le discours medical et scientifique contribue à une société plus saine et à la promotion de la santé, mais il faut aussi voir que les puissants iatrogènes provoquent des graves conséquences dans les relations sociales. Dans ce sens, la relation entre l'obésité et la minceur est emblématique, parce que la confluence de ce discours avec une culture sexiste engendre des pratiques qui sont disséminées sans jugements, en provoquant la médicalisation de la vie et, par conséquent, laissant les interventions médicales dans une panacée légitime. Les conclusions pointent sur la nécessité de surmonter des épistémologiques et pratiques dans les sciences médicales.

Mots-clés: Exclusion; Médecine; Femmes; Obésité.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Venus at mirror.....	13
Figura 2 – The three graces.....	13
Figura 3 – Vênus e Adônis.....	57
Figura 4 – Disseminação da obesidade no período de 1975 a 2000.....	94
Figura 5 – Modelo fotográfica em uma propaganda de roupas para mulheres obesas.....	132
Figura 6 – Pôster da ISAA.....	160
Figura 7 – Receita para a paciente.....	172
Figura 8 – Campanha contra a obesidade infantil.....	177

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Índice de massa corporal – IMC.....	67
Quadro 1 – Lista de doenças mais relacionadas à obesidade (comorbidades).....	68
Quadro 2 – Fatores associados à intervenção médica excessiva.....	186

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
RÉSUMÉ	08
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	24
1.1 Procedimentos da pesquisa qualitativa.....	24
1.2 O serviço integrado de cirurgia da obesidade – SICO: hospital particular.....	27
1.3 O programa de prevenção e controle de obesidade – PPCO: hospital público.....	31
1.4 As cirurgias de redução de estômago.....	33
1.5 Apontamentos sobre o trabalho de campo.....	35
1.6 O discurso como ferramenta teórica de investigação.....	43
CAPÍTULO II – CORPO, OBESIDADE E SOCIEDADE	51
2.1 A contribuição da sociologia para uma reflexão sobre o corpo.....	51
2.2 Da obesidade à magreza: uma história inscrita nos corpos.....	54
2.3 O corpo na sociedade contemporânea.....	61
2.4 O corpo obeso, o corpo doente.....	65
2.5 Os discursos sobre obesidade na esfera social.....	71
CAPÍTULO III – O DISCURSO MÉDICO-CIENTÍFICO	77
3.1 A construção do discurso médico: legitimando um campo de poder e saber.....	77
3.2 A interseção saúde e doença: um saber somente médico?.....	83
3.3 A vontade de verdade do discurso médico-científico.....	88
3.3.1 A obesidade como contágio social.....	89
3.3.2 A obesidade como forma de mutação genética.....	95
3.3.3 Consequências da vontade de verdade do discurso médico-científico.....	97
3.4 O discurso sobre a obesidade na prática médica: entre o normal e o patológico.....	102

CAPÍTULO IV – O DISCURSO CULTURAL SEXISTA.....	110
4.1 A contribuição dos estudos de gênero.....	110
4.2 Corpo de mulher: anseios de uma cultura sexista.....	117
4.2.1 A beleza terrível: o corpo feminino em situação de obesidade.....	124
4.2.2 Uma beleza possível pós redução de estômago? magra, saudável e jovem?.....	133
CAPÍTULO V – CONSEQUÊNCIAS DOS DISCURSOS NA PRODUÇÃO DAS IDENTIDADES DA MULHER OBESA E DA EX-OBESA.....	141
5.1 Corpo magro e corpo obeso: a identidade e a diferença.....	141
5.2 Olhar social normativo que exclui: a produção social da identidade deteriorada (o estigma).....	148
5.3 Olhar individual subjetivo que auto exclui: efeitos da internalização do estigma.....	154
5.4 Olhar individual subjetivo que auto inclui: lutando contra os discursos estigmatizantes.....	159
CAPÍTULO VI – MEDIAÇÃO, DIVULGAÇÃO E SUPERAÇÃO DAS DISCURSIVIDADES MÉDICAS.....	167
6.1 a iatrogênese social como mediadora das discursividades médicas com as práticas sociais.....	167
6.2 a participação ambígua da mídia na divulgação dos discursos: entre a crítica e a reprodução.....	173
6.3 superação epistemológica e prática das discursividades médicas.....	178
6.3.1 A superação epistemológica: um novo paradigma científico.....	179
6.3.2 A superação prática: prevenção quaternária nas relações médicas.....	184
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	196
ANEXOS.....	208

INTRODUÇÃO

Houve uma época na história das sociedades ocidentais em que o ganho de peso e o acúmulo de gordura nas mulheres eram vistos como sinais de saúde, prosperidade e fertilidade. Para confirmar essa afirmação basta observar como os corpos dessas mulheres eram apresentados nas obras de arte no período da Idade Média. Nas pinturas de Peter Paul Rubens (1577-1640) pode-se observar claramente uma estética corporal diferente da atual, já que as mulheres eram retratadas e/ou descritas ressaltando suas rechonchudas e arredondadas formas físicas. Como exemplos da obra do pintor Peter Paul Rubens estão abaixo os quadros: na figura 1 *Venus at a mirror* (1613-1615) e na figura 2 *The three graces* (1636-1638).

Figura 1

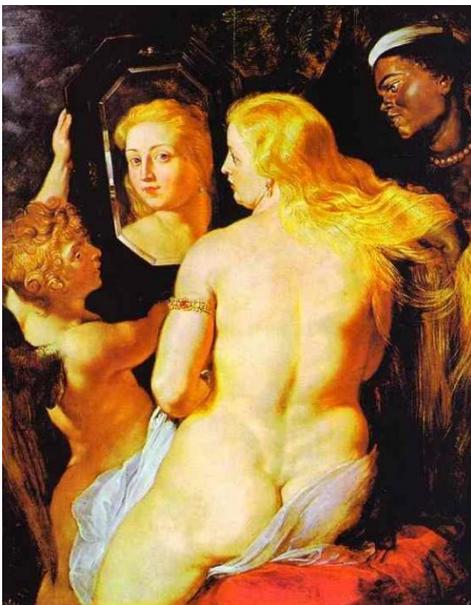


Figura 2



Fonte: Disponível em: <<http://www.abcgallery.com/R/rubens/rubens.html>>. Acesso: 20 mar. 2010.

Aqueles corpos femininos de formas rechonchudas, que um dia foram imortalizados nas pinturas renascentistas passaram a dar lugar, hoje, a corpos magros, esqueléticos, anoréxicos, bulímicos, muita das vezes até esculpídos. Tudo isso no intuito de

não se distanciar dos parâmetros sociais de aceitação propagados pelos discursos hegemônicos médico-científico inseridos em uma cultura cujo discurso é predominantemente sexista. Tais discursos se encontram em posição privilegiada na sociedade para ratificar as representações culturais de corpo e saúde, que passam a estabelecer a obesidade como sendo uma doença e um estigma, e paradoxalmente, produzindo a figura do magro belo, jovem e saudável.

Atualmente, no bojo das discussões de diversas áreas do conhecimento referentes à obesidade, insere-se também na temática a situação das pessoas obesas¹ excluídas e as pessoas magras incluídas na sociedade. Observa-se por um lado, que do ponto de vista do discurso médico-científico há uma crescente preocupação mundial com o alastramento da obesidade causando problema de saúde pública considerado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2003) como uma epidemia global. Por outro lado, do ponto de vista da presença de um discurso cultural sexista cresce também o preconceito e a discriminação em relação às mulheres em situação de obesidade. É fato que esse segmento social sofre mais os efeitos coercitivos de uma identidade deteriorada, justamente por ser considerada uma situação desviante do olhar social normativo que estabelece um tipo de corpo que a atual sociedade valoriza.

Nesse sentido, a cultura engendra os padrões sociais corporais identitários predominantes e, por consequência, em alguma medida determina os desviantes vistos como portadores de um estigma social, gerador de preconceitos. Dessa forma, o “diferente” é constantemente vítima de atos depreciativos e danosos até mesmo contra direitos constitucionais consolidados.

Dentre os inúmeros exemplos sobre essa situação, citam-se dois em que o olhar sobre o corpo interferiu diretamente nos direitos de pessoas portadoras de obesidade, que resultaram em uma discriminação, ou seja, exemplos de tratamentos sociais preferenciais às pessoas magras com prejuízo para as obesas. O primeiro aconteceu em 2009 na Escócia, onde um casal (os dois têm obesidade mórbida) perdeu a guarda dos sete filhos com a alegação de que (a mulher com 140 Kg e o homem com 115 Kg) não conseguiriam cuidar

¹ As expressões "obesidade", "obesa", "mulher obesa", "situação de obesidade", serão utilizadas nesse trabalho de forma geral para designar um corpo com muito excesso de gordura corporal. São corpos de mulheres que atraem os olhares, que são vistos como diferentes pela sociedade e que são estigmatizados. Tais expressões também servem como opção nesse trabalho de não se propagar ainda mais os estereótipos relacionados ao excesso de peso. Ou seja, não serão usados termos consagrados como pejorativos, tais como: gorda, gorducha, etc. Quando essas denominações aparecem no texto, são ditos, ou literalmente por outras (os) autoras (es) ou pelas narrativas das próprias entrevistadas.

das crianças de uma forma saudável. O segundo ocorreu em 2010 no Brasil, onde uma mulher com obesidade mórbida (estava com 135 Kg) esperou dois meses para fazer uma tomografia e no dia do exame foi informada que o aparelho só comportava um peso de até 120 Kg. Ela voltou para casa sem o exame e sem qualquer orientação sobre onde poderia tentar fazê-lo.

É preocupante que a crescente incidência da obesidade insistentemente divulgada pelo discurso médico-científico e pela mídia seja legitimada sem uma crítica mais contundente sobre os impactos que a medicina e a atual cultura sexista causam na vida das pessoas em sociedade. Por isso, esse trabalho acredita ser necessário atentar para o problema do convívio e da aceitação social da mulher que possui ou possuiu um corpo obeso.

Como afirma Almeida (2009a), as mulheres obesas são frequentemente excluídas dos contextos sociais, como trabalho, escola, lazer, prática de esportes, entre outros e privadas de desenvolverem muitas atividades, ou seja, de transitar nos mesmos ambientes que pessoas magras. A sociedade não faz questão de abarcar esses corpos, observa-se, por exemplo, que os assentos de ônibus não são construídos pensando nessas pessoas, nem de aviões, cadeiras de bares e restaurantes, roupas em geral. Ao que parece, a pessoa obesa ocupa muito espaço.

A discussão empreendida na tese parte da perspectiva de que a relação entre corpo obeso e corpo magro necessita passar essencialmente por uma análise crítica dos principais discursos hegemônicos em voga na sociedade (médico-científico e cultural sexista). O pressuposto é que esses dois discursos considerados aqui nesse trabalho como hegemônicos em relação à dicotomia obesidade e magreza contribuem sobremaneira para a produção do estigma social da mulher obesa, agindo na legitimação das representações sociais que podem levar as mulheres a uma exclusão social.

Uma vez que esse corpo obeso sofre inúmeras discriminações por não aderir aos padrões sociais e científicos de normalidade, acaba sendo inferiorizado e relacionado ao perigo, à reclusão, quando não à condição de abjeto. Possuir um corpo abjeto, segundo Kristeva (1980), é ter algo a ser corrigido, algo a ser recusado. Há, dessa forma, uma violenta negação que se instaura no Eu.

Ou ainda, de acordo com Carroll (1999), este se configura como sendo um corpo que passa por uma alteridade rejeitada, trata-se de um "outro" ameaçador a integridade da padronização cultural. Por isso se faz crer que a pessoa obesa é relapsa e, conseqüentemente, portadora de sérios problemas de saúde, tornando-se até culturalmente uma inútil para o convívio social.

Como esse corpo obeso tem algo a ser corrigido, entram em cena os vários tipos de tratamentos que são preconizados pelo discurso médico-científico, sendo atualmente considerado o melhor para o emagrecimento as cirurgias de redução de estômago. A OMS (2003) afirma que a cirurgia de redução de estômago é o tratamento mais eficaz para fazer perder peso e manter este peso no caso de pessoas com obesidade moderada ($IMC > 35$) ou obesidade mórbida ($IMC > 40$)”.

No entanto, como cita Almeida (2009a) é importante salientar que apesar de estabelecer que a cirurgia de redução de estômago possa ser indicada para pessoas portadoras de obesidade mórbida, ou seja, em pessoas com IMC acima de 40 Kg/m^2 , essa intervenção cirúrgica é também realizada em pessoas com IMC maior ou igual a 35 Kg/m^2 . Para isso, o quadro clínico deve apresentar comorbidades (por exemplo, hipertensão, diabetes, problemas articulares) e um histórico de tratamentos mal sucedidos utilizados para emagrecer de pelo menos dois anos.

Segundo informações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM, reunida em Gramado/RS no XIII Congresso Anual em dezembro de 2011, "o Brasil é o segundo país que mais realiza a cirurgia bariátrica, perdendo apenas para os Estados Unidos"².

Dados do Ministério da Saúde revelam que as cirurgias de redução de estômago realizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS geram um custo médio de R\$ 32 milhões ao ano para o governo. Outro fato importante foi a assinatura de uma Portaria pelo Ministro da Saúde que cria a Linha de Cuidados Prioritários do Sobrepeso e da Obesidade no Sistema Único de Saúde. O documento estabelece, entre outras coisas, a redução da idade mínima para realização da cirurgia bariátrica para 16 anos, desde que haja indicação de dois especialistas³.

² Jornal da Comunidade, Brasília, 03 a 09 dez, 2011, p. 04

³ Disponível no *site* do Ministério da Saúde em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9905/162/doencas-ligadas-a-obesidade-custam-r\\$-488-milhoes.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9905/162/doencas-ligadas-a-obesidade-custam-r$-488-milhoes.html)>.

As discursividades médicas e culturais, na atualidade em que se predomina o culto ao corpo ou da lipofobia, desencadeiam uma crescente pressão em favor do corpo magro⁴, saudável, jovem e bonito legitimado por recomendações científicas. Paradoxalmente há uma série de informações, muita das vezes sem críticas, oriundas de movimentos alternativos de cunho naturalista e espiritualista para combater os males da obesidade e da insistente difusão pela mídia do padrão de magreza como sendo esteticamente desejado e alcançável a todas as mulheres.

O trabalho de Amaral (2011) elucida bem as transformações socioculturais relacionadas aos corpos das mulheres. Sua Tese de Doutorado "culto ao corpo e estilo de vida entre as mulheres" parte da perspectiva de que o fenômeno de cultuar os corpos, principalmente associado à magreza, não pode ser tratado de forma superficial. Ao contrário, precisa ser entendido dentro de um conjunto de práticas a ele relacionado, como a questão do consumo, da indústria da beleza e alimentos, a ideia do saudável e as intervenções. Acrescenta-se a essa ideia, como a própria autora afirma em seu trabalho, a importância das práticas discursivas (médica e mídia) na mediação e divulgação de anseios de beleza e saúde difundidos na sociedade.

Sendo assim, a temática e/ou objeto do presente estudo está relacionada à análise da contribuição, divulgação e superação dos discursos aqui considerados hegemônicos (médico-científico e cultural sexista) sobre a relação dicotômica que os corpos obesos e magros possuem no mundo social. Essa discussão é realizada tendo como foco central a influência direta que os discursos citados exercem na percepção que as mulheres fazem de seus corpos, interferindo assim nas expectativas objetivas e subjetivas no processo social de vivência em relação à obesidade.

Essa análise é feita somente a partir da perspectiva de mulheres ex-obesas e de mulheres ainda em situação de obesidade. O foco analítico para a compreensão do fenômeno se concentra unicamente no olhar das mulheres sobre a relação obesidade (exclusão) e magreza (inclusão), das disposições e supostas redefinições em relação ao corpo obeso e magro baseado no que se denomina neste trabalho de olhar social normativo

⁴ Vale ressaltar que o termo utilizado "corpo magro" não significa necessariamente ter um corpo saudável, nem um enquadramento direto com o Índice de Massa Corporal. A expressão é utilizada aqui para designar um corpo cuja perimetria ou compleição corporal não faz com que o olhar do outro nas relações sociais o classifique como sendo diferente, ou ainda, um corpo que não fique limitado em percorrer o mundo social, como por exemplo, viajar de avião.

que exclui, olhar individual subjetivo que auto exclui e olhar individual subjetivo que auto inclui.

A problemática de estudo busca, a partir do olhar posto em dois grupos sociais, mulheres consideradas ex-obesas que se submeteram à cirurgia de redução de estômago e mulheres ainda obesas, analisar a tríplice configuração que opera nesse fenômeno:

1) O olhar social normativo que exclui mulheres com obesidade dos contextos de interação social, ou seja, situações que evidenciam que a sociedade não aceita ou não incorpora os corpos considerados diferentes e abjetos;

2) O olhar individual subjetivo que auto exclui e que age na reprodução social dos pressupostos presentes na exclusão do seu próprio corpo, fato esse que afeta diretamente na autoavaliação que as mulheres fazem de si mesmas. A internalização do olhar do "opressor" pelo "oprimido" é característica de interações sociais baseadas em padrões culturais e estéticos, muita das vezes inatingíveis influenciados, sobremaneira, pelos discursos hegemônicos de saúde e beleza presentes.

3) O olhar individual subjetivo que auto inclui, já que existem mulheres que conseguem conviver com um corpo obeso e que, embora sintam as imposições do olhar normativo, não desejam emagrecer ou não podem e acabam por se aceitarem da forma como são, não se consideram tão excluídas da sociedade.

Nesse sentido, se configura o problema de pesquisa e seus desdobramentos empíricos: em que medida os discursos hegemônicos contribuem para a produção do estigma social da obesidade? Até que ponto essas discursividades influenciam nos olhares que as mulheres têm em relação às situações de exclusão e inclusão baseadas na compleição corporal? Como as mulheres vivenciam situações e olhares que as excluem e que as incluem? Como se dá a mediação, divulgação e superação de tais discursos no mundo social?

Os diversos tratamentos amplamente divulgados e aceitos sem qualquer dimensão crítica por parte das pessoas obesas com vistas a conseguir a transição de um corpo obeso para um corpo magro são mais do que práticas médicas utilizadas para o cuidado com a

saúde. A medicalização da diferença provoca uma alteração efetiva na forma em que mulheres se percebem e são percebidas.

Nesse sentido, este estudo objetiva analisar, a partir da percepção de mulheres obesas e daquelas ainda em situação de obesidade, os impactos e/ou influência que os discursos hegemônicos exercem em seus olhares em relação à dicotomia exclusão e inclusão dos corpos obesos e magros. Para alcançar o objetivo descrito, foi necessário identificar de que forma esses discursos se articulam em estabelecer diretrizes normativas de saúde e estética para a construção dos corpos das mulheres e como influenciam na busca pelo emagrecimento. Para tanto é necessário também concluir discutindo sobre como se dá a mediação, divulgação e superação desses discursos, principalmente o médico-científico para que imposições sociais, como a do culto a magreza, não sejam vistas na sua superficialidade pelo senso comum, nem na perspectiva isolada e medicalizada pelas ciências médicas.

Estudar o corpo obeso é se mover por caminhos que permitem compreender suas relações, especificações e designações sociais, uma vez que "através de nosso corpo, em especial de nossa corpulência, passam significados sociais mais profundos" (FISCHLER, 1995, p. 71). A sociologia da cultura, que neste trabalho se direciona para uma sociologia do corpo e que converge em uma sociologia da medicina vem há muito identificando a realidade atual como um culto ao corpo, uma cultura do corpo, uma corpolatria ou lipofobia, isto é, uma forte obsessão pela magreza que visam contextualizar essa nova fase da história da humanidade emergente a partir de meados do século XX.

Para além dessas conceituações, é preciso também entender a nova configuração social em termos médico-científicos, atentando para a legitimidade macrossociológica que esse discurso possui na produção do corpo doente obeso excluído e do magro saudável incluído. Assim como, refletir sobre a responsabilidade microssociológica que essas discursividades e seus agentes têm em relação às mulheres reais que vivenciam os efeitos biopsicossociais da obesidade.

Para Sant'Anna (2001), já na década de 1920 se começou a nutrir uma franca aversão pelos corpos obesos. O padrão identitário se transformava em um bem exclusivo das pessoas consideradas esbeltas. O corpo se tornou assim, segundo Costa (2004), uma espécie de vitrine compulsória de vícios e virtudes. Apresenta-se na atualidade um corpo

permanentemente observado pelo olhar social do outro anônimo e extremamente amado e invejado também por esse mesmo outro anônimo.

Le Breton (1995) explica que este corpo se transformou em uma construção pessoal, cambiante e disponível em suas múltiplas formas e metamorfoses, um objeto manipulável por discursos legitimamente consolidados no mundo social. Barata (2007) corrobora com essa ideia quando afirma que se vive hoje tempos de extremo inconformismo com a idealização subjetiva do próprio corpo. A modificação de um físico obeso por meio de intervenções médicas cirúrgicas, de recomendações comportamentais, bem como a instauração do papel do obeso doente é fator decisivo em uma possível inclusão social. Nos dias de hoje, o que se observa na sociedade é uma ênfase cultural na magreza e um estigma social do “excesso” de gordura.

As mulheres com obesidade, assim como qualquer pessoa que se desvie dos padrões de saúde e estética prescritos pela medicina e pela cultura, é considerado o diferente. Le Breton (1995) afirma que a pessoa portadora de um corpo de aparência incomum ou ainda desviante, como por exemplo, que seja obeso, está destinado a viver uma experiência diferenciada nos meandros das relações sociais, sob o olhar do outro que é o testemunho e comprovação social de sua diferença.

A insatisfação com o próprio corpo, com a própria subjetividade está relacionada diretamente às exigências sociais e culturais de aparência, saúde e magreza preconizadas pelos discursos hegemônicos, afetando as ideias que se têm sobre os corpos. Segundo Rodrigues (1986), o corpo é mais social/cultural do que individual/subjetivo. Expressa metaforicamente os princípios estruturais da vida coletiva. Em outras palavras, na perspectiva de Le Breton (2006), as percepções, a gestualidade, a etiqueta e a expressão dos sentimentos são idealizadas e construídas nas estruturas sociais e culturais. Assim sendo, as representações e os imaginários do corpo perpassam a relação que as mulheres têm com o mundo.

Nesse sentido, Almeida (2009b) localiza o corpo no interior de sistemas culturais particulares, atentando para o fato de que para todas as práticas corporais em qualquer sociedade (forma de andar, falar, gestos, odores, tamanho, cor, espaço ocupado, etc.) são também imputados significados discursivos e socialmente legitimados nas relações que as mulheres obesas estabelecem na vida cotidiana.

Como consequência da não adequação, a insatisfação com o próprio corpo, quando diferente dos padrões aceitáveis de saúde e estética, bem como a preocupação com o ser ou o estar diferente, de certa forma passam a se fazer presentes na vida de mulheres que introjetaram as normas sociais construindo assim suas subjetividades em relação ao próprio corpo e também ao corpo do outro. Como exemplo, a pesquisa realizada pela OMS (2003) enfatiza que, “a maioria das pessoas obesas tem uma imagem ruim delas mesmas, elas dizem que são feias e pensam que os outros almejam excluí-las de suas relações sociais”⁵.

Parte-se, portanto, do pressuposto de que a mulher com obesidade convive com uma identidade social estigmatizada e que por isso é difícil sua auto-aceitação, assim como a aceitação e livre trânsito nos ambientes sociais. Tal perspectiva é corroborada por Fontes (2007, p. 85) quando afirma que “para fugir da mais leve associação com a monstruosidade real, seja via obesidade ou velhice, recorre-se aos cada vez mais sofisticados e eficientes processos visando à construção de um corpo canônico”⁶.

Com a constante ideia legitimada pelo discurso médico-científico e internalizada em uma cultura sexista do culto ao corpo, da juventude eterna, da promessa de que as pessoas serão mais felizes com menos quilos, vem crescendo as solicitações para que as mulheres modifiquem a sua aparência na tentativa de se adaptarem ao padrão (se é que existe só um padrão) de corpo.

Importante salientar que o presente estudo não é consequência de pesquisas pontuais, mas ao contrário, se estrutura em investigações iniciadas com uma dissertação de mestrado sobre o tema obesidade e gastroplastia defendida há oito anos. Uma influência decisiva do pesquisador em direcionar a análise para o entendimento dos discursos hegemônicos, principalmente o médico-científico, reside no fato de que o autor da presente tese também é professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO. Essa experiência foi decisiva para a compreensão do objeto aqui analisado, justificando assim, os caminhos teóricos trilhados com vistas a dar respostas aos problemas levantados.

A tese está estruturada em seis capítulos. O primeiro visa situar o leitor nas questões metodológicas que envolveram a pesquisa. Deste modo, se apresentam os

⁵ No original, “de nombreux sujets obèses ont une mauvaise image d’eux-mêmes, c’est-à-dire qu’ils se trouvent laids et pensent que les autres souhaitent les exclure des rapports sociaux” (p. 64).

⁶ Segundo a autora, o corpo canônico é o padrão físico-corporal considerado como ilustrativo da corporeidade no final do século XX.

procedimentos metodológicos utilizados. Ainda são discutidas questões relativas à pesquisa qualitativa, suas características e implicações com base no referencial teórico-metodológico centrado na análise do discurso advindo das entrevistas-narrativas utilizadas na coleta das informações. O recorte empírico compreende a contextualização e caracterização das instituições pesquisadas em que as mulheres se submeteram à cirurgia de redução de estômago. São expostos, ainda, uma descrição sobre os tipos de cirurgias existentes atualmente, bem como os apontamentos sobre o trabalho de campo.

No segundo se direciona a discussão para as questões relacionadas ao corpo e suas manifestações na sociedade ocidental contemporânea apontando a importância de uma sociologia do corpo. A partir da perspectiva de Le Breton (2006), situa-se o problema da estética corporal em relação ao excesso de gordura, entendendo que o corpo não é somente um organismo biológico, mas que também é moldado pela cultura em que está inserido, influenciado pelos padrões estéticos corporais hegemônicos. A partir de Elias (1994), Mira (2004), Stenzel (2002), dentre outras (os), realiza-se uma incursão pela história, procurando identificar o processo cultural de estetização dos corpos em direção a magreza. Com Goldenberg (2007) e Costa (2004), discute-se como o corpo está inserido nos condicionantes estruturais da sociedade contemporânea. São expostas ainda pesquisas referentes à atual condição da doença obesidade, bem como, uma discussão acerca dos discursos sobre o corpo obeso na esfera social.

No terceiro discute-se o papel do discurso hegemônico denominado de médico-científico que contribui diretamente para a construção do estigma da obesidade e, conseqüentemente, da aversão ao excesso de gordura. Ancorado em Foucault, realiza-se uma análise do discurso médico, mostrando a forma negativa de como interfere na construção das subjetividades das pessoas obesas. Para tanto, alguns autores, como Adam e Herzlich (2001), Barros (2002) e Helman (2003), já adiantaram uma crítica à medicina, em especial contra o excessivo processo de medicalização da vida. Dois exemplos são relatados de como os resultados científicos dos estudos médicos interferem nos saberes instituídos na sociedade, com a discussão crítica da obesidade como contágio social e como mutação genética. Com isso, reflete-se em relação às conseqüências da vontade de verdade presente nesse discurso. Por fim, utilizando-se das entrevistas e a perspectiva teórica de Canguilhem (2000; 2005) empreende-se uma discussão da questão do normal e do patológico sobre a obesidade na prática médica.

No quarto discute-se o discurso cultural sexista, refletindo sobre a questão da obesidade e do corpo com a contribuição da perspectiva de gênero, enxergando os fatos que apontam para a construção do estigma da obesidade na sociedade. Com autoras como Esteban (2004), Segato (1997), Grosz (2000) e Adelman (2003), faz-se uma abordagem da importância de pensar a cultura sexista estrutura na ideia de gênero. A partir das reflexões de Del Priore (2009) em que preconiza que a identidade do corpo feminino corresponde ao equilíbrio entre a tríade beleza-saúde-juventude, passa-se a analisar o corpo feminino obeso e magro inserido em uma cultura sexista. Com base nesse referencial e nas entrevistas, realiza-se uma análise do corpo feminino em situação de obesidade e também após o emagrecimento via cirurgia de redução de estômago.

No quinto procura-se o entendimento das consequências dos discursos hegemônicos da produção das identidades da mulher obesa e da ex-obesa. A partir das entrevistas e com uma discussão sobre identidade e diferença, baseando-se em Hall (2000; 2001), Silva (2000), Woodward (2000), dentre outras (os), realiza-se uma discussão sobre os corpos obesos (diferença) e magros (identidade). Balizada por Goffman (1988), com seu conceito de estigma, os olhares social normativo que exclui (a produção da identidade deteriorada), o olhar individual subjetivo que auto exclui (a internalização do estigma) e o olhar individual subjetivo que auto inclui (a luta contra o estigma) são analisados do ponto de vista da discussão conceitual sobre exclusão e inclusão inserindo as questões empíricas retiradas das falas das entrevistadas.

No sexto e último capítulo, realiza-se uma análise para demonstrar como é feita a mediação, divulgação e possível superação das consequências do discurso médico-científico na vida cotidiana das pessoas obesas. Para explicar a mediação entre o discurso médico-científico e o mundo social, utiliza-se do conceito de Iatrogênese Social teorizado por Illich (1976), que demonstra como ele pode atingir e condicionar as práticas sociais de saúde em relação à obesidade. Na sequência, discute-se a divulgação do discurso por meio da atuação ambígua da mídia que transita entre a crítica e a reprodução. Ao final realiza-se uma análise macrossociológica e microssociológica para identificar uma possível superação das consequências sociais do discurso médico-científico. Assim, com a base teórica do paradigma científico pós-moderno explicitado por Santos (2005) e Morin (2005; 2010) analisa-se a superação epistemológica (macro). Para explicar a superação prática do discurso nas interações sociais, utiliza-se o conceito de prevenção quaternária (micro).

CAPÍTULO I – PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

1.1 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa desenvolvida tem uma dimensão qualitativa, uma vez que pode ser caracterizada como a tentativa de uma busca da compreensão detalhada dos significados e características apresentados pelas mulheres entrevistadas, em lugar da produção de medidas estatísticas quantitativas. Richardson (1999) considera como um problema na pesquisa qualitativa o fato de que há uma tendência de adotar uma atitude não crítica diante de concepções das pessoas entrevistadas.

Para tanto, é necessário que o cientista social faça uma distinção entre reconhecer e julgar, cumprindo sua postura crítica como pesquisador. Faz-se necessária uma compreensão consciente do papel que o investigador desempenha no processo de pesquisa, ou mais especificamente, que adote uma postura questionadora perante o discurso coletado com as entrevistadas.

A pesquisa qualitativa remete ao ponto central de compreender em que medida o que o cientista social analisou e interpretou como a realidade não passa apenas de sua percepção do que julga ser o real. Tal fato ocorre não somente pelas paixões arraigadas do pesquisador, mas, sobretudo, por se fazer análises apressadas ou por não desconfiar até de suas próprias entrevistadas. Assim, “precisamos desconfiar da única coisa digna de confiança de que dispomos para descrever nossa história e para escrever a História: o testemunho” (MORIN, 1986, p. 24).

Para Morin (1986), a influência das paixões ou da emoção pode vir a enganar as percepções da realidade, mas também há influências de componentes aparentemente lógicos e racionais. Em primeiro lugar, é preciso desconfiar, na própria percepção, não somente daquilo que se julga um absurdo, mas do que parece evidente. É preciso ser cauteloso em relação aos depoimentos das entrevistadas, mas quanto àquele que se apresenta mais digno, que é o próprio discurso do cientista social.

Segundo Michelat (1982), encontra-se, em cada pessoa, um modelo cultural assumido por personalidades diferentes, com histórias de vida diferentes, nas quais as necessidades, as expectativas, as participações foram também diferentes. Têm-se, dessa forma, diferentes processos de socialização e de vivência, mas com traços distintivos culturais em comum. Assim, é a partir do que há de mais individual e de mais afetivo que se tenta alcançar o que é sociológico. E acrescenta ainda:

A partir dos discursos das pessoas interrogadas que exprimem a relação delas com o objeto social do qual lhes pedem que fale, nosso objetivo é passar pelo que há de mais psicológico, de mais individual, de mais afetivo, para atingir o que é sociológico, o que é cultural (MICHELAT, 1982, p. 196).

Dentre as várias técnicas qualitativas de investigação, optou-se neste trabalho por utilizar a entrevista-narrativa⁷. Utiliza-se essa técnica de entrevista, de acordo com Richardson (1999), particularmente para descobrir que aspectos de uma determinada experiência podem produzir mudanças nas pessoas expostas a ela. Segundo Gil (1999), essa entrevista é recomendada, sobretudo, nas situações em que as entrevistadas não se sintam à vontade para responder a indagações formuladas com maior rigidez.

Para Gil (1999), a entrevista-narrativa apresenta certo grau de estruturação, já que há uma orientação por uma relação de pontos ou temas de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo da entrevista. Seguindo essa concepção, Richardson (1999) aponta que a entrevista-narrativa permite ao entrevistador utilizar um roteiro de temas, previamente confeccionado, que devem ser explorados durante a entrevista.

Essa técnica, na concepção de Richardson (1999), visa a que a entrevistada possa discorrer livremente, nas suas próprias palavras, em relação aos temas que o entrevistador coloca para iniciar o processo de interação. Não há, porém, o estabelecimento de uma relação rigidamente estruturada de perguntas ou mesmo dos temas. Depende, assim, do entrevistador que deve orientar e estimular a discussão dos temas pré-estabelecidos para entrevista, enquanto a entrevistada tem total liberdade de expressar-se, a partir do roteiro de temas⁸.

⁷ Também denominada de “entrevista guiada” (RICHARDSON, 1999, p. 210) ou ainda “entrevista por pautas” (GIL, 1999, p. 120)

⁸ O detalhamento do trabalho de campo será feito no item 1.5 deste capítulo.

O entrevistador, na perspectiva de Gil (1999), faz poucas perguntas diretas, deixando a entrevistada falar livremente à medida que se refere aos temas previamente assinalados. Entretanto, quando se afastar demais do assunto a se discutir, o entrevistador deve intervir, de maneira sutil, para preservar a espontaneidade do processo. À medida que o pesquisador conduza com habilidade o processo da entrevista-narrativa e seja dotado de boa memória, poderá, após o término, reconstruí-las de uma forma mais estruturada. Isso torna possível uma melhor análise, pois, tão importante quanto os discursos, são os gestos, emoções, expressões que ocorrem durante a entrevista.

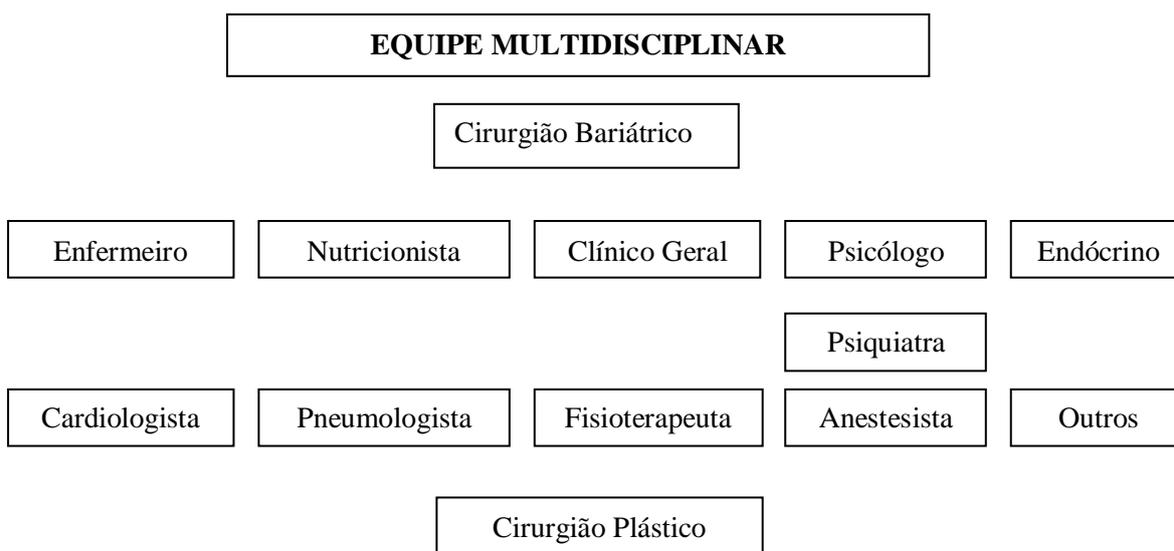
Para Morin (1986), o cientista social deve ficar atento aos depoimentos das entrevistadas. É importante que os cientistas sociais tenham em mente que precisam lidar com testemunhos falsos ou mesmo com narrações permeadas de fantasias. Conclui-se desta forma que, “não basta uma investigação para colher os depoimentos, é preciso fazer uma investigação sobre os próprios depoimentos” (MORIN, 1986, p. 29). O autor acrescenta ainda que:

A estratégia de pesquisa do verdadeiro deve, então, esforçar-se para determinar o verídico a partir do verossímil. É preciso fazer a crítica dos testemunhos. Mas uma crítica que desqualifica um testemunho por ele conter alguns erros deve ser criticada também (1986, p. 30).

A análise e compreensão das entrevistas são pautadas pela perspectiva do discurso, que na teorização de Foucault (2004a), acredita-se que a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída. Na esteira dessa definição, Chizzotti (2006) aponta que o discurso é a expressão de um sujeito no mundo que explicita sua identidade "quem eu sou, o que quero" e social "com quem estou" e expõe a ação primordial pela qual constitui a realidade.

1.2 O SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA DA OBESIDADE – SICO: HOSPITAL PARTICULAR

O Serviço Integrado de Cirurgia da Obesidade – SICO foi estruturado em 1999. Este é um serviço particular⁹, que atende pessoas com obesidade e, principalmente, realiza cirurgias de redução de estômago¹⁰, sendo que 90% das quais são pagas por planos de saúde privados. De acordo com o projeto “Cirurgia da Obesidade – Redução de Estômago”¹¹, o SICO é um serviço multidisciplinar de assistência médica, composto por serviços interdependentes voltados para o melhor atendimento ao paciente com obesidade, com a máxima qualidade possível. Por ser um serviço multidisciplinar de assistência médica e de saúde, o SICO deve integrar diferentes especialidades, como descrito no organograma a seguir:



⁹ Se a cirurgia ocorrer nos centros cirúrgicos do Hospital Santa Genoveva, o custo total com a cirurgia gira em torno de R\$ 20.000,00. Esse valor pode se alterar de acordo com o paciente, ou seja, se necessita tratar, alguma doença, por exemplo, gastrite antes de se submeter ao procedimento cirúrgico. O valor também se altera caso o paciente queira ser operado em outro hospital.

¹⁰ Cirurgias de redução de estômago também são conhecidas como gastroplastia, cirurgia bariátrica ou simplesmente cirurgia da obesidade. Independente da conceituação, todas visam diminuir o volume do estômago ocasionando assim a menor ingestão e absorção alimentar causando o emagrecimento. Há também cirurgias de emagrecimento que não interfere no estômago, que é o caso do Bypass Intestinal cuja intervenção é feita no intestino.

¹¹ Este é um documento (projeto) elaborado em julho de 1999 para se começar o funcionamento do Serviço Integrado de Cirurgia da Obesidade. Segundo este documento, o projeto visa ao esclarecimento público e à prestação de assistência médica especializada na área de cirurgia digestiva, em seu mais amplo espectro de atuação, que inclui cirurgia convencional eletiva/emergência e cirurgia vídeo-laparoscópica, satisfazendo a demanda crescente da população metropolitana de Goiânia.

A partir do projeto de estruturação do SICO (1999), vê-se que os principais objetivos a serem alcançados com a prestação desse serviço são:

* Suscitar o interesse, tecnicamente orientado, de uma população potencial de pacientes, privados do acesso às informações e da prestação de serviços na área de “cirurgia digestiva convencional, do obeso e vídeo-laparoscópica”.

* Divulgar, no meio médico local, os atuais avanços da “cirurgia digestiva convencional, do obeso e vídeo-laparoscópica”¹², suas possibilidades e limitações de acordo com os recursos médico-hospitalares existentes, indicações das técnicas.

* Divulgar, entre a população local, os atuais avanços técnicos desta especialidade médica, suas indicações, possibilidades terapêuticas e intercorrências.

* Reduzir “custos totais” de tratamento cirúrgico especializado em “cirurgia digestiva convencional, do obeso e vídeo-laparoscópica”, por meio do aproveitamento de recursos humanos médicos e para-médicos locais, bem como de suas estruturas médico-hospitalares, visando a abrangência de uma clientela beneficiada ainda maior (em alguns casos do interior do Estado).

* Prestar serviços médicos especializados em “cirurgia digestiva convencional, do obeso e vídeo-laparoscópica”, com suporte integral aos pacientes, nos estágios pré, trans e pós-operatório de sua evolução.

* Orientar e treinar o corpo médico local disponível para o “acompanhamento-assistido”, execução de curativos e orientação aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos naquela instituição.

¹² Essa denominação engloba todos os tipos de cirurgias de redução de estômago que existem, tanto aquelas feitas com um corte na barriga (digestiva convencional) quanto às realizadas por vídeo (vídeo-laparoscópica). Até o momento da pesquisa, o SICO estava realizando a cirurgia por vídeo-laparoscopia (cirurgia de Capella).

* Orientar e treinar o corpo médico local disponível para a participação ativa na detecção, orientação e triagem de clientela potencialmente consumidora¹³ de assistência médica em “cirurgia digestiva convencional, do obeso e vídeo-laparoscópica”, ficando a cargo do SICO os encaminhamentos para a equipe de cirurgia plástica.

A equipe do SICO começou a planejar suas atividades em maio de 1999, em um processo ainda de montagem e organização do serviço. O primeiro passo do cirurgião responsável pelo SICO foi ir para São Paulo (porque somente nesta cidade que se realizava a cirurgia) e aprender a técnica cirúrgica. A primeira cirurgia de redução de estômago foi realizada em setembro de 1999. Para as dez primeiras operações realizadas em Goiânia, veio um cirurgião de São Paulo para fazer todo o acompanhamento e atestar a competência adquirida pela equipe multidisciplinar que o SICO estava montando.

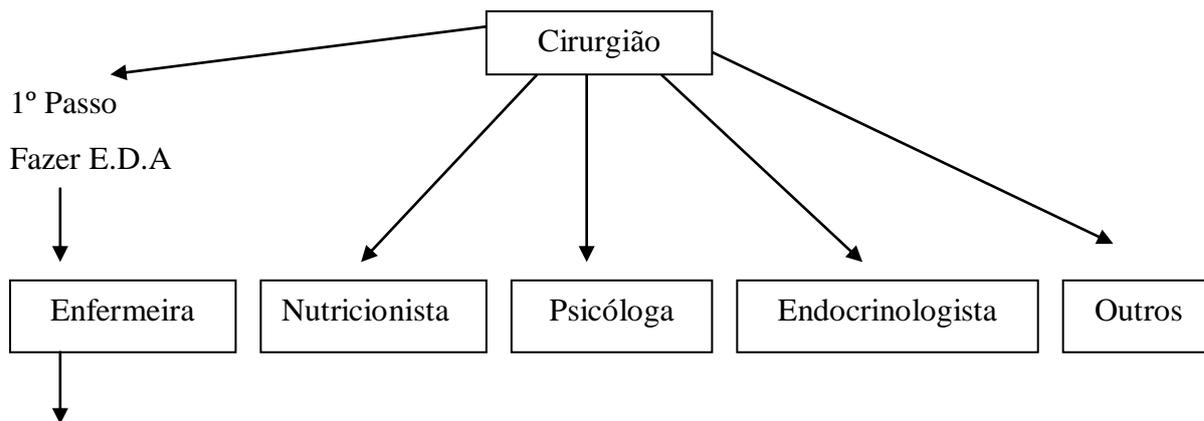
De acordo com a enfermeira-chefe do SICO, até o momento da última atualização feita pelo programa tinham sido realizadas pela equipe do SICO um total de 1056 cirurgias de redução de estômago de 1999 a 2012. Deste total, 814 eram do sexo feminino (cerca de 77%) e 242 do sexo masculino, que corresponde à cerca de 23% da pessoas submetidas à cirurgia. A idade dos pacientes já operados no SICO variou de 15 a 67 anos, o índice de massa corpórea (IMC), de 35,7 Kg/m² a 101 Kg/m².

Nesta instituição, o roteiro de procedimentos envolve as seguintes etapas, passando inclusive pelo aparato burocrático dos planos de saúde: a paciente, em um primeiro momento, faz uma consulta com o cirurgião responsável pelo SICO (médico que realiza a cirurgia) para uma avaliação geral e preliminar. Depois, realiza um exame chamado “endoscopia digestiva alta (E.D.A)”¹⁴ e, em seguida, é atendida pela enfermeira-chefe, a qual avalia o exame realizado, preenche um extenso prontuário, responde todas as dúvidas do paciente que estejam ainda pendentes e efetua os próximos encaminhamentos.

Segundo consta no projeto do SICO (1999), fornecido aos pacientes, após as consultas, os passos básicos para a realização da cirurgia, cujo tempo depende dos laudos de cada especialidade requisitada, podem ser identificados no seguinte esquema:

¹³ O fato de os pacientes serem denominados de “clientela” pressupõe uma tendência crescente de racionalização, mercantilização e, principalmente, privatização da saúde, vide o grande número de planos de saúde privados existentes atualmente e a precariedade do sistema público de saúde.

¹⁴ A endoscopia digestiva alta (E.D.A), também chamada de gastroenteroscopia ou simplesmente endoscopia, permite ao médico examinar a mucosa da parte superior do trato gastrointestinal, que inclui esôfago, estômago e duodeno (primeira porção do intestino delgado). Disponível em: <<http://www.edo.com.br/eda.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2010.



2º Passo – Fazer os exames solicitados e ir ao fisioterapeuta e outras especialidades médicas e/ou profissionais que dependem de cada paciente.

3º Passo – Obter laudo do nutricionista, que é dado quando o paciente atinge metas e peso estabelecidos pela mesma ou cirurgião.

4º Passo – Ir ao cardiologista e pneumologista para fazer o risco cirúrgico¹⁵. Pegar também a indicação cirúrgica do endocrinologista, do nutricionista, e parecer do psicólogo e demais solicitados.

5º Passo – Consultar-se com o cirurgião: levar todos os exames e pareceres solicitados, para assim marcar a cirurgia. Entregar o Termo de Consentimento Informado assinado e reconhecido firma em cartório.

→ **CIRURGIA**

O projeto SICO (1999) fornecido aos pacientes nas consultas contém informações sobre o que é obesidade e quais são as suas gradações, bem como as possíveis consequências da cirurgia, as orientações para o pré, trans e pós-operatório, os riscos e complicações possíveis devido à cirurgia, a anestesia, o papel do psicólogo, do fisioterapeuta, o nome de todos que fazem parte da equipe e seus respectivos números de

¹⁵ Risco cirúrgico é um laudo que atesta os riscos e benefícios do paciente se submeter à cirurgia de redução de estômago. Em todos os casos é obrigatório o parecer do cardiologista e do pneumologista. Dependendo do caso, pode ser necessário apresentar o laudo de outras especialidades. Se um paciente tiver muitas varizes, por exemplo, é preciso do risco cirúrgico do angiologista.

telefone, informações de todos os exames que devem ser feitos pelo candidato à cirurgia, tanto no pré quanto no pós-operatório, bem como uma descrição do tipo de cirurgia que será realizada e em que casos ela é indicada.

1.3 O PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE OBESIDADE – PPCO: HOSPITAL PÚBLICO

O Hospital Geral de Goiânia – HGG (Dr. Alberto Rassi) iniciou suas atividades na década de sessenta com o nome de Hospital Geral – INAMPS e funcionou por vinte anos como um Hospital Federal para tratamento eletivo, de urgência e emergência, em várias especialidades. Foi desativado para reforma estrutural em 1991 e reaberto em 1998, quando passou a oferecer atendimento terciário de alta complexidade¹⁶. Em 2001, o Hospital Geral de Goiânia abriu suas portas a distintas unidades de ensino e estabeleceu Residência Médica em oito especialidades, inicialmente¹⁷.

Hoje, o HGG é considerado uma unidade de saúde de referência estadual e interestadual que oferece atendimentos de alta complexidade, em áreas especializadas de diagnósticos e terapias, dentro dos princípios da universalização da assistência, com garantia de acesso igualitário à saúde, resguardando os princípios constantes na Constituição Federal de 1988 quando da criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Além disso, sua estrutura assistencial foi desenvolvida e é mantida a partir da identificação das principais causas de morbi-mortalidade do Estado de Goiás.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, dentre os atributos dos produtos e serviços oferecidos pelo HGG, podem ser destacadas a presteza e cordialidade no atendimento e a confiabilidade, conquistada pelo alto índice de resolução dos problemas de saúde dos seus pacientes.

¹⁶ A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. Garante também o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade, bem como pode contar com equipe para realização de cirurgia de redução de estômago.

¹⁷ Informações disponíveis em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?i_dEditoria=4126>. Acesso em: 15 set. 2012.

O Programa de Prevenção e Controle de Obesidade – PPCO iniciado no HGG em 1998 é direcionado ao atendimento de pessoas em situação de obesidade Grau III (obesidade mórbida), ou seja, aquelas pessoas que possuem o Índice de Massa Corpórea – IMC acima de 40 Kg/m². O programa conta com a participação de uma equipe multiprofissional composta por médicos endocrinologistas, enfermeiras, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, cirurgias plásticas e bariátricas.

Nesta instituição, o paciente deve seguir a hierarquização do Sistema Único de Saúde – SUS. A lei do SUS prevê que para uma pessoa ser atendida em uma unidade médica de alta complexidade do sistema público de saúde, como é o caso do PPCO, esta deve ser encaminhada por outra unidade, como hospitais de média complexidade, ambulatorios de especialidades e unidades básicas de saúde. Nessas unidades intermediárias, o paciente se submete aos primeiros exames clínicos e de diagnóstico. Com isso, o médico avalia se a pessoa necessita ou não dos serviços de saúde de um hospital de alta complexidade ou se deve seguir com o tratamento na própria unidade.

Nesse ponto é importante salientar a legitimidade do saber médico com o conseqüente poder nele investido. Com base em protocolos para os tratamentos da obesidade, o médico decide quem está apto ou não a seguir para um hospital de alta complexidade para realizar o tratamento da obesidade ou ainda tentar se submeter a cirurgia de redução de estômago.

O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatorios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). Assim, pessoas com problemas de alta complexidade, como é o caso da obesidade mórbida, atendidas em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhadas (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários). Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, esta pessoa é reencaminhada (contra-referência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento.

Até o momento da última atualização da pesquisa em julho de 2012 tinham sido realizadas pela equipe do HGG um total de 136 cirurgias de redução de estômago. Deste total, 111 eram mulheres (cerca de 81%) e 25 homens, que corresponde à cerca de 19% das

peessoas submetidas à cirurgia. A idade dos pacientes já operados no HGG variou de 18 a 60 anos, o índice de massa corpórea – IMC, de 35,7 Kg/m² a 66,35 Kg/m².

Com o encaminhamento realizado por unidades intermediárias de assistência à saúde, a pessoa em situação de obesidade ingressa no PPCO, onde receberá todas as informações iniciais com as assistentes sociais que lhe ajudam a percorrer todos os trâmites, ou seja, a sequência de exames e procedimentos para pegar os laudos necessários para a realização ou não da cirurgia.

Importante citar que no hospital público não há um direcionamento direto para a cirurgia, pois concomitantemente com a realização de exames, há palestras informativas sobre a obesidade e programa de reeducação alimentar, que faz com que muitas pessoas nem precisem se submeter à cirurgia, já que conseguem emagrecer por outras vias.

1.4 AS CIRURGIAS DE REDUÇÃO DE ESTÔMAGO

Segundo Marchesini (2001), com relação às cirurgias de redução de estômago, existem basicamente três procedimentos cirúrgicos ou categorias de cirurgias para o tratamento da obesidade mórbida: restritivas, má absorptivas e as híbridas. As primeiras cirurgias para obesidade iniciaram-se na década de 50 e eram do tipo má absorptiva, ou seja, diminuía o tamanho do intestino delgado de cerca de seis a sete metros para 35 a 45 cm de extensão, fazendo com que os alimentos não fossem adequadamente digeridos e absorvidos, levando à diarreia e má absorção. A perda de peso com este método era alta, cerca de 60% a 70% do peso, porém complicações graves surgiram com o tempo, provocando altas taxas de mortalidade, fazendo com que fossem totalmente abandonadas.

Nos anos 1980, iniciou-se a era das cirurgias restritivas, ou seja, aquelas que restringem a ingestão alimentar por diminuição do volume do estômago, de aproximadamente dois litros para algo em torno de 20 ml, promovendo, assim, saciedade precoce. Com esta técnica a perda de peso média ao final de um ano é de 20 % a 25%, porém, a partir do segundo ano os pacientes novamente voltam a ganhar peso, principalmente aqueles que ingerem alimentos líquidos e pastosos altamente calóricos, como sorvete, leite condensado e pudins.

Baseando-se no mesmo princípio restritivo estão as bandas, ou prótese de silicone, inicialmente colocada por cirurgia aberta e ultimamente por vídeo-laparoscopia. Estas bandas “estrangulam” a parte superior do estômago, formando um “estômago em ampulheta”, dificultando o esvaziamento do compartimento superior para o inferior, levando à saciedade precoce e promovendo perda de peso também na ordem de 20% a 25% e reganho de peso a partir do segundo ano, pois esse tipo de cirurgia restringe a quantidade e não a qualidade dos alimentos, podendo assim, o paciente ingerir alimentos com alto teor calórico¹⁸.

No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, surgiu o tipo híbrido de cirurgia para obesidade mórbida, o qual associa a restrição através da redução do estômago com uma leve má absorção através da diminuição de apenas um metro do intestino. Esta cirurgia foi desenvolvida pelo cirurgião colombiano Rafael Capella, radicado nos Estados Unidos e leva o seu nome. Com essa técnica a perda de peso média após um ano chega a 40 % do peso pré-operatório e mantém-se assim com o passar dos anos. Esta é atualmente a técnica mais utilizada em todo o mundo, inclusive no Brasil, sendo considerada até o momento o padrão ouro do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

Dentre os três procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade apresentados (restritivo, má absorção e híbrido), estão incluídos alguns tipos de cirurgias de redução de estômago. Atualmente, de acordo com Arasaki (2004), os tipos mais conhecidos são:

*** Gastroplastia em Y de Roux ou cirurgia de Capella (híbrida):** Essa é a técnica cirúrgica mais utilizada pelos Serviços de saúde pesquisados (SICO e PPCO). Nessa técnica, o estômago é "grampeado" e seu volume fica reduzido a, no máximo, 30 ml (o "normal" comporta até um litro). É feito ainda um desvio intestinal em forma de Y, que diminui a absorção de nutrientes e coloca-se um anel de contenção para evitar que o estômago se dilate. Pode levar à perda de cerca de 40% do peso. É reversível, mas complicado.

¹⁸ Esse tipo de cirurgia restringe a quantidade de alimentos que pode ser ingerida. Entretanto, apesar de haver todo um trabalho multidisciplinar, principalmente, envolvendo uma participação do nutricionista para se fazer uma reeducação alimentar, nada impede que o indivíduo ingira alimentos de baixa qualidade e com alto teor de calorias e gorduras, como leite condensado, doces em geral, frituras e alimentos gordurosos.

* **Banda gástrica ajustável (restritiva):** A mais facilmente reversível, não mutila o paciente, já que o estômago não é cortado, é apenas abraçado por um anel, que o aperta até chegar ao diâmetro necessário, que é cerca de 15 ml, com uma perda média de 25% do peso.

* **Balão intragástrico bariátrico (restritiva):** Um balão siliconizado de aproximadamente 400 ml é colocado por via endoscópica dentro do estômago, proporcionando constante sensação de saciedade. Deve ser retirado em até seis meses e leva à perda de 15 kg, em média. Costuma ser uma etapa intermediária para outro tratamento (para, por exemplo, emagrecer pacientes com mais de 200 kg que podem ter problemas cardiorrespiratórios numa cirurgia).

* **Marca-passo gástrico (restritiva):** É considerado o menos eficiente. A ponta do eletrodo fica mergulhada no estômago. O marca-passo leva estímulos que fazem a pessoa sentir constante saciedade. Perda de cerca de 15% do peso.

* **Derivação bileopancreática ou cirurgia de Scopinaro (má absorviva):** É a cirurgia mais invasiva. Cerca de 2/3 do estômago são mutilados. Um desvio intestinal em Y é feito para eliminar a maior parte dos alimentos ingeridos. A pessoa consegue comer quase tudo, mas, quanto mais comer, mais vai defecar. Alimentos gordurosos produzem gases malcheirosos, e o paciente que não seguir a dieta sofrerá de diarreia. Perda média de 40% a 50% do peso.

1.5 APONTAMENTOS SOBRE O TRABALHO DE CAMPO

A pesquisa empírica realizada para esta tese se baseia na análise qualitativa das entrevistas-narrativas com oito mulheres que se submeteram à cirurgia de redução de estômago, bem como com sete mulheres que ainda estão em situação de obesidade. O recorte empírico deste estudo estabeleceu a coleta de dados nos dois programas já descritos multidisciplinares de controle da obesidade que realizam cirurgias de redução de estômago situados em dois hospitais na cidade de Goiânia, sendo um público e outro privado. Os

procedimentos metodológicos utilizados nesse estudo compõem-se de dois componentes interligados:

O primeiro, somente com a finalidade de conhecer o funcionamento e estruturação dos programas de obesidade, compreendeu a realização de entrevistas com alguns profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de cada um dos hospitais, são elas/eles: os dois cirurgiões (SICO e PPCO), enfermeiras-chefe (SICO e PPCO) e assistente social (PPCO). Somente para se descrever certa tendência no perfil dos pacientes, também ocorreu a leitura de 136 prontuários no PPCO e de 102 no SICO.

Como este estudo parte da perspectiva e dos olhares das mulheres obesas e ex-obesas, as entrevistas com os médicos e demais profissionais se situam em um eixo marginal à proposta aqui apresentada. Sendo assim, suas contribuições se vincularam mais a fornecer uma descrição e especificidades dos programas do que em suas explicações para os fenômenos analisados em relação ao objeto de estudo.

É importante demonstrar a centralidade e responsabilidade que duas profissionais exercem na efetivação dos programas sobre a obesidade. No hospital público tem-se a Assistente Social que presta todo auxílio às pessoas que ingressam no programa. Essa profissional ajuda essencialmente, além de suas ações de assistência social, as pessoas nos trâmites exigidos, mostrando as etapas que precisam ser cumpridas, as especialidades médicas a serem agendadas e os dias e horários das reuniões de obesas (os) e ex-obesas (os). Já no hospital particular, todas essas tarefas ficam a cargo da Enfermeira-Chefe. São com essas profissionais que pessoas operadas ou que querem operar se sustentam e procuram inicialmente para dar respostas aos seus problemas

Faz-se necessário realizar uma comparação entre os dois programas em relação à discrepância que existem no número de cirurgias realizadas entre o SICO (hospital particular, iniciado em 1999) e o PPCO (hospital público, iniciado em 1998). São exatamente 920 cirurgia a mais que o SICO realizou praticamente no mesmo período. No hospital público são em média 12 cirurgias ao ano, enquanto que no particular se efetivam cerca de 96 por ano.

Essa contrastante diferença se dá por dois motivos básicos: 1) No hospital privado o pagamento direto ou utilizando o plano de saúde agiliza muito o processo até chegar à cirurgia. Já no público, há uma limitação das cirurgias por conta do baixo investimento dos governos. 2) No privado não há um trabalho mais amplo de conscientização para o

emagrecimento via reeducação alimentar e mudança comportamental do estilo de vida. No hospital público o programa não se resume a realizações de intervenções cirúrgicas, como parece ser no privado. Antes de se chegar ao procedimento cirúrgico em si, as pessoas em situação de obesidade precisam participar de palestras e programas de reeducação alimentar. Segundo entrevista com a assistente social do PPCO, muitas pessoas chegam com foco na cirurgia, mas depois de algum tempo no programa desistem, já que percebem que podem emagrecer de outras formas sem uma intervenção médica radical¹⁹.

Esse é um ponto crucial para a não banalização cultural das cirurgias de redução de estômago, já que após o emagrecimento e com todas as limitações alimentares inerentes, a mudança psicológica deve acompanhar a física. E isso em muitos casos não vem ocorrendo. Segundo as entrevistas nos programas, muitas pessoas estão voltando a engordar novamente. O fato é que, independente do tempo entre a primeira consulta e a cirurgia, a equipe multidisciplinar precisa trabalhar de forma a liberar a cirurgia somente se o paciente estiver apto para fazer, principalmente em questões subjetivas da própria vivência.

Esse posicionamento citado de baixo investimento do SUS frente às cirurgias de redução de estômago leva a criação de uma enorme fila de espera. Segundo dados de Lima (2011), de outubro de 2008 a janeiro de 2011, apenas 15 pessoas fizeram essa intervenção cirúrgica no HGG pelo Sistema Único de Saúde. Outras 2.030 estão cadastradas no PPCO e aguardam pela intervenção. A maioria já passa por tratamentos para a perda de peso. Com já dito, é verdade que muitos não chegam a completar o programa e outros desistem pelo caminho. Para o ano de 2012, a previsão era de que pelo menos uma pessoa seja operada a cada semana na unidade.

Segundo informações da coordenação do PPCO, o SUS paga entre R\$ 4.200 a R\$ 5.200 por cada cirurgia realizada no HGG que cobre todos os custos porque o processo de credenciamento no SUS ainda está em implantação. A expectativa de operar uma pessoa por semana pode parecer ousada, mas é possível, segundo o médico coordenador do programa.

No segundo componente foram realizadas: 1) Quatro entrevistas-narrativas com mulheres em cada hospital que se submeteram à cirurgia de redução de estômago, totalizando oito mulheres, que estavam no período pós-cirúrgico entre dezoito e vinte e

¹⁹ Vale ressaltar que isso não é algo exato. Se a pessoa conseguiu emagrecer por outros métodos que não a cirurgia, ela também tem alto risco de engordar novamente.

quatro meses, sendo que o critério de escolha se baseou unicamente em uma diferenciação de idade. 2) Sete entrevistas-narrativas com mulheres que ainda estavam em situação de obesidade, cuja variação das idades também determinou a seleção das entrevistadas. A indicação inicial das mulheres ainda obesas para a entrevista foi feita pela enfermeira-chefe do SICO e pela assistente social do HGG. Depois, as próprias entrevistadas indicaram possíveis candidatas.

Como o objetivo deste trabalho parte do olhar das mulheres obesas e ex-obesas sobre os discursos hegemônicos e a relação destes com a dicotomia obesidade e magreza, em todas as entrevistas-narrativas as categorias abordadas centraram-se na visão da entrevistada sobre todos os aspectos de sua vida, com diversos desdobramentos específicos. O propósito foi fixar-se em suas próprias perspectivas sobre os acontecimentos da vida cotidiana no que se refere ao olhar social normativo que exclui e olhar individual subjetivo que auto exclui e/ou auto inclui. Ou seja, a relação dicotômica entre obesidade (exclusão) e magreza (inclusão) centrada em um discurso médico-científico inserido em uma cultura sexista.

Com a leitura dos prontuários²⁰ podem-se indicar algumas tendências em relação ao perfil das pessoas que submeteram à cirurgia de redução de estômago. A grande maioria de pacientes é de mulher, como já citado, cerca de 80%. A média de idade gira em torno de 34 anos. Já a escolaridade se concentra entre o ensino fundamental e médio. São pessoas de diferentes profissões, vindas de várias cidades do Estado de Goiás. Em geral são pessoas casadas.

O início da obesidade se concentra entre a infância e a fase adulta. Muitas não tinham doenças associadas à obesidade, as que tinham, a maioria sofria de hipertensão. A grande maioria tinha casos de obesidade na família e já tinha feito outros tratamentos para emagrecer. Com relação à questão psicológica, há um número muito alto de pessoas com autoestima regular e ruim, ansiedade profunda e moderada, mas poucas com um quadro de depressão instalado.

²⁰ É importante salientar que os prontuários foram lidos para se ter uma perspectiva inicial das pessoas que se submetem à cirurgia. Não há vinculação estatística, muito menos rigor amostral para fazer afirmações analíticas. Entretanto, serve nesse trabalho como uma descrição superficial dessas pessoas.

Com o intuito de apresentar uma perspectiva mais ampla e qualificada²¹ das entrevistadas, segue-se uma breve descrição de cada uma das mulheres. Em relação às ex-obesas tem-se:

Ângela: tinha 32 anos, divorciada. É católica, artesã e autônoma. Submeteu-se à cirurgia no hospital público. Peso máximo atingido foi de 115,5Kg e mínimo após a cirurgia de 64,6 Kg. Começou a engordar na adolescência. Nunca apresentou comorbidades advindas da obesidade. Quando era obesa se submeteu a muitos tratamentos para emagrecer, alimentava-se em demasia e tinha leve ansiedade.

Célia: tinha 52 anos, casada. É católica e não trabalhava na época da entrevista. Submeteu-se à cirurgia no hospital particular. Peso máximo atingido foi de 98 Kg e mínimo após a cirurgia de 66 Kg. Começou a engordar na vida adulta. Por conta da obesidade, possuía hipertensão e diabetes. Quando era obesa se submeteu a alguns tratamentos para emagrecer, alimentava-se em demasia, tinha moderada ansiedade e uma leve depressão.

Germira: tinha 40 anos, casada. É protestante, professora (desempregada). Submeteu-se à cirurgia no hospital público. Peso máximo atingido foi de 129,3 Kg e mínimo após a cirurgia de 90 Kg. Começou a engordar na vida adulta. Por conta da obesidade, possuía hipertensão. Quando era obesa se submeteu a muitos tratamentos para emagrecer, alimentava-se em demasia e tinha moderada ansiedade.

Lucinda: tinha 26 anos, solteira. É protestante e estava desempregada. Submeteu-se à cirurgia no hospital público. Peso máximo atingido foi de 117 Kg e mínimo após a cirurgia de 71,3 Kg. Começou a engordar na adolescência. Nunca apresentou comorbidades advindas da obesidade. Quando era obesa se submeteu a alguns tratamentos para emagrecer, alimentava-se em demasia, tinha leve ansiedade e uma leve depressão.

²¹ Mais do que apresentar dados sócio-demográficos das entrevistadas, a qualificação aqui empreendida se volta primordialmente a descrever um perfil ligado à problemática discutida nesse trabalho. A importância dessa qualificação se relaciona com elementos da vida das mulheres que auxiliam o leitor para a compreensão da obesidade, sua relação com a sociedade e os discursos hegemônicos.

Maria: tinha 35 anos, solteira. É católica, costureira e autônoma. Submeteu-se à cirurgia no hospital particular. Peso máximo atingido foi de 128,9 Kg e mínimo após a cirurgia de 67 Kg. Começou a engordar na vida adulta. Por conta da obesidade, possuía hipertensão. Quando era obesa se submeteu a alguns tratamentos para emagrecer, não fazia atividade física e tinha leve ansiedade.

Marta: tinha 43 anos, casada. É católica e não trabalhava. Submeteu-se à cirurgia no hospital particular. Peso máximo atingido foi de 96,9 Kg e mínimo após a cirurgia de 71 Kg. Começou a engordar na vida adulta. Nunca apresentou comorbidades advindas da obesidade. Quando era obesa se submeteu a muitos tratamentos para emagrecer, alimentava-se em demasia, tinha moderada ansiedade e uma moderada depressão.

Sônia: tinha 37 anos, divorciada. É católica e técnica em mineração. Submeteu-se à cirurgia no hospital particular. Peso máximo atingido foi de 130,9 Kg e mínimo após a cirurgia de 82 Kg. Começou a engordar na infância. Por conta da obesidade, possuía problemas articulares. Quando era obesa se submeteu a muitos tratamentos para emagrecer, alimentava-se em demasia, tinha moderada ansiedade e uma moderada depressão.

Susana: tinha 50 anos, casada. É protestante e dona de casa. Submeteu-se à cirurgia no hospital público. Peso máximo atingido foi de 142 Kg e mínimo após a cirurgia de 85 Kg. Começou a engordar na vida adulta. Por conta da obesidade, possuía hipertensão e problemas articulares. Quando era obesa se submeteu a alguns tratamentos para emagrecer, não fazia atividade física, tinha uma profunda ansiedade e uma moderada depressão.

Já em relação às mulheres entrevistadas que ainda estavam em situação de obesidade, descreve-se:

Ana: tinha 36 anos, casada. É católica e professora de ensino fundamental. Tinha um peso de 98 Kg. Começou a engordar na adolescência. Por conta da obesidade, possuía hipertensão. Já se submeteu a vários tratamentos para emagrecer, mas sempre voltava a

engordar²². Estava passando pelos trâmites do hospital público para conseguir se submeter à cirurgia de redução de estômago.

Joana: tinha 28 anos, solteira. É católica e estudante de pedagogia. Tinha um peso de 105 Kg. Começou a engordar na adolescência. Nunca apresentou comorbidades advindas da obesidade. Já se submeteu a vários tratamentos para emagrecer, mas sempre voltava a engordar. Embora procure meios para emagrecer, não pensava em se submeter à cirurgia de redução de estômago. Ela conhece as limitações de seu corpo, mas se considerava feliz consigo mesma.

Judith: tinha 41 anos, casada. É católica e dona de casa. Tinha um peso de 122 Kg. Começou a engordar na vida adulta, após o nascimento do primeiro filho. Por conta da obesidade, possuía hipertensão. Já se submeteu a vários tratamentos para emagrecer, mas sempre voltava a engordar. Estava passando pelos trâmites do hospital particular para conseguir se submeter à cirurgia de redução de estômago.

Lídia: tinha 43 anos, divorciada. É protestante e técnica em enfermagem. Tinha um peso de 92 Kg. Começou a engordar na vida adulta. Por conta da obesidade, possuía hipertensão e diabetes. Já se submeteu a vários tratamentos para emagrecer, mas sempre voltava a engordar. Estava participando do programa de reeducação alimentar e psicológico do hospital público para tentar emagrecer sem a necessidade da cirurgia de redução de estômago.

Márcia: tinha 30 anos, casada. É espírita e empresária. Tinha um peso de 102 Kg. Começou a engordar na infância. Por conta da obesidade, possuía colesterol alto e problemas articulares. Já se submeteu a vários tratamentos para emagrecer, mas sempre voltava a engordar. Estava passando pelos trâmites do hospital particular para conseguir se submeter à cirurgia de redução de estômago.

²² É interessante notar nas entrevistadas ainda obesas a força do fenômeno chamado de "efeito sanfona". É caracterizado pelo ato de engordar e emagrecer repetidas vezes. Ocorre geralmente após dietas e tratamentos, mas a pessoa não consegue manter por muito tempo a rotina de tratamento e alimentação, voltando assim a comer em excesso e ao peso indesejado. Todas as entrevistadas ainda em situação de obesidade relataram problemas para lidar com a alimentação e ansiedade.

Palmira: tinha 24 anos, solteira. É católica e estudante de Direito. Tinha um peso de 89 Kg. Começou a engordar na infância. Nunca apresentou comorbidades advindas da obesidade. Já se submeteu a alguns tratamentos para emagrecer, mas sempre voltava a engordar. Embora procure meios para emagrecer, não pensava em se submeter à cirurgia de redução de estômago. Ela se considerava feliz consigo mesma.

Perla: tinha 53 anos, casada. É católica e vendedora. Tinha um peso de 122 Kg. Começou a engordar após o nascimento das duas filhas. Por conta da obesidade, possuía hipertensão e problemas articulares. Já se submeteu a vários tratamentos para emagrecer, mas sempre voltava a engordar. Estava passando pelos trâmites do hospital particular para conseguir se submeter à cirurgia de redução de estômago.

Com a utilização de um roteiro de temas (em anexo), as entrevistas foram realizadas de dezembro de 2010 a julho de 2011. No início eram fornecidas todas as informações necessárias para que a entrevistada tomasse conhecimento da pesquisa, de seus objetivos e da seriedade exigida nesse tipo de trabalho acadêmico²³. Foi, então, apresentado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (em anexo) com os dados sobre o projeto para que fosse lido e, se de acordo, assinassem como participante voluntária da pesquisa.

A princípio, o fato de o entrevistador ser do sexo masculino foi levado em consideração no agendamento e interação face a face com as entrevistadas, haja vista que poderiam ocorrer possíveis dificuldades na interação entre pesquisador e pesquisada. Assim, foram tomadas algumas medidas para diminuir tal influência, como por exemplo, optou-se por entrevistar todas as mulheres em suas próprias residências. Também necessitava de um ambiente de silêncio (utilização de um gravador), um lugar em que ninguém ficasse por perto (poderia também constranger a entrevistada) e não ter a preocupação com tempo (as entrevistas tiveram uma duração que variou em média uma hora).

Tomando todas as medidas preventivas citadas, ao final todas as entrevistadas se mostraram bem atenciosas, facilitando, assim, um ambiente de interação e confiança no

²³ Essa pesquisa foi autorizada pelo Serviço Integrado de Cirurgia da Obesidade – SICO, pelo Programa de Prevenção e Controle da Obesidade – PPCO, bem como foi apreciada, com parecer favorável, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia – HGG. (Parecer em anexo).

decorrer da entrevista. Não houve, portanto, nenhum momento de conflito entre perspectivas culturais de gênero entre pesquisador e entrevistada, nem de constrangimentos diante de uma ou outra narrativa.

1.6 O DISCURSO COMO FERRAMENTA TEÓRICA DE INVESTIGAÇÃO

Para refletir sobre as discursividades hegemônicas (médico-científico e cultural sexista) é preciso de um arcabouço teórico que dê conta da articulação entre uma perspectiva microssociológica das relações entre os sujeitos, como a interação face a face, mas que também não deixa de lado os pressupostos macrossociológicos de entendimento da participação na estrutura/sociedade. Sendo assim, opta-se pelo paradigma sociológico construído por Michel Foucault (1986, 1992, 2004a, 2004b) para explicar os fenômenos sociais que têm na sua base a análise dos discursos.

De acordo com Foucault (2004a), em todas as sociedades a produção e reprodução do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por papel exorcizar os poderes e os perigos, refrear os acontecimentos aleatórios e disfarçar sua pesada e temível materialidade. Nesse sentido, o autor procura demonstrar como na esfera da vida social existem procedimentos de exclusão com relação aos discursos, ou seja, das palavras que são pronunciadas e trocadas no interior de mecanismos de restrição, como influência direta nas pessoas. A saber:

Gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. Não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os tornam irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse *mais* que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever. (FOUCAULT, 1986, p. 56)

Para descrever esse “mais” é preciso entender que o discurso é o meio pelo qual se expressa o saber, o conhecimento, vinculado diretamente a um período histórico. Dessa forma, analisa Foucault (1992), as mudanças e ressignificações das definições e padronizações sociais revelam a hegemonia e/ou dominação de uma discursividade sobre outra. Assim, parte-se do princípio de que as entrevistadas possuem narrativas de vida consoantes com essa perspectiva, ou seja, que se traduzem em práticas sociais por meio das pessoas vivendo em sociedade.

O acontecimento discursivo não advém da prática, mas ao contrário, é anterior aos fenômenos sociais. Ao ser proferido, as prerrogativas do médico-científico e o cultural sexista se tornam a própria prática social. Isso revela sobremaneira a importância de se descrever e compreender como toda essa discursividade que permeia e dá sentido aos acontecimentos socioculturais chegam até as pessoas por meio dos processos de socialização e internalização e, por consequência, são reproduzidos nas relações sociais cotidianas com consequências para a construção das identidades.

Parte-se, dessa forma, para analisar o que realmente é dito, como é dito e seus impactos socioculturais dentro do ponto de vista das interações da vida cotidiana ao qual esse discurso está inserido. Portanto, se tudo que é proferido constitui-se em prática social, tudo então, vai se relacionar com os conceitos de poder e saber. Nesse sentido, todo saber tem sua gênese em relações de poder. Nas palavras de Foucault (2004b, p. 4):

O fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Do mesmo modo que a escola está na origem da pedagogia, a prisão da criminologia, o hospício da psiquiatria. (...) O saber funciona na sociedade dotado de poder. É enquanto é saber que tem poder. (...) Uma das teses fundamentais da genealogia: o poder é produtor de individualidade. O indivíduo é uma produção do poder e do saber.

Como uma prática social, o discurso se reverte em uma ritualização, em um encontro com a estrutura social na qual o jogo de poder é travado, principalmente entre o que é dito e por quem é dito, cuja legitimidade, influência e poder o permitem dizer. Sendo assim, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 2004a, p. 10).

Nessa perspectiva, o conceito de poder se torna central para se entender como os discursos penetram na sociedade condicionando-a, assim como os comportamentos das pessoas. Para o autor, o poder não se constitui em algo que se possa possuir isoladamente. Não existe em nenhuma sociedade divisão entre os que têm e os que não têm poder, o que se pode dizer que poder se exerce ou se pratica. O poder de forma materializada e concreta, segundo o autor, não existe. O que há são relações, práticas de poder. Assim, essa materialização do poder se gera em uma diversidade complexa de relações pessoais desde as quais se leva a constituir estruturas objetivas e impessoais. Esse posicionamento permite compreender as entrevistas na transição entre o olhar normativo (exclui) e os subjetivos (auto-exclui e auto-inclui), uma vez que nos discursos existem normas que regem a percepção das pessoas, mas também mecanismos que possibilitam diferentes interpretações.

Foucault (2004b) parte do princípio de que existem duas esferas em que se consolidam as práticas, cada uma delas tem seus próprios mecanismos de legitimação, atuam como centros de poder e elaboram seu discurso e sua legitimidade. A primeira delas é constituída pelo científico, onde está inserido o discurso médico-científico que, como exemplo, detém a última palavra sobre o que vem a ser doença. A segunda, pelo contrário, está formada por todos os demais elementos que podem ser definidos como integrantes da cultura, como o ideológico, as diferenciações de gênero, as práticas discriminatórias, as normas e os critérios de normalidade. Inclui-se nesta esfera o discurso cultural sexista que, por exemplo, tem o poder de definir quem é aceito ou não nas relações sociais.

Foucault (2004b) chega à conclusão de que a instauração da sociedade moderna na transição do século XVIII para o XIX ocasionou uma transformação na consagração de novos instrumentos pelos quais se podem canalizar o poder na sociedade. Dessa forma se construiu um conjunto extenso de discursos que conferiram força e capacidade de expandir-se a essas novas formas de poder que já não se baseavam, como no passado, na força e na legitimação religiosa. Com a substituição do conhecimento teológico para o conhecimento científico como sendo o discurso vinculado à verdade absoluta, o poder se materializou por meio de diferentes formas de disciplina.

Há uma estruturação de poderes que se cruzam e que vão discursivamente socializando as pessoas, uma vez que o que é dito se torna verdade e, conseqüentemente, essa verdade é internalizada e reproduzida no interior da cultura de cada sociedade. Como

por exemplo, quando o discurso médico-científico se tornou legítimo e se apoderou dos mecanismos que determinam os processos de saúde e doença das pessoas, há uma manifestação que se põe a seu serviço e elabora uma estrutura que se aplica a potenciais dominados.

Observa-se assim que se cria um discurso que se apresenta como “natural” e que procura bloquear as possibilidades de aparição de outros discursos ou significados que tenham capacidade questionadora, como por exemplo, grupos organizados de pessoas obesas que acreditam que não possuem nenhuma doença e que lutam pelo direito de serem aceitas socialmente como tal. E é justamente essa necessidade de se contar com um discurso de respaldo legitimado, com uma determinada forma de verdade, que leva necessariamente a estabelecer uma relação entre poder e saber no âmbito da sociedade. Como bem afirma Foucault (2004a, p. 49):

O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e, quando tudo pode, enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si.

Por isso, a importância de descrever a existência de certas discursividades hegemônicas na sociedade que impõem regras e que possuem o poder de excluir ou incluir as pessoas nas relações sociais, simplesmente por estarem do outro lado da padronização discursiva, das diferenças construídas, do corpo magro contrário ao que foi e ainda é dito sobre a obesidade e seu surto “epidêmico”. Sobre essa interferência direta do discurso sobre os processos de socialização e internalização das regras socioculturais, que são reproduzidas todos os dias, Foucault (2004a, p. 7) adverte:

O desejo diz: Eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver como que tem de categórico e decisivo; gostaria que fosse ao meu redor como uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta, em que os outros respondessem à minha expectativa, e de onde as verdades se elevassem, uma a uma; eu não teria senão de me deixar levar, nela e por ela, como um destroço feliz. E a instituição responde: Você não tem por que temer começar; estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra, mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele lhe advém.

A teoria do discurso aqui defendida está intimamente ligada à questão da constituição do sujeito social, ou seja, de como as pessoas reproduzem o mundo social sem questionar a veracidade do discurso internalizado. Para Foucault (2004a) é preciso tratar os discursos como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas que também, por outras, se ignoram ou se excluem. Ou seja, não há uma linearidade discursiva, mas há uma descontinuidade ou mesmo uma constante ruptura dos discursos ao longo do tempo. Por exemplo, o discurso sobre a estética corporal da Idade Média é diferente da preconizada atualmente. Muitas vezes os vários discursos, médico, religioso, político, se cruzam por contemplarem pontos comuns de pensamento, mas também por vezes se excluem por expressarem opiniões contrárias.

É fato que a todo o momento as pessoas estão sendo influenciadas por informações vindas de toda parte da sociedade, seja em uma consulta médica, na escola, televisão, jornais, revistas, *outdoors* ou mesmo em uma simples conversa que se tem com o vizinho. Nessa perspectiva, o discurso é fortemente influenciado por outras práticas discursivas na sociedade. De acordo com Pinto (1989), se a prática social é significado, as pessoas envolvidas no processo de significação também o são e isto resulta em uma consideração fundamental: os sujeitos sociais não são causas, não se constituem na origem do discurso, mas são efeitos discursivos na reprodução da vida.

Até neste ponto da discussão se afirmou que os discursos médico-científico e cultural sexista, legitimados pelo poder de proferir conclusões, informações e práticas sociais, agem diretamente na base de todo o conhecimento que as pessoas tendem a reproduzir nos meandros da vida cotidiana em relação à dicotomia do corpo obeso e magro. Cada um dos discursos carrega em si valores próprios, significados relacionados à atuação na vida cotidiana. Entretanto, suas intervenções nas esferas da vida social e seus entrecruzamentos se convergem na construção do estigma da obesidade.

Embora o médico (conhecimento científico) tenha um compromisso vinculado ao processo de saúde, o que é preciso discutir é que a própria noção de saúde é permeada por perspectivas culturais específicas (conhecimento do senso comum). Constituem-se assim, em dois tipos de discursos ou conhecimentos que se cruzam construindo e propagando ideais que excluem e incluem baseados em uma perimetria corporal.

Para dar uma resposta com um sólido embasamento teórico, parte-se para a identificação e entendimento de conceitos importantes explicados por Michel Foucault em

seu livro *A ordem do discurso* (2004a) e que são retomados ao longo desse trabalho para a compreensão da problemática. Importante também apresentar a explicação do autor de como proceder à análise desses discursos.

Foucault (2004a) alerta para a existência na sociedade de procedimentos de exclusão em relação aos discursos. Em se tratando do sistema de exclusão, interessa para explicação da problemática da presente tese compreender o conceito de vontade de verdade. Com relação a este conceito, se busca um entendimento do discurso na oposição do verdadeiro e do falso. Há uma necessidade inerente ao ser humano de explicar tudo, ou seja, há uma vontade de saber, também entendida com uma vontade de verdade que tem determinantes históricos.

Para Foucault (2004a) essa vontade se apoia em um suporte institucional. É reforçada e reconduzida por um compacto conjunto de práticas como a pedagogia, a medicina, a educação, as bibliotecas, os laboratórios, dentre outras. Mas, é também reconduzida na maneira como esse saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído e reproduzido. Exerce forte influência sobre outros discursos, como que um poder de coerção.

Esse conceito está ligado à ideia da legitimidade do conhecimento, bem como do desejo e do poder de se proferir um discurso considerado verdadeiro. A partir do século XIX o mundo conheceu e legitimou a palavra que seria a lei, que seria o discurso da verdade, que é a da ciência. Nesse século a ciência passou a ter uma importância fundamental, parece que tudo só tem explicação por meio da ciência. Como se o que não é científico não correspondesse à verdade. A ciência passou a assumir uma posição quase que religiosa diante das explicações dos fenômenos sociais, biológicos, antropológicos, físicos e naturais.

Justamente esse discurso científico, principalmente para o argumento aqui desenvolvido, o da medicina, que se faz importante identificar o poder que ele de contribuir para a produção de estigmas e estereótipos na realidade social. A vontade da verdade criada pela palavra da ciência se impõe às pessoas, conduzindo e alterando os regimes de representações sociais, levando a graves problemas por não serem submetidos a uma crítica pelo discurso caracterizado pelo conhecimento do senso comum.

Assim, só aparece aos nossos olhos uma verdade que seria riqueza, fecundidade, força doce e insidiosamente universal. E ignoramos, em contrapartida, a vontade de verdade, como prodigiosa maquinaria destinada a excluir todos aqueles que, ponto por ponto, em nossa história, procuraram contornar essa vontade de verdade e recolocá-la em questão contra a verdade, lá justamente onde a verdade assume a tarefa de justificar a interdição e definir a loucura. (FOUCAULT, 2004a, p. 20)

Em se tratando do segundo sistema de exclusão, que são internos ao discurso, estes são procedimentos que funcionam, sobretudo enquanto princípios de classificação, de ordenamento e de distribuição do discurso. Porém, “não deixam de ser princípios de coerção (...). É preciso levar em consideração sua função restritiva e coercitiva”. (FOUCAULT, 2004a, p. 36). Dentro desse sistema, é importante apresentar e discutir o conceito de disciplinas teóricas.

As disciplinas teóricas correspondem a um princípio de limitação. Todas as disciplinas são feitas de erros e verdades, ou seja, cada disciplina reconhece em seu interior proposições que são verdadeiras e proposições que são falsas. A disciplina é um princípio de controle da produção do discurso. Entretanto, existem componentes discursivos próprios que atingem as pessoas no mundo social. Toda divulgação específica de uma disciplina, uma descoberta, uma conclusão sobre determinado objeto estudado carrega em si as particularidades da disciplina.

Há, portanto, uma permanente ritualização das regras a serem seguidas em seu interior, já que o discurso sobre determinado objeto de estudo tem condicionantes variados para se chegar à ideia de uma verdade. O discurso médico-científico sobre obesidade é permeado por estes condicionamentos, porém para a medicina ela é vista como uma doença. Para complementar o exposto, Foucault esclarece:

Uma disciplina não é a soma de tudo o que poder ser dito de verdadeiro sobre alguma coisa; não é nem mesmo o conjunto de tudo o que pode ser aceito, a propósito de um mesmo dado, em virtude de um princípio de coerência ou sistematicidade. A medicina não é constituída de tudo o que ser pode dizer de verdadeiro sobre a doença. (2004a, p. 31).

De acordo com Foucault (2004a), a análise do discurso não vai revelar a universalidade de um sentido, mas trazer à raridade que é imposta, e com um poder fundamental de afirmação. Raridade e afirmação, raridade da afirmação – é de maneira nenhuma uma generosidade contínua do sentido ou uma monarquia do significante.

Portanto, aquilo que é efetivamente dito não decorre de um tesouro infinito de significações, mas de condições de possibilidades específicas. Por tudo isto, a análise do discurso procura encontrar as regras que definem as condições de existência dos acontecimentos discursivos.

Para Fischer (2001), espaço de dissensões e oposições múltiplas que se cruzam e se repelem, a formação discursiva faz-se de asperezas e estridências, mais do que de harmonias e superfícies lisas. Inteiramente vivo, o campo enunciativo acolhe novidades e imitações, blocos homogêneos de enunciados bem como conjuntos díspares, mudanças e continuidades. Tudo nele se cruza, estabelece relações, promove interdependências. Para essa autora, o convite de Foucault é que, por meio da investigação dos discursos, as pessoas se defrontem com a história ou com o passado, aceitando pensar de outra forma o agora que se apresenta de forma tão evidente. Assim, libertam-se do presente e se instalam quase em um futuro, em uma perspectiva de transformação de si mesmos.

Portanto, de acordo com Chizzotti (2006), o papel da análise empreendida na perspectiva Foucaultiana é compreender os cruzamentos das relações de poder ocultos nas discursividades tidas como objetivas, nos discursos formais e científicos que organizam e criam subjetividades nas mulheres em suas vidas cotidianas.

O objetivo desse capítulo foi fornecer um panorama geral acerca da base conceitual e metodológica da pesquisa realizada nesse trabalho. Por isso a importância de se discutir as implicações da pesquisa qualitativa, a técnica utilizada, os programas de obesidade, as cirurgias e como foi realizado o trabalho de campo. Para a análise das narrativas partiu-se da perspectiva de Michel Foucault que permeia a compreensão dos discursos das entrevistadas em convergência ou divergência com as discursividades médicas inseridas em uma cultura sexista.

No capítulo seguinte direciona-se a discussão para as questões teóricas relacionadas ao corpo e suas manifestações na sociedade ocidental contemporânea, apontando a importante contribuição da sociologia do corpo para o entendimento da relação entre obesidade e magreza. Procura-se, já se utilizando das entrevistas, discutir a centralidade atribuída hoje ao corpo nas mulheres, observando as dimensões do corpo obeso, também chamado de doente. Apresentam-se dados estatísticos sobre a doença obesidade e, por fim, faz-se uma reflexão introdutória sobre a influência dos discursos hegemônicos sobre o corpo obeso na esfera social.

CAPÍTULO II – CORPO, OBESIDADE E SOCIEDADE

2.1 A CONTRIBUIÇÃO DA SOCIOLOGIA PARA UMA REFLEXÃO SOBRE O CORPO

Para compreender o corpo de forma sociológica é preciso partir de uma perspectiva de que o corpo humano e suas funções orgânicas se configuram mais do que um sistema biológico. Cada cultura engendra suas próprias maneiras e atitudes para com o corpo. Isso pode ser bem visto em se tratando das práticas corporais, tais como: a forma de andar, de falar, dos gestos, das perspectivas de saúde e adoecer, da estética corporal.

Com o advento do pensamento sociológico e antropológico, há muito tempo essas duas ciências humanas vem compreendendo o corpo humano não simplesmente como um complexo de fatores biológicos ou fisiológicos. A sociologia do corpo mostrou a importância de encarar a corporeidade humana como algo mediado por sistemas de símbolos e significações atribuídos culturalmente. Nesse caso, é evidente que se deve procurar enxergá-lo no interior de sistemas culturais particulares, que são alterados ao longo dos tempos.

Para Le Breton (2006), as relações com o corpo vão além da dimensão biológica circunscrita em outras discursividades, como muita preconizam, no geral, as explicações médico-científicas. É por meio das relações com o corpo que as interações e os rituais entre as pessoas são realizados. Por isso mesmo, "a percepção dos inúmeros estímulos que o corpo consegue recolher a cada instante é função do pertencimento social do ator e de seu modo particular de inserção cultural" (p. 56). Nesse sentido, até mesmo a dor, a fome, a morte são vistas como construções sociais e culturais, em que as percepções são individuais, mas também constituídas por representações coletivas.

Le Breton (2006) afirma que antes de qualquer coisa, a existência é corporal, voltando-se para a dimensão sociocultural do imaginário que norteia os corpos. Argumenta que a experiência cotidiana se fixa também em uma socialização dos sujeitos e de seus

atributos corporais. Deste modo, as representações e os imaginários do corpo perpassam a relação que as pessoas estabelecem com a sociedade que as rodeia, em um processo de individualização de sua autonomia, mas também de coletivização por não conseguir escapar dos olhares.

Para Le Breton (2006), o desafio da sociologia é a apreender a dimensão que abarca as manifestações afetivas e as relações de vínculo social que as pessoas estabelecem entre si em sociedade. Para estudar os corpos e suas inserções culturais é preciso compreender, por exemplo, suas localizações, tais como, a classe social, a condição racial, a crítica das técnicas de tratamento que são engendrados por um modelo biomédico, as práticas educativas das condutas de higiene e os cuidados de saúde. Assim, o olhar sociológico está diante da compreensão da corporeidade na esfera privada, como os cuidados com crianças, mulheres, idosos, doentes, etc. e também na área pública, como os espaços de estética e hospitais.

Para Villaça e Góes (1998), pensar as questões corporais é pensar suas performances e seus limites de atuação, em uma visão que contemple o corpo como um dos elementos constitutivos de um amplo e intrincado universo de significações, no qual são produzidas as subjetividades. Nesse sentido, a imagem do corpo obeso, segundo Fischler (1995), é profundamente ambivalente, em seu vínculo social, que pode ser visto como um brincalhão, extrovertido e ao seu contrário, doente e depressivo.

O corpo humano é constituído e representado simbolicamente na sociedade, é visto como um portador de significados sociais, não sendo somente um depositário de processos biológicos e fisiológicos. Aos atributos anatômicos são imputados significados construídos pela sociedade em que a pessoa está inserida. Ao mesmo tempo em que o corpo adquire significados na interação, ele próprio é um discurso moldado, passível de leituras as mais diversas por cada pessoa na sociedade.

A cultura do grupo em que crescemos nos ensina como perceber e interpretar as muitas mudanças que podem ocorrer em nossos corpos ao longo do tempo, assim como nos corpos das outras pessoas. Aprendemos a distinguir um corpo “jovem” de um “idoso”, um corpo “doente” de um corpo “saudável”; a definir “uma febre” ou “uma dor”, uma sensação de “inabilidade” ou de “ansiedade”. Aprendemos também a considerar algumas partes do corpo como “públicas” e outras “privadas”; e a entender algumas funções corporais como aceitáveis socialmente e outras, moralmente impuras (HELMAN, 2003, p. 31).

Como citado, Helman (2003) quer afirmar que as diferentes culturas projetam certos padrões e ideais, não só de beleza e estética (corpo magro), mas de comportamentos (não arrotar em público, desligar o celular no teatro), valores morais (não roubar), ritos (casamento, batismo) e tabus (incesto), que as pessoas de uma determinada sociedade tendem a buscar e seguir. Para Rodrigues (1986), o corpo é pouco mais que uma massa de modelagem à qual a sociedade imprime forma segundo suas próprias disposições, por exemplo, as delineações estéticas consideradas como as “normais” ou como as mais “bonitas”.

Ao mesmo tempo em que a sociedade elege determinadas configurações estéticas, também cria as diferentes maneiras de se enquadrar nesses padrões, seja por meio de cirurgia plástica, pintando o corpo, colocando argolas no pescoço ou mesmo enfiando palitos de bambu na cavidade do nariz.

Le Breton, em entrevista concedida a Duarte (2010), enfatiza que cabe aos cientistas sociais o compromisso de analisar os fenômenos relacionados ao corpo, principalmente aqueles em que os movimentos culturais estejam tomando forma, sejam individuais ou coletivas. É preciso interrogar a validade das concepções, as condições de funcionamento desses novos movimentos, que possuem em seu bojo de atuação explicações do discurso médico-científico e da tecnociência.

A responsabilidade consiste em tentar compreender essas lógicas, colocando o conhecimento adquirido a favor de criar o gosto pela vida, mostrando outros valores ao mundo desencantado. Os sociólogos e antropólogos devem auxiliar a encontrar um ângulo de aproximação, de crítica e de debate, devem ao mesmo tempo apontar para o prazer em se viver e não sustentar o culto da performance. É imperioso assinalar um caminho possível para que os valores se revertam, para sair da crise de valores na qual a sociedade se encontra, e para tal deve-se "reinventar o mundo" (DUARTE, 2010, p. 90-91).

Portanto, é importante que a sociologia do corpo fique atenta para as transformações socioculturais que atingem diretamente as pessoas e suas relações corporais pessoais e sociais. O corpo não determina mais a identidade, mas está a seu serviço, instituindo significados e atribuindo às pessoas toda carga positiva da identidade, bem como negativa da diferença.

2.2 DA OBESIDADE À MAGREZA: UMA HISTÓRIA INSCRITA NOS CORPOS

Mas, de onde vem esse padrão corporal cultural das sociedades contemporâneas ocidentais? Por que na estética atual prevalecem como padronização os corpos magros e, conseqüentemente, uma repulsa aos corpos obesos?

Na Idade Média, o ganho de peso e o acúmulo excessivo de gordura ainda eram vistos e representados socialmente como sinais de saúde e prosperidade pelos nobres europeus da época. Contudo, não se pode incorrer no equívoco de pensar que todas as pessoas naquela época tinham excesso de gordura ou que eram obesas. Muitas eram idolatradas, como a figura do “Rei Momo”. É importante salientar que sempre houve pessoas magras e também obesas. A diferença se encontra no padrão cultural com o qual, nas diferentes épocas, os povos encaram essas categorias da estética corporal.

Vincent (1992) observa que, nas cidades italianas da Idade Média, *popolo grosso* designava a aristocracia dirigente e *popolo magro* designava a plebe²⁴. Nesse sentido, Fischler (1995) destaca que a distribuição social da gordura, nos países desenvolvidos, mudou totalmente. No passado, nesses países, o *popolo grosso* ocupava os extratos superiores, e o *popolo magro*, as camadas mais baixas da hierarquia social.

Segundo Tonial (2001), o corpo gordo enquanto representação social já foi outrora símbolo de êxito social e econômico. Mira (2004), por sua vez, mostra que a gordura era sinônima de festa, fartura de comida e de bebida, barriga cheia, um ideal inatingível pelos pobres, cujo cotidiano era marcado pela fome, o frio e o abandono.

Para Bakhtin (2008), é comendo que o homem medieval se encontra com o mundo. O comer e beber corresponde às manifestações mais importantes desse corpo aberto e inacabado, em interação constante com o resto do mundo. Festejavam nos campos, nos castelos e até nas igrejas. Abriam-se margens para as pulsões sexuais, a gestualidade obscena e à comilança. O consumo de bebidas alcoólicas era intenso sendo consumidas por adultos e crianças sem distinção.

Para Elias (1994), já na Idade Média se encontra uma preocupação da sociedade de corte com os comportamentos e excessos do corpo. Baseados no conceito de cortesia, vários tratados ou manuais²⁵ de boas maneiras foram escritos para homogeneizar as diversas regras de “cortesia”, pelo menos entre os nobres europeus. São frequentes, como

²⁴ Povo gordo e povo magro.

²⁵ Como, por exemplo, *Cortesias* de Bonvicino da Riva.

destaca o autor, os lembretes para que as pessoas não se coçassem ou caíssem vorazmente sobre os alimentos ou para evitar pegar os melhores pedaços no prato e cortar, sem excessos, os pedaços de pão.

Mira (2004) enfatiza que a nobreza europeia do século XVI a XVIII, com a ascensão do conceito de civilidade, é a primeira a se afastar de alguns hábitos da Idade Média. Muitos dos gestos e atitudes corporais, notadamente em relação às funções corporais, antes correntes, começariam a ser condenados pelos manuais de etiqueta que ensinavam os preceitos adotados pela nobreza e de acordo com os quais deveriam ser educados aqueles que almejassem alcançar um refinamento pessoal. De acordo com essa autora, os manuais de etiqueta têm um lugar de destaque na história do adestramento do corpo na modernidade e todo o conjunto de hábitos corporais ligados à expulsão das secreções e excrementos e das relações entre os sexos.

Segundo Berger (2006), o corpo hiperbólico da época medieval vai sendo substituído aos poucos por imagens de corpos mais verticalizados, alongados, silenciosos e contidos. Há um aumento do controle da alimentação, sobretudo pelos excessos alimentares e também sobre os alimentos aceitos e condenáveis, estando agora a gordura sendo considerada a grande vilã.

Para melhor explicitar essa transição, no decorrer do século XVI, segundo Elias (1994), vê-se que o uso do conceito de *courtoisie* diminuiu lentamente enquanto o de *civilité* torna-se mais comum e, finalmente, assume a preponderância, pelo menos na França do século XVII. Para o autor, a sociedade de corte foi à espinha dorsal da nova formação social que estava surgindo. A situação, a auto-imagem e as características dessa nova sociedade encontram sua expressão no conceito de *civilité*²⁶.

Dentre os vários comportamentos inadequados citados por Elias (1994), baseado no tratado de Erasmo de Rotterdam, destacam-se alguns a seguir:

* As pessoas mal sentam e já metem as mãos nas travessas, lobos e glutões fazem isso.

²⁶ Esse conceito, segundo Elias (1994), recebeu seu cunho e suas funções específicas no segundo quartel do século XVI. Seu ponto de partida individual pode ser determinado com exatidão. Deve ele o significado adotado pela sociedade a um tratado de boas maneiras de autoria de Erasmo de Rotterdam, *De civilitate morum puerilium* (Da civilidade em criança), que veio à luz em 1530. Esse livro trata de um assunto muito simples: o comportamento das pessoas em sociedade e acima de tudo, embora não exclusivamente, “do decoro corporal externo”. É dedicado a um menino nobre, filho de príncipe, e escrito para a educação de crianças.

* Algumas pessoas devoram em vez de comer, como se estivessem prestes a serem levadas para a prisão, ou fossem ladrões se fartando do produto da pilhagem.

* Outros colocam tanta comida na boca que as bochechas se enchem como foles.

* Outros ainda arreganham os dentes quando comem e assim produzem ruídos como se fossem porcos. Comer e beber com a boca cheia nem é elegante nem seguro.

Resumindo essa transição, Elias diz:

O que faltava nesse mundo *courtois* [Idade Média], ou no mínimo não havia sido desenvolvido no mesmo grau, era a parede invisível de emoções que parece hoje se erguer entre um corpo humano e outro, repelindo e separando, a parede que é frequentemente perceptível à mera aproximação de alguma coisa que esteve em contato com a boca ou as mãos de outra pessoa, e que se manifesta como embaraço à mera vista de muitas funções corporais de outrem, e não raro a sua mera menção, ou como um sentimento de vergonha quando nossas próprias funções são expostas à vista de outros (1994, p. 82).

Mira (2004), seguindo a perspectiva de Elias, destaca que a ascensão do conceito de civilidade nas sociedades de corte marca o início da condenação aos excessos corporais, dentre eles a embriaguez, a comilança, a gordura. Começa a se delinear outro ideal de corpo, contido, refinado e esbelto.

Com essas colocações, percebe-se que não se trata apenas da mudança de um padrão de estética corporal, mas, também, de uma transformação das relações e comportamentos entre as pessoas. Os diversos tratados de boas maneiras, com todas as suas regras de cortesia ou civilidade, acarretaram mudanças tão importantes quanto às normas de convivência em sociedade, engendraram toda uma tendência que foi crescendo ao longo dos tempos, de controle sobre os corpos, sobre suas funções orgânicas e seus “excessos”.

Um retrato dessa época de valorização de padrões de civilidade e de uma estética corporal que não discriminava quem possuía excesso de gordura e não idolatrava quem era magro pode ser visto também na literatura, mas principalmente nas obras de arte, onde as mulheres eram retratadas e/ou descritas ressaltando suas rechonchudas e arredondadas formas físicas. Um exemplo apresentado por Pope Jr., Phillips e Olivardia (2000) é o

quadro “Vênus e Adônis”, pintado pelo italiano Tiziano Vecellio di Gregório (ver pintura abaixo). Nesta obra, esse pintor da renascença mostra Adônis prestes a ir caçar com seus cães e com Afrodite em seus braços, que se destaca por seu excesso de gordura.

Figura 3 – Vênus e Adônis (Tiziano Vecellio di Gregório)



Fonte: <<http://www.museodelprado.es/en/the-collection/online-gallery/obra/venus-and-adonis-1>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

De acordo com Mira (2004), no final século XVII já se começa a sentir os impactos das novas descobertas científicas, principalmente aquelas relativas à mecânica industrial (máquinas a vapor, tear mecânico, etc.). A chamada Revolução Industrial, viabilizada por essas descobertas, mudou diretamente a vida de milhões de pessoas por todo o mundo. É nesse contexto do desenvolvimento do capitalismo do século XVIII que o debate em torno das questões corporais se acirra. Neste contexto, o excesso de comida começaria a ser apontado pelo discurso médico-científico como o causador de diversas doenças e mortes prematuras.

Seguindo a lógica de desenvolvimento do capitalismo industrial, Soares (1994) demonstra que na Europa do século XVIII e início do século XIX se desenvolveu, por meio de políticas de saúde, formas de controle das populações urbanas, onde o corpo dos indivíduos e o “corpo social” são tomados como objetos úteis ao desenvolvimento do capital. Os “corpos saudáveis” passaram a ser uma exigência do mundo capitalista. As

concepções da medicina social (higienistas de caráter moralizador, normativo e educativo) se constituíram nos instrumentos de intervenção na sociedade, impondo hábitos, costumes e valores.

A estetização dos padrões de beleza, convergindo para a magreza, iniciou-se no Brasil, embalado pela experiência europeia, quando se começou o processo higienista burguês no século XIX. Segundo Soares (1994), com os conhecimentos gestados na Europa, criou-se um novo modelo para a sociedade brasileira, inspirada nas metrópoles europeias, que direcionou a construção de um novo padrão de corpo para uma nova ordem social, onde o pensamento higienista médico-científico apoiado pelo poder do Estado iria ocupar um lugar de destaque.

Além desse “projeto burguês de sociedade” que foi importado da Europa, outra influência externa, também europeia, foi decisiva para o delineamento de um ideal de beleza magro no Brasil. Essa se deveu aos inúmeros viajantes, principalmente ingleses, que aqui desembarcaram. Segundo Stenzel (2002), a partir dos relatos desses viajantes pode-se perceber de forma bem clara uma redefinição quanto aos valores e padrões vigentes em direção aos padrões europeus. “Esses viajantes criticavam a corpulência das brasileiras e ridicularizavam seus costumes tendo como corretos os seus padrões de beleza e de estética, que já traziam o corpo magro como referência” (STENZEL, 2002, p. 34). Os relatos desses viajantes mostram um choque com as diferenças em relação ao padrão estético das brasileiras, comparado com o das inglesas:

Os viajantes reconhecem que a tendência à engorda acabava por corresponder ao ideal de beleza dos brasileiros [...] Afirma-se que o maior elogio que se podia dirigir a uma dama do país é dizer que está ficando, a cada dia mais gorda e mais bonita, coisa que cedo acontece à maioria delas [...] Cheias e arredondadas quando mocinhas, ao chegarem aos trinta anos já eram matronas corpulentas, incapazes de exercer qualquer fascínio sobre nossos visitantes (QUINTANEIRO, 1995, p. 195).

Rabelo (1997) realizou uma pesquisa cujo tema foi a história da normatização (pode-se dizer que muitas vezes de caráter higienista e influenciada por culturas externas como dos viajantes) dos comportamentos, das relações familiares e da disciplinarização do trabalho e do tempo, na Cidade de Goiás, durante o período imperial (1822-1889). O autor analisou os vários discursos, médico, jurídico e religioso, tendo como objetivo identificar a

sujeição dos indivíduos às normas e padrões considerados os mais racionais e eficientes, voltados para a maximização da produção de riquezas, do bem-estar físico, da saúde e do progresso da sociedade.

Observa-se a partir do trabalho de Rabelo (1997) que já existe, se não uma estética corporal definida a favor da magreza, pelos menos um discurso apontando para essa direção. Identifica-se que a preferência, ao menos “discursiva”, pelo que é magro também já se faz presente no interior longínquo do Brasil, especialmente, nesse caso, na antiga capital do Estado de Goiás na segunda metade do século XIX.

Em uma crônica retirada de um jornal (O commercio de 09/10/1879) e reproduzida no trabalho desse autor, pode-se notar bem essa tendência à desvalorização do excesso de gordura e a tendência crescente da supervalorização da magreza, ao menos em relação às mulheres:

Magras e Gordas²⁷

A magreza representa geralmente a poesia, o sentimento e delicadeza distinta.

A gordura é a prosa, e aborrecimento, o mau gosto, a desconfiança e tédio.

A mulher magra é capaz de sacrificar-se até o delírio pelo homem.

A mulher gorda raras vezes o fará.

A mulher magra come para viver.

A mulher gorda vive para comer.

A mulher magra declara seu amor.

A mulher gorda não diz que ama.

A mulher magra é crédula como uma criança.

A mulher gorda é desconfiada e exigente.

A mulher magra ama para sofrer.

A mulher gorda gosta de alguém só para casar.

A mulher magra sonha.

A mulher gorda tem pesadelos.

Ainda de acordo com Rabelo (1997), com a inserção da mulher nos saraus, bailes e teatros, a partir da segunda metade do século XIX, onde ela deveria mostrar suas habilidades em conversar e ser elegante, havia aqueles homens que defendiam a importância da beleza da mulher, especialmente da magra, condenando a tradicional matrona obesa descrita pelos viajantes europeus no início daquele século. A moda do espartilho exaltou a figura longilínea da mulher, desvalorizando a mulher obesa. Sob o

²⁷ (O COMMERCIO, 1879 apud RABELO, 1997, p. 153).

olhar masculino, a diferença entre a mulher obesa e a mulher magra atingiria o seu comportamento e o seu caráter com sérias desvantagens para esta última.

Até o século XIX, o cuidado com o corpo se justificava sempre por servir à consecução de valores morais higienistas, e principalmente, capitalistas. Entretanto, é somente a partir do século XX que os padrões culturais de corpo no Brasil se fixam em um novo ideal cultural, o da magreza, cuja tendência ao longo de todo o século foi sempre de crescimento. Assim explica a historiadora Del Priore (2009, p. 75):

Se até o século XIX matronas pesadas e vestidas de negro enfeitavam álbuns de família e retratos a óleo, nas salas de jantar das casas patricias, no século XX, elas tendem a desaparecer da vida pública. Envelhecer começa a ser associado à perda de prestígio e ao afastamento do convívio social. Associa-se gordura diretamente a velhice. É a emergência da lipofobia. Não se associava mais o redondo das formas – as "cheinhas" – à saúde, ao prazer, à pacífica prosperidade burguesa que lhes permitia comer muito, do bom e do melhor. A obesidade começa a tornar-se um critério determinante de feiura, representando o universo do vulgar, em oposição ao elegante, fino e raro. Curiosamente, esbeltez e juventude se sobrepõem. Velhice e gordura, idem. (...) A gordura opunha-se aos novos tempos que exigiam corpos ágeis e rápidos. A magreza tinha mesmo algo de libertário: leves, as mulheres moviam-se mais e mais rapidamente, cobriam-se menos com vestidos mais curtos e estreitos, estavam nas ruas. O rosto rosado pelo ar livre, pela atividade não se coaduna com o semblante amarelado das mulheres confinadas em casa.

Segundo Lipovetsky (1998), década após década, o padrão de magreza se torna cada vez mais exigente. A partir dos anos 1920 empreendeu-se uma verdadeira cruzada contra tudo o que é mole e relaxado. Para o corpo transitar naturalmente pela sociedade, espera-se que esteticamente precisa aparentar ser firme, tônico e musculoso. Pode-se dizer que são conceitos contrários à gordura mole, pastosa e flácida que tomam conta dos discursos hegemônicos.

Fischler (1995) analisa essa mudança no padrão estético dos corpos e dos discursos médico-científico e cultural sexista, mostrando que, sem dúvida, a percepção social da gordura se alterou drasticamente. Os saberes instituídos pelo modelo dominante afastaram-se daquele que reinava no século XV ao XIX e daquele que ainda impera hoje em certas culturas. Mas isso, salienta o autor, não significa que os ancestrais amavam somente os gordos. Assim sendo:

O acordo parece hoje quase unânime em torno da seguinte proposição: há um século, nos países ocidentais desenvolvidos, os gordos eram amados; hoje, nos mesmos países, amam-se os magros (...) As sociedades modernas, é claro, não amam nem a gordura nem as pessoas muito gordas. No tempo em que os ricos eram gordos, uma rotundidade razoável era muito bem vista. Ela era associada à saúde, à prosperidade, à respeitabilidade plausível, mas também ao capricho satisfeito. Dizia-se de um homem gordinho que ele era “bem feito”, enquanto que a magreza não sugeria mais do que a doença (o definhamento), a maldade ou a ambição desenfreada (1995, p. 78).

Nesse sentido, observa-se que houve uma poderosa confluência histórica entre o discurso estético importado de outras regiões do mundo, principalmente dos europeus e norte-americanos. Esses lugares já apresentavam no século XIX um padrão estético vinculado ao corpo magro que foi se afirmando como regra, tendo a legitimidade atrelada ao discurso médico-higiênico, levando assim ao atual e aparentemente obsessivo culto ao corpo esbelto, à saúde e à magreza.

2.3 O CORPO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

A organização da sociedade na atualidade é orientada cada vez mais pela sedução e consumo do corpo, onde os discursos hegemônicos (médico-científico e cultural sexista), tendo sempre o apoio ambivalente da mídia, exercem um papel fundamental na produção e reprodução da vida cotidiana. Constroem-se assim novos ambientes simbólicos, faz-se até da virtualidade uma realidade.

Essas características refletem o conjunto de transformações que se iniciaram na segunda metade do século XX e que se tornaram mais velozes com advento da revolução informacional. Isso tudo acarretou alterações drásticas nas relações sociais, uma vez que a divulgação de padrões corporais e de saúde pela mídia não encontra mais fronteiras.

Pode-se afirmar que o corpo é o primeiro a se impor em um contexto de interação social, de modo que aparece como um importante fator na busca por adequação em uma sociedade que propaga ansiedades estéticas narcíseas e hedonistas. Por consequência disso, cria estereótipos identitários negativos com os quais as pessoas são identificadas e categorizadas socialmente.

A importância de se refletir sobre os corpos das pessoas reside no fato de que todos os acontecimentos socioculturais atingem diretamente o que é mais particular, que são os próprios corpos. Este é visto como algo que pode e deve ser transformado, ligando-se intimamente a um consumismo, um hedonismo e um narcisismo muito peculiares a vida atual. Na perspectiva de Costa (2004), o elo sintomático entre o eu narcísico e o corpo físico sofreu uma metamorfose que pode ser descrita em três áreas da experiência subjetiva, são elas:

a) Imaginário da perfeição: O avanço real ou ideologizado da ciência e da tecnologia mudou o perfil da idealização da imagem corporal. Até bem pouco tempo, buscava-se alcançar no futuro a “perfeição” mítica do passado sentimental; hoje, imagina-se que a perfeição será conseguida pela perfectibilidade física prometida pelas novas tecnologias médicas. O sujeito contemporâneo padece de um fascínio crônico pelas possibilidades de transformação física anunciadas pelas próteses genética, químicas, eletrônicas ou mecânicas. A cirurgia de redução de estômago apresenta-se como sendo um elo entre uma identidade deteriorada e a ideação de um corpo magro e perfeito. Observa-se bem essa perspectiva na seguinte narrativa:

Só a cirurgia podia resolver meu problema. Eu queria ser magra e comprar minhas roupas. (Susana, 50 anos, ex-obesa)

b) Imaginário da recalcitrância e da abjeção: O que era signo de inquietante estranheza, como os abjetos corporais, ou de recalcitrância, como as atividades próprio e heteroespecíficas, se converteram em objeto de prazer de domínio ou sedução sexual. Hoje, é na exterioridade do corpo, no lugar das rugas, manchas, estrias, flacidez, obesidade, etc., que o abjeto e o recalcitrante são exaustiva e implacavelmente vigiados, esquadrihados e temidos de maneira fóbica, obsessiva, histérica ou persecutória. O ego narcísico, sem poder ocultar a aparência do corpo, vê-se, como nunca, acuado pela dor, humilhação e medo de não ser causa do interesse do outro. Nesse ponto, é interessante a relação que Kristeva (1980) faz com esse corpo abjeto e indesejável pelo outro. Há uma manifestação do abjeto com um cadáver, uma vez que se configura como uma poluição fundamental, pois se trata de um corpo sem alma. De certa forma, muitas mulheres obesas passam a vida se sentindo deslocadas, não aceitas.

Só quando já estava muito gorda passei a evitar as pessoas, antes quando eu era magra não me incomodava com nada e não me achava “diferente” em nada. (Ângela, 32 anos, ex-obesa)

Eu não saía para determinados lugares. **Eu deixei de sair muito**. (Marta, 43 anos, ex-obesa)

c) Narrativas sobre as falhas na imagem corporal: Importância de se ouvir a fala do sujeito para se comprovar o compromisso entre a satisfação obtida na realização da imagem corporal ideal e o obstáculo oferecido pelos interesses do esquema corporal ao cumprimento dessa satisfação. A imagem idealizada de um corpo magro em contraposição a gordura torna-se uma obsessão que com o advento da cirurgia de redução de estômago passou a ser realidade em um curto espaço de tempo. Nas entrevistas observa-se sempre um novo mundo se abrindo após o emagrecimento, parece que a sociedade acolhe e reverencia o corpo magro.

Depois que você tá magra, aí você vai ver como você é mais respeitada. Parece que antes meus colegas de trabalho me olhavam como uma pessoa diferente. Hoje as pessoas me cumprimentam pelo que sou e não só por respeito. (Germira, 40 anos, ex-obesa)

Esses fatores apontados interferem diretamente na forma como as pessoas se servem de seus corpos, também são impactantes na maneira como são identificadas e categorizadas em sociedade baseando-se em uma estética corporal. O corpo é um produtor de identidades, que chega à sociedade contemporânea como um importante *locus* identitário, mas ao mesmo tempo, também como um *locus* de diferenças. Como afirma Trinca (2008, p. 110):

Dessa maneira, as mudanças no mundo atual que possibilitaram uma espécie de redescoberta do corpo e um superinvestimento nas práticas corporais ultrapassam o campo específico das técnicas ou das ciências biomédicas, abrangendo de forma significativa também o âmbito cultural, social, político e econômico. Assiste-se hoje a um movimento duplo: de um lado, o processo de *financeirização* das coisas e, de outro, a *mercadorização* de tudo o que possa ser convertido em valor de troca. A “sociedade do consumo”, traduzida pelo império das logomarcas, pela produção do supérfluo e do descartável, pela era da imagem e do simulacro, pela estetização do cotidiano e pela valorização da aparência avança enquanto terreno estratégico para a exploração do corpo como objeto rentável.

Na perspectiva de Costa (2004), pensar em uma cultura do corpo ou culto ao corpo não é uma definição, mas sim um recurso de ênfase. Todas essas designações chamam a atenção para o fato de o corpo ter-se tornado um condicionante privilegiado para a construção de identidades pessoais e sociais.

Goldenberg e Ramos (2002) afirmam que no Brasil, no fim do século XX e início do XXI, se está assistindo a uma crescente “glorificação do corpo”, com ênfase, sobretudo, cada vez maior na exibição pública do que antes era escondido e, aparentemente, mais controlado. Nesse sentido:

Devido a mais nova moral, a da “boa forma”, a exposição do corpo, em nossos dias, não exige dos indivíduos apenas o controle de suas pulsões, mas também o (auto) controle de sua aparência física. O decoro, que antes parecia se limitar a não-exposição do corpo nu, se concentra, agora, na observância das regras de sua exposição (GOLDENBERG e RAMOS, 2002, p. 25).

No século XXI, a história do corpo nas sociedades ocidentais vem produzindo uma verdadeira obsessão pela forma-beleza-estética associada à saúde, aumentando a distância constitutiva e suas consequências sociais entre a identidade reconhecida do corpo magro e a diferença abjeta do corpo obeso. Apresentando essa ideia em outras palavras, para Goldenberg (2007, p.12):

O início do século XXI será lembrado como o momento em que o culto ao corpo se tornou uma verdadeira obsessão, transformando-se em um estilo de vida, pelo menos entre as mulheres das camadas médias urbanas. É fácil perceber que as mulheres de maior sucesso, nos dias de hoje, são as modelos, atrizes, cantoras e apresentadoras de televisão, cujo principal capital é o próprio corpo. Estas mulheres adquiriram status de celebridade na última década e passaram a ter uma carreira invejada (e desejada) pelas adolescentes brasileiras. Ganharam um “nome”, a partir de seu capital físico.

Ou seja, na última década, há uma preocupação em pensar sobre que modelo de corpo tem prestígio na sociedade ocidental e, conseqüentemente, qual é o corpo atualmente que é imitado e muito desejado pelas mulheres. Contrastando com a ideia da autora, parece muito complicado colocar vários segmentos em um mesmo bojo apontando o corpo como principal componente para o sucesso e prestígio social.

Susan Boyle²⁸ e tantas outras e outros, por exemplo, possuem algo que transcende a aparência física. É preciso separar os grupos sociais, já que existem muitas e muitas atrizes com corpos que passam longe do chamado modelo preconizado pela autora para as camadas médias urbanas.

Vê-se, nesse sentido, que o corpo moldado vem, segundo Bruch (1997), de uma obsessão presente no mundo ocidental pelo padrão estético da magreza. Há uma condenação por parte da sociedade para qualquer grau de aumento de peso que destoe dos parâmetros legitimados pelos discursos hegemônicos, pois essas distorções são vistas como indesejáveis e feias para uma apresentação social do corpo. É isto que está prevalecendo nos dias de hoje nas sociedades ocidentais.

2.4 O CORPO OBESO, O CORPO DOENTE

Segundo Cunha, Neto e Júnior (2006), desde a medicina greco-romana com Hipócrates já se procurava alertar as pessoas sobre os problemas e perigos advindos do excesso de peso corporal para a saúde. Afirmava, por exemplo, que a morte súbita era mais comum e prevalente em pessoas naturalmente obesas do que em pessoas magras.

Galeno, discípulo de Hipócrates, realizou uma classificação da obesidade em natural (moderada) e mórbida (exagerada). A obesidade era fruto, sobretudo de uma falta de disciplina. Ao apontar tal estado anormal de saúde e estética, Galeno também preconizou um tratamento para o mal que começava a acometer os indivíduos, composto de corridas, massagens, banhos, descanso, passatempo e refeições com comida em abundância, mas pouco calóricas.

Mas, foi no século XVI, como citam Cunha, Neto e Júnior (2006) que surgiu a primeira monografia enfocando os aspectos clínicos da obesidade. A partir desse ponto da

²⁸ Susan Margaret Boyle de 51 anos é uma cantora escocesa que se tornou célebre por sua participação no programa de calouros britânico, *Britain's Got Talent*. A sua audição para o programa, cantando a canção "I dreamed a dream" do musical *Les Miserables* em 11 de abril de 2009, foi um sucesso na Internet, e divulgou sua imagem rapidamente. Antes de cantar na audição, tanto os jurados quanto o público demonstraram desconfiança por sua aparência desleixada e comportamento inseguro. Em resposta, após a surpreendente apresentação ela foi ovacionada pelo auditório e pelos juízes, que aplaudiram de pé. A audição ocorreu em janeiro de 2009. O contraste de sua performance com a primeira impressão dada gerou repercussão global. Artigos sobre ela apareceram em jornais de todo o mundo, enquanto vídeos hospedados na internet com sua apresentação bateram recordes.

história as preocupações deixaram de ser estéticas e se relacionaram diretamente com os problemas de saúde ocasionados pelo excesso de peso.

Já no mundo contemporâneo, como explica Almeida (2009a), o ganho de peso além dos padrões ratificados pela ciência como sendo considerados os normais, ou seja, qualquer excesso em relação à quantidade de gordura corporal passa a ser denominado de obesidade. É um problema que já tem o status de uma doença crônica, que afeta crianças, adolescentes e adultos por todo o mundo.

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2009), a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Uma sociedade mais sedentária é um potente estímulo para se desenvolver a obesidade. A diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica são fatores determinantes ambientais mais fortes.

De uma forma geral, para as ciências biológicas e médicas, a obesidade pode ser entendida como um excesso de peso sob a forma de tecido adiposo, o qual traz diversas doenças, as chamadas comorbidades²⁹, ou o alto risco de adquiri-las. Mais especificamente, a obesidade é definida:

Como um aumento do peso corporal à custa de tecido adiposo, acima de 20% do peso considerado ideal, ou seja, um número de quilogramas equivalentes ao número de centímetros acima de um metro quando considerado os valores da estatura (MARCHESINI, 2001, p. 19).

A partir da definição acima, foi criado o Índice de Massa Corporal – IMC³⁰ e na tabela abaixo explicitam-se as classificações das diferentes categorias de obesidade, o peso normal e o abaixo do peso.

²⁹ Comorbidade é a associação de duas ou mais patologias em um mesmo paciente. Após a cirurgia de redução de estômago as patologias associadas à obesidade podem ser melhoradas, tais como: hipertensão arterial, diabetes, problemas articulares e apneia do sono.

³⁰ Para se graduar a obesidade, é adotado pela Organização Mundial da Saúde – OMS o Índice de Massa Corporal (IMC), que é encontrado pela fórmula: $IMC = \text{Peso em quilogramas} / \text{altura em metros}^2$.

Tabela 1 – Índice de Massa Corporal – IMC

Resultados em Kg/m²	
Categoria	IMC
Abaixo do Peso	Abaixo de 18,5
Peso Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Leve	30,0 – 34,9
Obesidade Moderada	35,0 – 39,9
Obesidade Mórbida	Acima de 39,9

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM, São Paulo, 2007.

Como exemplo de aplicação desse referencial para se graduar e enquadrar mulheres e homens nas diferentes categorias de obesidade tem-se: uma pessoa com 1,70m de altura, pesando 67 Kg, apresenta um Índice de Massa Corporal – IMC de 23,18 Kg/m², sendo considerada pela medicina com um peso normal. Por outro lado, tomando essa mesma pessoa com 1,70m de altura, mas agora pesando 120 Kg, seu IMC será de 41,52 Kg/m². Nesse caso, essa pessoa já se encontra em um nível de obesidade mórbida.

Entretanto, é importante salientar que, segundo a ABESO (2009), o IMC se apresenta como sendo um bom indicador da obesidade, mas não pode ser totalmente correlacionado com a gordura corporal. O ideal é a combinação do IMC com medidas da distribuição de gordura para ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado. As limitações de sua utilização isolada são:

* Não distinguir massa gordurosa de massa magra, podendo ser pouco estimado em pessoas mais velhas, em decorrência de sua perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em pessoas musculosas. Some-se a esse fato, a não distinção entre mulheres e homens na utilização do IMC.

* Não refletir, necessariamente, a distribuição da gordura corporal. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total. Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. Por exemplo: a distribuição de gordura

abdominal é claramente influenciada pelo sexo: para algum acúmulo de gordura corporal, o homem tem, em média, o dobro da quantidade de gordura abdominal em relação à mulher na pré-menopausa.

* Não indicar necessariamente o mesmo grau de gordura em populações diversas, particularmente por causa das diferentes proporções corporais. Na população brasileira, tem-se utilizado a tabela proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS para classificação de sobrepeso e obesidade e seu uso apresenta as mesmas limitações constatadas na literatura. Apresenta, no entanto, semelhante correlação com as comorbidades (ver quadro abaixo).

Quadro 1 – Lista de doenças mais relacionadas à obesidade (comorbidades)

Diabetes tipo 2	Insuficiência cardíaca congestiva
Dorsalgia	Câncer de pâncreas
Embolia pulmonar	Acidente vascular cerebral
Câncer do endométrio	Leucemia
Doenças isquêmicas do coração	Câncer de tireoide
Câncer renal	Câncer de ovário
Hipertensão Arterial	Mieloma múltiplo
Pancreatite	Câncer gástrico
Colelitíases e colecistites	Câncer de colón
Câncer esofágico	Linfoma não-Hodgkin
Osteoartrites	Câncer de mama
Câncer da vesícula biliar	Câncer de reto
Asma	Câncer de pele (melanoma)

Fonte: Ministério da saúde. <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9905/162/doencas-ligadas-a-obesidade-custam-r\\$-488-milhoes.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/9905/162/doencas-ligadas-a-obesidade-custam-r$-488-milhoes.html)>. Acesso em: 02 abr. 2013.

É importante notar que o problema da obesidade tem alcançado percentuais cada vez mais alarmantes no Brasil. Tal fato é constatado ao analisar os dados sobre a obesidade no decorrer de três décadas (1989-2007). A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição,

realizada pelo Ministério da Saúde em 1989³¹, com pessoas maiores de dezoito anos, apresentou uma estimativa de que no Brasil 26% das mulheres e 23% dos homens tinham sobrepeso; e 12% das mulheres e 5% dos homens apresentavam uma compleição corporal em condições de obesidade³².

A Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF/IBGE, aplicada para pessoas maiores de vinte anos no período de 2002-2003³³, apontou um total de 40% de mulheres e 41,1% de homens com sobrepeso; e 13,1% de mulheres e 8,9% de homens em situação de obesidade.

Os dados³⁴ da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM de 2007 apresentam uma situação ainda mais alarmante, do ponto de vista do discurso médico-científico, com relação às pessoas maiores de dezoito anos, uma vez que se tinha no Brasil, 51% de mulheres e 50% de homens destas e destes com sobrepeso; e 14% de mulheres e 11% de homens em situação de obesidade.

Com relação a dados sobre a obesidade mórbida, Porto et al (2002) estimam que no Brasil havia um percentual de 0,5% de mulheres e de 0,1% de homens com esse grau de obesidade. Já os dados da SBCBM de 2007 mostravam uma taxa de 4% de mulheres e 2% de homens. A variação desses dados demonstra uma grande tendência de crescimento considerada alarmante, não somente em relação ao fato da população brasileira estar engordando, mas sim, da população estar engordando demasiadamente, uma vez que nas pesquisas citadas houve um aumento de 800% de mulheres e de 2000% de homens com obesidade mórbida³⁵.

Como se observa nas pesquisas citadas, o problema da obesidade está crescendo vertiginosamente no Brasil. De acordo com Segatto e Pereira (2003), havia em 2003 um contingente de pessoas maiores de dezoito anos com excesso de peso³⁶ na ordem de 70

³¹ Pesquisa completa disponível em: <http://200.214.130.94/nutricao/sisvan/aceso_publico/boletimsisvan/06/documentos/pnsn2.pdf>.

³² O dado sobre a obesidade que é utilizado já inclui em uma só categoria os dados da obesidade leve, moderada e mórbida.

³³ Pesquisa completa disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002_analise/defaulttab.shtm>.

³⁴ Pesquisa completa disponível em: <http://www.scb.org.br/ascbm_pesquisa_obesidade_2007.php>.

³⁵ É importante salientar que são pesquisas por amostragem que auxiliam a interpretar uma tendência do aumento de peso da população, mas que não podem ser utilizadas como uma generalização ou como o retrato fiel da situação da obesidade no Brasil.

³⁶ Já está incluso no dado “excesso de peso” as categorias sobrepeso, obesidade leve, obesidade moderada e obesidade mórbida.

milhões. Já segundo os dados da SBCBM a projeção para 2007 era de 78.634.180 pessoas com algum excesso de peso.

Dados do Ministério da Saúde também demonstram que a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de pessoas com obesidade subiu de 11,4% para 15,8%³⁷. Desse total, segundo a VIGITEL Brasil 2011, tem-se 16% de mulheres e 15,6% de homens.

Melo (2011) mostra que a Organização Mundial da Saúde (OMS) havia projetado para 2005 que o mundo teria 1,6 bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade com excesso de peso ($IMC \geq 25$) e 400 milhões de obesos ($IMC \geq 30$). A projeção feita para 2015 se torna mais pessimista: 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso e 700 milhões de obesos. Essa estimativa indica um aumento de 75% nos casos de obesidade no período de 10 anos em todo o mundo.

É importante identificar o contraste que se tem no Brasil, ou seja, um país onde um percentual significativo de pessoas passa fome, já que há necessidade de programas de combate a fome e a desnutrição, mas concomitantemente um país onde metade da população tem excesso de peso. O interessante é que esse paradoxo não pode ser explicado unicamente com base em dados socioeconômicos da população. De acordo com a SBCBM, há um índice no Brasil de 4% de obesidade mórbida para a denominada classe A e o mesmo índice para a classe E.

São dados que evidenciam que a obesidade não está diretamente relacionada à simples ingestão de alimentos, nem apenas a condição socioeconômica, sobretudo em algumas regiões do país, mas sim, depende de uma mudança radical no estilo de vida de todos os segmentos sociais, de uma alteração da educação nutricional com reflexos diretos na compleição corporal das pessoas em sociedade.

Para a ABESO (2009), o maior aumento da taxa de obesidade vem ocorrendo em populações mais pobres e de menor nível educacional. Pode-se explicar essa associação pela maior palatabilidade e pelo baixo custo de alimentos de grande densidade energética, como açúcares e gorduras. Os efeitos da oscilação de peso na saúde em longo prazo são duvidosos, mas há associações entre o número de tentativas falhas de perda de peso e o peso corporal atual, assim como riscos para a saúde cardiovascular, doenças crônicas e câncer.

³⁷ Disponível no *site* do Ministério da Saúde em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/99 05/162/doencas-ligadas-a-obesidade-custam-r\\$-488-milhoes.html](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/99%2005/162/doencas-ligadas-a-obesidade-custam-r$-488-milhoes.html)>. Acesso em: 02 abr. 2013.

Para Aguirre (2006), os pobres não comem o que querem ou o que sabem que deveriam comer, mas o que eles podem comprar. As restrições ao acesso ao alimento determinam dois fenômenos simultâneos que são dois lados da mesma moeda: os pobres são desnutridos porque eles não possuem o suficiente para se alimentar e eles são obesos porque se alimentam pobremente, com um desequilíbrio de energia significativa. Seus alimentos, em geral, são produtos industrializados, produzidos em massa, não diferenciados e baratos. Por conta dessa situação, os pobres tendem a escolher alimentos ricos em carboidratos, gorduras e açúcar.

2.5 OS DISCURSOS SOBRE OBESIDADE NA ESFERA SOCIAL

Em um curso com várias palestras direcionadas às gestantes em que participei em companhia da minha esposa, tive a oportunidade de não só aprender mais sobre maternidade e paternidade, como também a identificar como o discurso médico está intimamente conectado à lógica sociocultural em relação à obesidade.

Um dos médicos explanando sobre as mudanças corporais nas mulheres durante e após a gravidez fez o alerta: “Se vocês comerem muito durante a gravidez e engordarem além do preconizado para uma gravidez saudável, além dos problemas de saúde como diabetes gestacional e hipertensão, vocês podem ficar gordas e feias”. Em outra palestra, uma psicóloga afirmou: “Não se preocupem, depois no nascimento e durante a amamentação, o seu corpo volta ao normal”.

O interessante foi ouvir as reações entre as mulheres presentes, cujas preocupações e lamentações se sucederam após as falas citadas, por exemplo: “Já engordei demais”; “acho que estou comendo muito”; “será que meu corpo voltará ao normal”. As reações dos maridos presentes foram de cobranças e avisos: “Eu avisei para você parar de comer paçoca”; “não se preocupe que depois da gravidez você faz musculação e tudo volta ao normal”; “é preciso parar de comer chocolate”, “eu avisei!”.

Embora em uma primeira leitura acrítica das falas possa parecer aos olhos do senso comum como comentários importantes para as gestantes, é preciso se atentar para as relações dicotômicas inseridas nos dois discursos proferidos e legitimados pelo paradigma médico-científico dos profissionais. No primeiro, observa-se a correlação direta entre ser

“gorda” e ser “feia”. No outro, entre o “normal” e o “anormal”. Como as falas dos palestrantes, com legitimidade científica, são internalizadas, refletidas e devolvidas à esfera social pelas pessoas ali presentes? Com uma crítica procurando relativizar o que foi dito ou apenas reproduzindo as práticas discursivas apresentadas? Infelizmente, ainda vive-se atualmente uma realidade social cuja resposta se encontra na segunda opção.

São reproduzidos na realidade sociocultural sem uma crítica os discursos médicos (legitimidade atribuída a um fazer ciência conectado com a ideia de verdade) e culturais sexistas³⁸ (legitimidade correlacionada com perspectiva cultural patriarcal e machista que introjetam nas mulheres padrões corporais). A cada dia cresce o número de mulheres que sofrem pelo fato de possuírem um corpo que não corresponde à identidade ou ao parâmetro normativo construído por esses discursos.

Nesse sentido, identifica-se que os discursos sobre obesidade que percorrem a esfera do social carregam o seu contraponto identitário imediato que é a magreza. Nessa dicotomia discursiva, inserida principalmente nos pressupostos médicos e culturais sexistas, é dada abrangente importância ao corpo das pessoas, culminando em outra dicotomia que afeta diretamente suas vidas em sociedade, que pode gerar condições de exclusão e inclusão social.

O corpo se apresenta nos dias atuais reduzido a um objeto repleto de significados diversos, que se faz necessário torna-se belo e saudável, de acordo com parâmetros socioculturais discursivamente predominantes, para que se apresente e represente o seu proprietário da melhor maneira, sem pré-julgamentos, aos olhos dos outros. Para Costa (2004), a necessidade pela modificação dos corpos começa e termina nele, mas abrange todo o complexo social. Emerge assim, uma espécie de corpolatria³⁹, já que cuidar de si pode ser o melhor meio de se colocar disponível nas relações sociais para o outro e “escapar” de uma das tantas formas que a sociedade se utiliza para excluir socialmente as pessoas.

³⁸ É importante destacar que esse discurso cultural sexista está intimamente ligado aos padrões de legitimidade e influência do outro discurso hegemônico, calcado em símbolos e significados sociais sobre as relações que envolvem os corpos.

³⁹ Para Codo e Senne (1985), a corpolatria é uma espécie de patologia da modernidade caracterizada pela preocupação e cuidado extremos com o próprio corpo não exatamente no sentido da saúde (ou presumida falta dela, como no caso da hipocondria), mas particularmente no sentido narcisístico de sua aparência ou embelezamento físico.

Qual é a percepção que se opera no olhar social normativo internalizado culturalmente que constrói mecanismos de exclusão e inclusão baseados em uma perimetria corporal obesa e outra magra? Aqui se defende a questão de que há, atualmente, discursos hegemônicos propagados afirmando que se a mulher cultuar as formas médicas e culturais sexistas para padrões de saúde e beleza corporal, como fazer uso da biotecnologia para remodelar o corpo, intervir nele de diversas maneiras, isso tudo por si só vai definir se essa mulher será ou não incluída nas diferentes relações sociais e nos diferentes contextos de interação. Como destaca Couto (2007, p. 53):

As pessoas inseridas nessas modalidades últimas de culto ao corpo, comprometidas com as transformações e remodelagens, são socialmente aceitas, integradas e aclamadas como exemplos a serem copiados. De outro lado, as pouco comprometidas, não fortemente estimuladas e estressadas com as obrigações crescentes das mudanças são socialmente excluídas, menosprezadas, consideradas irresponsáveis e culpadas pelos seus supostos defeitos e deficiências corporais. Em suma, o que é dito é que agora tudo depende de uma escolha.

Assim, as discursividades sociais hegemônicas veem cada vez mais responsabilizando a própria mulher obesa, de uma forma individualizada, por sua exclusão social. Na esteira dos discursos médico-científico e cultural sexista, há a divulgação ambígua pelos meios de comunicação que exaltam a juventude eterna, a beleza a todo custo e o corpo magro como sendo o modelo representativo do saudável e belo. Um exemplo emblemático, citado por Fernandes (2001), pode ser visto na chamada de uma matéria sobre cirurgia de redução de estômago no programa Fantástico da Rede Globo, quando a apresentadora disse: “E agora, o que fazer quando todas as dietas falharem?”

Os discursos hegemônicos da atual realidade social estão partindo do pressuposto de que a mulher obesa é excluída da esfera social porque quer, já que ninguém pode ser feliz tendo que conviver com uma doença (obesidade). Como a reportagem mostrou, se todas as dietas, tratamentos e medicamentos falharam na construção de um corpo magro, cabe às ciências médicas darem uma última e, talvez, “definitiva” esperança, que é a cirurgia de redução de estômago. Portanto, a exclusão da mulher obesa das esferas da vida social não depende somente dela, mas sim de um enquadramento aos significados corporais atribuídos pelo corpo magro que são legitimados (ciência) e reproduzidos (cultura) pelos discursos hegemônicos.

A referência empírica é a mulher com obesidade, nesse sentido na discussão aqui empreendida, é fato e totalmente identificável na atual sociedade a possibilidade no encontro com o outro, dela ser excluída. Há algo mais do que duas ou mais pessoas se encontrando e se relacionando, pois entre elas há o coeficiente simbólico da gordura, há o reconhecimento de ambas as partes do pertencimento direto do corpo obeso em uma epidemia, um portador de uma doença cuja cura é muito difícil.

Às mulheres com obesidade resta em última instância à auto-exclusão, à reclusão a contextos sociais específicos, à segregação. “Aqui você pode entrar”, “aqui você não pode”, por exemplo, é impossível cursar uma faculdade em que não haja cadeira apropriada para um corpo com 140 Kg, ou ainda, frequentar um bar/restaurante com os amigos em que as cadeiras plásticas possuem um limite recomendado de peso até 120 Kg. A exclusão aparece no instante em que se nega a mulher obesa a possibilidade de transitar nos mesmos ambientes que as pessoas magras e incluídas.

Muitas vezes, os espaços na sociedade e seus equipamentos são os primeiros a excluir a presença dos seres pesados e grandes: escolas, cinemas, teatros e aviões as cadeiras costumam ser mais confortáveis aos magros e pequenos. "Quando se é gordo e pobre, a dificuldade ganha peso" (SANT'ANNA, 2001, p. 21).

Esta é uma lógica discursiva perversa que, impregnada nas esferas sociais, atribui a própria mulher obesa a culpa direta por sua exclusão social, afinal de contas é essa mulher que é incapaz de emagrecer, de conter seu ímpeto de se alimentar, de não conseguir controlar sua ansiedade canalizada para a gula ou, em termos científicos, para uma compulsão alimentar. Contra essa lógica, é preciso repensar a origem dessa inversão social de valores e refletir sobre um novo paradigma que contribua para uma inclusão social, com a conseqüente inclusão subjetiva da própria mulher que possui um corpo obeso.

Seguindo com essa discussão, Costa (2004) afirma que a imagem social atribuída ao corpo possui uma intencionalidade, nela implica obrigatoriamente uma referência a um outro que lhe é exterior e que obriga ou solicita o sujeito a se apresentar e se representar de diversas maneiras, previamente idealizadas e propagadas, dependendo do contexto de interação social.

Quem é esse “outro” que tem a prerrogativa de afirmar qual deve ser o corpo bonito e saudável? Como as discursividades (médico-científica e cultural sexista) adquiriram tanto poder que se tornaram discursos hegemônicos na sociedade, se relacionando, criando e

incentivando a busca por um corpo perfeito – que não existe – mas, que supostamente contribuirá para que a mulher obesa seja incluída e aceita nos contextos sociais de interação? Os dois discursos citados agem diretamente na ideia que as mulheres fazem dos corpos, interferindo assim nas expectativas subjetivas no processo de emagrecimento dessas mulheres.

Para exemplificar a influência desses discursos, principalmente o médico-científico pela contribuição da perspectiva de gênero, Almeida (2009a) na pesquisa sobre obesidade e gastroplastia, identificou um índice de 80% de mulheres contra apenas 20% de homens que se submeteram a esse tipo de intervenção cirúrgica com o intuito de buscar o emagrecimento. Sendo assim, até que ponto esses discursos hegemônicos contribuem e/ou influenciam para que as mulheres, observando pelas particularidades das ciências médicas, da influência da mídia e da atual cultura sexista, se submetam a essa cirurgia visando o emagrecimento?

No contexto em que se estabeleceu a ditadura da magreza e, portanto, supostamente da saúde e beleza, tem-se nas discursividades hegemônicas citadas um amplo campo de atuação e influência que leva mulheres a se submeterem às cirurgias de redução de estômago, buscando nessa intervenção cirúrgica uma forma de emagrecimento, de inclusão social e de aceitação.

Pode-se afirmar que os discursos médico-científico e cultural sexista influenciam as práticas sociais que remetem a duas categorias que convivem socialmente juntas, mas que compreendem dois níveis significativos no olhar e no deslocamento da imagem nas interações sociais: o corpo magro e o corpo obeso, ou em termos conceituais, a presença de uma identidade reconhecida e aceita e a presença da diferença que é vista como diferente, senão como abjeta.

Esse capítulo procurou fornecer as bases teóricas para o entendimento do corpo moldado por discursos diversos, mas que, ao se estabelecer a reflexão na dicotomia entre obesidade e magreza, a centralidade discursiva recai para as discursividades médicas inseridas em uma cultura sexista. A compreensão desse argumento leva a uma crítica em relação à identificação dos corpos das mulheres que estão fora de um padrão de normalidade estética e de saúde.

Após a reflexão do corpo obeso e magro na atualidade e identificar os discursos que acabam por moldar as práticas sociais em relação à exclusão e inclusão, passe-se no

próximo capítulo, a análise da influência que o discurso médico-científico exerce para que essas práticas se materializem no mundo sociocultural. Para tanto, discute-se a construção da legitimidade desse discurso para o entendimento do processo saúde/doença que culmina em uma vontade de verdade que viabiliza explicações diversas cujas consequências são determinantes para a vida das mulheres em sociedade. A obesidade na prática médica é analisada do ponto de vista das narrativas, tendo como eixo norteador da discussão a interseção entre o normal (magreza saudável) e o patológico (obesa doente).

CAPÍTULO III – O DISCURSO MÉDICO-CIENTÍFICO

3.1 A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO MÉDICO: LEGITIMANDO UM CAMPO DE PODER E SABER

A objetividade científica emergiu na última metade do século XIX como um anúncio que ainda caracteriza a produção de conhecimento das ciências médicas na contemporaneidade. Hoje em dia, a medicina científica ainda se concentra mais no tratamento de doenças do que de pessoas, porém é impossível imaginar esse desenvolvimento apenas como produto do progresso do conhecimento científico. É preciso, antes de tudo, entender que a ciência é influenciada por determinantes socioculturais. Como destacam Adam e Herzlich (2001, p. 7), “o estudo sociológico da medicina é uma das maneiras mais certas de se compreender o impacto que o desenvolvimento científico exerce sobre as sociedades modernas”.

Para Barros (2002), o chamado Pai da Medicina ocidental, Hipócrates⁴⁰, identificou a saúde como fruto do equilíbrio dos humores, sendo, por oposição, a doença, resultante do desequilíbrio dos mesmos. Alguns praticantes da medicina da época interpretaram a teoria humoral de maneira mais estrita, enquanto outros admitiam a intromissão de agentes externos, como por exemplo, os venenos, na determinação das doenças.

Baseando-se na teoria dos humores e nas suposições hipocráticas, Galeno (122-199 d.C) realizou grandes progressos, em particular no campo da anatomia, cuja influência foi fundamental na história da medicina científica ocidental, realizando avanços significativos nas concepções diagnósticas e terapêuticas, tendo predominado durante nada menos que 14 séculos, isto é, por quase toda a Idade Média.

⁴⁰ É autor da teoria dos quatro humores, na qual doença e saúde dependem diretamente do equilíbrio entre a bílis negra (melancolia), a bílis amarela, a fleuma (ou pituíta), e o sangue. Estes elementos integram-se em um sistema de correspondências mais vastas chegando-se aos elementos cósmicos (fogo, ar, água e terra), as estações e a meteorologia (quente, frio, seco e úmido), os quatro pontos cardeais. (ADAM e HERZLICH, 2001)

Pesquisador clínico e escritor notável, suas ideias, inspiradas, de início na escola de Hipócrates e seus sucessores, alcançaram, para a época, uma profundidade e repercussões notáveis. Anatomista, fisiólogo e terapeuta, Galeno realizou uma síntese do conhecimento médico existente fazendo-o avançar no contexto do Império Romano e da expansão do cristianismo. A sua visão da fisiologia repousava no fluxo permanente dos humores, o que estaria na dependência das influências ambientais, do calor inato e, em grande medida, da ingestão alimentar e sua justa proporção. As causas mórbidas podiam ser *internas* (ligadas à constituição e predisposição individual), *externas* (excessos alimentares, sexuais ou de exercícios físicos) ou *conjuntas*. O diagnóstico deve ter por fundamentos o cuidadoso exame do doente, o conhecimento do seu estado quando sadio, seu temperamento, regime de vida, alimentação, além das condições ambientais e a época do ano. (BARROS, 2002)

Para Adam e Herzlich (2001), as descobertas de Galeno predominaram na medicina por mais de um milênio, mas depois de terem sido fator de progresso, durante a Idade Média se transformaram em um dogmatismo. Nesse sentido, apesar de não negar que a escola galênica forneceu as bases para a prática médica hegemônica na Europa, terminou por erigir-se em um dogma, ficando impermeável à incorporação das descobertas surgidas nos séculos XV e XVI.

É preciso considerar também, segundo Barros (2002) a participação de Paracelso⁴¹ (1493-1541) como um modelo de transição entre a escola galênica para o modelo biomédico. Em sua teoria, havia uma ordem determinada que organizava o micro e o macrocosmo, ambos governados por um princípio vital (*archeus*). Influenciado pela alquimia visualizava uma composição mineral na matéria, inclusive na orgânica, chamando a atenção para as semelhanças existentes entre os processos químicos e os processos vitais no ser humano.

Na determinação da doença, Paracelso identificava influências cósmicas e telúricas além de substâncias tóxicas e venenosas, bem como da predisposição do próprio organismo e das motivações psíquicas. A doença também se explicava em virtude de

⁴¹ Foi autor de um conjunto de suposições que formavam um sistema médico complexo, sincrético (reunindo a alquimia, medicina popular, astrologia, a tradição renascentista e sua peculiar visão crista do mundo) e se opunha vivamente às ideias do passado (em especial à teoria dos humores e ao pensamento galênico). Dotado de um temperamento excêntrico, passional, esteve no cerne de contendas com seus colegas, sobretudo ao propugnar o caráter de entidade independente para a doença a qual necessitaria ser tratada com remédios específicos, com uma frequência específica e de origem química. (BARROS, 2002).

reações inadequadas dos elementos constitutivos do mundo (elementos químicos) (excesso de um ou de mais de um deles).

Entre as suas contribuições terapêuticas, identifica Barros (2002), podem ser citadas: o tratamento conservador das feridas e úlceras crônicas, baseado na sua crença no poder curativo da própria natureza; a introdução do laudanum (tintura de ópio); a utilização de compostos de mercúrio no tratamento da sífilis; o reconhecimento do bócio e do cretinismo como decorrência de deficiências minerais; a identificação de problemas, hoje diagnosticados como silicose e tuberculose, que representariam riscos ocupacionais para os que trabalhavam em minas⁴².

Para Adam e Herzlich (2001), no século XIX inicia-se uma mudança decisiva na medicina, denominada anatomo-clínica que acabou por estabelecer o modelo biomédico que ainda é vigente até os dias atuais. Esse modelo baseia-se em três princípios:

- 1 – A doença deixa de ser considerada como resultado de um conjunto obscuro de sintomas e começa a ser entendida como resultado de lesões orgânicas;
- 2 – Desenvolvimento da habilidade, no quadro hospitalar, da observação junto ao leito do paciente;
- 3 – Esta observação é acompanhada de novas técnicas de exame como a percussão e a auscultação.

Seguindo com a perspectiva histórica apresentada por Barros (2002), grande parte das descobertas da medicina moderna foi sendo, paulatinamente, validada pela abordagem biomédica. Assim, passa a ter já nos fins do século XIX uma predominância de tal ordem que, em boa medida, faz obscurecer concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas dos fatores de ordem socioeconômica. As descobertas mencionadas e tantas outras requeriam um

⁴² Uma, entre as múltiplas orientações de Paracelso para uma correta prática médica, proclamava: A prática desta arte repousa no coração; se o teu coração é falso, o mesmo se dará com o médico que está dentro de ti. Onde não existe amor, não existe arte; portanto, o médico não deve estar imbuído de menos compaixão e amor do que os que Deus direciona aos homens. (BARROS, 2002, p. 71)

modelo explicativo que pudesse incorporar as inovadoras concepções sobre a estrutura e funcionamento do corpo.

Durante longo período de tempo, médicos e pacientes tiveram sua atenção voltada para o todo e a interação harmônica das partes constituintes do corpo e da vida. O novo modelo explicativo introduz a gradativa reorientação nos princípios e práticas que conformaram a nova medicina, sendo muito ilustrativo o modelo mecânico que emerge para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens.

Com o crescente desenvolvimento da sociedade burguesa capitalista, a medicina científica no mundo ocidental desenvolve-se tendo como preocupação principal à criação de corpos saudáveis e mão-de-obra produtiva para o fortalecimento do Estado.

As condições históricas para a medicalização da sociedade ocidental nasceram com a medicina quando esta, no decorrer dos séculos, adquiriu o poder e a tarefa de legislar e vigiar a vida. Com o advento da ciência moderna, o enraizamento da medicina expandiu-se por todos os espaços e momentos da vida humana, normatizando-a e colocando-se a pretensão de resolver todos os problemas que afligem a vida das pessoas e de transformá-los em questões de ordem biológica. (TUNES e RAAD, 2006, p. 2).

Na perspectiva de Barros (2002), paralelamente às influências do mecanicismo e a extrapolação de seu raciocínio do mundo físico, do universo, para o mundo dos seres vivos, a medicalização da vida sofre o impacto, a partir da revolução industrial e da revolução francesa que instauram a sociedade burguesa capitalista, da transformação de tudo em mercadoria, em princípio destinada a produzir lucros. Nesse momento está gestado o campo da medicina atrelada à indústria e para a mais ampla possível mercantilização da medicina, com todos os benefícios e malefícios daí decorrentes com impactos decisivos para a vida das pessoas em sociedade.

Com o incremento da indústria e a necessidade de intervenção nos corpos, apontam Tunes e Raad (2006), a família torna-se agente dessa medicalização. Não mais como uma instituição formada por laços afetivos e de parentescos, mas como um organismo com obrigações de ordem moral e física a serem prestadas às crianças para tornarem-se indivíduos adultos maduros e úteis. Ao mesmo tempo, são formuladas políticas que tratam dos destinos dos órfãos, com a criação de instituições que se responsabilizam pelos

cuidados essenciais da criança até a adolescência, com início da vida produtiva. Como bem explicam as autoras:

A medicina ocidental, ao adotar um modo industrial de produção de conhecimento e de poder, regra a vida das pessoas e condiciona-as a padrões, segundo a ideologia de mercado. Essa prática promove a medicalização da vida, das emoções, dos comportamentos, da aprendizagem e das questões sociais. Estabelece regras sobre alimentação, higiene, sexo, exercícios físicos, vestuário, habitação e, inclusive, relações sociais. O discurso genérico aplicado pela medicina a qualquer pessoa baseia-se tanto na invariância biológica do homem como na invariância das relações sociais que presume existir e estabelecer com cada paciente. (TUNES e RAAD, 2006, p. 2).

Avançando no tempo e no desenvolvimento da medicina, Adam e Herzlich (2001) mostram que até a Segunda Guerra Mundial ocorreram progressos consideráveis. No campo do diagnóstico a descoberta dos raios-x (1895), o desenvolvimento da anestesia permitiu um domínio melhor das intervenções cirúrgicas, surgem novos tratamentos, como a insulina para diabetes, descoberta das vitaminas e sulfamidas, o surgimento dos antibióticos e o primeiro transplante de coração em 1967 são exemplos do avanço desse novo modelo biomédico.

É importante citar que em 1910 foi publicado por Abraham Flexner o estudo *Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner. Este é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações e influências para a formação médica e a medicina mundial.

Para uma melhor caracterização da construção do discurso médico contemporâneo apoiado ainda no mecanicismo e no distanciamento dos sujeitos sociais com suas influências psicossociais, é importante citar algumas características engendradas pelo modelo Flexner para a educação médica que perduram até hoje nos currículos das faculdades de medicina tanto no Brasil quanto no exterior. Pagliosa e Da Ros (2008) discorrendo sobre o relatório apontam aspectos importantes:

a) O ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças;

b) O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta;

c) A doença é considerada um processo natural, biológico, sendo que o social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença.

Sendo assim, os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades. As posturas são assumidamente positivistas, apontando um conhecimento científico ancorado na observação e a experimentação. Portanto, nota-se que “o método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo”. (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p. 496)

Para Helman (2003), algumas premissas básicas da perspectiva dessa medicina são: racionalidade científica; ênfase na mensuração objetiva e numérica; ênfase em dados psicoquímicos; dualismo mente-corpo; visão das doenças como entidades; reducionismo; ênfase no indivíduo paciente, não na família ou na comunidade. São premissas que deixam de fora da análise do processo saúde-doença todos os determinantes socioculturais envolvidos no ato de adoecer.

A medicina – assim como a ciência ocidental de modo geral – está baseada na racionalidade científica, ou seja, todos os pressupostos e as hipóteses devem ser passíveis de testagem e de verificação segundo condições objetivas, empíricas e controladas. Os fenômenos relacionados à saúde e à doença só se tornam reais quando podem ser observados e medidos objetivamente segundo tais condições. (HELMAN, 2003, p. 108)

Tendo uma postura crítica ao padrão racional e especializado exposto nesse modelo flexneriano, Barros (2002) afirma que paralelamente ao avanço e sofisticação da medicina foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas e também para os componentes psicológicos e subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. As críticas à prática médica habitual e o incremento na busca de estratégias terapêuticas estimulada pelos anseios de

encontrar outras formas de lidar com a saúde e a doença constituem uma evidência dos reais limites da tecnologia médica.

De fato, o modelo biomédico estimula os médicos a aderirem a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado. Proclama-se a necessidade de um distanciamento objetivo, visto como uma qualidade que cabe preservar ou mesmo incrementar, por mais que seja inerente ao ato médico uma interação inescapável e mais ou menos intensa entre médico e paciente e que esta interação seja fundamental para o sucesso terapêutico. A intensificação da divisão do indivíduo em *pedaços* contribui sobremaneira para dificultar a valorização do *todo*. Até mesmo se nos restringirmos ao âmbito terminológico, os médicos ocidentais têm dificuldades em descrever o *todo*, a não ser por meio das *partes*. Desta maneira, por mais que alguns profissionais queiram visualizar seu paciente como um todo e situá-lo, de alguma maneira, no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação na escola médica. (BARROS, 2002, p. 80).

Nesse sentido, faz-se necessário que as (os) médicas (os) visualizem a pessoa como um ente particular com seus problemas pessoais, no seu contexto histórico de vida, em seu ambiente e com seu estilo de vida. Em outras palavras, o enfoque primordial não deve continuar se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com outros, que é a doença e seu protocolo terapêutico, mas nas suas peculiaridades.

Portanto, a medicina científica contemporânea ainda mantém uma caracterização baseada na experimentação empírica, na especialização do papel do médico e na busca de um saber altamente racionalizado, sofisticado e legitimado. Ao longo do tempo, relatam Adam e Herzlich (2001), conquistou plena autoridade para deliberar sobre a doença e adquiriu o monopólio de seu tratamento, base do discurso médico hegemônico.

3.2 A INTERSEÇÃO SAÚDE E DOENÇA: UM SABER SOMENTE MÉDICO?

Por muito tempo, as reflexões da Sociologia ignoraram as realidades do campo da medicina e da relação saúde e doença no contexto das várias sociedades, tema esse mais tratado pela Antropologia. No início, o trabalho fabril, a classe trabalhadora, a violência urbana, o sistema educacional, entre outros problemas sociais foram objetos de estudo

prioritários e anteriores da Sociologia do que as questões de saúde, as instituições hospitalares, os pacientes e as práticas médicas.

Sociologicamente, é importante compreender os meandros que interferem no processo saúde-doença, seus condicionantes socioculturais e, principalmente, a legitimidade isolada do discurso médico-científico em determinar um diagnóstico, portanto, uma doença. Só assim, pode-se situar o fenômeno da obesidade nesse contexto de saberes e poderes e, entender com mais clareza teórica a notícia veiculada no *site* da Revista Veja tratando de Saúde Pública (27/08/2010): “Pesquisa do IBGE confirma que obesidade é epidemia no Brasil”⁴³.

De acordo com Adam e Herzlich (2001), de início a doença diagnosticada parece limitar-se a explicações puramente orgânicas deixando de considerar o olhar sociológico atrelado ao processo de estar enfermo. Sendo assim, é imprescindível que se rompa o conceito de que doença é uma realidade exclusiva do plano biológico, mas que ainda é determinada por esse mesmo contexto biológico.

Todos sabemos o que é estar doente: todos já ficamos de cama com gripe; todos conhecemos pessoas com afecções graves como doenças do coração, diabetes ou câncer, por exemplo; todos já vimos as estatísticas sobre disseminação epidêmica da AIDS, ou ainda tentamos compreender as explicações científicas sobre doenças transmitidas geneticamente. Essas experiências deixam clara a ideia de doença: é um estado que afeta o organismo de um indivíduo. O objetivo da medicina é descrever a doença em termos objetivos para tentar tratá-la. (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 9)

Não se pode prender-se exclusivamente a explicações puramente biológicas quando se trata da obesidade. Com o interesse e constantes pesquisas no campo da saúde por parte da sociologia e antropologia, fica patente que a doença também pode e deve ser considerada pela perspectiva social. Cada sociedade, como explicam Adam e Herzlich (2001), reconhece suas doenças específicas. Além disso, constituem sempre um estado com muitas implicações sociais, ou seja, estar doente ou em boa forma física são coisas distintas no mundo sociocultural. Identifica-se, portanto, no regime de representações culturais uma clara interseção entre o “normal” (saúde) e o “anormal” (doente).

⁴³ Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/pesquisa-do-ibge-mostra-que-obesidade-e-epidemia-no-brasil>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

A doença é considerada indesejável e impura, por isso constrói-se todo um estigma em relação ao doente. Mas, declarar-se saudável ou doente passa também por expectativas sociais, por julgamentos de valor que perpassam a subjetividade das pessoas. Nesse sentido, “a doença e a saúde definem-se em função das exigências e das expectativas ligadas ao nosso ambiente, às nossas inserções e às nossas relações, familiares e profissionais, por exemplo, e constituem, em sentido próprio, estados sociais” (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 11-12).

Para Helman (2003), médicos e pacientes, mesmo situando-os na mesma origem social e cultural, veem os problemas da saúde de maneira diferente. Suas perspectivas podem estar baseadas em diversos paradigmas explicativos, onde são empregados distintos sistemas de comprovação e avaliação sobre o processo de adoecer ou de estar saudável. A ciência médica, reafirma o autor, está pautada em uma orientação da descoberta e da quantificação das informações orgânicas dos pacientes e não para fatores menos mensuráveis como os sociais e emocionais.

A obesidade é emblemática nesse sentido, pois o fato de se possuir um excesso de gordura (de acordo com preceitos cientificamente quantificáveis) leva a uma busca de outras doenças (comorbidades) cujo diagnóstico é objetivamente relacionado a esse estado físico. Ou seja, se for gordo associa-se diretamente ao colesterol elevado, ao diabetes, a problemas cardíacos, etc.⁴⁴.

Como exemplo, há um episódio do seriado norte-americano *House M.D.*⁴⁵ em que se lida com o estigma em relação às pessoas obesas. O paciente é George Hagel, um homem de 300 Kg, que os bombeiros julgaram estar morto, mas que, afinal, estava em coma. O fato do paciente, apesar da sua obesidade, ter valores normais de glicemia, colesterol, pressão arterial, dentre outros parâmetros, é intrigante por tornar seu coma um mistério. Ao sair do coma e por seu peso quebrar um aparelho de ressonância magnética, o paciente começou a recusar tratamentos que tivessem uma relação direta com sua situação

⁴⁴ Ao fazer tal afirmação, o presente trabalho não pretende dizer que o excesso de gordura corporal não está associado a várias comorbidades. Como já mencionado ao longo deste trabalho, a obesidade está sim diretamente ligada, sendo fator de risco para o aparecimento de outras doenças. O que se discute então é a crença na objetividade científica como forma de enquadrar todas e todos em situação de obesidade em um ciclo de doenças que necessariamente podem não coexistir em uma mesma pessoa. Assim, é a atitude médica sobre o fato que precisa ser discutida, já que todo ato médico é também um ato político, tendo assim repercussões nas esferas do mundo social.

⁴⁵ Episódio intitulado “Que Sera Sera” da terceira temporada no canal FOX exibido pela primeira vez nos Estados Unidos em 07 de Novembro de 2006. Disponível em: <<http://www.fox.com/house/recaps/season-3/episode-06.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

de obesidade. Sentia-se bem com seu peso e adorava comer. As tentativas da equipe de diagnóstico de House eram todas relacionadas ao excesso de gordura corporal. Entretanto, no final, descobre-se que George Hagel tinha um câncer de pulmão e que estava em estado terminal. Ele era um homem obeso que não apresentava nenhum problema relacionado a seu estado de obesidade. Faleceu de câncer de pulmão, sem nunca ter fumado de forma direta.

Esse exemplo é intrigante pelo fato de a medicina ficar, muitas das vezes, presa a questões quantificáveis e também a padrões de tratamento, como na obesidade, sem necessariamente questionar situações complexas que envolvem elementos socioculturais do ser saudável ou do estar doente. Helman (2003) mostra que a saúde ou a normalidade é definida pela referência a determinados parâmetros físicos e bioquímicos, tais como peso, altura, circunferência, hemograma, níveis de eletrólitos, pressão arterial, índice de massa corpórea, dentre tantos outros. Para cada medida existe uma faixa numérica considerada normal em que a pessoa é situada dentro de um padrão que é homogêneo. Valores abaixo ou acima das faixas indicam presença de doença que é a anormalidade da estrutura do sistema orgânico, o que não define de fato, o estado de estar ou não saudável. Nesse sentido, essa perspectiva tende a:

Não incluir as dimensões sociais, culturais e psicológicas dos problemas de saúde nem o contexto em que aparecem, que determinam o sentido da doença para o paciente e para aqueles que o rodeiam. Fatores como personalidade, crença religiosa e *status* socioeconômico são frequentemente considerados irrelevantes na realização do diagnóstico e na prescrição do tratamento, pois a medicina dá mais valor às dimensões físicas da enfermidade. (HELMAN, 2003, p. 112)

Atualmente, o saber e a prática médica definem os termos do encontro da pessoa com sua doença. As consultas, exames e tratamentos compõem a experiência e seu conteúdo concreto. O diagnóstico e o prognóstico são os elementos essenciais a partir dos quais a pessoa em situação de obesidade tenderá ajustar-se à ruptura que, tantas vezes, a doença provoca. A realidade biológica fica, assim, socialmente modelada pelos cuidados de que é objeto.

Ao diagnosticar uma doença, enfim, o médico simplesmente decodifica um estado orgânico. Ao declarar que uma pessoa está “doente”, ele faz um julgamento que transcende seu estado orgânico e que, repercutindo

sobre sua identidade, lhe determina um lugar na sociedade. Pelo estudo das instituições e profissões médicas, de seu funcionamento, podemos perceber, portanto, como uma ciência, colocada diariamente em prática por profissionais, interfere na sociedade. (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 12)

Essa discussão chama atenção para o poder do discurso médico de "criar" doenças e doentes, já que quando uma pessoa é equivocadamente diagnosticada como doente se torna estigmatizada para a sociedade. Ao declarar que a obesidade é uma doença e que há uma epidemia, o discurso médico está contribuindo para criar a realidade social da doença, o que culmina em consequências diretas para a vida cotidiana.

Há, dessa forma, uma vontade de definir a "verdade" na busca da causa da obesidade, mas que se prende a concepções explicativas próprias das teorias biológicas cujas metodologias se ancoram a uma ilusória objetividade científica pautada no viés quantitativo. Essa confluência leva necessariamente a paradigmas que limitam o conhecimento das relações que envolvem os seres humanos e excluem outros condicionamentos inseridos no processo saúde-doença.

Ao realizar uma discussão dessa vontade de verdade que é inerente ao discurso médico-científico, Oliva (2006) faz críticas ao modelo generalizante que a estatística carrega, já que tais parâmetros numéricos não podem ser pautados por uma universalidade irrestrita, única e acabada. O autor cita um exemplo emblemático de um diálogo imaginário de um médico com seu paciente para sustentar suas ideias.

- O senhor fuma?
 - Fumo.
 - Quanto?
 - Mais de dois maços de cigarros por dia.
 - É preciso que o senhor saiba que existe uma estatística que mostra que 70% dos que fumam essa quantidade de cigarros desenvolvem enfisema pulmonar depois de quinze anos de vício.
 - E eu, doutor, que já fumo há doze anos, onde acabarei enquadrado? Entre os 70% ou entre os 30%?
 - Essa resposta só teremos daqui a três anos.
- (OLIVA, 2006, p. 35)

Identifica-se assim um valor explicativo desproporcional atribuído aos dados numéricos, já que podem estar equivocados, ultrapassados no tempo e espaço e, por isso, irrelevantes frente aos casos reais, de pessoas reais que se apresentam frente a frente no encontro clínico. Ao se utilizar um paradigma positivista expresso em relações numéricas e

estatísticas, a medicina tende a enxergar o corpo humano em todos os seus contextos, como um organismo cujos padrões de funcionamento têm pouca margem para variação. Percebe-se então que:

As pessoas passam a ser vistas como corpos e as questões sociais e humanas são transformadas em biológicas. O fato de se considerar tudo o que foge à norma como patológico tem sua origem na medicina, com o advento da clínica, que concebe a pessoa como um corpo, uma máquina com um padrão de funcionamento estipulado por ela e que precisa ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente. Os problemas da vida passam a ser vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. O que foge ao comum, ao conhecido e ao valorizado, o “diferente”, provoca estranheza, desconfiança e medo. (TUNES e RAAD, 2006, p. 2)

Segundo Adam e Herzlich (2001), é necessário ter consciência do fato de que quando se diagnostica uma pessoa como doente, mesmo no caso da medicina considerar a obesidade como sendo uma doença, essa pessoa pode viver em condições saudáveis. Essa afirmação do estado de saúde não é algo neutro e pode ter consequências desfavoráveis para as pessoas, justamente porque os discursos hegemônicos influenciam as práticas socioculturais.

Portanto, é preciso refletir sobre a importância do aspecto social na determinação dos estados de saúde, isso não quer dizer que se possa substituir uma explicação biológica pela social. Existe uma imbricação entre os fenômenos biológicos e sociais e, torna-se necessário pensar em termos de causas e efeitos biopsicossociais para explicar as condições de saúde. Pertencer a uma cultura fornece às pessoas os limites dentro dos quais se operam interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em particular, a da ideia de doença, seus sintomas e as consequências para vida em sociedade.

3.3 A VONTADE DE VERDADE DO DISCURSO MÉDICO-CIENTÍFICO

Importante nessa parte do trabalho, revisitar o conceito de Vontade de Verdade teorizado por Foucault (2004a), no qual os discursos transitam em uma oposição do verdadeiro e do falso. É própria da ontologia das ciências a busca por explicações para todas as coisas, cuja vontade se apoia em um aparato institucionalizado. Essa vontade de

verdade está ligada à ideia da legitimidade do conhecimento científico, pois este detém o saber e, por consequência, o poder de se proferir um discurso que pode ser considerado como verdadeiro.

Nesse sentido, na sequência desse trabalho são discutidas duas teorias no campo das ciências médicas que pretendem explicar e/ou sustentar, na busca por uma verdade inerente a esse discurso hegemônico, explicações sobre a questão da obesidade, da sua gênese ao seu funcionamento. A primeira parte da ideia de que a obesidade ocorre, além de outros motivos, por contágio social. A segunda se embasa na mutação genética. A ideia é refletir sobre as pretensas verdades que essas teorias sustentam, suas limitações e as influências na reprodução da vida cotidiana.

3.3.1 A obesidade como contágio social

O artigo intitulado *The spread of obesity in a large social network over 32 years* publicado por Nicholas A. Christakis e James H. Fowler no *The England Journal of Medicine* (2007) objetivou investigar uma rede de laços sociais chamada de "densamente interconectada" com 12.067 pessoas que foram avaliadas dentro do modelo biomédico (quantitativo) de investigação científica repetidamente entre o período de 1971 a 2003 como parte do Framingham Heart Study⁴⁶.

Uma dos parâmetros médicos para avaliação da obesidade utilizados na pesquisa foi o índice de massa corporal – IMC, que teve sua mensuração realizada em todas as avaliações realizadas nos períodos. Utilizou-se uma metodologia quantitativa para análise dos dados coletados com modelos estatísticos longitudinais para examinar se o ganho de peso em uma pessoa estava associado com o ganho de peso em seu amigos, irmãos, cônjuge e vizinhos.

⁴⁶ O Framingham Heart Study é um projeto de pesquisa de longo prazo sobre doenças cardiovasculares aplicado em moradores da cidade de Framingham, no Estado de Massachusetts nos Estados Unidos da América. O estudo começou no ano de 1948 com 5.209 indivíduos adultos da cidade de Framingham com idades entre 30 e 62 anos, agora já está em sua terceira geração de participantes. Antes deste projeto quase nada se sabia sobre a epidemiologia da hipertensão ou das doenças cardiovasculares. Grande parte do conhecimento sobre essas doenças cardíacas, tais como os efeitos da dieta, exercícios e medicamentos comuns, como a aspirina, é com base neste estudo. É um projeto do National Heart, Lung, and Blood Institute – NHLBI, em colaboração com (desde 1971) da Universidade de Boston. Vários profissionais de saúde dos hospitais e universidades de Boston fazem parte da equipe do projeto. Disponível em: <<http://www.framinghamheartstudy.org>>. Acesso em: 02 abr. 2011.

Para o estudo, foram utilizados 5.124 pessoas ou *egos* (pessoa que teve seu comportamento analisado no estudo). As outras pessoas a quem esse *egos* estão ligados foram chamadas no estudo de *alter* (pessoa conectada ao *ego* cujo comportamento pode ser influenciado por esse *ego*). No geral, 12.067 *egos* e *alters* estavam ligados em algum ponto durante o período de estudo (1971-2003). Foram identificadas pessoas próximas dos participantes do estudo para facilitar o acompanhamento. Essas informações das redes sociais identificaram parentes e amigos nomeados pelo *ego*.

O rastreamento dos laços sociais forneceu informações completas sobre todos os parentes de primeira ordem (pais, cônjuges, irmãos e filhos), se eles estavam vivos ou mortos e pelo menos um amigo próximo de cada um dos sete exames entre os anos de 1971 e 2003. Os exames foram realizados nos períodos centrados em 1973, 1981, 1985, 1989, 1992, 1997 e 1999.

Foram incluídas apenas pessoas com mais de 21 anos de idade, em qualquer ponto de observação e posteriormente. No início do estudo, 53% dos *egos* eram mulheres, a idade média dos *egos* foi de 38 anos (faixa de 21 a 70) e seu nível médio de ensino foi de 13,6 anos (variando de nenhuma educação a ≥ 17 anos de educação).

Também foram examinados vários aspectos da disseminação da obesidade, incluindo a existência de agrupamentos de pessoas obesas na rede, a associação entre o ganho de uma pessoa de peso e ganho de peso entre seus contatos sociais, a dependência desta associação sobre a natureza dos laços sociais, como por exemplo, os laços entre amigos de diferentes tipos, irmãos, cônjuges e vizinhos, e a influência do sexo, tabagismo e da distância geográfica entre os domicílios de pessoas na rede social.

De acordo com Christakis e Fowler (2007), na medida em que a obesidade é um produto de escolhas voluntárias ou comportamentos, o fato de que as pessoas estão inseridas em redes de laços sociais estabelecidos e, são influenciadas pela aparência evidente e comportamentos das pessoas em torno delas, sugere que o ganho de peso em uma pessoa pode influenciar necessariamente o ganho de peso nas outras. Assim, tendo contatos sociais com pessoas obesas pode-se mudar a tolerância de uma pessoa por ser obesa ou pode-se influenciar a sua adoção de comportamentos específicos, como por exemplo, fumar, comer e fazer exercício.

Os autores procuram não se limitar a determinantes social, pois mostram que além de tais mecanismos estritamente socioculturais, é plausível que a imitação fisiológica pode

ocorrer nos laços relacionais entre as pessoas. Áreas do cérebro que correspondem a ações como a ingestão de alimentos podem ser estimuladas, se essas ações são observadas em outras, no caso as pessoas obesas.

Foi observado no estudo que grupos de pessoas obesas ($IMC > 30$) estavam presentes na rede em todos os momentos. As chances de uma pessoa de ficar obesa aumentou 57% (95% intervalo de confiança) se ela tinha um amigo que se tornou obeso em um determinado intervalo de tempo. Entre pares de irmãos adultos, se um irmão se passou a ser obeso, a chance de que o outro se tornasse também aumentou em 40%. Se um dos cônjuges se tornou obeso, a probabilidade de que o outro cônjuge se tornasse aumentou 37%. Estes efeitos da disseminação não foram observados entre vizinhos na localidade geográfica imediata. Pessoas do mesmo sexo tiveram influência relativamente maior sobre si do que os do sexo oposto.

Este estudo sugere, como afirmam Christakis e Fowler (2007), que a obesidade pode se espalhar em redes sociais em um padrão discernível quantificável e que depende da natureza dos laços sociais. Além disso, a distância social parece ser mais importante do que a distância geográfica dentro dessas redes. Apesar das pessoas ligadas poderem compartilhar uma exposição maior a fatores ambientais comuns, a experiência de eventos simultâneos que fazem com que ganhar ou perder peso ao mesmo tempo, sugere um papel importante para um processo que envolve a indução de pessoa para pessoa da disseminação da obesidade.

Para os autores da pesquisa, há dados que comprovam que o ganho de peso entre vizinhos imediatos não afetou as chances de ganho de peso e que a distância geográfica, como por exemplo entre amigos e irmãos, não modificou o efeito da disseminação. Esses dados ajudam a eliminar a exposição comum a fatores ambientais locais como uma explicação para o espalhamento da obesidade.

As conclusões sobre a natureza direcional dos efeitos de amizades são especialmente importantes no que diz respeito à indução da obesidade interpessoal, porque sugerem que os amigos não simultaneamente se tornam obesos como resultado de exposições contemporâneas a fatores ambientais comuns observados. Se os amigos se tornaram obesos, ao mesmo tempo, todas as exposições devem ter uma influência tão forte, independentemente da direcionalidade da amizade.

Os pares de amigos e irmãos do mesmo sexo parecem ter mais influência sobre o ganho de peso uns dos outros do que pares de amigos e irmãos do sexo oposto. Esta descoberta também fornece suporte para a natureza social de qualquer indução de obesidade, uma vez que parece provável que as pessoas são influenciadas mais por aqueles que se assemelham do que por aqueles que não o são assim. Por outro lado, os cônjuges que compartilham grande parte de seu ambiente físico, não podem afetar uns aos outros tanto quanto os amigos em comum podem. No caso de cônjuges, os efeitos do sexo oposto e de amizade podem se neutralizar.

Segundo os autores, a obesidade como decorrência dos laços sociais estabelecidos pode ser influenciada por diversos meios psicossociais, tais como mudança das normas e à aceitabilidade do excesso de peso, influenciando comportamentos como mudar o consumo de alimentos. Assim, uma pessoa pode observar que um amigo ganha peso e pode aceitar o ganho de peso em si mesmo. Este ganho de peso pode, por sua vez, ser determinado por vários comportamentos que não precisam ser os mesmos necessariamente de seu amigo.

A disseminação da obesidade em redes de laços sociais estabelecidas parece ser um fator importante para a explicação da epidemia de obesidade. O interessante é que a “cura” para essa epidemia também pode ser identificada na própria rede de relações, que segundo os autores, a influência social sugere a possibilidade de se aproveitar essa mesma força dos laços sociais para diminuir a propagação da obesidade.

Nesse sentido, os fenômenos de redes sociais podem ser explorados para difundir comportamentos de saúde positivos em direção ao emagrecimento, em parte porque as percepções das pessoas sobre a doença pode depender de outras pessoas que transitam em suas relações. Assim, fumo, álcool e programas de perda de peso são intervenções que podem proporcionar apoio dos pares, o que pode modificar a atitude perante a doença.

Os autores seguem em suas conclusões afirmando que as pessoas estão conectadas em fortes redes sociais, por extensão sua saúde também estaria conectada. A observação de que as pessoas estão inseridas em redes sociais sugere que ambos os comportamentos ruins e bons podem se espalhar sobre uma gama de laços sociais.

Em entrevista ao jornal de *Washington Post*⁴⁷, Christakis salienta que os pesquisadores não estão dizendo que a obesidade é, literalmente, causada por um vírus ou algum outro patógeno, ou que fatores como uma dieta pobre, falta de exercício ou uma

⁴⁷ Entrevista concedida a Rob Stein publicada em 26 jul. 2007. Disponível em: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/07/25/AR2007072501353_pf.html>. Acesso em: 02 abr. 2011.

propensão biológica não são importantes. Em vez disso, os resultados sugerem que uma vez que uma pessoa se torna obesa, por qualquer motivo, pode ser mais socialmente aceitável para pessoas próximas a ela também aumentarem de peso, e que novas normas sociais podem proliferar rapidamente.

Nesse sentido, o que se espalha é uma ideia. Quando uma pessoa ganha peso e esta possui laços fortes em redes sociais, as atitudes dos outros sobre o que se constitui um tamanho aceitável para o corpo muda, podendo seguir o exemplo e imitar o ganho de peso e, conseqüentemente, adquirindo um corpo obeso. Assim, pode-se cruzar algum tipo de limite psicossocial entre as pessoas, podendo ver uma epidemia aparecer. Afirmam os autores:

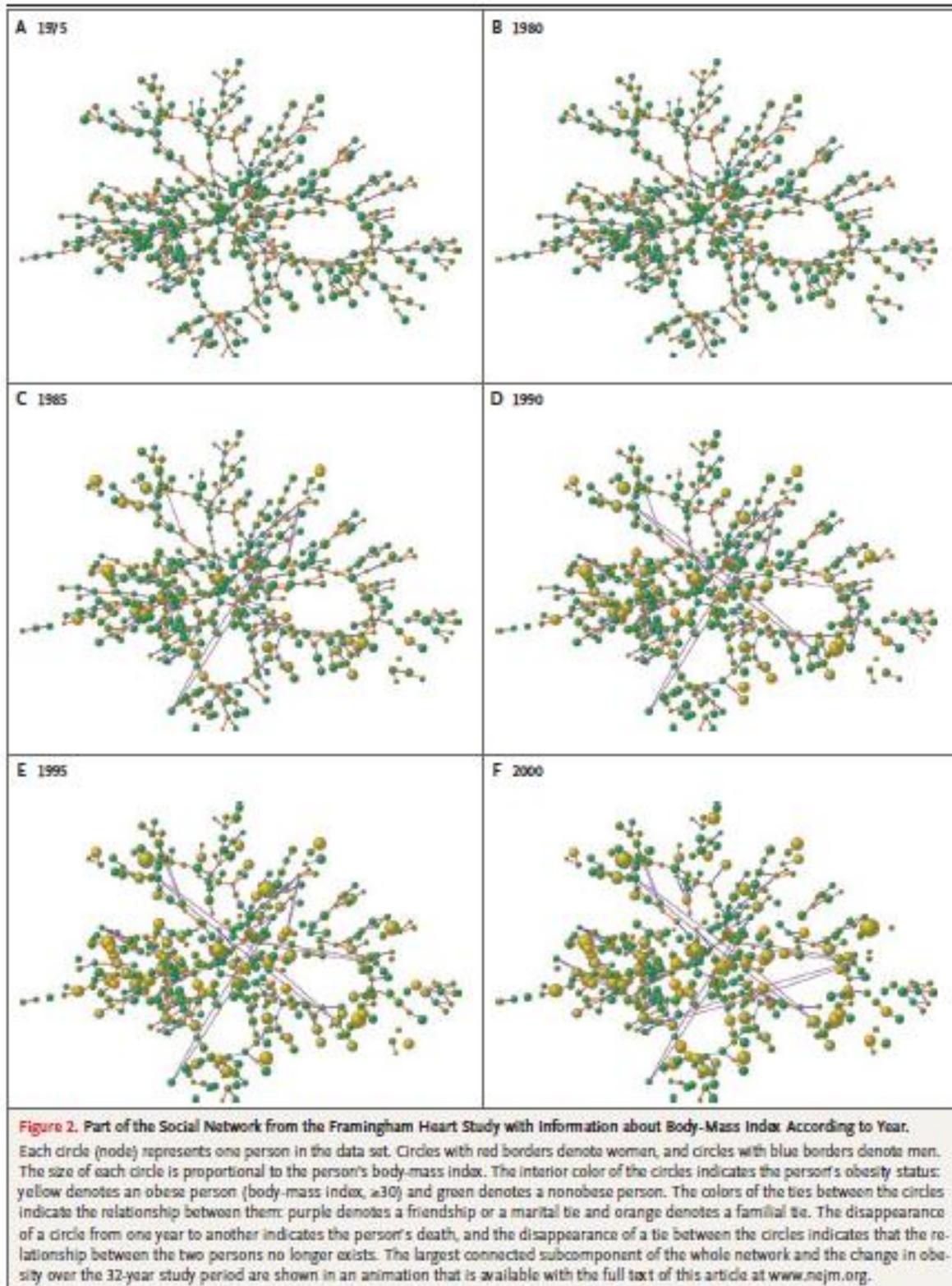
É quase um clichê falar da epidemia de obesidade como uma epidemia. Mas nós queríamos ver se ela realmente faz espalhar de pessoa para pessoa como uma moda ou um germe, e a resposta é: sim, ela faz. Nós estamos encontrando evidências de uma espécie de contágio social. (...) Uma vez começada a epidemia, é difícil pará-la. Ela pode se espalhar como um incêndio (STEIN, 2007, p. 02).

Não é simplesmente uma questão de pessoas de tamanhos semelhantes gravitando na direção um do outro porque elas compartilham estilos de vida. Pessoas que estavam a muitas centenas de quilômetros de distância tinham mais impacto sobre o peso de uma outra do que amigos que estão muito próximos. Isto não é devido somente às pessoas comerem muito ou não se exercitarem. Assim, conclui o autor, “as pessoas estão mais propensas a copiar as ações de pessoas que se assemelham, o que nós pensamos que está acontecendo aqui é a emulação⁴⁸”.

Para uma melhor compreensão da ideia da disseminação da obesidade em redes sociais, reproduz-se abaixo uma das várias tabelas apresentadas no referido artigo, onde os autores procuram demonstrar a forte e constante proliferação da obesidade nas redes sociais pesquisadas.

⁴⁸ Emulação pode ser entendida como um sentimento que incide sobre a pessoa que incita em imitar outra pessoa.

Figura 4 – Disseminação da obesidade no período de 1975 a 2000



Fonte: Christakis e Fowler (2007).

Fica evidente no artigo apresentado uma vontade de verdade na busca por uma resposta ao problema da obesidade que transcende a simples procura por um conhecimento, como diria Boaventura Souza Santos (2005), "prudente para uma vida decente". Este se constitui em um discurso médico-científico que interfere sobremaneira na perspectiva que as pessoas encaram a questão da obesidade e, conseqüentemente, da pessoa obesa. Ora, ninguém quer carregar o rótulo de contagioso.

3.3.2 A obesidade como forma de mutação genética

Para Marques-Lopes et al (2004), o aumento mundial da prevalência da obesidade atribui-se principalmente às mudanças nos estilos de vida (aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, redução da atividade física, etc.), que incidem sobre a susceptibilidade ou predisposição genética para ser obeso. Neste contexto, também o fenótipo da obesidade, do qual se distinguem quatro tipos em função da distribuição anatômica da gordura corporal (global, androide, ginoide e visceral), é influenciado pela base genética e por fatores ambientais.

Marques-Lopes et al (2004) afirmam que os genes intervêm na manutenção de peso e gordura corporal estáveis ao longo do tempo. Isso se dá pela sua participação no controle de vias eferentes (leptina, nutrientes, sinais nervosos, entre outros), de mecanismos centrais (neurotransmissores hipotalâmicos) e de vias aferentes (insulina, catecolaminas, sistema nervoso autônomo (SNA)). Assim, o balanço energético, do qual participam a energia ingerida e a energia gasta, parece depender cerca de 40% da herança genética, podendo afetar ambas as partes da equação energética (apetite e gasto).

Seguem os autores identificando que diversos estudos já demonstram de forma evidente a participação do componente genético na incidência da obesidade. Estima-se que entre 40% e 70% da variação no fenótipo associado ao problema da obesidade tem um caráter hereditário. A influência genética como causa de obesidade pode manifestar-se por meio de alterações no apetite ou no gasto energético de cada pessoa.

Assim, as investigações sobre a implicação genética na prevalência da obesidade veem utilizando, ao longo dos últimos anos, diferentes estratégias metodológicas de pesquisa, como por exemplo: estudo de modelos animais e extrapolação a regiões homólogas do genoma humano; associação e ligamento de genes candidatos em estudos epidemiológicos; investigações de genes de transmissão mendeliana com manifestações de

obesidade, além dos métodos baseados na análise inespecífica de genoma de indivíduos obesos em relação a controles.

Os progressos médicos-científicos indicam que existe uma base genética transmissível, implicada na manutenção de um peso corporal estável que se dá por meio dos seguintes mecanismos: a) No controle de peptídeos e monoaminas implicados na regulação do apetite; b) Nas variações do metabolismo basal, no efeito termogênico dos alimentos ou na atividade física espontânea; c) Na regulação da utilização metabólica dos nutrientes energéticos, para suprir as necessidades do organismo.

A co-existência de obesidade em vários membros da mesma família confirma a participação da herança genética na incidência da obesidade. A probabilidade de que os filhos sejam obesos quando os pais o são, foi estimada em alguns estudos obtendo-se percentagens entre 50% e 80%. Confirmam essa hipótese tanto o fato de existirem indivíduos com uma alteração na termogênese, no metabolismo basal ou na ativação simpática, como a constatação de poderem os fatores genéticos modificar os efeitos da atividade física sobre o peso e a composição corporal. (MARQUES-LOPES, 2004).

É altamente provável a herança poligênica como determinante da obesidade. O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto, quando um dos genitores é obeso, se eleva para 50%, atingindo 80% quando ambos são. Os padrões alimentares de gêmeos com mais de 50 anos de idade também se devem em parte à influência genética, que justifica entre 15% e 40% da variação desses padrões.

O fato de haver forte influência genética na obesidade não indica que esta seja inevitável. Clinicamente, é possível identificar alguns fatores indicadores de influências genéticas na obesidade, como a presença de pronunciada obesidade na infância ou adolescência.

Portanto, de acordo com Steemburgo, Azevedo e Martínez (2009), a patogênese da obesidade é complexa e resulta da combinação de vários fatores genéticos e ambientais, tendo na dieta um importante papel na prevenção e no controle dessas patologias. Desse modo, um melhor entendimento da interação entre consumo dietético e os possíveis genes candidatos a essas patologias, ou das condições ou fatores a elas associadas, poderá fornecer uma base para determinação do papel da dieta na prevalência da obesidade, além de fornecer subsídios para intervenções dietoterápicas específicas.

3.3.3 Consequências da vontade de verdade do discurso médico-científico

Partindo da perspectiva Foucaultiana sobre os discursos, é fato afirmar que a medicina científica se inspira e se reabastece do campo epistemológico ainda delimitado, próprio das ciências naturais. A partir do conceito de disciplina teórica, em que Foucault (2004a) descreve como sendo um princípio de controle do discurso, identifica-se que toda descoberta e/ou explicação vai carregar em si as particularidades específicas do campo científico. Assim, parte do pressuposto de que todas as verdades explicativas que a medicina profere são permeadas por uma legitimidade hierárquica do saber e um poder que transcende as barreiras da linguagem, o qual atinge sobremaneira os regimes de representação da cultura. Existe no bojo das disciplinas teóricas, como é o caso da medicina, uma vontade de verdade que é inerente ao objetivo de se fazer ciência ou de se buscar atingir a realidade das coisas.

Seria miopia não enxergar que a medicina como uma ciência não consegue abarcar toda a complexidade de um dado fenômeno, como no caso da obesidade. No fazer ciência sempre há proposições verdadeiras e também falsas. Mas, a verdade que se esconde, nesse caso, não nasceu de uma subjetividade dos cientistas, mas do próprio conteúdo epistemológico construído ao longo de todo o seu desenvolvimento em direção à legitimidade de ação sobre os corpos.

É preciso compreender então que o discurso médico se funda em um controle hierárquico da produção do saber, ou seja, das verdades. Ao proferir um discurso que se acredita ser o retrato da realidade, os cientistas da medicina tendem a ficar cegos e surdos frente a outras determinações que afetam os fenômenos dos corpos e o processo saúde/doença. Isso se dá justamente pelo tamanho de seu poder de legitimar práticas, definir doenças e, por consequência, a condição da pessoa doente.

Nesse sentido, acredita-se, em determinados casos como o da obesidade, que somente a medicina pode chegar ao discurso da verdade. Mas, ao contrário fazem com que práticas sociais sejam exacerbadas, tudo com o aval de uma vontade de verdade proferida e propagada. O que é preocupante é como todo esse discurso atinge o mundo social e a vida das pessoas. Assim, o fato que se impõe, independente do campo teórico explicativo, é entender criticamente como se dará a repercussão desse discurso nas pessoas que vivem,

internalizam e reproduzem a cultura, ou seja, que precisam carregar consigo toda carga pejorativa de ser o doente.

Há que se discutir, então, qual seria o impacto no mundo social ao se definir a obesidade como sendo uma doença contagiosa ou causada por uma mutação genética? Como descobertas científicas como essas atingem a vida de qualquer pessoa em sociedade? Por que a cultura tende a reproduzir afirmações ditas científicas e verdadeiras sem uma crítica dos pressupostos e consequências das conclusões?

Com relação à primeira teoria, por contágio social pode-se entender que há uma transmissão direta ou indireta de alguma doença. Dizer que uma pessoa em situação de obesidade é contagiosa, mesmo restrita a uma rede de relações, é o mesmo que afirmar que esta pode passar para outras pessoas uma doença infecciosa. Partir de uma ideia de "contágio social" significa apresentar uma influência totalmente nociva, já que se trata de uma transmissão que se dirige a outras pessoas.

A questão que emerge do artigo apresentado é a fragilidade epistemológica em que se baseiam os autores para fazer afirmações e generalizações a partir de um estudo observacional, principalmente com mensurações de índice de massa corpórea – IMC. Para Robison (2008), o que se espera desses tipos de estudos observacionais é a possibilidade de produzirem hipóteses que, então, devem ser validadas por uma pesquisa que realmente visa implementar intervenções experimentais para provar ou contestar as hipóteses.

As afirmações e, principalmente, generalizações que os autores fazem não condizem com o perfil do estudo empreendido. Por exemplo, quando afirmam que há um crescimento da epidemia de obesidade por meio de uma imitação social. "Uma vez que começa, é difícil parar. Ela pode se espalhar rapidamente" (CHRISTAKIS E FOWLER, 2007, p. 20). Uma associação causal com aplicações em patologias virais, bacterianas, cujas explicações são primordialmente orgânicas há embasamento científico, mas se utilizar desse tipo de generalização para entender o mundo sociocultural é, no mínimo, limitante dos processos imbricados.

Outro grande problema não levado em consideração no estudo foi o uso do IMC, que é particularmente problemática em relação ao gênero masculino. O IMC não faz distinção entre músculos e gordura e, portanto, um número significativo de homens pode estar com excesso de peso e/ou obesidade sem necessariamente ter o excesso de gordura corporal constituinte da doença.

As conclusões e explicações propostas para os resultados do estudo mostram uma total falta de conexão com a realidade das políticas de saúde pública. Depois de afirmar que contágio social é um fator determinante na epidemia de obesidade, os autores apontam para a possibilidade de aproveitar o mesmo processo de imitação social para retardar a disseminação da obesidade. Para Christakis e Fowler (2007) é preciso tratar as pessoas em grupos, porque as pessoas que estão perto de alguém que perde peso são mais propensas a ficarem mais magras.

O discurso ao ser proferido atinge os regimes de representação da cultura, ou seja, acaba afetando a vida de pessoas que vivem em situação de obesidade. Afeta também os alçózes de uma cultura sexista que acabam por reproduzir as "verdades" que o discurso médico-científico produz. Por isso, o preocupante de se afirmar um contágio social das pessoas obesas é o efeito que certamente terá na vergonha sentida por essas pessoas em seus trabalhos, nas ruas, meios de transporte, crianças nas escolas, acarretado pela estigmatização e discriminação cada vez mais crescente que já existe contra elas. A culpa do estigma e seus estereótipos recaem diretamente sobre os ombros das pessoas em situação de obesidade.

Soma-se a esse processo de discriminação, toda divulgação, bem como reprodução das verdades científicas sem uma discussão crítica dos pressupostos dessa pretensa realidade. Após a publicação do artigo, que propõe uma relação causal direta entre obesidade e contágio social, Stein (2007) escreveu no Jornal *The Washington Post* dizendo que:

Outros pesquisadores usaram palavras como "brilhante" e "inovador" para descrever o trabalho e disseram que é susceptível de conduzir a uma enxurrada de outras pesquisas (...) "Este é um dos estudos mais interessantes em sociologia médica que tenho visto em décadas", disse Richard Suzman, diretor do programa de pesquisa comportamental e social do Instituto Nacional do Envelhecimento, que financiou o estudo. Ele disse: "acho que esses resultados vão mudar a maneira como pensamos sobre algumas dessas doenças supostamente não transmissíveis"⁴⁹ (STEIN, 2007, p. 02).

⁴⁹ No original: Other researchers used words such as "brilliant" and "groundbreaking" to describe the work and said it is likely to lead to a flurry of research. "This is one of the most exciting studies in medical sociology that I've seen in decades," said Richard Suzman, director of the behavioral and social research program at the National Institute on Aging, which funded the study. "I think these results are going to shift the way we think about some of these supposedly noncommunicable diseases." Disponível em: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/07/25/AR2007072501353_pf.html>. Acesso em: 02 abr. 2011.

Já com relação à segunda teoria de explicação da obesidade, como fator de mutação genética, é consenso, segundo a ciência médica, que esta exerce uma importante influência sobre o acúmulo excessivo de gordura corporal. Um evidente sinal disso são os casos de duas pessoas que comem a mesma quantidade de comida, mas uma engorda e a outra não. Essa influência também pode ser vista em famílias nas quais vários membros têm problema com a balança, mesmo tendo estilos de vida bastante diferentes.

Entretanto, por melhor que a teoria genética para a obesidade seja a mais aceita e também a menos contestável, é preciso atentar aos fatores de predisposição genética. Aqui se apresenta mais um problema em relação à epistemologia da ciência médica, ainda quantitativa e, muitas vezes, generalizante. É importante ponderar que a obesidade tem diversas causas que envolvem também fatores psicológicos, nutricionais, socioeconômicos e culturais.

Para Stunkard (2006), é preciso discutir a obesidade em três tópicos principais, que são: a) os determinantes genéticos; b) a distribuição da gordura corpórea; c) as influências dos fatores sociais, particularmente a condição socioeconômica. Alerta o autor para o fato de que as informações de origem genética são bem recentes e se faz necessário colocá-las no contexto de modo que não sejam exageradas nem minimizadas. Por isso é importante pensar a obesidade dentro de sujeições genéticas juntamente com os determinantes ambientais e sociais de saúde.

Os determinantes genéticos e ambientais da obesidade não estão em conflito. Não é uma questão de genes ou de ambiente ou de genes *versus* ambiente, mas de genes e ambiente; nenhum deles atua sozinho para determinar o prognóstico clínico. Pelo contrário, este prognóstico é determinado pela combinação de vulnerabilidade genética e eventos ambientais diversos. (STUNKARD, 2006, p. 28)

Nesse sentido, pode-se dizer que existe uma forte tendência familiar e social para o aparecimento da obesidade. Segundo Stunkard (2006), as influências genéticas são responsáveis por apenas um terço da variância no peso corpóreo, ficando assim aos determinantes sociais uma profunda influência. Pois é fato que na maioria dos casos, essa ação genética pode ser controlada por meio dos outros fatores que fazem engordar.

De forma crítica, Costa (2006) afirma que há sempre um gene responsável por características pessoais. A prospecção genética pode encontrar um gene para a explicação de qualquer predicado humano. O que chama a atenção é a capacidade que o autor atribuiu

às pesquisas genéticas, como quaisquer outras, de vir a reforçar pressupostos discriminatórios. E se isso ocorrer, mesmo que as pesquisas sejam corretas do ponto de vista técnico-científico, tais pesquisas são consideradas moralmente condenáveis. Nas palavras do autor:

Quando um pesquisador afirma que vai descobrir qual é o gene da depressão, ou descobrir o que faz o negro ser diferente do branco, ou qual é o gene da homossexualidade, etc., o que ele está fazendo é, de início, criar categorias sociais e morais, como as do deprimido, do negro, do branco, do homossexual, etc. (...) Em face da transformação da família, criam-se os "guetos identitários". Ou seja, de um lado está o núcleo produtivo, "respeitável"; de outro, surgem os guetos dos exilados da cidade: os guetos *gays*, de negros, de lésbicas, de sadomasoquistas, de velhos, de terceira idade, etc. (...) Como veem, nem tudo que se apresenta como "pura ciência" não é tão puro assim. (COSTA, 2006, p. 141-143)

Jeffrey Friedman, cientista que descobriu o gene da obesidade⁵⁰, em entrevista para Kolota (2000), relata que é preciso ter cuidado em divulgar que está em curso uma pandemia ou epidemia generalizada da obesidade. Esta, segundo Friedman, é um problema, porque as pessoas obesas são ridicularizadas e possuem riscos de saúde como diabetes, doença cardíaca e problemas articulares. Não faz bem a ninguém exagerar a extensão da obesidade ou culpar as pessoas em situação de obesidade por serem possuírem um corpo fora dos parâmetros normativos de saúde e estética. Antes de chamar de epidemia, as pessoas precisam realmente entender o fenômeno⁵¹.

É fato que a discussão sobre obesidade não pode ficar restrita ao âmbito da genética isoladamente das condições sociais. Não é possível responder a pergunta: a obesidade é uma falha genética ou social? Dicotomizar para explicar é cair no abismo dos métodos quantitativos e positivistas para entender a obesidade. Se pensar em mutação genética de forma isolada, o problema só será mais agravado.

Para a ciência médica é preciso que seu discurso seja verificado dentro de suas possibilidades epistemológicas. Como em qualquer ciência, no seu bojo há uma vontade de chegar ao final, à explicação que ninguém chegou, à verdade. Entretanto, para cada

⁵⁰ Segundo Kolota (2000), Jeffrey Friedman acreditou ter encontrado a chave do mistério quando identificou um gene defeituoso que fazia ratos ficarem obesos. O gene faz as células adiposas produzirem uma proteína, a leptina. A ideia era de que se sem leptina você é gordo, ela pode mantê-lo magro. Com injeções de leptina os ratos emagreceram. Mas, em seres humanos, ela foi uma decepção.

⁵¹ Ver artigo, KOLATA, Gina. Cientista que descobriu o gene da obesidade contesta epidemia. *New York Times*. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/nytimes/ult574u409_3.jhtm>. Acesso em: 08 jun. 2004.

tentativa, há suas consequências que reverberam nas interações da vida cotidiana. Ora, ninguém quer ser chamada de mutante, uma pessoa que já nasceu com uma doença. Pior ainda é ser mutante e contagiosa.

Nesse sentido, observa-se que da igreja católica e seu corpo clérigo para os laboratórios e seus cientistas, o campo do saber se alterou, mas a vontade de verdade continua inalterada. Uma necessidade de se explicar tudo, independente de quais serão as consequências dessa explicação nas esferas da vida social.

Para os médicos tudo isso é importante, dada a autoridade científica que nos é conferida. Cada vez que falamos em público, falamos em nome de uma comunidade que detém, em grande parte, o poder de dizer a "verdade", e creio que aí está nossa responsabilidade. (COSTA, 2006, p. 142)

Na perspectiva de Costa (2006), a busca pela verdade científica deve estar subordinada ao credo moral básico: respeito à vida, à liberdade e ao direito de cada um buscar sua felicidade.

Portanto, se a ciência médica errou ou não em definir o status de doença com alcance de epidemia para a obesidade, não será a Sociologia que trará à luz a verdade, pois talvez seja também um erro inerente às ciências de um modo geral de se ter uma vontade de criar um discurso dito verdadeiro.

3.4 O DISCURSO SOBRE A OBESIDADE NA PRÁTICA MÉDICA: ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO

A obesidade é uma daquelas "doenças" extremamente controversas em que a palavra final sobre seu status (pandemia, epidemia, patologia, etc.) sempre se recai para a ciência médica. Uma questão de poder e de legitimidade do saber. As consequências do excesso de gordura corporal causada, dentre outros fatores, por mutação genética ou, ainda, por um contágio social, levam necessariamente a uma discussão que se arrasta por muito tempo na área das ciências médicas, que é a relação entre o normal e o patológico, para usar as expressões de Canguilhem (2000), além do impacto dessa interdependência no mundo social.

Para se discutir essa dicotomia inerente às ciências médicas, é preciso de início se debruçar sobre as ideias de Canguilhem (2000; 2005). Os apontamentos centrais de sua tese, iniciada em 1943 e sustentada durante toda sua vida intelectual, estão enfatizados nas discussões sobre os equívocos da atividade médica e sua epistemologia.

Para Canguilhem (2005), muito embora a busca incessante em produzir boas teorias de doença seja um objetivo da medicina, a dimensão técnica, terapêutica, é o ponto fundamental. Atribuir à medicina o rótulo de ciência é problemático, pois busca, acima de tudo, tratar doentes e prevenir doenças. Este domínio, o da prática clínica, não é um domínio propriamente científico, uma vez que envolve o encontro clínico⁵² com uma pessoa.

Em sua célebre obra, *O normal e o patológico*, Canguilhem (2000) argumenta que a convicção da medicina em querer restaurar cientificamente o normal (saúde) é tal que acaba por anular o patológico (doença) e, principalmente, o ser humano que possui a doença. Nesse ponto delinea-se o objeto de estudo para os cientistas que buscam respostas para a saúde. É a partir do patológico que se pode decifrar os ensinamentos da saúde.

Esse fato gera uma busca incessante pelo normal, por aquilo que está padronizado nos instrumentos quantitativos para mensuração do estado de saúde das pessoas. O patológico aparece como uma variação quantitativa do parâmetro considerado ideal. Essa modificação constatada legitima a intervenção médica na atividade terapêutica e define os termos do encontro clínico entre o médico e seu paciente. Entende-se assim, que há uma relação de aproximação e distanciamento entre os conceitos.

O anormal, enquanto a-normal, é posterior a definição de normal, é a negação lógica deste. No entanto, é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato. Do ponto de vista do fato há, portanto uma relação de exclusão entre o normal e o anormal (CANGUILHEM, 2000, p. 216).

Para Canguilhem (2000), o normal não se configura como um conceito estático. Este está sempre em uma dinâmica que visa estabelecer a ordem nos fatos. Ou seja, impõe uma exigência a uma existência, cuja disparidade quantitativa se apresenta como algo

⁵² Para Bezerra Jr. (2006), a clínica é um campo onde a demarcação entre a saúde e a doença é o ponto de partida e a bússola que orienta a ação terapêutica, e a referência em relação à qual os resultados terapêuticos são avaliados.

hostil, diferente, merecedor de sua exclusão. Em uma das entrevistas com os profissionais de saúde, um médico forneceu um emblemático depoimento que auxilia nessa compreensão.

Após a cirurgia de redução de estômago, se o paciente estiver com o **IMC acima de 25 é culpa dele. Se o IMC estiver abaixo de 20 é culpa do médico**⁵³. (Dr. Herculano)

No relatado acima, o médico deixa claro que a normalidade e a culpa pela desordem ocorrem a partir de um dado advindo de um instrumento técnico-científico para determinação do estado patológico. Na perspectiva de Canguilhem (2000), a pessoa acredita que está sã, mas não está, portanto, sã. A ameaça sempre presente da doença é um dos elementos constitutivos da saúde. Com essa afirmação o autor quer enfatizar que uma pessoa só é doente quando a saúde a abandona e, nesse momento, ela já não é mais sã, passando para um estado patológico.

No bojo dessa lógica argumentativa, pode-se afirmar que o estado de saúde de uma pessoa em situação de obesidade está vinculado ao patológico, mesmo havendo uma normalidade fisiológica e/ou psicológica em seu corpo. A compleição corporal em si já se constitui em uma desordem anormal. Os seguintes depoimentos mostram essa lógica médica:

A medicina retrata e trata as pessoas com obesidade como sendo **doentes**. (Susana, 50 anos, ex-obesa).

A medicina atualmente vê a obesidade como um problema de saúde de âmbito mundial, porém ainda precisam de mais incentivos para melhorar o atendimento ao obeso e, conseqüentemente, a adesão de métodos mais acessíveis para o emagrecimento eficaz do **doente de obesidade mórbida**. (Ana, 36 anos, obesa).

Nesse sentido, como a medicina estabelece o que é normal? Como se configura o "estar doente" em relação à obesidade? É fato que a pessoa obesa internaliza o discurso médico-científico sobre sua situação. Entretanto, quando questionadas sobre o estar doente frente ao próprio corpo sempre há uma vinculação com outras doenças, mas não

⁵³ Vale lembrar que um IMC acima de 25 se configura como uma obesidade leve ou sobrepeso. Já o IMC abaixo de 20 se configura como anorexia.

diretamente à obesidade em si. Esse estado corporal se apresenta como a porta de entrada para todos os males futuros. Observam-se esses fatos nos seguintes relatos:

Doença relacionada à obesidade eu nunca tive. Nunca deu nada, colesterol alto, esses negócios. (Joana, 28 anos, obesa).

De doença eu não posso falar nada. Graças a Deus nunca tive. Eu não tive um exame alterado nunca. Nada, nada, nada. Nem uma doença. Nada, nada, não posso falar que tive nada, pressão alta, nada. (Ângela, 32 anos, ex-obesa).

Quando eu ia aos médicos eles me recomendavam dois ovos cozidos por dia porque a taxa do meu colesterol era baixa. Então assim, **a obesidade ainda, ainda, não tinha apresentado nenhuma doença em mim.** Mas, podia acontecer alguma doença, que a obesidade não é saúde, a obesidade não é saúde. **Não, obesidade não é saúde.** (Marta, 43 anos, ex-obesa).

Na minha família todo mundo é muito magro, só meu pai que é gordo, mas o resto, meus irmãos são super magros, minhas primas. Então, tudo mundo ficava assim: Coitada da Lucinda. Eu falava: **Coitada por quê? Eu não sou doente.** (Lucinda, 26 anos, ex-obesa).

Nesse contexto empírico, a obesidade pode ser entendida como um estado intermediário de não saúde. Ao mesmo tempo em que as mulheres não se veem como doentes, como por exemplo, se tivessem uma hipertensão, percebe-se que há um descontentamento discursivo fortemente influenciado pelo conhecimento engendrado pelas ciências médicas e reproduzido socialmente. Na verdade, este se configura como um corpo que não quer existir, necessitando assim de uma resposta para extingui-lo, que acaba sendo dada com o viés da não saúde atribuída ao excesso de gordura corporal.

Definir um estado biopsicossocial de plena saúde é uma tarefa que a medicina trouxe para seu campo epistemológico e da prática clínica. Entretanto, definir uma doença e, mais ainda, a pessoa doente, não pode se limitar a generalizações com parâmetros de normalidade, como na utilização do índice de massa corporal. Identifica-se nas entrevistas, que no caso da obesidade, ao mesmo tempo em que essa doença é indesejada por muitos (muita das vezes pelas comorbidades e limitações inerentes), para outros é passível de tratamento e, para outros ainda, é só um corpo a carregar como qualquer outro e discriminado como tantos.

Mais do que índices numéricos, mensurações estatísticas, epidemiologias, correlações, ou seja, normatizações e normalizações, o entendimento da pessoa com obesidade deve partir de estilos de vida e definições individuais dos seres humanos para suas condições de doença e saúde. Já que, segundo Russo (2006), além da causa propriamente física associada ao aparecimento de uma doença, existe também a causa moral, combinadas até se tornarem indissociáveis. Nessa perspectiva, a obesidade está totalmente associada a uma falta de moral, isto é, a comportamentos e atitudes passíveis de condenação, estereotipação e julgamento moral. Complementa afirmando que:

Apesar da dimensão inegavelmente físico-moral do par saúde-doença e da própria prática médica, a medicina moderna funciona a partir do recalçamento dessa dimensão e da afirmação da possibilidade de um funcionamento puramente biológico do corpo humano. Isso leva a prática médica a uma espécie de confronto com a demanda e as necessidades dos sujeitos que procuram a ajuda do médico (RUSSO, 2006, p. 192)

Na perspectiva de Russo (2006), o médico que acredita na validade universal da epistemologia médica, focalizando sua investigação e intervenção no funcionamento puramente fisiológico ou bioquímico do corpo humano, não tem como lidar com a dimensão moral do sofrimento de seu paciente. Este apontamento é corroborado pelas entrevistadas, quando questionadas sobre como a medicina enxerga a pessoa com obesidade.

Como uma forma de ganhar mais dinheiro, principalmente para os que precisam da cirurgia bariátrica, **porque não se trabalha o lado psicológico e sim o financeiro**. Não adianta você cortar a pessoa, sabendo que a mente dela ainda é de gordo, acho que deveriam focar mais na mente do gordo pra depois focar no corpo do gordo. (Sônia, 37 anos, ex-obesa).

Sobre essa capacidade dos profissionais de saúde em acompanhar de forma integral as pessoas em situação de obesidade, o estudo de Teixeira, Pais-Ribeiro e Maia (2012) revela uma presença constante de estigmas e estereótipos sociais nas atitudes de tais profissionais. Ainda persiste ideias tais como que elas possuem falta de vontade e motivação, são preguiçosas, têm dificuldades de autocontrole e inúmeros problemas psicológicos. São estereótipos que parecem influenciar tanto a forma como os cientistas da

saúde veem o grupo, como as práticas desencadeadas, registrando-se uma diminuição da qualidade dos serviços prestados à medida que o peso do doente aumenta.

Importante salientar, segundo Teixeira, Pais-Ribeiro e Maia (2012), que essas atitudes negativas, se percebidas pela pessoa obesa, poderão, igualmente, contribuir para que respondam negativamente, levando a manutenção e exacerbação das atitudes negativas dos profissionais, repetindo-se um ciclo prejudicial para a pessoa com obesidade e sua vida em sociedade. Isso ocorre, dentre outros motivos, porque:

A medicina, assim como todos os outros saberes de um modo geral, também sofre influências do contexto em que é produzida e exercida, e em alguma medida aquilo que define como suas bases e seus modos de atuação carrega sempre o peso dos padrões sociais vigentes em cada momento histórico. O que deve permanecer sempre como um elemento para discussão e reflexão é em que medida e de que forma também atualmente a produção do conhecimento e a atuação cotidiana do médico incorporam esses padrões e quais as consequências disso. (ROHDEN, 2006, p. 178).

Identifica-se a importância de uma profunda discussão durante a formação do profissional de saúde sobre a questão da obesidade. Mais ainda, uma análise do que se constitui a fronteira entre o normal e o patológico. De acordo com Bezerra Jr. (2006), tais reflexões deveriam estar no centro da formação clínica e terapêutica para, não só a compreensão da pessoa obesa, mas de qualquer pessoa em estado de falta de saúde. Na prática não é isso que acontece, já que muitos médicos:

Acabam por assimilar e reproduzir conceitos e pontos de vista sobre a saúde e a patologia que refletem o imaginário social e teórico vigente, transformando-se, à sua revelia, em agentes de um processo crescente de medicalização da existência e patologização do normal (BEZERRA JR., 2006, p. 92).

Sendo assim, existe atualmente uma crescente e elevada dependência das pessoas para com a oferta de serviços e bens de ordem médica e seu consumo cada vez mais amplo. Há uma preocupação muito grande com os estados de saúde e de doença, com os parâmetros cientificamente legitimados que acabam por definir a mulher saudável a ser buscados por todos. Essa prática acaba por condicionar a rotina na vida cotidiana, pois há uma forte consumação de pacotes médicos industriais que visam corrigir qualquer defeito no corpo.

Com a constante ideia difundida de culto ao corpo, da juventude eterna, de uma saúde inabalável e, em relação à obesidade, da promessa de que as pessoas serão mais felizes com muitos quilos a menos ou ainda com menos gorduras, vem crescendo as solicitações para que as mulheres modifiquem a sua aparência na tentativa de se adaptarem a um discurso médico estereotipado.

O que se percebe também é o tratamento do corpo como algo que pode ser reconfigurado, sintonizado com os objetos tecnológicos e de consumo e, além disso, mais do que nunca a moral que vem prevalecendo é que tudo relacionado ao corpo deve ser baseado na beleza e saúde, seguindo regras específicas principalmente relacionadas à perímetria corporal. Fontes (2007) chama atenção para o denominado corpo ideal que, antes de ser belo, deve ser sinônimo de não-gordo, saudável (em oposição ao corpo portador de algum distúrbio patológico), submetido voluntariamente a exercícios, medicamentos, tratamentos e, até mesmo, incisões cirúrgicas radicais.

De acordo com Tunes e Raad (2006), a mercantilização de produtos, de técnicas e de todo aparato disponibilizado pela medicina promove o consumismo de certos tratamentos e terapias que são legitimados por uma racionalidade, cujo discurso tende a inibir iniciativas pessoais alternativas para a concepção de seus corpos. Assim, a medicina torna-se um grande discurso legitimador do que é normal e do que é patológico, que se infiltra em todos os espaços sociais, prometendo a cura de todos os males do corpo com exclusividade de poder e de um saber para determinar sobre o que é melhor para a saúde das pessoas.

Mas o que dizer a respeito da crescente intervenção no corpo e da medicalização da vida cotidiana em prol de ideais culturais de saúde, jovialidade e beleza que atingem as diversas camadas urbanas? É nítida na sociedade contemporânea a oferta de produtos e serviços que culminam em práticas racionalizadas e intervencionistas para que as mulheres alcancem o tão almejado corpo magro ou a tão sonhada saúde eterna.

O modelo biomédico engendrado pelo discurso médico-científico já apresentado tem profundos impactos nos paradigmas que são produzidos pela medicalização da vida cotidiana. Com o aparecimento da sociedade capitalista de consumo, o bem-estar e a felicidade passaram a ser objetivo principal para o desfrute de níveis satisfatórios de um corpo saudável e de bons níveis de saúde.

O ser humano vive em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um remédio para os males da saúde que agora está sob o poder da prescrição médica. De acordo com Adam e Herzlich (2001), nas sociedades industriais contemporâneas, a doença implica o contato direto com o discurso da medicina. Consultar um médico e seguir suas prescrições, principalmente farmacológicas, é uma tendência quase imediata de quem fica doente ou sente algo estranho no organismo. Chega a ser uma obrigação moral: é necessário ser um bom paciente. Os cuidados em relação aos males da obesidade além de ser um direito, são também um dever.

Portanto, pode-se concluir que as mulheres em situação de obesidade constroem suas existências valendo-se do saberes preconizados pelas ciências médicas. O que se espera com a discussão iniciada com Canguilhem (2000; 2005) é que normal e patológico apareçam como marcadores que possibilitem o enfrentamento dos estados de saúde e não saúde, mas também, que contribuam para um entendimento crítico da obesidade não a transformando em justificativa para discriminações.

Esse capítulo trouxe à tona a determinante contribuição do discurso médico-científico para a construção do estigma em relação às mulheres obesas doentes. O saber médico é o legítimo representante da ciência para decidir se uma pessoa pode ou não ser diagnosticada como doente. No caso da obesidade, esse poder se reflete em explicações baseadas em um rigor de um campo científico específico, cuja busca pela verdade, pela própria "limitação" epistemológica, acaba por proferir verdades que atingem de forma negativa a reprodução da vida cotidiana. A análise das entrevistas demonstrou bem que na interseção entre o normal e patológico há muito mais a se explicar do que preconizam as discursividades médicas.

No próximo capítulo passa-se a refletir sobre a influência do discurso cultural sexista na construção de padrões culturais em relação às mulheres. Utiliza-se inicialmente a contribuição dos estudos de gênero para compreender a tríade beleza-saúde-juventude. A confluência do discurso médico-científico na cultura sexista faz com que esses anseios se propaguem pelos regimes de representações culturais presentes nas sociedades ocidentais contemporâneas. Para essa argumentação, realiza-se a análise das narrativas das mulheres ex-obesas e ainda obesas para situar esse corpo feminino inserido nessa cultura sexista estigmatizante.

CAPÍTULO IV – O DISCURSO CULTURAL SEXISTA

4.1 A CONTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS DE GÊNERO

O discurso cultural sexista engloba um conjunto de estereótipos quanto à aparência, atos, habilidades, emoções e papéis sociais que se parecem apropriados na sociedade, principalmente nas concepções engendradas pela reprodução da vida cotidiana do senso comum, de acordo com as diferenciações de sexo. Apesar de se direcionar estigmatizações em relação ao homem, ocorre com muito mais frequência e reflete com maior violência os preconceitos e discriminações contra o sexo feminino. Há o discurso, por exemplo, da mulher vista apenas como mãe, vítima indefesa, e o homem, como machão, poderoso e conquistador.

Essas marcas identitárias e, por consequência, das diferenças internalizadas nas pessoas se alastram pelo senso comum permeado de sexismo. Essa reprodução cultural, pensando na relação mulher e homem, é impulsionada em muitos casos para atos extremos de violência e morte, com total desvantagem para o lado feminino, como se pode constatar na seguinte reportagem⁵⁴:

A violência no entorno do Distrito Federal faz das mulheres vítimas frequentes. No município goiano de Águas Lindas, a Delegacia de Atendimento à Mulher registra 80 casos de agressões domésticas por mês. Diariamente são registrados, ao menos, dois casos, mas os policiais já chegaram a receber até seis queixas em menos de 24 horas. Por ano, a estatística assusta: são 960 mulheres agredidas, de acordo com a coordenadora do Centro de Apoio à Vítima de Crimes de Águas Lindas, Rosa Maria dos Santos. As mulheres vítimas de violência em Águas Lindas não contam com uma casa de passagem para acolhê-las e, por isso, ficam ainda mais desprotegidas. As estatísticas mostram a gravidade do problema, principalmente porque o governo federal acabou com o projeto que havia sido implantado no município para atendimento das

⁵⁴ Trecho extraído da reportagem: "Violência contra mulheres preocupa autoridades no entorno do DF", do dia 02 de abril de 2012. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI5698618-EI5030,00-Violencia+contra+mulheres+preocupa+autoridades+no+entorno+do+DF.html>>. Acesso: 10 maio 2012.

vítimas de violência, que era vinculado à Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça.

Por se tratar de um fenômeno culturalmente naturalizado na sociedade brasileira e que envolve discursividades hegemônicas, é importante buscar a contribuição explicativa dos estudos de gênero. Tal perspectiva, nesse trabalho, visa oferecer uma discussão relativa às dimensões do feminino e seu vínculo com o discurso cultural sexista.

Para Cisne (2004), os estudos de gênero surgem no bojo do movimento feminista, principalmente após sua gradual inserção nas universidades, com a preocupação de desnaturalizar, por meio de ferramentas conceituais, a opressão cultural sexista. Várias feministas envolvidas com a militância se iniciaram nos trabalhos de reflexão e produção acadêmica. O conceito de gênero, surgido no contexto anglo-saxão, passou a ser utilizado com o sentido de caracterizar as relações existentes e desiguais entre os sexos. Como também afirma Moraes (2000, p. 95-96):

A área temática que hoje chamamos de estudos de gênero foi antecedida historicamente pelos estudos sobre a mulher, comprovando a passagem gradativa do movimento social para a esfera acadêmica. Os estudos sobre a mulher dominaram nos anos em que a militância feminista estava nas ruas, ao passo que os estudos de gênero denotam a entrada acadêmica de uma certa perspectiva de análise. Não se trata mais de denunciar a opressão da mulher, mas de entender, teoricamente, a dimensão sexista de nosso conhecimento e os riscos das generalizações.

Entretanto, convém destacar que historicamente um marco importante na teorização das perspectivas de gênero se deu com o lançamento na França no ano de 1949 dos dois volumes de "O Segundo Sexo"⁵⁵ de Simone de Beauvoir. Lançado em uma época em que as discussões feministas se afluavam, este livro é considerado como um marco inicial da prática discursiva da situação feminina. Os dois volumes abordam os fatos e mitos da condição da mulher, procurando ampliar a análise para todas as suas dimensões: a sexual, a psicológica, a social e a política. Uma proposta de caminhos que podem levar à libertação não só das mulheres como, sobretudo, dos homens.

Ao se adentrar em uma visão teórica de gênero, é preciso compreender que as categorias sociais de mulher e de homem não são dadas pelas ciências biológicas ou médicas, mas sim, constituídas por cada sociedade com as particularidades específicas de

⁵⁵ O primeiro volume é intitulado "Fatos e Mitos"; o segundo "A Experiência Vivida".

cada cultura. Utiliza-se esse conceito no intuito de enfatizar o caráter sociocultural das diferenciações baseadas no sexo, contrapondo assim, ao determinismo do discurso médico-científico para o entendimento das categorias de exclusão e inclusão, bem como das questões que envolvem os corpos obesos e magros.

A perspectiva adotada neste estudo parte da premissa, segundo Louis (2006), de que gênero é o sistema que organiza a diferença hierarquizada entre os sexos, ou seja, é o elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos. Em outras palavras, procura-se entender a relação com o corpo obeso e magro em mulheres, entendendo que gênero é um primeiro modo de significação das relações de poder. Este se encontra no cruzamento de outras relações de poder, principalmente a discursividade médico-científica, que detém o monopólio legítimo do saber sobre os corpos das pessoas.

Observa-se essa perspectiva da reprodução cultural sexista hierarquiza sobre os pilares da diferença sexual, já denunciada desde há mais de quatro décadas, na entrevista de Simone de Beauvoir concedida a Pierre Viansson-Ponté (1978) publicada inicialmente no jornal francês *Le Monde*⁵⁶:

Viansson-Ponté: "Não se nasce mulher: torna-se uma". Foi uma das ideias centrais de *O Segundo Sexo*. Trinta anos depois, você ainda mantém esta fórmula?

Simone de Beauvoir: Eu mantenho bastante. Tudo o que eu li, vi e aprendi durante esses trinta anos confirmam completamente esta ideia. Ela produz a feminilidade como se produz também, em outros lugares, a masculinidade, virilidade. Houve uma série de estudos muito interessantes de psicanalistas, psicólogos, dentre outros, para demonstrar esse fato. Em particular, o livro de um italiano, Belotti, *Du côté des petites filles*, que mostra uma forma muito detalhada, a partir de uma mulher experiente que trabalhou em berçário e com mães jovens, sobre como a educação da criança, menino ou menina, é diferente nos primeiros anos. Ela difere, por exemplo, como amamentar a criança de como tratá-la. E então quando ele fica um pouco maior, não falamos da mesma maneira, ele disse: "**Um menino deve fazer isso**" ou "**uma garota deveria fazer isso**", e assim por diante. Este livro mostra muito bem como fazer a feminilidade que nos é apresentada como uma espécie de instinto e também como fazer a masculinidade. Quando um menino de cinco ou seis anos quer cozinhar, ele diz: "Não cabe a você fazer esse trabalho, isso é trabalho de menina." **Portanto, a sociedade é a influência dos primeiros dias da criança, do sexo masculino ou feminino, a fim de moldá-la de acordo com as exigências da nossa**

⁵⁶ Entrevista completa disponível em: <http://www.simonebeauvoir.kit.net/artigos_f01.htm>. Acesso em: 13 jul. 2012.

civilização. Então, eu absolutamente acredito que existem profundas diferenças entre homens e mulheres, para a desvantagem das mulheres. Essas diferenças não vêm da natureza feminina ou masculina, mas da paisagem cultural.

É preciso, nos moldes do pensamento exposto por Beauvoir pensar em uma desconstrução das hierarquizações de gênero, demonstrando as diferenciações com vistas a uma reconstrução que traga gradativamente a equidade nos símbolos e significados corporais atribuídos às mulheres. Na mesma linha de raciocínio, Esteban (2004, p. 43) ajuda a complementar a ideia apresentada afirmando que:

É necessário e urgente realizar diferentes discursos sobre o corpo e a imagem corporal que sejam críticos com os esquemas sociais hegemônicos, porém que mostrem também a contradição, a discussão, a resistência na experiência de mulheres e homens, e também que sejam capazes de identificar as possibilidades reais, as práticas inovadoras que existem dentro da sociedade e da cultura do corpo⁵⁷.

Para Segato (1997) a condição de gênero estrutura a realidade, imprimindo nela a organização de imagens simbólicas construídas nas relações afetivas e familiares. Essa realidade é observável e permeada por símbolos socialmente instituídos. Assim, as caracterizações sociais e os papéis sociais das mulheres se transvestem da estruturação de gênero em cada cultura.

A perspectiva de gênero seria, assim, uma categoria que, qualquer que venha a ser seu significado em uma cultura particular, trata de relações hierárquicas, de poderes, de saberes que se constituem na forma elementar pela qual se apresenta a questão da alteridade. Como a autora mesmo afirma:

De minha parte, afirmo que os gêneros constituem a emanção, por meio de sua encarnação em atores sociais ou em personagens míticos, de posições em uma estrutura abstrata de relações que implica uma ordenação hierárquica do mundo e contém a semente das relações de poder na sociedade. Os gêneros seriam, desse ponto de vista, transposições da ordem cognitiva à ordem empírica. Poder-se ia dizer que a estrutura, a partir da primeira cena em que participamos – a cena familiar, ou substituta, primigênia, não importa a cultura de que se trate ou o grau de desvio em relação ao padrão social em uma cultura

⁵⁷ No original: Es preciso y urgente hacer discursos diferentes sobre el cuerpo y la imagen corporal que sean críticos con los esquemas sociales hegemónicos pero que muestren también la contradicción, la discusión, la resistencia en la experiencia de mujeres y hombres, y que sean capaces también de identificar las posibilidades reales, las prácticas innovadoras que existen dentro de esta sociedad y esta cultura del cuerpo.

particular –, traveste-se de gênero, emerge nas caracterizações secundárias com os traços do homem e da mulher, e nos seus papéis característicos (SEGATO, 1997, p. 237).

Nesse sentido, entende-se que gênero se insere na análise como uma das relações da vida cotidiana que estrutura e situa as pessoas na esfera social, determinando oportunidades, escolhas, estratégias, trajetórias, vivências, dentre outros. O discurso cultural sexista, paradoxalmente, carrega em si a força de legitimar verdades, uma vez que se inscreve na sociedade estabelecendo relações de poder, o que implica afirmar que as diferenças de gênero engendradas por essa discursividade estão a serviço de alguns interesses e necessidades socioculturais.

Utilizando Durkheim (1995), pode-se afirmar que durante toda a vida, as pessoas vão encontrar uma série de pré-determinações já estabelecidas e instituídas pela sociedade, pois nascem e passam pela vivência social com os “fatos sociais”⁵⁸ já constituídos. Grande parte das crenças, dos costumes, normas e regras morais, enfim, as maneiras de ser e de agir que a sociedade institui já se encontram arraigadas nas consciências particulares. Os que nascem são condicionados a internalizar essas normas de conduta por meio da educação.

Assim, a criança desde seu nascimento é condicionada a seguir as regras morais de conduta instituídas pela sociedade, tanto mulheres quanto homens passam por processo de socialização e, conseqüentemente, de internalização das práticas inscritas pelo discurso cultural sexista. Uma criança de colo não pede para ser batizada ou mesmo decide se quer seguir algum dogma religioso. Contudo, os pais devotos condicionam-na para seguir tal regra moral, sendo que os pais também um dia foram condicionados⁵⁹.

O corpo das mulheres é fruto dessa construção social que institui as diferenças de gênero que, por sua vez, são inculcados nas crianças nos processos de educação moral com vistas à reprodução de uma determinada cultura. O discurso cultural sexista, por exemplo,

⁵⁸ Segundo Durkheim (1995, p. 11), é fato social toda a maneira de agir, fixa ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou então ainda, que é geral na extensão de uma dada sociedade, apresentando uma existência própria, independente das manifestações individuais que possa ter.

⁵⁹ Pela discussão apresentada das ideias de Durkheim, talvez se tenha a impressão de que a sociedade é algo intocável, que só coage e institui regras, ou que nunca se desestrutura. Porém, segundo Durkheim, a mudança na sociedade é algo concebível. As pessoas não ficam estáticas diante dos fatos sociais. Com toda a pressão contrária que a sociedade exerce por meio da coerção, mesmo assim, se pode ter um comportamento inovador contrário ao preconizado. Um exemplo são as conquistas das mulheres ao longo dos tempos, citando na história recente do Brasil a Lei n. 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha, decretada e sancionada em 07 de agosto de 2006 que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

no caso do Brasil, estabelece que desde pequenas as meninas sejam socializadas com a ideia de um corpo frágil, passivo, desprovido de força, onde a beleza física do corpo magro se torna um atributo fundamental, para não dizer determinante, para o sucesso no convívio social. Já nos meninos, ao contrário, é preciso ter um corpo forte, agressivo e viril.

Outro exemplo pode ser destacado ao se observar as brincadeiras e jogos infantis, pois objetivamente se constata a diferenciação de socialização baseada na hierarquização de gênero. Geralmente, as brincadeiras dos meninos são mais "agressivas", de correr, lutar, jogar futebol, pipa, carrinhos, armas, ou seja, aquelas que passam pela ideia de disputa e competição. Já as meninas brincam de casinha, boneca, comidinha, que as colocam relacionadas com a maternagem e com o "cuidar". As brincadeiras dos meninos, em sua maioria, são feitas na rua, reproduzindo o que é esperado do homem quando se tornar um adulto, que é ir para rua, para o espaço público, também em busca do sustento da família. E das meninas, acontecem em casa, com a forte reprodução de que cresçam cuidando da casa e dos afazeres domésticos⁶⁰.

Assim, torna-se imprescindível citar outro trecho de uma outra entrevista de Simone de Beauvoir, essa concedida a John Gerassi em 1976⁶¹ que demonstra de forma esclarecedora a forte influência da socialização das pessoas (no caso específico na educação da própria autora) por uma sociedade exterior e coercitiva, bem como do despertar de sua consciência crítica emancipatória, o que possibilitou a ela um comportamento inovador:

John Gerassi: Você disse que sua própria consciência feminista surgiu da experiência de escrever *O Segundo Sexo*. Como você vê o desenvolvimento do movimento após a publicação do seu livro em termos de sua própria trajetória?

Simone de Beauvoir: Ao escrever *O Segundo Sexo* tomei consciência, pela primeira vez, de que **eu mesma estava levando uma vida falsa, ou melhor, estava me beneficiando dessa sociedade patriarcal sem ao menos perceber. Acontece que bem cedo em minha vida aceitei os valores masculinos e vivia de acordo com eles.** Em outros termos, eu era uma intelectual. Tive a sorte de pertencer a uma família burguesa, que, além de financiar meus estudos nas melhores escolas, também

⁶⁰ Essas determinações sociais do processo de socialização vão, ao longo da vida, refletir e serem reproduzidas pelas pessoas. Alguns dos estereótipos mais comuns da cultura sexista brasileira se inserem nas seguintes frases que se ouve constantemente: 1) É dever do homem o sustento da família; 2) As mulheres devem ser responsáveis pela casa; 3) Homens não choram porque são fortes; 4) Trair é da natureza masculina; 5) As mulheres são mais frágeis e inocentes.

⁶¹ Entrevista completa disponível em: <http://www.simonebeauvoir.kit.net/artigos_p02.htm>. Aceso em: 13 jul. 2012.

permitiu que eu brincasse com as ideias. Por causa disso, consegui entrar no mundo dos homens sem muita dificuldade. Mostrei que poderia discutir filosofia, arte, literatura, etc., no “nível dos homens”. Eu guardava tudo o que fosse próprio da condição feminina para mim. Fui, então, motivada por meu sucesso a continuar, e, ao fazê-lo, vi que poderia me sustentar financeiramente assim como qualquer intelectual do sexo masculino, e que eu era levada a sério assim como qualquer um de meus colegas do sexo masculino. Sendo quem eu era, descobri que poderia viajar sozinha se quisesse, sentar nos cafés e escrever, e ser respeitada como qualquer escritor do sexo masculino, e assim por diante. Cada etapa fortalecia meu senso de independência e igualdade. Portanto, tornou-se muito fácil para mim, esquecer que uma secretária nunca poderia gozar destes mesmos privilégios. Ela não poderia sentar-se num café e ler um livro sem ser molestada. Raramente ela seria convidada para festas por seus “dotes intelectuais”. Ela não poderia pegar um empréstimo ou comprar uma propriedade. Eu sim. De fato, eu pensava, sem dizê-lo a mim mesma, “se eu posso, elas também podem”. **Ao pesquisar e escrever *O Segundo Sexo* foi que percebi que meus privilégios resultavam de eu ter abdicado, em alguns aspectos cruciais pelo menos, à minha condição feminina.** Se colocarmos o que estou dizendo em termos de classe econômica, você entenderá facilmente. Eu tinha me tornado uma colaboracionista de classe. Bem, eu era mais ou menos o equivalente em termos da luta de sexos. Através de *O Segundo Sexo* tomei consciência da necessidade da luta. **Compreendi que a grande maioria das mulheres simplesmente não tinha as escolhas que eu havia tido; que as mulheres são, de fato, definidas e tratadas como um segundo sexo por uma sociedade patriarcal, cuja estrutura entraria em colapso se esses valores fossem genuinamente destruídos.** Mas assim como para os povos dominados econômica e politicamente, o desenvolvimento da revolução é muito difícil e muito lento. Primeiro, as mulheres têm que tomar consciência da dominação. Depois, elas têm de acreditar na própria capacidade de mudar a situação. Aquelas que se beneficiam de sua “colaboração” têm que compreender a natureza de sua traição. E, finalmente, aquelas que têm mais a perder por tomar posição, isto é, mulheres que, como eu, buscaram uma situação confortável ou uma carreira bem-sucedida, têm que estar dispostas a arriscar sua situação de segurança — mesmo que seja apenas se expondo ao ridículo — para alcançar respeito próprio. E elas têm que entender que suas irmãs que são mais exploradas serão as últimas a se juntarem a elas. Uma esposa de operário, por exemplo, é menos livre para se juntar ao movimento. Ela sabe que seu marido é mais explorado do que a maioria das líderes feministas e que ele depende de seu papel de mãe/dona-de-casa para sobreviver. Dessa forma, assim como cabe ao pobre tomar o poder do rico, também cabe às mulheres tirar o poder dos homens. E isso não quer dizer que, por outro lado, elas devam dominar os homens. Significa estabelecer igualdade. (...)

John Gerassi: Bem, eu não tenho filhos...

Simone de Beauvoir: Por que não? Porque você escolheu não tê-los. **Acha que as mães que você conhece escolheram ter filhos? Ou elas foram intimidadas a tê-los? Ou, em termos mais sutis, elas foram criadas para pensar que é natural e normal e próprio da mulher ter filhos e, por isso, escolheram tê-los? Esses são os valores que têm que mudar.**

Há quarenta anos, especificamente na França, Beauvoir já reforçava a crítica social necessária para o enfrentamento de uma sociedade sexista fortemente instituída e arraigada nas consciências particulares. Assim, a construção social da mulher, com a consequente internalização de parâmetros corporais, de acordo com Grosz (2000), ao invés de conceder às mulheres uma forma de especificidade corporal autônoma e ativa, no melhor dos casos seus corpos são julgados em termos de uma desigualdade que as naturaliza e as subordina em relação ao que está instituído no discurso cultural sexista e heteronormativo. A idealização da magreza almejada por meio das intervenções médicas no corpo está, dessa forma, baseada em uma perspectiva de gênero desigual de exigência corporal.

Um projeto de corpo que se apresenta atualmente, segundo Adelman (2003), pode ser o projeto da feminilidade contemporânea, que torna-se preocupação central ou tormenta central da vida das mulheres. Por um lado, uma gama de práticas corporais e de outro uma cultura narcisista e hedonista que reproduz imagens culturais atingindo diretamente o universo feminino.

Portanto, a contribuição que a perspectiva de gênero utilizada nesse estudo parte do princípio, em linhas gerais, dos preceitos descritos por Grosz (2000), em que procura identificar os corpos de mulheres não como entidades em si mesmos, nem como extremos binários, mas como um campo no qual outras particularidades raciais, culturais e de classe possam emergir para formarem especificações corporais. Assim, faz-se com que se rejeitem modelos baseados em um tipo de corpo como norma para julgar todas as pessoas em situação de obesidade.

4.2 CORPO DE MULHER: ANSEIOS DE UMA CULTURA SEXISTA

A reflexão sobre os corpos das mulheres, na perspectiva analítica de Del Priore (2009), deve preconizar que a identidade do feminino corresponde ao equilíbrio entre a tríade beleza-saúde-juventude. São três componentes culturais interligados que formam a base dos discursos hegemônicos. É uma relação que aponta também para um discurso médico-científico permeada de sexismo, principalmente em determinadas especialidades como a cirurgia plástica.

Para a autora, as mulheres cada vez mais são socializadas a identificar e a explicitar a beleza dos seus corpos pela juventude, esta pela saúde e a saúde pela beleza estética. Nesse sentido, as práticas de aperfeiçoamento dos corpos trouxeram a sedimentação necessária para a constituição da força coercitiva constituída pela tríade.

Reforçando a influência dessa tríade e também concordando com Goldenberg (2007) que afirma em suas pesquisas, que no Brasil o corpo é uma riqueza, talvez a mais desejada por mulheres e homens das camadas médias e também das mais pobres. As pessoas percebem o corpo como um veículo fundamental de ascensão social e um importante capital no mercado de trabalho, de casamento e sexual.

Del Priore (2009), ao falar sobre os corpos femininos, destaca que foi no século XXI a inscrição de suas primeiras marcas. Produto social, cultural e histórico em que a sociedade realizou a fragmentação e a recomposição, regulando seus usos, estabelecendo normas e funções culturais. Afirma a autora que ao longo dos tempos, a mulher brasileira viveu diversas transformações físicas, psicológicas e sociais, com a introdução da higiene corporal que, alimentada pela revolução microbiológica, transformou-se em uma radicalização compulsiva e ansiosa.

Na pesquisa publicada em 2010⁶² pela Fundação Perseu Abramo sobre a mulher brasileira nos espaços público e privado, foram apresentados dados que revelaram um índice de 50% de mulheres que se declararam totalmente satisfeitas com sua aparência física e 47% que se consideraram insatisfeitas em algum grau. Os dados da mesma pesquisa de 2001 mostravam 54% de mulheres totalmente satisfeitas contra 42% que disseram estar insatisfeitas em algum grau.

Em 2010, quando se refere aos elementos de insatisfação com o corpo e que não estão totalmente satisfeitas, são apontados elementos relacionados diretamente com as aflições que envolvem o excesso de gordura. Os dois principais⁶³ elementos de insatisfação identificados pelas entrevistadas para com o próprio corpo são: 1) Estar acima do peso;

⁶² Universo da amostra composto por mulheres e homens brasileiras (os), com 15 anos ou mais de idade, sendo uma amostra de 2.365 entrevistas com mulheres e 1.181 com homens, distribuídas em 25 unidades da federação nas cinco macrorregiões do país, cobrindo as áreas urbana e rural de 176 municípios na amostra feminina e 104 municípios na masculina. Amostragem probabilística nos primeiros estágios (sorteio dos municípios, dos setores censitários, quarteirões e domicílios), com controle de cotas de idade na seleção dos indivíduos (estágio final). O período da coleta de dados se deu no mês de agosto de 2010, com aplicação de questionário estruturado, através de entrevistas pessoais e domiciliares, realizadas por equipes compostas exclusivamente por pesquisadoras na amostra de mulheres e por pesquisadores na amostra de homens.

⁶³ Além dos já citados (acima do peso e barriga), os outros elementos de insatisfação apontados nas pesquisas foram: cabelos, seios, pernas, abaixo do peso, rugas no rosto, nariz, celulite, bunda, flacidez, cor da pele e outras respostas.

2) Barriga. Em comparação com o ano de 2001 os dois problemas citados já eram os mais apontados pelas mulheres.

Nesse sentido, identifica-se nos dois períodos apresentados (2001-2010) uma diminuição no grau de satisfação em relação à aparência física e, um conseqüente, aumento com a insatisfação. A mesma correlação foi encontrada pela pesquisa quando o questionamento foi feito sobre a saúde física. Em 2001, um total de 58% das mulheres entrevistadas afirmou estar totalmente satisfeitas com sua saúde física, contra 42% de insatisfeitas em algum grau. Já em 2010 o total de satisfeitas baixou para 56% enquanto que o de insatisfeitas aumentou para 44%.

Retomando o argumento de Del Priore (2009) sobre a tríade, é interessante notar que os dados citados acima da pesquisa revelam claramente que a aparência física (beleza) está intimamente ligada a uma correlação com a saúde física (saúde). São dois dos componentes que, juntamente com a juventude, formam a tríade que vem justificar os comportamentos em relação às expectativas sobre os corpos das mulheres e a criação de uma identidade corporal feminina.

Interpretando os dados obtidos por essas pesquisas, identifica-se que o nível de insatisfação declarado pelas mulheres com sua aparência física e, conseqüentemente, com a saúde se coaduna com a enorme demanda das mulheres brasileiras por serviços médicos estéticos (cosméticos, cirurgias plásticas, tratamentos para perda de peso, diversos produtos para não aumentar gordura, dentre outros). Importante associar a toda essa discussão o aumento do relato de ocorrências de distúrbios alimentares com desgaste da imagem corporal como a bulimia nervosa e a anorexia nervosa⁶⁴, ambos relacionados com a pressão cultural por um modelo estético que relaciona saúde com magreza.

⁶⁴ Dos transtornos alimentares, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são os que mais têm levado pacientes adolescentes, geralmente do sexo feminino e cada vez mais jovens, a buscar ajuda. A anorexia nervosa caracteriza-se por perda de peso intensa à custa de dietas rígidas auto-impostas em busca desenfreada da magreza, distorção da imagem corporal e amenorreia. Já a bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína. (ABREU e CANGELLI FILHO, 2004, p. 178).

Na perspectiva de Trinca (2008), o volume das aplicações e implantes de silicone, de toxina botulínica (conhecida por *Botox*), indica uma obsessão com a magreza⁶⁵, com o controle do peso, a adoção às tendências da moda, os exercícios físicos, os alimentos *diet* e *light*, o consumo de hormônios, de anabolizantes; as técnicas e os produtos para rejuvenescer, os procedimentos modeladores, corretivos e de lipoescultura, bem como as terapias de conhecimento do corpo converteram-se em ferramenta indispensável para viabilizar a produção de um corpo “perfeito e ideal”, modelo de saúde e auto-estima, esteticamente “belo”.

Sant'Anna (2001) explica que a atual sociedade tanto cultua o corpo como não cessa de desprezá-lo, comercializá-lo e coisificá-lo. Os dados das pesquisas citadas vêm apenas confirmar o que há muito tempo tem se discutido e analisado, ou seja, a lipofobia ou o medo irracional do excesso de gordura como um mal a ser combatido nos países ocidentais, em especial o Brasil. A era da lipofobia encontra-se no século XXI com uma tendência crescente de racionalização, medicalização e, principalmente, por intervenção, muitas vezes desenfreada no corpo que afeta principalmente as mulheres.

Para complementar o exposto, como afirma Del Priore (2009), vive-se uma espécie de radicalização compulsiva e ansiosa, que ao longo dos tempos vendo empurrando os corpos das mulheres para a tríade legitimada pela ciência médica, reproduzida pelo senso comum e ambigualmente divulgada pela mídia⁶⁶.

Essa preocupação com a estética e, principalmente, com o medo do excesso de gordura são ostensivos na sociedade brasileira. No livro *Beleza 10: um guia de cuidados para todas as mulheres* de Cláudia Matarazzo (1998) pode-se observar bem esse fenômeno. O objetivo da autora foi tentar classificar os diferentes tipos de beleza que podem ser encontrados nas mulheres, procurando dar “dicas” para que estas se conheçam e cuidem melhor de seu corpo ou de sua beleza própria. Sendo assim, dividiu a beleza

⁶⁵ Dados da Organização das Nações Unidas – ONU mostram que o Brasil tem o maior consumo mundial *per capita*, de remédios para emagrecer. O Brasil é líder no consumo de moderadores de apetite. O consumo diário de inibidores de apetite é de 12,5 por mil habitantes, enquanto nos Estados Unidos, por exemplo, quarto colocado na lista, é de 4,8 (GOLDENBERG, 2007, p. 27).

⁶⁶ Parte-se do princípio que o discurso da mídia carrega em si um comportamento muito ambivalente. Os saberes atribuídos a mídia em alguns casos agem de forma crítica ao complexo cultural que se desenvolveu e vem modificando as práticas sobre os corpos das mulheres. Entretanto, em outros casos agem de forma acrítica, com uma forte propensão a reproduzir e ratificar práticas médicas-científicas, culturalmente aceitas pela sociedade. Por agir dessa forma, não foi inserido nesse estudo como sendo um discurso hegemônico, uma vez que dentro do poder discursivo da mídia se encontram inúmeros discursos contraditórios que se cruzam e se embatem. Essa ambiguidade relativa ao discurso midiático será tratada mais a frente em uma discussão específica.

feminina em dez categorias básicas: a beleza clássica, a natural, a madura, a elaborada, a étnica, a exótica, a superlativa, a beleza *teen*, a moderna e a andrógena.

Para a discussão aqui empreendida, chamam a atenção, em especial, dois tipos de beleza: a elaborada e a superlativa. Com relação à primeira, a autora começa o texto colocando a seguinte frase: “hoje, só é feia quem quer”, seguida de uma explicação de que há uma gama de tecnologias e tratamentos para que as mulheres cheguem mais perto do que consideram como belo. Interessante observar que para as mulheres que se enquadram na beleza elaborada não se descartam intervenções médicas e estéticas mais radicais no corpo. A autora pontua que existem muitos tipos de cirurgias e microcirurgias, mas o medo do excesso de gordura é o mais preocupante para se ter uma beleza elaborada, já que as formas de retirar a gordura corporal são as principais intervenções citadas, como: retirada de bolsas de gordura sob as pálpebras, lipoaspiração e lipoescultura.

Com relação à beleza superlativa, que, segundo a autora, é aquela das chamadas de “mulherões”, com traços exagerados, como as altas demais, as gordinhas irresistíveis ou ainda aquelas com traços exagerados e características marcantes, como longas cabeleiras, lábios muito carnudos, coxas grossas, dentre outras. Aqui mais uma vez podem-se observar manifestações do medo do excesso de gordura.

Para Matarazzo (1998), a mulher de beleza superlativa frequentemente se depara com um agravante fantasma que a persegue: a gordura. Outro medo é a celulite, que aumenta com o excesso de gordura. Outra preocupação para quem tem formas generosas é a flacidez, que, conseqüentemente, também tem uma relação direta com aumento de gordura. Sem falar nas estrias, que podem aparecer com o ganho e perda de peso (efeito sanfona).

Dentre os dez tipos de beleza propostos pela autora, não foi observada nenhuma referência às mulheres em situação de obesidade cujo excesso de gordura desvia-se muito do que é colocado como padrão de saúde e beleza. Pode-se, quem sabe, encaixá-las na beleza superlativa, mas, como se viu, mesmo nesse tipo de beleza de traços exagerados o excesso de gordura deve ser rigidamente controlado, por medo do aparecimento de celulite, flacidez, estrias, dentre outras mazelas estéticas surgidas na cultura contemporânea ocidental.

Para Del Priore (2009), a indústria cultural ensina às mulheres que cuidar do binômio saúde e beleza é o caminho mais seguro para a felicidade individual, ou seja, para

uma juventude eterna. Os *sites* e *blogs* que procuram "ajudar" as mulheres a se equilibrar na tríade se proliferação a cada dia em nível exponencial. Seguem-se abaixo alguns exemplos de como as pessoas no seu dia-a-dia se prendem a necessidade de alcançar a meta de perfeição prometida pela saúde-beleza-juventude.

O *site* "Tudo sobre Mulher"⁶⁷ em um texto publicado em 14 de maio de 2010 intitulado "Quero ser magra e linda urgente" adverte que:

Muitas mulheres pensam em ser magras de uma hora para outra e por isso acabam sempre começando algumas dietas malucas, que podem fazer com que a saúde seja completamente prejudicada. Se está realmente precisando perder peso, a primeira coisa que se deve fazer é ir a um médico. Depois de consultá-lo as pessoas precisam também passar por um nutricionista. Os exercícios físicos também podem fazer muita diferença. **Ficando magra e saudável já é 80% do caminho andado para conseguir ficar bonita e magra facilmente. (grifos meus)**

O *site* "Oficina da Moda" que dá dicas de vestuários e comportamento tenta chamar a atenção das leitoras com a seguinte reportagem: "Confira truques de emergência para ficar mais bela"⁶⁸, eis os truques:

O que fazer quando, sem que a gente se dê conta, o verão aparece na nossa frente, de braços dados com o biquíni e **algumas mazelas (como gordurinhas e flacidez)** acumuladas durante o inverno? A primeira coisa, gritar (é claro!). Até porque está para nascer uma mulher com sangue frio o suficiente para não se desesperar diante de um quadro desses. A segunda atitude, e mais importante, é **colocar em prática os truques que garimpamos com os experts em beleza para camuflar as imperfeições e não fazer nada feio à beira mar.** 1) Rosto magrinho: Bochechas gordinhas são o primeiro sinal de que estamos acima do peso ideal. E como a gente não quer deixar isso na cara, a saída é recorrer ao **make milagroso.** 2) Barriga chapada: Vamos combinar que perder o peso extra de uma hora para outra é impossível. Mas dar aquela murchada no abdômen é perfeitamente viável, principalmente se você sofre de retenção de líquidos. Para isso, basta seguir uma dieta líquida por três dias seguidos. 3) Seios volumosos: Existem duas maneiras de dar um *up* na comissão de frente, **tudo vai depender do quanto você está disposta a gastar.** A primeira (e mais cara) é comprar um bojo auto-aderente de silicone (estilo aqueles vendidos na televisão) e usá-lo por baixo do biquíni. **(grifos meus)**

⁶⁷ Disponível em: <<http://tudosobremulher.com/dietas-para-emagrecer/quero-ser-magra-e-linda-urgente/>>. Acesso em: 28 out. 2012.

⁶⁸ Disponível em: <http://www.oficinadamoda.com.br/dica_moda.php?dicas_para_ficar_mais_bonita&cod_dica_moda=104&a=dicas%20para%20ficar%20mais%20bonita>. Acesso em: 28 out. 2012.

O site "Ciclo da Vida" que anuncia "Dicas para acabar com as gordurinhas"⁶⁹ demonstra também toda a interconexão entre beleza, saúde e juventude. Eis as informações tão importantes para a vida cotidiana das mulheres:

Quem não se incomoda com aquelas gordurinhas localizadas no corpo e gostaria de ficar com uma barriga de tanquinho? Muitos desejam isto e podem conseguir, primeiro que precisamos ter uma vida saudável e uma rotina que contribua de forma positiva para isto, se deseja um tratamento completo para emagrecimento e gorduras localizadas **há diversas formas de tratamentos até mesmo para flacidez e estrias, o que vai ajudar a conseguir um corpo muito mais bonito e saudável.** (...) Emagrecer não é somente ir a uma clínica e fazer uma cirurgia ou tratamento, é manter com uma alimentação saudável e longe de calorias, como gorduras e frituras, onde poderá ter sucos naturais, frutas e legumes e alimentos cozidos. Também é necessário fazer alguma atividade física, que vai eliminar uma vida sedentária que acarreta em vários problemas para a sua saúde, tudo requer regras e esforços para conseguir emagrecer corretamente. (...) Se deseja saber de dietas para reduzir gorduras, então saibam que o *blog* ciclo da vida tem diversos artigos sobre como emagrecer e dietas que eliminam gorduras. **Todos desejamos um corpo bonito e sem nenhuma gordura localizada,** mas para conquistarmos, temos que ir atrás, fazer esforço, se alimentar bem, praticar exercícios e fazer uma dieta saudável, uma outra dica muito importante, é também consultar um endocrinologista que cuida do peso e hormônio, pois muitos casos de pessoas obesas, é o excesso de hormônios que contribui para isto e este especialista tem como indicar um tratamento hormonal e uma dieta saudável para o seu peso, com medicação também, onde você poderá acrescentar exercícios. Faça pesquisas e encontre a melhor opção para você, mas de forma séria e segura, então, **mande já as indesejáveis gordurinhas embora! (grifos meus)**

O enfoque no desejo pessoal pela magreza, muito difundido, nas palavras e expressões da moda atual, muitas delas de cunho científico, tais como: auto-estima, atitude e gostar de si mesmo, escondem as pressões sociais que as mulheres sofrem para serem magras, esbeltas e femininamente sensuais. Os discursos hegemônicos associam a gordura com o feio e o moralmente prejudicial.

Muito do que hoje é chamado de amor exclusivo pelo próprio corpo (ou pelo ego que no corpo encontra um assento privilegiado), no lugar de fortalecer o afeto por si, tornou-se miserável. Pois, em sua fabricação industrial, o cultivo de si foi separado das responsabilidades para com os outros (SANT'ANNA, 2001, p. 118).

⁶⁹ Disponível em: <<http://www.ciclodavida.com.br/bem-estar/beleza/de-adeus-para-as-gordurinhas/>>. Acesso em: 28 out. 2012.

Atualmente, de acordo com Adelman (2003), o corpo feminino idealmente almejado é aquele magro e firme, embora não musculoso demais (ao contrário dos homens), corpo esse que requer muitas horas de trabalho (na academia ou na clínica de estética), de investimento em tempo e em dinheiro, que não estão à disposição de muita gente no Brasil.

Vê-se, nesse sentido, segundo Bruch (1997) que o corpo precisa ser moldado, tornando-se uma obsessão para as mulheres do mundo ocidental configurando um padrão estético da magreza. Observa-se nos trechos dos exemplos de *sites* que há uma condenação por parte dos discursos hegemônicos que transitam em relação a qualquer grau de aumento de peso que destoe dos padrões, pois essas distorções são vistas como indesejáveis e feias para uma apresentação social do corpo.

Portanto, como exposto na perspectiva analítica de Del Priore (2009), a identidade corporal feminina, nos dias atuais, está sendo condicionada não pelas conquistas da mulher no mundo privado ou público, mas por mecanismos de ajustes obrigatórios à tríade beleza-juventude-saúde.

4.2.1 A beleza terrível: o corpo feminino em situação de obesidade

Qual o significado da palavra "beleza"? O que caracteriza algo ou alguém como sendo belo? Em uma primeira incursão na tentativa de entender como essa palavra adentra e toma conta do discurso cultural sexista, é preciso chamar a atenção para uma definição mais direta que pode ser fornecida pelo Moderno Dicionário Michaelis da Língua Portuguesa: 1) Qualidade do que é belo; 2) Harmonia de proporções; 3) Mulher bela; 4) O tipo da perfeição física.

Embora seja culturalmente fácil de entender as quatro definições acima encontradas no dicionário, são, contudo extremamente contraditórias para uma reflexão mais aprofundada sobre os conceitos e como afetam a vida das pessoas. Assim, outras questões emergem a partir das definições: qual o corpo considerado belo? Quais proporções devem ter um corpo harmônico? Quais as características de uma mulher bela? Qual é a perfeição física do corpo de uma mulher? Uma última questão mais complexa seria: a beleza perfeita existe? Na tentativa de refletir sobre os questionamentos, recorre-se a sabedoria do filósofo Charles Baudelaire:

Todas as belezas contêm, assim como todos os fenômenos possíveis, algo de eterno e algo de transitório, de absoluto e de particular. A beleza absoluta e eterna inexistente, ou melhor, é apenas uma abstração empobrecida na superfície geral das diferentes belezas. O elemento particular de cada beleza vem das paixões, e como temos nossas paixões particulares, temos nossa beleza particular. (BARONIAN, 2010, p. 4).

Baudelaire (2001) deposita nas subjetividades individuais a responsabilidade de decidir o que é ou não algo que tenha beleza. A valoração de cada pessoa em particular define o que é belo, o que é harmônico, a forma física mais interessante e agradável. Para o autor, é o equilíbrio das formas que torna algo fascinante para os olhos. Segue abaixo um poema em forma de soneto de Baudelaire publicado em seu livro "As Flores do Mal", que exemplifica bem sua perspectiva:

A Beleza

Eu sou bela, ó mortais! como um sonho de pedra,
E meu seio, em que sempre o homem absorve a dor,
Feito é para inspirar aos poetas este amor
Mudo e eternal que na matéria medra.

Eu impero no azul, esfinge singular;
Sou coração de neve e branco cisne lento;
Porque desloca a linha, odeia o movimento,
E nem sei o que é rir, nem sei o que é chorar.

Sempre o poeta, porém a esta grande atitude
Que eu pareço copiar de uma estátua distante,
Força é que, dia a dia, austero o ser, me estude;

Tenho para encantar este dócil amante,
Pondo beleza em tudo, os mais puros cristais:
Meu olhar, largo olhar de clarões eternos.

Na perspectiva poética e filosófica de Baudelaire, a beleza de um corpo deve ser unicamente atribuída pelos olhos de quem está vendo, por um olhar subjetivamente orientado. A beleza remete-se para algo exato, sem imperfeições, estática, na perfeição não há desordem. Assim, assume um *status* de divindade, ou seja, perfeita, sem os defeitos dos mortais, tornando-se assim imortal.

É fato que Baudelaire está tratando de "belezas" em um sentido geral e até metafísico, o que inclui também os corpos das mulheres. Entretanto, fornecidas respostas subjetivas, os questionamentos continuam os mesmos, já que a sociedade institui

parâmetros de equilíbrio das formas, da harmonia, enfim de um corpo belo. A subjetividade das pessoas, em muitos casos, é direcionada pela socialização cultural que obteve ao longo da vida. O discurso cultural sexista é o responsável por essa reprodução dos padrões, que o senso comum, por falta de uma crítica, acredita ser sua própria subjetividade agindo.

Nesse sentido, cabe aqui analisar a questão do corpo físico belo, saudável e jovem, ou seja, perfeito. Observa-se nos dias atuais que a importância atribuída à beleza corporal é de causar espanto, tamanha é a centralidade do corpo para a boa convivência das relações sociais empreendidas. Vale lembrar que são relações desprovidas de críticas, totalmente efêmeras e perversas com a diferença.

Alguns quilos a mais que aparecem na balança já são suficientes para que se tomem previsões para desaparecer com a gordura indesejada. Somem-se a isso as outras mazelas advindas com o excesso de gordura, como rugas, flacidez, estrias, celulite. Na perspectiva de Douglas (1991), a beleza está vinculada à aparência de limpeza do corpo, o qual deve estar livre de impurezas (rugos, flacidez, estrias, celulite, etc.), isto é, com ausência de resíduos, mesmo dos mais microscópicos, como se isso fosse possível.

Nesse sentido, identifica-se com os dados das entrevistas que a busca pela beleza estética cada vez mais crescente no século XXI colou a ideia de limpeza com a do excesso de gordura de tal forma que se tornou uma obsessão. As entrevistadas retrataram bem como essa ideia fixa de uma vontade em ser magra ocorre:

Tomava remédio demais e a geladeira era vazia, tinha água, bolacha passatempo recheada, aquela bolacha recheada passatempo, eu comia aquilo ali à noite, houve dias que eu passei e tomava leite e vivi com aquilo, era alimentação super desorganizada, houve fases em que eu passava com uma fatia de abacaxi por dia, o dia inteiro, eu comia uma fatia. Então, assim, houve várias situações, vários estágios, **já cheguei a esse cúmulo de passar o dia com uma fatia de abacaxi.** (Ângela, 32 anos, ex-obesa).

Eu comecei a tomar um remédio, eu trabalhava e até pelo tipo do emprego eu não podia deixar engordar demais, eu tava pesando uns 80 Kg, eu tentei voltar e fui tomando remédio e tudo, eu falei: **“Não, eu tenho que emagrecer, tenho que emagrecer”**. E quando chegaram as vésperas do casamento, no noivado eu emagreci um pouco e foi chegando às vésperas e eu não emagrecia. **Eu tava tomando assim, um remédio fortíssimo, fortíssimo, não dormia, só acelerada o dia inteiro.** (Marta, 43 anos, ex-obesa).

A obsessão pela magreza, evidenciada nos depoimentos acima, aqui significa uma ideia permanente em possuir um corpo magro, ou melhor, explicando, em não possuir um corpo obeso. É importante deixar claro em relação a esse argumento que para uma pessoa com obesidade a busca por um corpo magro não se remete aos corpos que a mídia aponta com sendo ideal de beleza e perfeição. A questão maior que se coloca é de não possuir um corpo obeso, já que é justamente esse excesso de gordura que inicia e catalisa os problemas biopsicossociais nas entrevistadas. Há uma linha tênue que precisa ser entendida em relação ao corpo magro aqui analisado. Portanto, há uma negação do corpo obeso e, não ao contrário, uma busca incessante por um corpo padronizado.

Tal situação é muito bem retratada ao se observar o histórico de tratamentos a que se submeteram as mulheres entrevistadas que viviam em situação de obesidade. São medicamentos de todos os tipos, drogas fortíssimas que podem levar a problemas psiquiátricos, clínicas de estética e SPAs que prometem um emagrecimento saudável, dietas dos mais variados tipos e, principalmente, a internalização de uma olhar normativo instituído pela sociedade.

Para fornecer respostas objetivas, se torna impossível responder a essas perguntas sem transitar pelos discursos hegemônicos. Então, faz-se necessário pensar as relações do corpo com a beleza a partir da objetividade e do poder que o discurso cultural sexista institui na sociedade. As formas objetivas da vida constituem-se em si práticas institucionalizadas, as quais fornecem as bases para as ações e atitudes presentes nas pessoas nos meandros da vida cotidiana. Algumas entrevistadas fornecem pistas que podem corroborar com a análise empreendida, na medida em que relatam:

A obesidade atrapalha sim. Atrapalha e te limita. Ela te limita fisicamente, né. **No que te limita fisicamente ela começa também, além dela te limitar o seu ego, da sua auto-estima, te limita fisicamente, vai isso tudo vai te limitando socialmente.** E não acho que também seja bonita a obesidade. Ela não é bonita. O padrão estético é o que está estabelecido. Não adianta você falar assim: “Ah!” num é, num é bonito, mas a obesidade não é o feio. Ela é uma doença. (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

Não sei nem te mensurar isto. **É porque ao mesmo tempo em que você preocupa com a estética, não está desassociado a questão de saúde.** Porque um puxa o outro, né. (Ângela, 32 anos, ex-obesa)

Eu tive a sorte, de eu ter uma obesidade totalmente bem distribuída pelo corpo. Entendeu? Então, **eu nunca tive assim uma cadeira imensa, uma super anca, uma perna, uma coisa que me deformasse, [a obesidade] me deformou por inteira. Entendeu?** (Susana, 50 anos, ex-obesa)

Observa-se nas narrativas das entrevistas que se submeteram à cirurgia de redução de estômago uma imagem totalmente negativa do antigo corpo obeso e, de um olhar dirigido as pessoas em situação de obesidade. Evidentemente que esse olhar as retorna ao seu próprio passado. Ter muitos quilogramas a mais de gordura do que o preconizado, não ter o equilíbrio harmônico e simétrico das formas corporais, ser considerada uma doente, ou seja, não possuir uma beleza corporal torna o excesso de gordura algo feio, que deforma objetivamente e subjetivamente a pessoa. Mais ainda, é uma doença que esteticamente deixa as mulheres em uma situação de impureza, contrapondo com a limpeza do corpo magro.

Para Del Priore (2009), a feiura em contraponto com a beleza, hoje tão universal quanto no passado, não tem história. Tampouco se escreveu a história da solidão e da dor, suas consequências mais imediatas. Há séculos, as pessoas denominadas de feias servem de bode expiatório para as sociedades muito seguras de suas verdades e de seus discursos hegemônicos. Atualmente, a feiura continua a ser vivida como um drama da realidade social. Daí a multiplicação de fábricas de "beleza". Assim, a preocupação com a beleza suplanta a preocupação com a saúde.

Na outra ponta, pessoas como madre Teresa de Calcutá conheceram de perto os horrores do sofrimento físico. Em uma entrevista, ela dizia que o trágico da "feiura" de um leproso era a sua solidão, o fato de ser indesejável, não amado, rejeitado. Que se podia fazer tudo por um corpo em sofrimento, mas nada por esse "outro" sofrimento feito de negação. (DEL PRIORE, 2009, p. 80)

A sociedade faz com que o processo de sofrimento e negação se intensifique, já que a feiura vem junto com um excesso de gordura. E essa obesidade não cabe em qualquer lugar, todo excesso no corpo não é aceito para participar dos espaços públicos. Tem-se então que o ser feio ou a falta de beleza física é um determinante para se obter a aceitação social, uma vez que as relações dependem da anuência das padronizações culturais.

Como há uma reprodução do discurso cultural sexista, limita-se assim, a mobilidade das mulheres em situação de obesidade. Dessa forma que as entrevistadas relataram suas vivências pautadas pela negação, rejeição e sofrimento:

Você vê isso quando você vai pegar um ônibus, quando você vai... em qualquer lugar não tem lugar para obeso. Se você vai em um barzinho, **as cadeiras não são para obesos, são para pessoas com o peso normal.** (Sônia, 37 anos, ex-obesa)

E não gostava de andar de ônibus de jeito nenhum, porque a catraca era apertada. Mas graças a Deus nunca precisei muito. Mas quando precisava também eu pegava táxi. Às vezes, quando eu era adolescente, eu pesava 70 e poucos, 80 kg, eu deixava mais de sair porque eu tinha vergonha (Susana, 50 anos, ex-obesa)

Então, o obeso, ele é discriminado. Eh... eu já vi uma pessoa passar no ônibus e ficar presa. **Eu morria de medo de ficar presa no ônibus.** Entendeu? Então isso aí é horrível. (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

Na perspectiva de Del Priore (2009), a beleza moderna, longe de prometer uma compensação narcísica à mulher, aumentou sua frustração e impotência em face de uma imagem idealizada de um equilíbrio harmônico do corpo. Esse equilíbrio torna o corpo perfeito, ou seja, belo. A mulher passa a cobrar mais de si mesma. A beleza instituiu-se como prática corrente, o pior é que ela consagrou-se como condição fundamental para as relações sociais. O terrível é que, de maneira geral, pobres e ricos, bonitas ou feias, as mulheres parecer condenar-se a ser apenas um corpo, o seu corpo.

Os relatos até agora explicitados remetem às mulheres que se submeteram à cirurgia de redução de estômago e conseguiram emagrecer. Os discursos remontam a um passado de excesso de gordura, de tratamentos e de um sonho de emagrecer fisicamente, psicológica e socialmente.

Mas, como se configura essa beleza terrível para as mulheres entrevistadas que ainda estão em situação de obesidade? Como conviver com o excesso tão condenado na atual sociedade centrada na tríade beleza-saúde-juventude? Assim relatou uma entrevistada que não pensa em se submeter à cirurgia, mas sonha em emagrecer:

Já tentei de tudo pra emagrecer. Sempre volta tudo. Não faço a cirurgia bariátrica porque tenho medo. Muitas pessoas conhecidas fizeram e o resultado foi ótimo. Mas, não que quero, não quero. E se der algo errado

na cirurgia, né. **Sei que a obesidade é uma doença. Sei que tô doente, sei que tô fora dos padrões**, porque esse corpo todo, esse peso, me trás muito desconforto, dói tudo, é muito peso, tenho pressão alta, um monte de coisa. (Ana, 36 anos, obesa)

Observa-se no relato, apontamentos que se dirigem a explicações calcadas na tríade da identidade corporal feminina. A questão do processo saúde-doença é muito forte nos depoimentos quando da discussão sobre obesidade. Interessante, é que estar saudável ou estar doente são fatores que definem também estar bela, que se constata pelo trecho "sei que a obesidade é uma doença, sei que tô doente, sei que tô fora dos padrões". Esse é um fator que se vincula diretamente ao poder do saber legitimado pelo discurso médico-científico e reproduzido pelo cultural sexista. Na perspectiva analítica de Fontes (2007, p. 85), "todo corpo que não se perfila a esse projeto médico e cultural tende a ser classificado como um corpo dissonante, um corpo inválido, não válido quando comparado e confrontado com a lógica da boa forma e do vigor físico".

Nessa lógica argumentativa, observa-se em outras entrevistas a atuação de um olhar subjetivo moldado por posições discursivas e normativas inseridos na cultura de uma sociedade sempre em direção a um corpo rejeitado. Como são mulheres cujos corpos ainda estão em situação de obesidade, a questão da negação não é um passado próximo como das que se submeteram à cirurgia de redução de estômago, mas sim, um presente, uma vivência constante com o ser ou estar diferente.

Tem coisas que não tem o que falar, a gente (obesa) se ofende, mesmo você sendo magra ou você sendo gorda, tem coisas que as pessoas falam pra você que vão te ofender mesmo. Eu falo assim, tem gente que é mais melindroso. Você tem que tomar cuidado com o que fala. O obeso tem a tendência de ser assim mesmo, porque **a aparência dele é diferente em relação à sociedade, a sociedade não aceita muito**. Então, tem gente que não pode nem tocar no assunto. (Lídia, 43 anos, obesa)

Geralmente o obeso é ponto das brincadeiras, e esse negócio de falar que todo o obeso é bom e bem humorado, isso tem um pouco de lenda nisso. **A gente se reveste do bom humor para poder enfrentar essa discriminação**, essa coisa toda. Para comprar uma roupa, quando você acha é caríssima. E a gente também tem um lado que tudo a gente se refugia na comida. Muitas vezes você escuta: "você tem o rosto tão bonito, mas você tá tão gorda". **Esse "mas" sempre vem junto**. (Perla, 53 anos, obesa)

Esses dias eu estava num restaurante e tinha uma moça que nem era muito gorda, **mas a gordura dela era tão localizada no rosto e na barriga que me assustou.** Eu olhei assim. E é uma coisa que eu evito fazer porque **eu sei o tanto que é constrangedor você ta sendo visto com aqueles olhos.** (Joana, 28 anos, obesa)

Retornando ao trecho relatado mais acima, a entrevistada Ana de 36 anos é possuidora de várias comorbidades associadas ao excesso de peso. Sendo assim, de acordo com as entrevistadas, torna-se mais fácil fazer uma associação da gordura corporal com uma doença grave, esta com um processo de busca por saúde, tudo isso contribuindo diretamente para a identificação de uma imagem corporal negativa de si mesma. Mas, e quando a pessoa não apresenta nenhuma comorbidade associada à obesidade? Esse é o caso de Palmira, de 24 anos, peso 98 Kg e IMC = 41,32⁷⁰ a qual descreve sua situação da seguinte forma:

Sou muito feliz comigo mesma, me acho bonita, atraente. Tem gente que gosta de uma gordinha. Mas, acaba que a sociedade cobra demais, né. Você é sociólogo, sabe disso. **Pra todo lado só tem mocinha magrinha, bonitinha.** A televisão mesmo, nossa aquelas *panicats*⁷¹. O padrão de beleza é das magrinhas que ficam nas academias, aquelas bombadas que colocam silicone. Sei que não é qualquer lugar que me cabe, assim, fico meio limitada, meio receosa de frequentar alguns lugares. (Palmira, 24 anos, obesa)

Perguntada do por que não pensava em se submeter à cirurgia de redução de estômago para se enquadrar nos parâmetros normativos de beleza, saúde e juventude citados em sua fala, a entrevistada respondeu:

Sabe, eu gosto muito de comer, de viver bem. Não tenho nenhum problema de saúde, pressão alta, dor nas pernas, diabetes, essas coisas que vem junto com a obesidade. **Acho que se eu fizer a cirurgia vou ficar infeliz por não poder aproveitar mais a vida.** (Palmira, 24 anos, obesa)

⁷⁰ Vale ressaltar que um índice de massa corporal acima de 40 já é pré-requisito para a liberação para a cirurgia de redução de estômago. Um índice de massa corporal entre 35 a 40 necessita ter comorbidades associadas e um histórico de tratamentos mal sucedidos.

⁷¹ As *Panicats* são assistentes de palco do programa televisivo Pânico na Band da Rede Bandeirantes, antes assistentes do extinto Pânico na TV da Rede TV!. Desde a estreia do programa em 2003, diversas modelos e dançarinas já fizeram parte do elenco.

Observa-se que ao mesmo tempo em que Palmira se mostra confiante ou, utilizando-se de uma expressão da moda, "tem uma boa auto-estima" em relação à sua beleza, ela se mostra inferior a outras mulheres consideradas magras. Para dar um exemplo das magrinhas bonitinhas, a entrevistada se utiliza do recurso midiático, tentando explicar o tipo de corpo que ela considera belo.

Há de se considerar também a crítica da entrevistada frente à questão corporal feminina, pois esse corpo cheio de beleza se constitui em um corpo fabricado, racionalizado e medicalizado por meio de exercícios nas academias, suplementos e cirurgia plástica para colocação de silicone.

Para Le Breton em entrevista a Duarte (2010), há com certeza um modelo hegemônico de beleza feminina. Contudo, como mostram as entrevistadas em situação obesidade, existem modelos de resistência, como mulheres obesas que reivindicam seu espaço, o reconhecimento de sua beleza. Um exemplo é um editorial de moda do Jornal Extra, que diz: "Grifes investem pesado em roupas e *lingeries plus size*"⁷².

Figura 5 – Modelo fotográfica em uma propaganda de roupas para mulheres obesas



Fonte: Site do Jornal Extra, 17/07/2012.

⁷² Disponível em: <<http://extra.globo.com/mulher/moda/grifes-investem-pesado-em-roupas-lingeries-plus-size-5491912.html>>. Acesso em: 28 out. 2012.

O editorial de moda segue com o seguinte texto:

Elas já foram musas inspiradoras de grandes pintores e artistas plásticos há algumas décadas. **Com o passar do tempo, viraram motivo de piada e sinônimo de descuido** quando modelos super magras começaram a se destacar no mundo da moda. **Hoje as gordinhas já não tremem tanto perto de uma calça 36 e estão, aos poucos, voltando a se sentir poderosas.** De olho nesse público cada vez mais orgulhoso de suas curvas avantajadas, grifes famosas começaram a lançar coleções *plus size*.

Na perspectiva analítica de Le Breton, os problemas se encontram nas construções culturais, ou seja, nas normatividades do discurso cultural sexista amplamente legitimadas pelo discurso médico-científico, onde uma mulher pode ser bem sucedida e, ao contrário, ser rejeitada por ser feia. Para o autor, a liberação contemporânea das mulheres no plano social e político não modificou a relação com a estética (DUARTE, 2010).

Portanto, observam-se nos relatos, tantos de ex-obesas quanto de mulheres ainda em situação de obesidade, que o aprisionamento destas mulheres continua definido por um imperativo calcado na tríade da beleza, juventude e saúde. A questão a se refletir não é a relação de dependência que parece existir das mulheres em relação à tríade, mas sim os discursos hegemônicos que criam, reproduzem e legitimam as ações práticas pelas pessoas em sociedade. Nesse sentido, concluindo com a perspectiva de Del Priore (2009, p. 100), "bom seria começar a ter uma posição crítica em relação a esses discursos. Discursos tão mais perigosos quanto mais aderirem de maneira sub-reptícia⁷³ a nosso cotidiano, fazendo-nos confundir sua normalidade com banalidade."

4.2.2 Uma beleza possível pós redução de estômago? Magra, saudável e jovem?

Após o emagrecimento radical e rápido ocorrido por meio da cirurgia de redução de estômago, observa-se nos relatos que há uma mudança de tratamento por parte das outras pessoas, seja de conhecidos ou de desconhecidos, em um contexto mais favorável a interação social. Isso reflete uma alteração de comportamento relacionada basicamente com a aquisição de um novo corpo, de uma nova imagem e de uma nova identidade corporal feminina que é transmitida à sociedade.

⁷³ Aquilo que se faz furtivamente, de maneira desleal e ilícita.

Segundo as entrevistadas, a expressão que elas mais ouviam das outras pessoas quando ainda eram obesas e nos diversos contextos sociais era: “você tem o rosto tão bonito!”. Uma frase que deixa claro a vinculação entre um corpo feio e não desejado socialmente. Já após o emagrecimento, as pessoas dizem: “você está magra, está linda!” Os trechos abaixo, retirados das entrevistas de Ângela e Lucinda vêm destacar bem essa diferenciação no olhar do outro nas interações sociais face a face baseada unicamente na forma física do antes e depois, ou seja, da obesidade como algo feio de se ver em contraposição à magreza saudável e bela:

Nossa é impressionante! Igual eu tava em uma festa. Um tio falou assim pra mim, virou e falou assim: “Nossa, senhora! Não” – chamou o fotógrafo – “Tira uma foto aqui minha com essa menina. Porque eu sou fã dela. Essa menina é demais! É o Maximo”. Elogiou e todo mundo elogiando. Falam assim: **“Nossa! Não te reconheci. Como você tá linda”**. (Ângela, 32 anos, ex-obesa).

Às vezes eu fico constrangida de tanto falarem, eu fico às vezes constrangida. Esses dias meu pai tava rindo, porque todo mundo chega e diz: **“Nossa Lucinda, você tá muito bonita!”**; **“Nossa, que bom que você emagreceu desse jeito!”**. Um dia eu falei pro meu pai: “Não aguento mais escutar essa história”, ele falou assim: “Mas, você está achando bom”. Às vezes te constrange, porque todo mundo, o povo não tem noção. Antes quando eu não era operada, quando eu era obesa, eu não preocupava tanto quanto preocupo agora. Sabe por quê? Porque as pessoas não tem noção. Eu penso assim: **“Gente, será que eu era tão feia” e eles falavam que eu era bonita, eu não era então bonita** porque todo mundo agora fica falando que eu sou linda, que eu sou isso, que eu sou aquilo. **O elogio que eu menos gostava, antes quando eu era obesa, é falar que o meu rosto era lindo. “Nossa, seu rosto é lindo”, aí eu falava: “Nossa, mas curtiu com a minha cara” (risos)**. Mas, eu não ficava complexada não, eu só achava muita falsidade. (Lucinda, 26 anos, ex-obesa).

As entrevistadas relataram que, quando recebiam algum elogio quando ainda estavam em situação de obesidade, tais elogios quase nunca eram direcionados para o corpo como um todo. As pessoas falavam do rosto, dos cabelos, das unhas, das habilidades, mas, quase nunca, dos traços corporais gerais. Há uma condenação da sociedade para o aumento excessivo de peso. Deste modo, os corpos femininos obesos são vistos como indesejáveis e feios para uma apresentação social aceitável. Na perspectiva de

Paiva (2007), o corpo passou a ser visto como um artefato de presença. É a partir de sua exterioridade que a pessoa será classificada e julgada.

As próprias entrevistadas relataram que o emagrecimento conseguido após a cirurgia foi uma alteração para melhor, em direção a uma ideal de beleza corporal. Ou seja, após o emagrecimento almejado se conquistou a saúde, já que em um corpo magro as comorbidades tendem a desaparecer. As mulheres deixam transparecer em seus relatos sempre as dicotomias culturais gordo e magro; feio e bonito; excluído e incluído; anormal e normal. Com a aquisição de um corpo magro ocorreu um realce em suas belezas, há assim uma transposição dicotômica pela mudança na aparência. Pode-se identificar bem essa perspectiva nos depoimentos de Sônia e Lucinda:

Minha auto-estima subiu 100%, apesar do excesso de pele, **hoje me vejo como uma pessoa normal e magra como outra qualquer**. A minha aparência hoje manda muito, **hoje me sinto uma pessoa bonita e saudável**, pois também consegui me livrar do mal da hipertensão. (Sônia, 37 anos, ex-obesa)

Passei de **gorda execrável** para **magra notável** (ih, rimou!). (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

Como bem explicitado na fala de Sônia, ao se livrar da hipertensão e adquirindo saúde, a mulher se torna mais jovem, tende a cuidar mais de si. Um corpo magro e notável é mais bem visto nas relações sociais. O foco das pessoas em relação a essas mulheres se altera, com o feio do excesso de gordura desaparecendo, o olhar se volta para uma aceitação, revelando a beleza antes escondida atrás das camadas de gordura. Completando a tríade, a mulher se torna bela, dentro de uma perspectiva subjetiva e objetiva pensando na relação inclusão e exclusão social.

Essa mudança psicológica e social da imagem corporal, ou seja, a apresentação de um novo corpo agora magro se insere nos padrões discursivos preconizados. São as próprias pessoas que reproduzem os saberes culturais e, conseqüentemente, reduzem o corpo a um objeto com vistas a sua apresentação e representação social. Assim, esse corpo magro é uma porta de entrada, cuja fachada não se difere do que se considera belo, assim o corpo representa sua proprietária da melhor maneira nas relações sociais, ou seja, aos olhos dos outros.

Os trechos abaixo das entrevistas de Ângela e Susana contribuem para a compreensão do argumento, na medida em que são relatos que apontam para uma apresentação social do corpo:

Hoje, **as pessoas me veem de forma diferente, me elogiam pela aparência**, muitos não me reconhecem, muitos me elogiam pela **diferença que a cirurgia me causou**. Me sinto muito feliz por isso. (Susana, 50 anos, ex-obesa)

Lembro que as pessoas estranhas na rua **me olhavam com mais simpatia pós cirurgia**, que reparavam na cor do meu esmalte, no corte do meu cabelo, ou no sapato que eu tava usando. O estranho é que sempre fiz a unha, sempre tive o tal corte de cabelo e sempre investia muito nos acessórios de moda, já que as roupas eram difíceis de serem encontradas. Parece que **o foco mudou, deixou de ser a gordura para ser a pele, o cabelo, o sapato, o colar**. Como se tudo que eu usava antes não surtia efeito, **nada fica bom em alguém gordo**, essa é a crença. (Ângela, 32 anos, ex-obesa)

Nesse sentido, em um contexto de interação social o que se apresenta primeiramente aos outros é a imagem física de um corpo coberto por roupas. As pessoas avaliam umas as outras com base, dentre outros tantos atributos que geram significados sociais (cor da pele, cor e tipo de cabelo, tipo de roupa), também no tamanho e volume que este corpo possui. Assim, após o emagrecimento, estando tudo dentro das convenções estéticas corporais, significa que as mulheres outrora constantemente avaliadas de forma negativa não possuem mais nenhum atributo visível que as deprecie ou ainda canalizar em suas direções certas atitudes preconceituosas.

Em se tratando de um emagrecimento radical, uma vez que a perda de gordura após a cirurgia em média é 50% da gordura corporal, assim como o espaço corporal fica menor em muitos casos, há uma grande quantidade de pele que deve ser retirada por meio de cirurgias plásticas, assim como algumas áreas do corpo que ficam flácidas, como os seios e embaixo dos braços. A quantidade de cirurgias⁷⁴ e os locais onde se deve fazer variam de acordo com cada pessoa. Algumas pacientes precisam mais e outras menos, dependendo do

⁷⁴ Importante mencionar que na época do trabalho de campo (período de realização das entrevistas), nem todas as mulheres tinham se submetido à cirurgias plásticas. Portanto, os depoimentos citados nesse estudo refletem sobremaneira o momento de cada entrevistada, não fazendo alusão generalizada aos corpos das mulheres que se submeteram a cirurgia de redução de estômago, as suas possíveis sequelas, ou ainda ao pós cirurgia plástica.

grau da obesidade de cada uma e também da decisão pessoal em se submeter a outras intervenções cirúrgicas.

Já com uma média de um ano e meio de pós-operatório, todas as entrevistadas já se submeteram ou ainda estavam fazendo planos para futuras cirurgias plásticas, que são intrínsecas à cirurgia de redução de estômago. Nesse período antes das plásticas, há segundo algumas entrevistadas, certos constrangimentos por causa das sequelas do emagrecimento. De acordo com as entrevistadas, não ocorreram mais problemas relacionados a preconceitos ou mesmo de aceitação social em relação ao corpo coberto que transita pela sociedade. Entretanto, para algumas fica um incômodo em relação às peles consequentes do emagrecimento. No depoimento acima de Sônia, há uma referência a essa discussão no momento em que ela cita que sua auto-estima subiu 100%, apesar do excesso de pele. Lucinda e Susana assim descrevem essa situação:

Se eu não falar, ninguém fica sabendo que eu era obesa. Porque você sabe que a roupa esconde, a roupa esconde a pele né. Então dependendo da roupa que você está ninguém sabe, quem não me conheceu não sabe que um dia eu pesei quarenta e tantos quilos a mais⁷⁵. (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

Assim, fiquei com muita flacidez, pele sobrando, mas enfim, né. Nada que uma cirurgia plástica não resolva. Quando isso resolver, aí talvez eu me sinta muito melhor do que já tá até agora. Mas, por enquanto, tá assim, eu canso de falar: "Eu estou no lucro". Ainda que eu não fosse fazer plástica nenhuma eu já estou no lucro absoluto. Porque hoje eu tenho um corpo que onde eu for eu sou aceita. Entendeu? Eu vou numa loja comprar e eu não compro. Entendeu? Eu sou paquerada na rua. Eu vou numa boate, eu sou paquerada. Então, assim, não tenho mais problema nesse ponto de aceitação. **Tenho por debaixo dos panos, né. Aí, tirou a roupa, aí a coisa fica latente, né.** Então, o problema é só questão da plástica agora. (Susana, 50 anos, ex-obesa)

De acordo com uma das entrevistadas, as cirurgias plásticas a que já tinha se submetido (abdômen e os braços)⁷⁶, na sua perspectiva subjetiva, não ficaram perfeitas. Tal visão faz com que ela tente ficar escondendo as cicatrizes para as outras pessoas não

⁷⁵ A entrevistada pesava 120 Kg antes da cirurgia, na época da entrevista estava com 72 Kg e ainda em processo de emagrecimento.

⁷⁶ De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – SBCP, os procedimentos cirúrgicos mais comumente realizados após cirurgia de redução de estômago envolvem as seguintes áreas: abdômen, mamas, braços e pernas. Ressalta ainda que todos os procedimentos e técnicas de Cirurgia Plástica podem ser empregados, desde que haja indicação.

ficarem perguntando, fato esse que pode se tornar uma grande dificuldade para seu processo de interação social. Nas condições que se encontrava seu corpo com as cicatrizes, ela ressalta que:

Eu me acho mais feia hoje com toda essa pelanca do que quando era gordinha normal. Por isso, que é ruim. Eu acho mais feio, porque tem essa parte ruim das cicatrizes e flacidez. Eu tenho mais vergonha do corpo ser assim: cheio de marcas do que um corpo gordinho normal. A gente, você sabe, muita gente ficou com o padrão de normalidade. Então, a gente tá fora do normal, a gente tá com uma coisa assim que ninguém tem. Todo mundo pergunta: “Ah, você já fez cirurgia?”. “Ah, você fez cirurgia do coração?”. Todo mundo olha: “O que é isso no seu braço?”. Nenhuma plástica ficou perfeita. Nada a ver uma cicatriz, é um corte igual um corte que eu tinha aqui. **A cicatriz quase não some por completo. Os médicos melhoram ela, de uma forma que fica uma cicatriz mais discreta, mas não some.** (Ângela, 32 anos, ex-obesa)

Entretanto, o fato de estar saudável e magra lhe traz outros benefícios sociais e psicológicos bem maiores do que carregar o antigo corpo obeso. A questão das cirurgias plásticas, como já dito, é inerente ao processo de emagrecimento, seja do ponto de vista médico ou pessoal/subjetivo. Por isso, a entrevistada revela que:

Vou fazer mais plástica sim. **Eu quero fazer nas férias, que eu fiz foi só até aqui na barriga e braços. Daqui pra baixo, no quadril assim, ainda tá tudo flácido.** Eu quero fazer, só que fica, quando você faz igual no braço, fica muito tempo sem poder se mexer, não pode fazer força com o braço. E nas pernas, serão mais de trinta dias sem caminhar, né, o repouso. (Ângela, 32 anos, ex-obesa)

É certo que todas as entrevistadas terão de se submeter a algumas cirurgias plásticas, até mesmo Ângela que já se submeteu a duas, como relatado, planeja se submeter a mais. Contudo, o fato de estarem esteticamente magras para a sociedade, podendo usufruir de todas as facilidades do mundo reproduzido para os magros já vale certo constrangimento de terem que conviver com essas marcas até a conclusão de todas as cirurgias plásticas.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a ideia de beleza está intrinsecamente ligada com a de magreza. Mas, não é um corpo magro nos moldes midiáticos propagados. É um corpo ainda pesado, ainda com muita flacidez a se esticar, com um excesso de pele para se retirar. A questão que se coloca é que não existe mais um corpo com um acúmulo de gordura. A objetividade do olhar na sociedade só enxerga o exterior, ou seja, um corpo

coberto que não ocupa muito espaço, não é mais doente, agora é jovem. Isso é que importa para os discursos hegemônicos inculcados na vida cotidiana. Os relatos abaixo demonstram essa nova sensação experimentada de se tornar bela via emagrecimento:

Então, assim, falando na realidade **eu hoje me acho uma mulher bonita, eu me acho e eu acho que as pessoas acham também** porque as pessoas comentam. Não que isso me leve a ser convencida, nada, eu sou muito até desligada disso. Eu sinto até uma certa timidez quando alguém fala “nossa você é linda”, “nossa você está linda”, e eu nossa quero até enfiar minha cabeça em um buraco. Eu sou assim, **eu sei que sou uma mulher bonita, porque as pessoas olham, as pessoas comentam, eu tenho espelho em casa**, eu sou vaidosa. (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

Eu to melhor do que antes. Me agrada muito hoje, me agrada muito chegar numa loja, pedir uma calça 38 e usar blusinha apertada, um *top* que eu não usava antes. Então, me agrada muito. **Hoje, lógico, meu corpo me agrada mais.** (Sônia, 37 anos, ex-obesa)

Compreende-se que a tríade beleza-saúde-juventude se fecha na medida em que o corpo após a cirurgia se aproxima da meta de ser magro. Ser ou estar bela depende dessa nova imagem corporal que é apresentada para a sociedade. Hakim (2010) corrobora essa perspectiva de análise, na medida em que aponta que a beleza é um elemento central para se viver bem em sociedade. Afirma também que beleza e inteligência são componentes eficazes para o sucesso.

Em uma pesquisa empreendida nos Estados Unidos por Beulaygue (2012, p. 43), constatou que: "o efeito da circunferência da cintura demonstra uma associação negativa entre o tamanho da cintura de uma mulher e seus ganhos. Uma maior circunferência da cintura é considerada um traço negativo de beleza entre as mulheres"⁷⁷.

Portanto, o discurso cultural sexista, baseando-se na tríade beleza-saúde-juventude, direciona toda a ênfase e esperanças da mulher obesa na aquisição de um corpo magro. As pessoas que ainda estão em situação de obesidade ficam com as ocorrências negativas de ser a diferença abjeta.

Ser bela? Ser saudável? Ser jovem? Esse capítulo procurou estabelecer essa reflexão da identidade do corpo feminino pautada pela relação conflituosa entre a

⁷⁷ No original: "The independent effect of waist circumference demonstrates a negative association between the size of a woman's waist and her earnings supporting my prediction that larger waist circumferences are considered a negative beauty trait among women".

obesidade e a magreza. Fica muito claro nas narrativas que a ideia de magreza está diretamente relacionada com essa tríade. Aliás, o corpo magro é o legítimo representante médico-científico e cultural sexista dessa tríade. A beleza terrível se torna possível após a cirurgia de redução de estômago. O que fica, contudo, é uma preocupação dos corpos que não condizem com essa tríade que alia na identidade feminina os dois discursos hegemônicos.

Nesse sentido, o próximo capítulo parte dessa preocupação, dessa indagação que fica em relação aos corpos diferentes. Discutem-se, com base na análise das entrevistas, as consequências dos discursos hegemônicos na produção das identidades e das diferenças dos corpos das mulheres obesas e ex-obesas. A análise centra-se nas perspectivas do que se denomina nesse trabalho de olhar social normativo que exclui, olhar individual subjetivo que auto exclui e olhar individual subjetivo que auto inclui.

CAPÍTULO V – CONSEQUÊNCIAS DOS DISCURSOS NA PRODUÇÃO DAS IDENTIDADES DA MULHER OBESA E DA EX-OBESA

5.1 CORPO MAGRO E CORPO OBESO: A IDENTIDADE E A DIFERENÇA

Nunca se proferiu tanto discurso sobre o corpo quanto nos dias atuais. Desde o começo do século XXI as temáticas sobre as relações que envolvem os corpos (beleza, saúde, marcas, etc.) tomaram conta das rodas de conversa, dos noticiários, bem como da ciência. Dentre essas relações, a dicotomia obesidade e magreza se tornou motivo preferencial para incluir ou excluir uma pessoa. Nesse sentido, o corpo se apresenta atualmente como um importante produtor de identidades, pois é o primeiro a se impor em um contexto de interação social.

Na perspectiva de Haraway (2000), as identidades parecem contraditórias, parciais e estratégicas. Hoje em dia, fatores como as relações que envolvem os corpos (o tamanho, a forma, as transformações, as marcas) passam a ter um importante papel na construção e reconstrução das identidades. “O corpo é um dos locais envolvidos no estabelecimento das fronteiras que definem quem somos, servindo de fundamento para a identidade” (WOODWARD, 2000, p. 15).

De uma maneira geral, o conceito de identidade, segundo Cuche (1999), remete a uma norma de vinculação, baseada em oposições simbólicas. De modo que a identidade social de um indivíduo se caracteriza pelo conjunto de suas vinculações em um sistema social, ou seja, a uma classe sexual, a uma classe de idade, a uma classe social ou a uma nação. Assim, “a identidade permite que o indivíduo se localize em um sistema social e seja localizado socialmente” (CUCHE, 1999, p. 177).

Identidade e alteridade⁷⁸ são ligadas, e o fato de haver uma identificação implica, por sua vez, uma diferenciação. Para Hall (2001), o conceito de identidade se apresenta demasiadamente complexo, muito pouco desenvolvido e muito pouco compreendido na ciência social contemporânea. A ideia do autor é partir do pressuposto que uma pessoa é composta não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias, não resolvidas e fragmentadas. Nesse sentido, Hall (2000) apresenta sua perspectiva de pensar a identidade como sendo “identidades descentradas”, isto é, deslocadas ou fragmentadas. Portanto, o autor utiliza o conceito:

Para significar o ponto de encontro, o ponto de “sutura”, entre, por um lado, os discursos e as práticas que tentam nos “interpelar”, nos falar ou nos envolver para que assumamos nossos lugares como os sujeitos sociais de discursos particulares e, por outro lado, os processos que produzem subjetividades, que nos constroem como sujeitos nos quais se pode “falar”. As identidades são, pois, pontos de apego temporário às posições-de-sujeito que as práticas discursivas constroem para nós (HALL, 2000, p. 111-112).

Segundo a concepção de Hall (2001), a partir do final do século XX, transformações nas sociedades estão cada vez mais fragmentando as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça, nacionalidade e estética corporal. Essas transformações estão também mudando as identidades pessoais, abalando a ideia de indivíduos unicamente integrados.

Essa linha de argumentação leva a pensar que, na medida em que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, há um confronto com uma variedade cambiante de identidades possíveis, com cada uma das quais se pode identificar (ao menos temporariamente) e ser identificado socialmente. Sendo assim, em todo o contexto social de interação a pessoa identifica outras, mas é também identificada, constituindo as identidades.

⁷⁸ “A experiência da alteridade (e a elaboração dessa experiência) leva-nos a *ver* aquilo que nem teríamos conseguido imaginar, dada a nossa dificuldade em fixar nossa atenção no que nos é habitual, familiar, cotidiano, e que consideramos ‘evidente’. Aos poucos, notamos que o menor dos nossos comportamentos (gestos, mímicas, posturas, reações afetivas) não tem realmente nada de ‘natural’. Começamos, então, a nos surpreender com aquilo que diz respeito a nós mesmos, a nos espiar” (LAPLANTINE, 2000, p. 21, grifos do autor).

Nessa perspectiva, de acordo com Woodward (2000), em todas as situações da vida cotidiana as pessoas são diferentemente posicionadas pelas expectativas e restrições sociais envolvidas em cada uma dessas situações. Esse argumento possibilita compreender a obesidade e a situação da pessoa obesa em um contexto mais amplo, em um processo que envolve identificação e categorização no âmbito da sociedade. Como exemplo, em um círculo de amizades ou mesmo em um campo das relações íntimas, o chamado, em geral de forma pejorativa, “gordo”, é muitas vezes visto e, conseqüentemente, identificado como aquele que é o bem humorado da turma ou o ombro amigo.

Sem querer generalizar esse argumento, essa é uma das visões sociais que marcam a carreira biográfica da pessoa obesa: se, por um lado, ela é a amiga e bem humorada, por outro, é aquela descuidada, relaxada em sua aparência e, principalmente, improdutiva em qualquer setor de trabalho.

O que ocorre é a criação de uma multiplicidade de estereótipos, coerentes com o fato de que, em diferentes campos ou diferentes posicionamentos na sociedade, estão a todo o momento identificando, a partir de atributos, por vezes depreciativos, legitimados, condicionados pelos discursos hegemônicos e reproduzidos nas relações sociais. Essa identificação se dá sempre em relação a um padrão cultural ou a uma identidade específica que serve como parâmetro para que outras identidades sejam identificadas.

Seguindo com a mesma linha argumentativa, Silva (2000) concebe o conceito de identidade também como uma construção, que é instável, fragmentada e totalmente contraditória.

A identidade não é uma essência, não é um dado ou um fato (seja da natureza, seja da cultura). A identidade não é fixa, estável, coerente, unificada, permanente. A identidade tampouco é homogênea, definitiva, acabada, idêntica, transcendental. Por outro lado, podemos dizer que a identidade é uma construção, um efeito, um processo de produção, uma relação, um ato performativo. A identidade é instável, contraditória, fragmentada, inconsistente, inacabada. A identidade está ligada a estruturas discursivas e narrativas (SILVA, 2000, p. 96-97).

Sempre se fala em relação a “outras” pessoas. Na perspectiva de Berger e Luckmann (1978), a realidade da vida cotidiana é partilhada por todos e não se pode existir nessa vida sem estar continuamente em interação e comunicação com esses outros. Em uma situação de interação ou de relação social face a face, a subjetividade do outro fica

acessível por meio de inúmeros símbolos, principalmente corporais, pois é o corpo que primeiro impõe sua presença. Nesse sentido, depreende-se desse argumento que, “a realidade da vida cotidiana contém esquemas (tipificadores) em torno dos quais os outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como (lidamos) com eles nos encontros face a face” (BERGER e LUCKMANN, 1978, p. 49).

De acordo com Placer (1998), o “outro” se constitui em sua alteridade, em sua diferença e, dessa forma, em sua identidade, não por algo como sua intrínseca natureza, mas como um efeito dos tratamentos concedidos. Assim, os discursos hegemônicos legitimadores de práticas permitem construir e, principalmente, implantar na realidade da vida cotidiana figuras e categorias sociais tão variadas como o louco, o estrangeiro, o selvagem, o gordo e o *nerd*.

Também nessa perspectiva, segundo Larrosa e Lara (1998), há sempre uma definição de quem é o "outro", especialmente quando essa definição se apresenta ratificada pelos aparatos técnicos dos distintos discursos de poder e saber, como a exemplo do médico-científico.

Somos nós que decidimos como é o outro, o que é que lhe falta, de que necessita, quais são suas carências e suas aspirações. Somos nós que construímos suas imagens para classificá-los, para excluí-los, para proteger-nos de sua presença incômoda, para enquadrá-lo em nossas instituições e, conseqüentemente, para finalmente submetê-los em nossas práticas. Sendo assim, os outros não são outra coisa que aquilo que nós fizemos e vamos fazendo deles. Justamente isto e não outra coisa é o que nós somos: aquilo que os outros fizeram e estão fazendo de nós (LARA, 1998, p. 186).

Com relação à categorização social do outro, pode-se dizer que, no mesmo momento em que se identifica alguém ou alguma coisa, está criando no processo de interação uma identificação para esse outro. É imprescindível reconhecer a existência desse “outro” que é diferente e que a identidade não é o oposto da diferença, mas, ao invés, a identidade depende da diferença. Neste caso, se, por um lado, alguém se identifica dizendo “sou magro”, implica também dizer, por outro lado, “eu não sou gordo”.

Deste modo, percebe-se que a relação entre o conceito de identidade e o de diferença é de estreita dependência. Pode-se dizer que “a diferença é aquilo que separa uma identidade da outra, estabelecendo distinções, frequentemente, na forma de oposições” (WOODWARD, 2000, p. 41). Nessa perspectiva, a identidade depende, para

existir, de algo fora dela. A identidade é, assim, marcada pela diferença. Elas são fabricadas por meio da marcação da diferença. Essa marcação ocorre tanto por meio de sistemas simbólicos de representação quanto por meio de formas de exclusão social.

Esses sistemas simbólicos fornecem novas formas de se dar sentido à experiência das divisões e desigualdades sociais e aos meios pelos quais alguns grupos são excluídos e estigmatizados. Também seguindo com essa concepção, Silva (2000) destaca que a afirmação de uma identidade e a marcação da diferença implica, sempre, operações de inclusão e de exclusão. De modo que a identidade e a diferença se traduzem, assim, em declarações sobre quem está incluído e quem está excluído.

Sendo assim, de acordo com Silva (2000), a identidade e a diferença partilham uma característica essencial, são resultantes de atos de criações linguísticas. Identidade e diferença não fazem parte do mundo natural, mas do mundo cultural e social. Há uma fabricação constante e legitimada de verdades pelos discursos hegemônicos, que se inserem em contextos de relações sociais e culturais.

Para Silva (2000), a questão da identidade e da diferença só tem sentido no interior de uma cadeia de diferenciação linguística que não é fixa, ou seja, “ser isto” significa “não ser isto” e “não ser aquilo” e “não ser mais aquilo” e assim por diante. Deste modo, “a identidade e a diferença são tão indeterminadas e instáveis quanto à linguagem da qual dependem” (SILVA, 2000, p. 80).

O fato de se identificar alguém requer que essa pessoa a que se está referindo seja colocada dentro de uma categoria socialmente determinada. Essa categoria carrega em si uma variedade de símbolos e de estereótipos pré-estabelecidos culturalmente. No caso da mulher em situação de obesidade, há uma transgressão das normas preconizadas pelos discursos hegemônicos, produzindo uma identidade que, por estar associada com a uma variante de normalidade biológica, é vinculada ao perigo, sendo, por este motivo, marginalizada pela sociedade.

A produção da identidade da mulher obesa tem como referência a identidade da mulher magra, biomedicamente dentro dos parâmetros normais. Pode-se observar um exemplo claro relacionado ao corpo na passagem da OMS (2003) que se segue: “mesmo as crianças de 6 anos descrevem a silhueta de uma criança obesa com adjetivos tais como:

sujo, estúpido, feio, mentiroso e trapaceiro”⁷⁹. Nela pode-se perceber que a categoria “obesidade” carrega consigo uma grande variedade de estereótipos negativos pré-estabelecidos socialmente e que são culturalmente inculcados nas crianças via processos de socialização.

Esses estereótipos contribuem de uma forma muito objetiva para a construção de uma imagem totalmente negativa da categoria “obesidade” e, conseqüentemente, da pessoa obesa. O ponto central do argumento é compreender que a produção da identidade das pessoas com obesidade tem como referência cultural e biológica a identidade do padrão de corpo magro.

O fato de estereotipar um atributo físico e visível, e colocá-lo em uma categoria socialmente marginalizada, carregada de símbolos depreciativos, pode acarretar inúmeras conseqüências negativas para a produção de determinadas identidades sociais, como a do obeso. Nesse sentido, depreende-se da linha de argumentação exposta que: “a identidade não existe *a priori*, mas ao invés surge da interação. Em resumo, indivíduos não têm identidade; eles fazem identidade”⁸⁰ (MULLANEY, 1999, p. 270).

De acordo com Silva (2000), as próprias pessoas elegem de forma arbitrária uma identidade específica como parâmetro ou padrão cultural em relação à qual as outras identidades são avaliadas e identificadas. Assim, a produção da identidade está inserida num contexto de hierarquização e poder, condicionada pela produção e distribuição dos discursos hegemônicos. No caso da obesidade e magreza, a categoria “normal” emerge com mais força a partir de uma legitimação científica. Uma vez categorizada em bases científicas e reproduzida socialmente, sempre vai implicar a existência de outra categoria, o “anormal”.

Este se apresenta como um processo chamado de “normalização”, ou seja, atribui-se a uma identidade específica todas as características positivas possíveis, restando para as outras, os aspectos negativos e pejorativos, como na relação entre a mulher obesa (doente, feia) e a magra (saudável, jovem e bonita). A definição do que é considerado normal pela sociedade depende da definição do que não é considerado.

⁷⁹ No original, “même des enfants de 6 ans décrivent la silhouette d’un enfant obèse avec des adjectifs tels que paresseux, sale, stupide, laid, menteur et tricheur” (OMS, 2003, p. 63).

⁸⁰ No original, “the identity does not exist a priori, but instead arises from interaction. In short, individuals do not have identity; they do identity”.

A identidade normal é “natural”, desejável, única. A força da identidade normal é tal que ela nem sequer é vista como *uma* identidade, mas simplesmente como *a* identidade. Paradoxalmente, são as outras identidades que são marcadas como tais. Numa sociedade em que impera a supremacia branca, por exemplo, “ser branco” não é considerado uma identidade étnica ou racial. Num mundo governado pela hegemonia cultural estadunidense, “étnica” é a música ou a comida dos outros países. É a sexualidade homossexual que é “sexualizada”, não a heterossexual. A força homogeneizadora da identidade normal é diretamente proporcional à sua invisibilidade (SILVA, 2000, p. 83, grifos do autor).

Quem durante a vida não ouviu ou mesmo pronunciou a frase: “fazer isso é normal” ou “este que é o normal”. Mas, o que significa dizer que alguma coisa é normal? Por que o normal é o ideal? Esta palavra, quando proferida, envolve todo um contexto de aceitação e negação, pois se existe o normal é porque existe o anormal, desviante, diferente. São recorrentes nas narrativas das entrevistas, tanto das mulheres ex-obesas quanto das ainda em situação de obesidade, momentos diversos em que aparece a relação magra/normal x obesa/anormal, como nos trechos abaixo:

Todo mundo fala hoje, “nossa você tá magra demais”. Eu até fui na nutricionista da equipe, aí ela falou: “engraçado, quando você era gorda, todo mundo falava que você era gorda, agora você tá magra, todo mundo fica falando que você tá magra demais, **você não tá magra, você tá normal**”. (Germira, 40 anos, ex-obesa)

Quando uma pessoa normal vê uma gorda, é até uma forma delas se sentirem melhor, né. Porque se não fosse, não haveria como não ver quando entra **uma pessoa que tá com peso acima do normal**. (Sônia, 37 anos, ex-obesa)

Olha, a pessoa gorda ela... ela... não adianta, ela é, vamos dizer assim, **uma anomalia**. (Palmira, 24 anos, obesa).

É importante salientar que o termo normal não existe desde o princípio dos tempos, nem tampouco é uma palavra nova surgida do acaso, mas se constitui, sobretudo, em uma construção social. Para Foucault (1999), o poder disciplinar se baseia na normalização social, caracterizado por um processo de intervenção e controle sobre as pessoas, ditando regras e normas para se viver em sociedade. Os dissidentes passam a ser classificados, corrigidos e categorizados como os anormais. Nesse sentido, o anormal:

É uma criação histórica levada a cabo pela sociedade burguesa. Ele não é um desvio de um hipotético tipo original nem uma aberração da natureza, antes a construção teórica e prática de uma sociedade fundada na normalização dos indivíduos. O anormal foi criado por um discurso sobre a anormalidade (MISKOLCI, 2003, p. 122).

A partir da ascensão da burguesia e de seu processo de normalização, o mundo ocidental se desenvolveu incentivando a dicotomia entre o normal e o diferente. Sendo assim, segundo a concepção de Villaça (1999), houve a criação de inúmeras verdades que balizassem os referenciais dessa sociedade, garantindo um padrão cultural fundado nos princípios de perfeição, estabilidade, permanência, normalidade e legitimidade da racionalidade científica.

Torna-se relevante sublinhar, portanto, que muitas vezes reforça-se a negatividade de uma determinada identidade e nem se percebe, como, por exemplo, quando se utilizam rotineiramente palavras estereotipadas para se referir a uma mulher obesa. Com essas atitudes discursivas, não se está descrevendo a compleição corporal de uma pessoa, mas, ao contrário, está inserindo-a em um sistema discursivo que contribui ainda mais para produzir de forma negativa sua identidade social.

5.2 OLHAR SOCIAL NORMATIVO QUE EXCLUI: A PRODUÇÃO SOCIAL DA IDENTIDADE DETERIORADA (O ESTIGMA)

Como já citado, a cultura ocidental contemporânea tendo os discursos hegemônicos como legitimadores de práticas sociais, além de enfatizar a magreza inserida na tríade beleza-saúde-juventude, acaba discriminando qualquer excesso de peso. Criou-se, dessa forma, um estigma, cujas consequências são drásticas na vida de mulheres portadoras de obesidade.

A ideia de exclusão está corriqueiramente inserida no contexto cotidiano das sociedades. Não se trata de um fenômeno isolado, que se relaciona somente com questões econômicas ou políticas. Ao contrário, toda forma de identificação, como já visto, vai desenvolver um processo de diferenciação. Assim, uns possuem um estigma mais excludente, outros menos. O corpo, como que constituído culturalmente, está imerso nesse fenômeno.

No intuito de compreender o universo das pessoas vistas como portadoras de estigma, Goffman (1988) afirma que o fato de alguém carregar um estigma social, como é o caso da mulher obesa, implica carregar consigo um atributo que pode desviar a atenção, em um contexto de interação social, para seu aspecto mais marcante, nesse caso, o grande excesso de gordura. O conceito de estigma é importante para se compreender a situação de uma pessoa com obesidade e sua relação com a sociedade. O estigma é “um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo” (GOFFMAN, 1988, p.13). O autor utiliza o termo relacionando-o a atributos que são profundamente depreciativos.

É preciso, porém, além de um atributo que deprecia, estabelecer, como já citado, uma “linguagem” de relações. Isto quer dizer que, se, por um lado, um atributo estigmatiza alguém, por outro lado, pode também servir para confirmar a normalidade de outro. De forma mais precisa:

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, 1988, p. 14).

Para Goffman (1988), as teias de relações sociais estabelecidas entre as pessoas vivendo em sociedade estabelecem os meios de categorizar os outros, bem como, o total de atributos considerados como comuns ou normais para os membros de cada uma dessas categorias. São os diversos ambientes sociais que contribuem para determinar critérios e estereótipos específicos às pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas e, por consequência, aceitas.

Isso faz com que essas pessoas vejam e sintam diariamente as mensagens estereotipadas e preconceituosas criadas e legitimadas pela presença física que as marca de forma quase definitiva ao longo da vida. É importante, portanto, discutir como se configura o olhar social normativo que trabalha para excluir e que está presente nas narrativas das mulheres. Este se relaciona com um olhar padronizado que exclui mulheres com obesidade dos contextos de interação social.

Bandeira e Batista (2002) afirmam que há constantemente uma reação nas interações sociais baseada nos corpos. Uma identificação que tem na marca da diferença a noção geradora de preconceito. As reações que as pessoas têm no encontro podem ser

traduzidas sob a ótica de um poder agindo sobre a diferença, que deriva de uma moralização ou normatização identitária.

Na esteira da discussão, Sant'Anna (2001) explica que muitas vezes os espaços públicos e seus equipamentos são os primeiros a excluir a presença de pessoas obesas. São escolas, cinemas, teatros, aviões, ônibus, cadeiras, poltronas, carros e restaurantes que costumam ser mais confortáveis aos magros e pequenos. A autora dá um exemplo também de maçanetas que não acolhem a mão cheia, assim como portas que muitos obesos não conseguem passar.

Esse aspecto relacionado ao estigma da obesidade se evidencia na medida em que se identifica que a sociedade não foi feita para abarcar corpos considerados diferentes, abjetos e desviantes, quase que obrigando as pessoas a procurar formas para se conseguir o emagrecimento. Esse argumento é encontrado nas narrativas das entrevistadas quando mostram as limitações sociais do corpo obeso, identificando os lugares ou contextos sociais em que "não é permitida"⁸¹ a presença de pessoas com excesso de peso.

Eu tinha que pensar aonde eu ia e se cabia meu corpo, por ser muito grande, né. Mas um gordo, gordo não tem como viajar de ônibus ou de avião, nem pense, né. Principalmente na classe mais baixa. **Então o gordo é privado nas roupas, no ônibus, no avião, no parque de diversão, cadeiras de restaurante.** Comprar roupa bonita para gordo, quase impossível. Gente, é bem complicado. (Maria, 35 anos, ex-obesa)

Eu não gostava de andar de ônibus de jeito nenhum, porque a catraca era apertada. Mas graças a Deus nunca precisei muito. Mas quando precisava também eu pegava táxi. Mesmo assim, dependendo do carro, ficava bem apertada dentro do táxi. (Sônia, 37 anos, ex-obesa)

As limitações, nossa, isso é muito forte. Você vê isso quando você vai pegar um ônibus, quando você vai em qualquer lugar que não tem lugar para obeso. **Se você vai em um barzinho, as cadeiras não são para obesos, são para pessoas com o peso normal.** (Joana, 28 anos, obesa)

As narrativas acima refletem um estigma corporal em particular, que não pode ser escondido, mas ao contrário, que por sua própria constituição não é "aceito" em todos os

⁸¹ A expressão utilizada no texto "não é permitida" não faz referência a uma permissão legal de, por exemplo, estabelecimentos comerciais e veículos. Mas, sim a uma impossibilidade de compatibilidade entre o peso corporal e o que é oferecido socialmente, como por exemplo, uma cadeira de restaurante que pode quebrar ou roupas que não possuem vários tamanhos disponíveis.

espaços sociais. O estigma relacionado à obesidade, diferentemente do estigma de se ter 2,10 metros de altura, tem a seu favor toda a lógica discursiva do mundo médico científico e cultural sexista. Ora, é fato que alguém de 2,10 metros sofre com as consequências desse tipo de corpo, entretanto, não existe nenhuma pesquisa científica afirmando que uma pessoa com a estatura citada é doente ou que é contagiosa. Bem ao contrário da obesidade na mulher, cuja produção discursiva médica-científica e cultural sexista enfatizam a cada segundo os males de se ter excesso de gordura acumulado. O que causa uma legitimação no mundo social do estigma e da discriminação da pessoa obesa é justamente o poder que os discursos exercem sobre os significados sociais atribuídos ao corpo gordo.

O termo estigma, segundo Goffman (1988), oculta uma dupla perspectiva: a da pessoa desacreditada e a da desacreditável. A primeira assume que a sua característica distintiva ou já é conhecida ou é imediatamente evidente na interação. A segunda assume que sua característica distintiva não é conhecida pelos presentes nem imediatamente perceptível por eles, como exemplo, um assassino que já cumpriu sua pena. Se não contar ou alguém descobrir, ninguém saberá dessa característica, ou seja, desse estigma. As pessoas com obesidade são, nessa perspectiva, desacreditadas, pois possuem um atributo totalmente visível que se impõe interação social direta.

Para o autor, a característica fundamental da pessoa desacreditada, por ser portadora de um estigma totalmente visível, é possuir um traço que pode se impor à atenção dos outros e que pode afastar aqueles que ela encontra, destruindo a possibilidade de atenção para tantos outros atributos possa possuir. A visibilidade do estigma se configura como de suma importância, pois a informação cotidiana disponível sobre a pessoa obesa é a base para decidir qual o plano de ação a empreender quanto a este estigma.

Cria-se, segundo as entrevistadas, todo um sentimento, vinculado a uma certeza dos fatos, de que a sociedade está te observando. O termo utilizado pelas mulheres em suas narrativas foi o de "ponto de referência". Embora não tenham o entendimento teórico sobre seu estigma e, conseqüentemente, as motivações da sociedade, observa-se que as mulheres sabem exatamente que estão carregando não só um corpo, mas um corpo estigmatizado, vigiado e cerceado em sua liberdade.

Eu sempre falo que a obesidade ficou comigo o tempo todo, minha vida toda, toda vida eu fui gorda. E ela incomoda, **a obesidade incomoda. Você é um referencial**, você é um referencial. (Márcia, 30 anos, obesa).

Eu acho que no fundo, no fundo, a gente sempre se sente mal. Mesmo que você às vezes não quer nem enxergar dessa forma. Olha, **eu acho que só de você ser uma referência isso aí já é discriminação**, tá. Isso é uma referência. É discriminação e das grandes, porque Deus me livre, você tá num lugar e dizem assim: **“ah, é depois daquela gorda lá”**, isso é horrível. (Célia, 52 anos, ex-obesa).

Nesse sentido, o fato de ser considerada como uma referência negativa, de ser observada e, conseqüentemente, de ter sua aceitação social anulada em muitos lugares na sociedade, por causa do estigma, torna-se algo crucial para o desenvolvimento social e biográfico das mulheres em situação de obesidade.

Na perspectiva de Goffman (1988), as pessoas acreditam que alguém com um estigma não seja completamente humana. Com base nisso, são feitos e criados vários tipos de discriminação, constrói-se toda uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade social. Desta forma, utilizam-se termos específicos para o estigma, com forte apelo pejorativo e discriminatório (aleijado, retardado, gordo, analfabeto, bicha, etc.) no discurso diário como fonte de metáfora, apresentação e representação social das pessoas com obesidade.

Na esteira da discussão, Marchesini (2001) salienta que a obesidade, insistentemente, condena as pessoas a viverem em um mundo onde há sempre o envolvimento de uma grande carga de discriminação e uma compreensão preconceituosa sobre a figura do chamado “gordo”. A mulher obesa por ter uma identidade deteriorada, constituída em oposição ao corpo saudável, belo e jovem apresentado pelo discurso médico-científico e pela cultura sexista, torna-se, de certa forma, um corpo rejeitado desde muito cedo.

São frequentemente vítima de gozações e seu percurso existencial é marcado por atitudes preconceituosas, humilhações, piedade, hostilidade e uma grande variedade de apelidos pejorativos. Essa interpretação, muita das vezes feita de forma apressada, por consequência do estigma visível do excesso de gordura, pode ser notada nas passagens que se seguem nas narrativas das entrevistadas:

Quando eu dava aula, era uma briga, os meninos brigavam muito porque da outra sala falavam assim: **“sua professora é gorda”**, e eles não aceitavam. Querendo ou não, o aluno ama a gente, então eles não aceitavam. (Ana, 36 anos, obesa)

Existe aquela cultura assim de que o gordo é gordo porque ele quer, como eu já escutei algumas vezes, é falta de vergonha. É falta de vergonha, você não emagrece porque você não quer: “fecha a boca que você emagrece”. Como se fosse só fechar a boca e o resto tudo caindo. (Perla, 53 anos, obesa).

Quando a gente começou a namorar, eu ainda era gorda. O mais engraçado é que a família do meu marido sempre me discriminou assim, é: **“Nossa, Marta, tem que dá um jeito de emagrecer, você tá muito gorda”.** (Marta, 43 anos, ex-obesa)

Carvalho (2002) enfatiza que o preconceito e a discriminação ocorrem à medida que uma pessoa é segregada ou diferenciada dos demais membros da sociedade ou ainda de seu grupo, por possuir uma característica que o inabilite a aceitação plena. Essa característica que vem sendo explicitada ao longo da discussão e que torna possível o pré-julgamento e a discriminação é o atributo do excesso de gordura (estigma).

Não há como negar que na sociedade contemporânea, as mulheres obesas são confrontadas todos os dias com inúmeras dificuldades práticas impostas pela sociedade. Torna-se relevante destacar, como bem se pode identificar nas entrevistas, as várias privações e as discriminações sofridas pelas mulheres com obesidade, seja para ir ao cinema, se divertir, para passar na catraca do ônibus, para dirigir um carro ou mesmo comprar uma roupa.

Além das privações em relação aos espaços públicos, pesa sobre as mulheres obesas ainda uma carga estereotipada engendrada pela cultura sexista. O excesso de gordura nas mulheres é significativamente mais condenável do que nos homens. A tríade saúde-beleza-juventude é cada vez mais colocada pelos discursos hegemônicos como se estivesse ao alcance de todas. Assim, as exigências para uma adequação identitária partem de muitos discursos, tendo a legitimação científica a cargo dos saberes médicos. A naturalização da relação direta entre gordura e feiura, sobretudo as mulheres, acaba por relegá-las, em uma sociedade do culto ao corpo, à exclusão.

Portanto, a característica central da situação de vida de uma pessoa portadora de um estigma é a questão da “aceitação social”. É fato que todas as pessoas que vivem em sociedade necessitam serem aceitas, pelo menos em seu grupo. No caso das mulheres obesas estigmatizadas essa necessidade é ainda maior, pois são “naturalmente”

discriminadas e, ao mesmo tempo, cobradas pela sociedade por serem portadoras de um corpo que "pode ser" transformado, ou seja, só não emagrece quem não quer.

Faz-se concluir, então, que o olhar social normativo em relação à mulher obesa é extremamente perverso e excludente. A sociedade, seja por limitações físicas dos ambientes sociais, seja pelas interações entre as pessoas, procura mostrar a todo o momento que o corpo obeso não faz parte de um mundo social instituído para pessoas belas, saudáveis e jovens. Para aquelas que se submeteram à cirurgia de redução de estômago, a lembrança dos tempos de estigma. Para as que ainda estão em situação de obesidade, a convivência diária com as consequências desse atributo e a vigilância constante do olhar social normativo que exclui.

5.3 OLHAR INDIVIDUAL SUBJETIVO QUE AUTO EXCLUI: EFEITOS DA INTERNALIZAÇÃO DO ESTIGMA

Para Goffman (1988), as pessoas que têm um estigma particular tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu, ou seja, possuem uma “carreira moral” semelhante. Esta não é só causa como efeito do compromisso com uma sequência semelhante de ajustamentos pessoais.

Segundo essa teoria, há duas fases iniciais que se destacam na carreira moral: uma fase do processo de socialização que é aquela na qual a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos "ditos" ou "vistos" como normais. A outra é aquela na qual ela aprende que possui um estigma particular e, dessa vez detalhadamente, as consequências de possuí-lo.

Del Priore e Freire (2003) afirmam que não há mais espaço para tantos excessos ou tanta gordura. As pessoas obesas experimentam além da exclusão social uma baixa auto-estima que potencializa ainda mais os núcleos relativos à compulsividade, à ansiedade, às insatisfações sexuais e ao medo de se expor. Para as autoras, existem várias decorrências emocionais do fato de uma pessoa ser obesa, como sentir-se humilhado, desmoralizado, envergonhado ou ainda deslocado do mundo.

Assim, identifica-se nas narrativas das mulheres entrevistadas que a situação de obesidade acaba por desenvolver determinados traços de caráter que são conseqüências da internalização do estigma, como falta de confiança em si mesma, um desejo de agradar a todos, vergonha do próprio corpo e dentre tantos outros problemas. Tais características estão presentes nos relatos das entrevistadas, tanto das ex-obesas quanto das que ainda estão obesas.

Fui a típica gordinha que explorava as qualidades intelectuais para desviar o foco no corpo. Sempre fui rodeada de amigos, tinha meus relacionamentos afetivos esporádicos, mas, apesar de não me achar um monstro, **achava normal não ser paquerada** e ia levando a vida como se isso não fosse um fato relevante. Sempre fui a gordinha gente boa e amiga para todas as horas. **Nunca imaginei que me vissem como alguém sexualmente ativa.** (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

No final das contas, eu era aquela pessoa bem humorada, entre aspas, disposta a ir pra cozinha alimentar todo mundo, **mas que não tinha um amor próprio**, eu não tinha. (Germira, 40 anos, ex-obesa)

Bom, acho que eles me viam como a engraçadinha da turma, a **feinha que não tinha namorado**, a gordinha engraçada e cheia de amigos. Enquanto gordinha nunca tive namorado, **preferia não me decepcionar com pessoas que provavelmente iriam me chacotear pelo que eu era.** (Maria, 35 anos, ex-obesa)

Sou uma gordinha feliz e assumida, porém com a auto-estima baixa, mas **tento passar para os outros que sou a pessoa mais feliz do mundo**, mesmo com o excesso de peso. (Joana, 28 anos, obesa).

Para Wanderley (2001), essa naturalização do fenômeno da exclusão e o papel do estigma servem para explicitar, especificamente no caso da obesidade, a natureza da incidência dos mecanismos que promovem o ciclo de reprodução da exclusão, representado pela aceitação tanto ao olhar social normativo, como do próprio excluído, expressa em afirmações como "isso é assim e não há nada para fazer". Há uma fragilização dos vínculos sociais, de um conformismo com os fenômenos e a percepção da exclusão como uma fatalidade. "Este caráter natural do fenômeno vem contribuir com o denominado ciclo de exclusão, no sentido de reforçá-lo e reproduzi-lo (WANDERLEY, 2001, p. 24).

O olhar subjetivo que auto exclui age nesse sentido, na reprodução social dos pressupostos da exclusão em relação ao corpo. Esse fato afeta diretamente na própria

avaliação que as mulheres fazem de si mesmas. Ocorre uma internalização e reprodução dos estereótipos sociais atribuídos ao excesso de gordura corporal. Ser uma portadora de estigma ou ser uma referência negativa na sociedade significa ter cada movimento sendo observado constantemente pelas outras pessoas. Isto faz com que a mulher obesa procure controlar suas ações para não chamar mais a atenção para seu atributo que é visível na interação social.

Goffman (1988) explica essa situação destacando que, quando normais e estigmatizados se encontram na presença imediata uns dos outros, ambos os lados enfrentam diretamente as causas e os efeitos do estigma. A pessoa estigmatizada pode descobrir que se sente insegura diante os normais, nesse caso, surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que os outros estão realmente pensando dele.

Mesmo sem esse conhecimento em relação aos normais, as mulheres entrevistadas demonstram uma tendência em se auto excluïrem, imaginando que os normais estariam pensando delas, por exemplo, vergonha nas relações empreendidas. Como na constatação da Organização Mundial da Saúde: “a maioria dos obesos tem uma imagem ruim deles mesmos, eles dizem que são feios e pensam que os outros almejam excluï-los das relações sociais”⁸².

Corroboram-se com esse fato utilizando as palavras de Sawaia (2001, p. 101) quando afirma que o "corpo é matéria biológica, emocional e social, tanto que sua morte não é só biológica, falência dos órgãos, mas social e ética. Morre-se de vergonha, o que significa morrer por decreto da comunidade". Mais especificamente:

Por serem sociais, as emoções são fenômenos históricos, cujo conteúdo e qualidade estão sempre em constituição. Cada momento histórico prioriza uma ou mais emoções como estratégia de controle e coerção social. No século passado, predominou a vergonha do olhar do outro, que exigia a expiação pública. Hoje, a culpa tende a substituir a vergonha, mudando o caráter da expiação, de pública à individual e privada (SAWAIA, 2001, 102)

Nesse sentido, destacam-se dois exemplos de como as entrevistadas introjetam em suas narrativas os pressupostos da exclusão social normativa. Tem-se a Susana que, em um ambiente onde se deveria usar roupa de banho, a vergonha de seu corpo obeso não permitia

⁸² No original, “de nombreux sujets obèses ont une mauvaise image d’eux-mêmes, c’est-à-dire qu’ils se trouvent laids et pensent que les autres souhaitent les exclure des rapports sociaux” (2003, p. 64).

que ela usasse somente um maiô, tendo que arrumar alguma forma de cobrir para esconder seu corpo. E Lucinda que criou uma barreira, por meio da auto depreciação, que a desestimulava a sair e conhecer outras pessoas. Age-se dessa forma por conhecer a visibilidade do estigma e suas consequências. Percebe-se que há nas entrevistadas uma consciência da grande visibilidade de seus estigmas e de suas consequências sociais, por esse motivo se auto privavam, de certa forma, de fazerem determinadas coisas.

Nós gostamos muito de ir a Caldas Novas. Ultimamente, pra mim ir a Caldas Novas **eu não tirava a roupa, eu sempre ficava com um camisão**, então tava com um maiô mais um camisão aqui por cima. Então isso aí era uma privação. Por que? Porque eu que gostava tanto, mas chegou num ponto que não dava mais pra você ficar sem o camisão. **Então por esse motivo que eu acho que isso era uma grande privação.** (Susana, 50 anos, ex-obesa)

Eu não sei se a culpa é minha por ter imposto uma barreira, porque às vezes a gente põe uma barreira. E **também a autodepreciação, ninguém vai me querer.** Às vezes a gente nem dá prazo pra pessoa chegar. Eu também não era de sair, o tanto que eu saio hoje eu não saía antes. Eu não tinha estímulo pra sair, então eu ficava muito dentro de casa. (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

Retornando ao conceito de carreira moral, Goffman (1988) demonstra que a internalização das consequências do estigma depende da fase da vida em que foi adquirido o atributo depreciativo. No caso da obesidade, se identificam duas possíveis fases: a primeira em que as pessoas podem possuir um estigma congênito, assim são socializadas dentro de sua situação de desvantagem, é o caso da obesidade desde o nascimento. Há também a socialização dos que se tornam estigmatizados em uma fase avançada da vida, como no caso de mulheres que engordam após gestações ou em decorrência de alguma patologia.

Na carreira moral da mulher obesa, observou-se que uma maior ou menor internalização da opressão que o estigma acarreta depende de como a pessoa se relaciona com o que o autor chama de identidade virtual e identidade real. A primeira se refere à identidade que os outros imputam à estigmatizada, já que o outro está a todo o momento fazendo algumas afirmativas, caracterizando a pessoa que está a sua frente. A segunda diz respeito à categoria e os atributos que a estigmatizada, na realidade, prova possuir.

Nesse sentido, os efeitos do estigma ocorrem quando seu descrédito é muito grande, constituindo uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. Quando há essa discrepância entre essas identidades, os ditos normais podem saber desse fato antes do contato ou no momento do contato com a pessoa estigmatizada, atrapalhando a aceitação social plena e a chance de provar seus reais atributos.

Da discrepância entre a identidade virtual e a real origina-se a gama de atributos que são inculcados na sociedade. A massificação dos estereótipos da obesidade atinge tanto normais quanto os estigmatizados. Ou seja, a reprodução dos discursos hegemônicos legitimadores dessas práticas se dá nos dois casos. No caso o normal vai ter a confirmação da sua identidade natural e dominante. Na mulher obesa, a auto percepção, nem sempre acompanhada de reprodução social, de uma identidade deteriorada, estragada e que precisa ser reconstruída.

O olhar subjetivo que auto exclui age de forma muito drástica na autoimagem das mulheres com obesidade. Um exemplo pode ser visto no amplo estudo realizado por Serrano et al (2010) em que, dentre outros fatores, procurou identificar como a identidade virtual criada pelo estigma se internaliza nas narrativas de pessoas obesas ao ponto da estigmatizada transformar a virtualidade estereotipada de sua imagem corporal⁸³ em algo totalmente real. Segue alguns depoimentos abaixo da pesquisa citada:

* Me acho uma pessoa ridícula, muito gorda (Ana).

* Me vejo uma pessoa gorda, não me sinto bem. (Fátima).

* Eu nem me olho no espelho, porque eu não gosto. Acho que eu sou gorda, sou feia, nem sei como é minha cara, porque não gosto de ficar no espelho. (Mariana)

As narrativas das mulheres entrevistadas também corroboram com a perspectiva apresentada, na medida em que reproduzem uma percepção de corpo, de sociedade e de interação social, o que significa dizer que suas falas estão permeadas de estereótipos que remetem seu próprio corpo a uma exclusão.

Eu me sentia **horrorosa**. Não gostava de sair de casa, saía porque era preciso (Ângela, 32 anos, ex-obesa)

⁸³ Para Serrano et al (2010) Imagem corporal é a figuração do próprio corpo, sendo formada e estruturada na mente do indivíduo, desenvolvendo-se desde o nascimento através de experiências vivenciadas.

É, de se ver eu acho que é feio sim. Depende, tem umas gordinhas, tem uns gordinhos, que dentro do patamar assim, que são bonitas, são simpáticas. E tem uns que não, **tem uns que são assim, dá um aspecto assim de relaxo, de sujeira.** Chega numa época assim que parece que já não cuida mais do corpo, que já não cuida mais de nada. (Judith, 41 anos, obesa)

Tem-se, portanto, na sociedade contemporânea uma socialização engendrada em discursos hegemônicos que propagam verdades essencialmente estigmatizantes sobre a pessoa com obesidade. Essa internalização do olhar do opressor pelo oprimido é característica de interações sociais baseadas em padrões sociais, muita das vezes inatingíveis. As consequências do estigma da obesidade são notadamente incorporadas às falas das mulheres ex-obesas e obesas, considerando a obesidade algo negativo e feio, em um processo mesmo de um olhar subjetivo que se direciona para uma internalização do estigma e para a auto exclusão.

5.4 OLHAR INDIVIDUAL SUBJETIVO QUE AUTO INCLUI: LUTANDO CONTRA OS DISCURSOS ESTIGMATIZANTES

O olhar individual subjetivo que auto inclui parte do pressuposto de que existem mulheres que conseguem ou, por necessidade, precisam conviver com um corpo portador de obesidade, que conhecem e sentem as imposições do olhar normativo que exclui, mas que não querem ou não podem emagrecer. Como se configura esse olhar subjetivo que auto inclui? Como já citado, trata-se nesse trabalho de uma obesidade não baseada no discurso médico-científico, mas em um tipo de corpo obeso que, pela compleição corporal, começa se tornar referência, objeto de curiosidade e, principalmente, de estigma. E isso, como já visto, não depende simplesmente de um índice (IMC) matemático.

É a partir desse olhar subjetivo que auto inclui que se engendam os grupos organizados de pessoas com obesidade, bem como outros estigmas, que, não aceitando a forma como as pessoas obesas são tratadas em sociedade, tendem a reivindicar seus direitos como cidadãos⁸⁴. Como exemplo dessas organizações, tem-se nos Estados Unidos

⁸⁴ É importante ressaltar que nenhuma das entrevistadas seja ex-obesa ou ainda obesa se mostrou interessada ou detentora de conhecimento sobre alguma instituição que atua contra a discriminação de pessoas em situação de obesidade.

o The National Association to Advance Fat Acceptance – NAAFA⁸⁵ e a International Size Acceptance Association – ISAA⁸⁶, no Brasil existe a Organização Não-Governamental Contra Peso Brasil⁸⁷.

A NAAFA trabalha para eliminar a discriminação com base no tamanho do corpo e proporcionar às pessoas obesas as ferramentas de auto capacitação por meio da advocacia, educação pública e apoio em geral. A ISAA tem a missão de promover a aceitação da pessoa obesa e combater a discriminação baseada no tamanho do corpo, por meio da advocacia, visibilidade e ações legais. Abaixo segue um pôster informativo da ISAA:

Figura 6 – Pôster da ISAA



INTERNATIONAL SIZE ACCEPTANCE ASSOCIATION

P.O. Box 82126 • Austin, TX 78758 • <http://www.size-acceptance.org>

Fonte: <<http://www.size-acceptance.org/downloads/index.html>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

⁸⁵ A NAAFA, fundada em 1969 é uma organização não governamental – ONG, não-lucrativa, de voluntários, de direitos civis dedicada à proteção dos direitos e da melhoria da qualidade de vida para as pessoas obesas.

⁸⁶ A ISAA foi fundada em 1997, é uma organização não governamental – ONG que visa a orientação e promoção a aceitação das pessoas obesas.

⁸⁷ A ONG Contra Peso Brasil foi fundada em 2006 para dar apoio à pessoa obesa e realizar medidas de prevenção à obesidade.

No Brasil, há a ONG Contra Peso Brasil⁸⁸ que tem como missão combater a obesidade, suas causas e consequências bem como o preconceito contra o obeso, conscientizando indivíduos e a sociedade para uma melhor qualidade de vida. Abaixo se destaca um trecho de uma carta de repúdio que a ONG enviou a Rede Record de Televisão por discriminar uma mulher obesa em um programa humorístico:

Assim sendo, servimo-nos da presente para externarmos nosso total repúdio às infames e repulsantes palavras dirigidas à personagem “Mulher Gorda” pelo protagonista do programa “O Infeliz”, senhor Tom Cavalcanti, caracterizado de Tompete Justus (...). Por fim, em consonância ao que estatui o inc. IV do art. 3º. cominado com o inc. V do art. 5º. da Constituição Federal, a “Contra Peso Brasil” requer seja concedido, no primeiro programa a ser veiculado após o recebimento desta, direito de resposta proporcional ao agravo cometido pela emissora, para que o protagonista do programa “O Infeliz”, senhor Tom Cavalcanti, retrate-se de todas as palavras até então proferidas contra a personagem obesa, com pedido de escusas por zombar de uma pessoa doente, além de divulgar que a obesidade é uma doença séria e com tal deve ser tratada, pelo portador, sua família e toda a sociedade⁸⁹.

Para Del Priore e Freire (2003), em uma sociedade lipofóbica que só quer a presença de pessoas magras e esbeltas, onde o discurso médico-científico vê na obesidade um caso de saúde pública, já há militantes do “*Fat is beautiful*” (obeso é bonito!). Nos Estados Unidos, a rejeição da obesidade e dos gordos levou o ator norte americano Marlon Brando a reagir: “entre mercadores da magreza, diz ele, ser gordo é revolucionário!”. Designando a obsessão pela magreza, em um mundo de abundância alimentar, sobretudo nos países desenvolvidos.

A partir da análise das entrevistas com mulheres ex-obesas e ainda obesas emergiram discussões esclarecedoras em relação o olhar individual subjetivo que auto inclui. Os dois grupos pesquisados, o de mulheres que se submeteram à cirurgia de redução de estômago e a de mulheres ainda em situação de obesidade apresentaram as mesmas características em relação ao olhar subjetivo que auto inclui. Ou seja, as do primeiro grupo que estão agora magras relataram vivências semelhantes com as que as obesas ainda estão

⁸⁸ No Brasil ainda é muito incipiente esse tipo de Organização da sociedade civil que proclama a luta contra a discriminação de pessoas obesas. Atualmente, o movimento maior no país é de organizações que pelo direito do obeso emagrecer, principalmente via cirurgia de redução de estômago e pelo desenvolvimento de mais pesquisas médicas sobre os males da obesidade. Um pouco diferente das instituições citadas dos Estados Unidos, que pregam o direito do obeso ser “*fat*” em qualquer lugar.

⁸⁹ A íntegra da carta está disponível em: <<http://www.exgordo.com.br/contrapesobrasil/news/record.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

vivendo, pois ainda sofrem com o olhar subjetivo que auto exclui baseado em uma não aceitação do próprio corpo.

De início, algumas mulheres, mesmo que tenham passado a vida inteira procurando uma forma de emagrecer, relataram que não sentiam as consequências de possuir um corpo estigmatizado que resulta em uma imagem social negativa e que não se deixavam levar por pressões advindas da sociedade. Pode-se observar esse posicionamento nos trechos das entrevistas a seguir:

Sempre me senti como uma pessoa normal, **nunca me senti inferior por causa da obesidade**. Minha relação com as outras pessoas sempre foi normal, **nunca tive vergonha de mim mesma**. (Joana, 28 anos, obesa)

Eu **não sofria** muito com o fato de ser obesa, não me atingia muito. Nunca sofri preconceito, **nem percebia** quando acontecia ou não. (Sônia, 37 anos, ex-obesa).

No entanto, durante o decorrer das entrevistas, percebe-se que elas, assim como as outras entrevistadas, sentiam e sabiam as consequências por serem portadoras de um estigma (conhecimento do olhar social normativo que exclui). O fato da aceitação não afetava as percepções sobre a realidade social, as implicações e consequências de serem mulheres obesas. Ou seja, tinham plena consciência de que, ao longo de sua vida, já sofreram preconceito e discriminação por possuir um estigma. Como se pode identificar nos seguintes relatos:

Você chega numa conclusão, antes de fazer a cirurgia à obesidade não me incomodava, mas depois que eu fiz a cirurgia **eu vi que a obesidade era um incômodo**, não só esteticamente, mas de você andar, de você trocar de roupa, de tomar banho, você vai comer e as pessoas ficam te olhando. (Lucinda, 26 anos, ex-obesa)

Melhorou, mas antes eu também não era muito problemática não. Porque tem gente que tem uma história muito mais complexada que a minha. Hoje eu sou muito mais disposta, hoje eu visto qualquer roupa que eu quiser, **hoje eu sei que têm mais homens que olham pra mim do que antes**. Esse tipo de mudança, assim normal, não tem nada grave não. (Sônia, 37 anos, ex-obesa)

A partir da análise das entrevistas, observa-se que esse fato relatado acima só é possível porque existem pessoas com as quais as mulheres obesas podiam se amparar, o que culminava em um desenvolvimento maior do olhar subjetivo que auto inclui. Dentre essas pessoas, há psicólogos, familiares, amigos, namorados, bem como outras (os) obesas (os).

Na concepção de Goffman (1988), as pessoas que são estigmatizadas podem descobrir que há pessoas dispostas a adotar seu ponto de vista e a compartilhar o sentimento de que ela é humana e essencialmente normal, apesar das aparências e a despeito de suas próprias dúvidas e vivências. São dois esses tipos de pessoas: 1) Os iguais, que são aquelas que compartilham o seu estigma e sabem por experiência própria o que sentem os portadores de um estigma em particular; 2) Os informados, que são pessoas ditas normais diante dos quais a estigmatizada não precisa se envergonhar ou mesmo se autocontrolar, porque sabe que será considerada como uma pessoa comum.

Entre os iguais, é comum na fala das entrevistadas a presença constante de pessoas em situação de obesidade, seja amigos ou da própria família. Como mostram os relatos abaixo:

Ah, **minha família inteira já é obesa**. Eu tenho tios que já operaram também. Tenho três primos que já operaram, antes de mim inclusive. Toda minha família é toda gordinha. (Germira, 40 anos, ex-obesa)

Na faculdade, minha turma, como era quase só mulher, então a gente era muito próxima, a gente falava de tudo. Então, quando eu falava de fazer cirurgia, todo mundo me apoiou. **Tanto é que algumas amigas minhas também fizeram**. (Ângela, 32 anos, ex-obesa).

Minha **família também tem o problema de obesidade**, não tanto do meu estado, ao qual eu cheguei. (Judith, 41 anos, obesa)

Com relação às pessoas informadas, especificamente as amigos, constatou-se com os depoimentos das entrevistadas que há uma tendência a se manterem os “amigos de verdade”. Ou seja, de se manter aqueles amigos que não possuem preconceitos em relação ao estigma e que, geralmente, são vínculos de amizade existentes já há algum tempo. Uma vez que a aceitação social se torna imprescindível para qualquer pessoa obesa, um grupo de amigos se torna ainda mais importante para as estigmatizadas.

Aqueles que são considerados como membros da família se constituem em outros tipos de pessoas informadas, como já dito muitos também são iguais. A família exerce um papel bem mais importante para a mulher obesa do que as próprias amigas. Observa-se uma tendência dos entes familiares a uma compreensão, já que não havia muita pressão por parte de seus pais para que elas emagrecessem.

Mas **lá em casa é muito tranquilo com relação a isto**. Lá em casa todo mundo chama todo mundo de gordo. Até os magros são chamados de gordos. (Perla, 53 anos, obesa)

Quando ocorria essa pressão, ela é justificada pelas entrevistadas como sendo uma preocupação com o futuro aparecimento de doenças, o que corrobora com a legitimação imposta pelo discurso médico-científico de que a obesidade fatalmente levará ao aparecimento de outras doenças:

Eles ficavam preocupados, **eles ficavam com medo de eu adquirir alguma doença em consequência da obesidade**. Foi no mesmo ano que meu pai descobriu que era diabético e hipertenso. (Maria, 35 anos, ex-obesa).

Eu nunca considerei como pressão não, é **preocupação natural da família mesmo**. Medo de alguma doença mais séria. (Ana, 36 anos, obesa)

As entrevistadas já casadas ou que tinham namorados cujos relacionamentos eram sólidos e constituídos há algum anos, observou-se que esses maridos ou namorados exercem um papel importante para o acolhimento, dando um suporte emocional para essas mulheres estigmatizadas. Essa aceitação que ocorre nos relacionamentos envolve um contexto mais amplo que engloba a sexualidade dessas mulheres, como demonstra o relato de Célia:

Sempre foi aberta minha relação com meu marido. **A gente sempre tomou banho junto**, assim, sabe. **Eu nunca escondi**, nunca, nunca escondi. Ele me conheceu eu era gordinha e quando eu comecei a ficar mais, mais, mais, mais obesa, ele acompanhou todo o desenrolar, né. (Célia, 52 anos, ex-obesa).

O que ocorre no fenômeno da obesidade é a existência de um olhar social normativo que trabalha para excluir as pessoas obesas e que já é constituído, arraigado nas consciências particulares e com uma grande carga de legitimidade atribuída pelos discursos hegemônicos presente na sociedade. Não há entrevistada que não saiba que é ou já foi rotulada como sendo uma pessoa diferente por causa da obesidade. Não há entrevistada que nunca tenha sofrido com efeitos da coerção social. Não há entrevistada que não queira emagrecer.

Nesse sentido, depreendem-se desse olhar social normativo que necessariamente age excluindo, mais dois olhares individuais subjetivos: aquele que auto exclui e o que auto inclui. Quando entram em questão esses olhares, abrem-se uma gama de possibilidades de subjetividades levando a que umas entrevistadas sofram mais, outras menos. Ou seja, algumas mulheres transitam mais em uma subjetividade que auto exclui, enquanto outras na subjetividade que auto inclui. Isso tudo depende, como já discutido e analisado, de muita compreensão e apoio de outras pessoas, sejam aquelas iguais ou informadas, para que a mulher em situação de obesidade possa vivenciar as consequências do estigma com menos sofrimento.

Portanto, os dados coletados nas entrevistas apontam para uma transição constante, muitas das vezes proposital, entre o olhar individual subjetivo que auto exclui e o olhar individual subjetivo que auto inclui. É fato que as mulheres entrevistadas sejam ex-obesas ou ainda obesas tendem em determinados momentos para uma narrativa de aceitação, mas por outro lado, todas quiseram ou querem emagrecer. Assim, há uma via de mão dupla que vai de uma internalização de uma identidade virtual imputada pela sociedade e sua identidade real.

Analisou-se nesse capítulo a relação entre a exclusão dos corpos obesos e a inclusão dos magros. A percepção das mulheres demonstra bem as consequências do estigma do excesso de gordura. A discussão partiu da perspectiva de três olhares das mulheres sobre suas vivências. Constatou-se que há uma normatividade excludente que condena a obesidade, que cria os estereótipos coerentes com a ideia do patológico e com a não aceitação social. Há também o olhar que internaliza as normas opressoras dos discursos hegemônicos. E o olhar que se propõe a lutar contra o estigma. Os olhares transitam e se cruzam mostrando a produção das identidades das mulheres obesas e ex-obesas na vida cotidiana.

Como foi analisado, os discursos geram consequências drásticas nas representações do corpo obeso e magro. Assim, no próximo capítulo, o intuito é analisar essas influências demonstrando como ocorre a mediação, divulgação e uma possível superação das consequências do discurso médico-científico na vida cotidiana das mulheres. Na mediação, utiliza-se do conceito de Iatrogênese Social para explicar os danos que esse discurso pode causar. Na divulgação discute-se a atuação ambígua da mídia que transita entre a crítica e a reprodução. Na superação realiza-se uma análise macrosociológica e microsociológica para identificar uma possível superação das consequências sociais do discurso médico-científico por meio da superação epistemológica e da prática.

CAPÍTULO VI – MEDIAÇÃO, DIVULGAÇÃO E SUPERAÇÃO DAS DISCURSIVIDADES MÉDICAS

6.1 A IATROGÊNESE SOCIAL COMO MEDIADORA DAS DISCURSIVIDADES MÉDICAS COM AS PRÁTICAS SOCIAIS

Foi apresentado e discutido ao longo do presente trabalho a problemática relacionada aos corpos das mulheres, com recorte especial para o corpo magro (identidade) e o obeso (diferença). A reflexão concentrou-se na tese de que os discursos hegemônicos (médico-científico e cultural sexista) contribuem sobremaneira para a construção do estigma da obesidade e, por consequência, das premissas socioculturais que convergem para a dicotomia inclusão e exclusão. Essa perspectiva dicotômica foi analisada a partir do que se denominou de olhar social normativo que exclui, olhar individual subjetivo que auto exclui e olhar individual subjetivo que auto inclui.

Observa-se que se trata de uma sequência argumentativa iniciada a partir de uma análise macrossociológica em relação aos discursos hegemônicos e sua influência na sociedade. Dessa perspectiva macro culmina-se em discussões microssociológicas acerca das interações sociais empreendidas pelas mulheres na vida cotidiana, tendo como base seus olhares acerca dos discursos hegemônicos sobre a obesidade e a magreza.

Dentre os dois discursos hegemônicos apresentados, o médico-científico é aquele que carrega a maior carga de responsabilidade sobre as verdades proferidas. Isto se dá porque se trata de uma ciência, que na perspectiva moderna, quando seguidos todos os passos metodológicos com positividade e rigor, se chega a uma pretensa verdade sobre a realidade investigada. Já o discurso cultural sexista torna-se hegemônico, uma vez que é aquele inserido no mundo social, no seio da cultura que brutalmente reproduz no processo de socialização das pessoas uma diferenciação de gênero, com repercussões negativas para as mulheres. Esses dois discursos agem entre eles, se cruzam e se complementam, contribuindo para a produção do estigma da obesidade.

Del Priore e Freire (2003) afirmam que o mundo globalizado que diminui distâncias e espaços também ficou menor para as pessoas obesas. Em sua ambiguidade, esse processo disseminou os hambúrgueres e as fritas, que são os representantes discursivos máximos desse aumento excessivo de peso. Na atualidade onde predomina o *fast food* e o *junk food*⁹⁰, a obesidade ganha então uma nova dimensão, passando a ser considerada um problema de saúde pública, saindo da polaridade feio x bonito, para entrar também na questão morbidade x saúde.

Essa perspectiva apresentada acima fornece as bases em que se consolida a legitimação social do discurso médico-científico enquanto detentor da verdade sobre os corpos obesos. Ao agraciar a obesidade com o *status* de doença, as ciências médicas trazem juntamente para si a responsabilidade pelo que suas descobertas e/ou verdades vão influenciar no mundo social. Ou seja, é um discurso tratado aqui por hegemônico justamente porque seus saberes carregam em si o poder de interferir em práticas eminentemente sociais.

Afirmar-se também ao longo deste trabalho que as práticas sociais são influenciadas por discursos diversos que contém em si o poder de interferir nos rumos das relações. Para tanto, de acordo com Figueiredo (2009), a ciência precisa ser legitimada, desta vez para um novo público e um público bastante amplo, considerado leigo, mas que se interessa por temas ligados à ciência e, principalmente, quando se trata de conhecimento médico-científico. O reconhecimento dessa explicação científica por parte do público em geral leva as pessoas a quererem saber o que a ciência tem a dizer sobre a vida cotidiana, sobre a saúde, a educação dos filhos, a vida afetiva, o corpo e a maneira de se viver mais e melhor.

Dessa forma, pode-se perguntar: o que faz com que uma descoberta científica da medicina que, por exemplo, afirma que a obesidade é contagiosa seja utilizada por um jovem para discriminar uma pessoa obesa? Por que a moça obesa é contagiosa? Por que ela também é preguiçosa? Relaxada? Comilona? Suja? Inapta para o trabalho? Efeito de uma mutação genética? O fato que precisa ser questionado é como o discurso médico-científico pode contribuir para causar algum dano na vida cotidiana das mulheres em situação de obesidade?

⁹⁰ Expressão pejorativa para falar de alimentos com alto teor calórico, ricos em gorduras, açúcares e aditivos e, por consequência, pobres em vitaminas e nutrientes essenciais ao organismo.

Além de se conceber que o discurso médico-científico pode influenciar a vida das pessoas, interferindo nas relações sociais, denominando o normal e o anormal, é preciso entender o que faz essa mediação entre as descobertas da medicina e o público em geral. A responsável por fazer esse elo existir é a Iatrogênese Social.

Esse conceito foi primeiramente desenvolvido pelo sociólogo Ivan Illich em seu livro "Medical nemesis: the expropriation of health" (1976)⁹¹. Teorizando em uma época de avanço da perspectiva biomédica centrada na doença, Illich (1976) realiza uma forte crítica em relação à medicina da época, afirmando que a ciência médica pode vir a causar diversos danos na pessoa e na ordem social. Assim, a excessiva medicalização da vida tende a produzir uma sociedade medicalizada.

Nesse sentido, Iatrogênese Social se refere ao efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta⁹². É decorrente de uma crescente dependência da população para com o uso de medicamentos, dos parâmetros sociais e biológicos de normalidade referente à saúde, bem como, a prescrição de comportamentos considerados benéficos para o corpo. Uma vez que a pessoa seja diagnosticada como doente, torna-se paciente que, por consequência, se torna uma consumidora de exames, tratamentos, terapias que afetam o corpo e a subjetividade.

As discussões sobre medicalização da vida têm em Illich (1976) uma perspectiva crítica de identificar que a ciência médica cria as doenças e, como já dito, o papel do doente. Esse pressuposto reforça uma sociedade que cada vez mais realiza uma procura patológica pela saúde que incentiva as pessoas a se tornarem cada vez mais consumidoras de medicamentos e de intervenções médicas, muitas das vezes desnecessárias. Uma discussão atual é o número excessivo de pedidos de exames e procedimentos solicitados pelos médicos sem a real indicação. Colluci (2012) mostra que o *overtreatment*, ou o

⁹¹ Para o presente trabalho foi utilizado a versão publicada em 1976 nos Estados Unidos da América. No Brasil o livro se chama "Expropriação da saúde: nêmesis da medicina" e foi publicado a partir da versão francesa no ano de 1975.

⁹² É importante salientar que as teorias de Illich não se baseiam tão somente na Iatrogênese Social. Para o autor há um forte processo de supervisão médica de todos os aspectos da vida. Para tanto, Illich (1976) aborda a Iatrogênese em três níveis: 1) Iatrogênese Clínica, que se refere às doenças causadas pelos próprios cuidados de saúde, como: os efeitos secundários não desejados dos medicamentos, intervenções cirúrgicas inúteis, produção de traumatismos psicológicos, negligência, incompetência e outros. 2) Iatrogênese Social, que se refere ao impacto social da medicina na vida das pessoas (conceito que dá sentido a presente tese e será melhor desenvolvido). 3) Iatrogênese Cultural, que consiste na destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte. Neste caso, o que caracteriza o dano é a perda de tudo aquilo que as tradições criaram ao longo dos séculos enquanto expedientes culturais eficazes para enfrentar a vulnerabilidade humana diante de tais contingências da vida.

excesso de procedimentos médicos desnecessários, tem sido a palavra de ordem nos debates médicos nos Estados Unidos.

Na mesma linha de argumentação, Gaudenzi e Ortega (2012) afirmam que os estudos da Iatrogênese Social se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social. "A medicina, então, estabelece diversas medidas de controles sobre o corpo individual e coletivo, possibilitando o exercício cada vez mais refinado do poder sobre a vida" (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 22).

Ainda segundo Gaudenzi e Ortega (2012), historicamente, data do século XVIII, com o nascimento da medicina moderna e da higiene, o início da intervenção médica na intimidade das pessoas. Esse processo fez com que os profissionais da saúde, ou seja, os detentores do conhecimento médico-científico se tornassem os especialistas a quem a população deveria recorrer em busca de soluções para seus males domésticos. O discurso médico-científico passa então a oferecer as bases legítimas para o estabelecimento de regras que deveriam orientar a vida moderna nas formas gerais de existência e do comportamento humano.

Para Adan e Herzlich (2001), a partir desse momento, nos países desenvolvidos ocidentais, estar doente significa estar sob cuidados médicos. Toda a gama de procedimentos, como exemplo, diagnósticos, prognósticos, receitas, exames, tratamentos e atitudes que o paciente deve se submeter condiciona a percepção e experiência social da doença. Nesse sentido, dentro dessa lógica engendrada pela Iatrogênese Social é preciso entender que:

Essa situação tem por consequência que o médico está em condições de definir as necessidades do doente às quais é possível e legítimo responder. A diferença entre os saberes e as competências especializadas pode assim se transformar em distanciamento e em dominação sobre as pessoas (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 46).

Assim, a Iatrogênese Social faz a mediação entre o que se produz cientificamente pela medicina e o mundo social, sempre refletindo sobre um possível dano inerente a prática médica. Quando um estudo científico demonstra a existência de uma epidemia como no caso da obesidade ou ainda que seu amigo obeso pode ser contagioso, nesse momento é que se identifica a designação do conceito mediador, já que todos os prejuízos à saúde são devidos precisamente a essas transformações geradas na esfera sociocultural e

que são feitas por meio de generalizações estatísticas quantitativas, com rigor científico, mas nenhum comprometimento com a complexidade do seu objeto de estudo, ou seja, o ser humano. O foco do discurso médico-científico tende a fixar-se somente na doença e nos tratamentos.

A medicina, reconhecidamente como tal, transmite às pessoas as possibilidades sociais para se agir como doente. Para a pessoa em situação de obesidade há características médicas comportamentais padronizadas para se portar com tal.

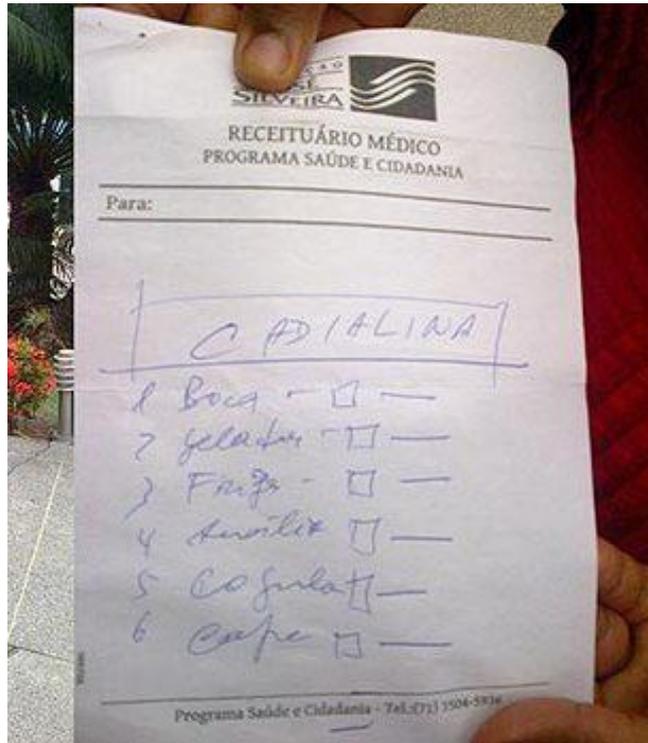
A medicina é um empreendimento moral e, portanto, inevitavelmente, dá conteúdo ao bem e ao mal. Em toda sociedade, a medicina, como a lei e a religião, definem o que é normal, adequado ou desejável. A medicina tem a autoridade para rotular a queixa de um homem em uma doença legítima, a declarar um segundo homem doente embora ele mesmo não se queixe, e recusar o reconhecimento social de sua terceira dor, a sua deficiência, e até mesmo a sua morte. O juiz determina o que é legal e quem é culpado. Os sacerdotes decidem quem é santo e quem quebrou um tabu. O médico decide o que é um sintoma e quem está doente. A medicina, como em todas as cruzadas, cria um novo grupo de pessoas excluídas cada vez que faz um novo diagnóstico. A moralidade é tão implícita na doença como no crime ou no pecado. (ILLICH, 1976, p. 15)

Um exemplo emblemático da discussão empreendida sobre o dano causado pela medicina foi veiculado pela mídia em que um médico receitou cadeados para que uma mulher conseguisse emagrecer. Na reportagem, Barros Neto (2012) relata que o "medicamento" indicado por um médico para uma dona de casa da cidade de Salvador combater dores no fígado e conseguir emagrecer foi "cadialina".

O médico que a atendeu recomendou que ela procurasse um ferreiro e comprasse seis cadeados, sendo um para a sua boca, outro para a geladeira, outro para o armário, outro para o freezer, outro para o congelador e outro para o cofre de casa. O médico ainda sugeriu que se ela não quisesse utilizar os cadeados, o jeito seria fazer jejum em quatro dias da semana, nos outros três, só bebesse água⁹³.

⁹³ Reportagem completa disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1182720-medico-receita-cadeados-para-mulher-conseguir-emagrecer-na-ba.shtml>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

Figura 7 – Receita para a paciente



Fonte: Barros Neto (2012). Folha de São Paulo, 06/09/2012.

Infelizmente, não se pode mais relegar explicações simplistas, como por exemplo: "o médico estava com uma carga muito pesada de trabalho, estava estressado"; "a mulher tinha problemas psicológicos e não entendeu o procedimento"; ou ainda, "é culpa da mídia que fica colocando na cabeça da mulher que ela precisa emagrecer". Esse tipo de fato ocorre todos os dias, seja em ambientes de saúde ou em qualquer outro contexto social em que transitam pessoas obesas.

É imprescindível que a crítica se volte para as responsabilidades macro do fenômeno, que estão inseridas no discurso médico-científico sobre os males da obesidade e a Iatrogênese Social inerente a essa ciência que tem uma grande vontade de explicar e de buscar as respostas para os males biopsicossociais, mas pouca vontade de diálogo com outros saberes.

Na ânsia de explicar tudo, moldar comportamentos e atitudes, as explicações proferidas contribuem para relegar a vida de mulheres, cujos corpos são obesos a uma vivência estigmatizante, que veem no emagrecimento rápido e radical a salvação de todos os males.

As interações sociais são influenciadas por inúmeros discursos no mundo social. Entretanto, um detém o monopólio do saber sobre a doença e a saúde, o excluído e o incluído, que é o discurso médico-científico. É possível que a ciência médica possa deixar de ser Iatrogênica?⁹⁴ Claro que sim. Mas, por ora, é melhor entender que: todo ato médico é também um ato político, e deve se voltar para o bem comum.

6.2 A PARTICIPAÇÃO AMBÍGUA DA MÍDIA NA DIVULGAÇÃO DOS DISCURSOS: ENTRE A CRÍTICA E A REPRODUÇÃO

Nas temáticas relacionadas ao corpo, saúde, beleza e suas imbricações sociais, como obesidade e magreza, o discurso da mídia aparece como um dos principais responsáveis pela difusão de "padrões" de corpo, pela imposição das formas mais belas e, por consequência, da estigmatização da diferença. É também para ela que é direcionada a grande maioria das críticas que veem no discurso midiático um mal a ser combatido e questionado. Nada mais justo, já que sua função primordial é fazer chegar à população em geral todo tipo de notícia, informação, descoberta científica, ou seja, tudo aquilo que é produzido pelos discursos hegemônicos em se tratando da relação entre obesidade e magreza.

Para Ribeiro (2004), o conceito muito difundido de culto ao corpo já vem percorrendo há tempos as diferentes formas de mídia. Em muitos momentos de maneira até crítica, mas quase sempre vem atuando como construtoras e legitimadoras de determinadas práticas, principalmente quando procuram enaltecer o padrão de magreza e transformar o conceito de beleza nas mulheres em uma configuração de corpos perfeitos. Acaba assim por enaltecer algo muito distante da vida das pessoas.

Os meios de comunicação, de acordo com Stenzel (2002), quando abordam o tema obesidade *versus* magreza se apresentam extremamente ambivalentes. Ao mesmo tempo em que reforçam o ideal de magreza e saúde, parecem estimular o aumento do excesso de gordura corporal por meio do apelo ao consumo de diversos produtos, principalmente da linha *fast food* e *junk food*.

⁹⁴ Essa discussão será realizada no item 6.3 que trata da superação dos discursos hegemônicos.

Já para Giddens (2002), a construção social e o controle ativo das pessoas sobre a manipulação de seus corpos sofrem influências pelos meios de comunicação. Entretanto, complementa seu argumento afirmando que: “seria muita miopia ver esse fenômeno apenas em termos dos novos ideais de aparência corporal, ou apenas como produzido pela influência da mídia” (GIDDENS, 2002, p. 98).

De acordo com Pinto (1999), há uma influência muito grande da mídia e da indústria do emagrecimento frente aos indivíduos, determinando os parâmetros oficiais e midiáticos da beleza, criando mitos e gerando deusas, bem como estereotipando gestos, atitudes, estilos de vida e, sobretudo, supervalorizando a juventude eterna e a estética da magreza saudável.

O discurso midiático é ambíguo na divulgação de informações e transita entre a crítica e a reprodução dos fatos. Nesse sentido, podem-se encontrar reportagens que fazem com que o mundo social reflita sobre uma descoberta médico-científica, mas também outras que reproduzem no mundo social estereótipos que legitimam práticas discriminatórias sexistas em relação aos corpos das mulheres obesas.

É fácil também encontrar em uma mesma reportagem uma transição entre a crítica e a reprodução, como se pode identificar em uma notícia veiculada na Revista Veja (09/01/2013), cujo assunto remete às pesquisas que afirmam que pessoas com sobrepeso têm menos risco de morrer. Cuminale (2013) escreveu o título: "O perigoso elogio da gordura". Para refutar o argumento do estudo em questão, a autora se vale não de outros estudos científicos, mas acaba caindo na reprodução da mesmice, com o contra argumento de que "não há notícia de nenhum centenário com quilos em excesso". Tentando ainda de todas as formas invalidar o estudo, a autora pergunta a um especialista das ciências médicas: Qual seria então, a explicação adequada para justificar as vantagens do sobrepeso? E ele respondeu: "Quem está acima do peso tende a procurar um especialista para emagrecer. Com isso, há mais prevenção e aumentam as chances de tratar outras doenças relacionadas à obesidade".

Segundo Amaral (2011), o discurso midiático realiza uma excelente divulgação das verdades explicativas sobre os corpos das mulheres. Tudo passa pela mídia, desde certezas sobre saúde e beleza, bem como o culto a magreza. Há uma exaltada preocupação com os corpos das mulheres, cujo estilo de vida preconizado se tornou quase uma obrigação. Na esteira do argumento aqui desenvolvido nesse trabalho, afirma a autora:

A magreza, como sinônimo de beleza e saúde, é amplamente difundida pelos discursos médico e midiático. A medicina e outros discursos da saúde apontam, não raro utilizando-se os espaços midiáticos, para os risos do acúmulo de gordura e da falta de atividades físicas (...). Já na mídia, o fundamento médico e científico é a estratégia de legitimação para a propagação de "verdades" sobre o corpo, associadas às imagens de mulheres magras e felizes que repetidamente, assim como as mensagens, reforçam a ideia de que bem-estar, felicidade e saúde estão condicionadas à beleza corporal. (AMARAL, 2011, p. 281).

Figueiredo (2009) em sua tese de doutorado, que investigou a participação da mídia, por meio do jornalismo impresso, na construção social da epidemia da obesidade, testou a hipótese de que o jornalismo, no caso do jornal *Folha de São Paulo*, contribuiu para o processo de medicalização social da obesidade. Mais especificamente, para a ideia de que a obesidade estava atingindo dimensões de epidemia na década de 1990.

Essa influência foi possível devido ao papel que o jornal exerce na legitimação de fatos, um aspecto característico da imprensa, principalmente da mídia televisiva, mas fortemente presente no jornalismo impresso. Para Figueiredo (2009), o fenômeno da obesidade e sua epidemia são construídos socialmente com o auxílio da imprensa, que dá voz a diversos atores que compõem o processo da medicalização social da obesidade, mas foca principalmente no discurso médico-científico para buscar a legitimação dessa nova realidade.

Para Figueiredo (2009), os extratos das notícias e reportagens evidenciam como a obesidade foi retratada como doença séria no noticiário e como o Jornal *Folha de São Paulo* destaca o profissional médico como autoridade legítima para colocar tal aspecto no domínio da medicina, passível de intervenção biomédica, e deixando o leitor, possível paciente, sem opções quanto à definição sobre a doença, diagnóstico ou aconselhamento do médico.

Quanto à mídia, afirma a autora, tem exercido uma forte influência na construção da epidemia da obesidade, primeiro com as estratégias de marketing das empresas farmacêuticas a partir de seus *sites* e de campanhas publicitárias, além de ações diretas com médicos, que prescrevem os medicamentos. Ainda, a associação dos temas médicos com a imprensa, sempre ávida a divulgar novidades na área médica, lançamentos de produtos que resolvam problemas de saúde e as promessas de tratamentos milagrosos para diversos males.

Destaca-se a imprensa como mais um ator de destaque nesse processo de medicalização da obesidade analisado. A imprensa, ou o jornalismo, compactua com esse processo na medida em que divulga o discurso médico, priorizando o tom fatalista de epidemia. Além disso, reforça o estigma da obesidade publicando matérias que exaltam a magreza, que tratam de dietas e outros procedimentos para emagrecer com resultados promissores alcançados por algumas pessoas, principalmente celebridades. Para aquele que não consegue alcançar os resultados divulgados, fica o sentimento de fracasso, de fraqueza moral, que é geralmente atribuído ao estigmatizado (FIGUEIREDO, 2009, p. 205).

Os dados apresentados por Figueiredo (2009) destacam que no Jornal *Folha de São Paulo* entre os anos de 1998 e 2008, o editorial privilegiado para a publicação das matérias foi o caderno Cotidiano (41%), o que significa uma abordagem mais comportamental, que procura chamar a atenção do leitor para questões ligadas a fatos de seu cotidiano. Em segundo lugar, o editorial de Ciência publicou 16% das matérias sobre o tema. Em ambas, a grande maioria das fontes entrevistadas para tratar do assunto foram médicos e cientistas da área da saúde, garantindo um lugar de destaque para esses profissionais como sendo autoridades máximas para se decidir sobre os rumos a respeito da vida, da saúde e dos corpos dos indivíduos.

A autora conclui que, embora o jornal tenha apresentado em algumas matérias uma visão que pode ser considerada como crítica à medicalização e todo o arcabouço que caracteriza esse processo de construção médica e cultural da obesidade, essas matérias foram minoria na amostra analisada no estudo.

Observa-se que o discurso da mídia possui inúmeras formas de difusão, seja na televisão, jornais impressos, revistas, publicidade, etc. Também se utiliza de várias abordagens, dependendo de seu público alvo. Seus interesses são diversos, indo da crítica reflexiva do fenômeno da obesidade à simples reprodução da cultura corporal vigente. Por esse motivo não pode ser considerado hegemônico, o que não quer dizer que não exerça influência no mundo social. Não há um direcionamento, sua legitimidade é dada pelo discurso científico ou pelo discurso cultural.

O discurso midiático revela os modelos de corpos e suas representações sociais, não somente a mídia, mas a participação da publicidade é também ambígua já que produz e reproduz significados sociais. Algumas propagandas ou até as melhores das intenções benevolentes de diversas áreas do saber carecem de uma aproximação crítica com outros saberes, principalmente com o da Sociologia. Um bom exemplo é o caso do cartaz abaixo,

veiculado em diversas mídias, do Conselho Federal de Educação Física a qual se trata de uma propaganda do Sistema CONFEE/CREFs⁹⁵ que faz o alerta: “Com obesidade infantil não dá para brincar”.

Figura 8 – Campanha contra a obesidade infantil



Com obesidade infantil não dá para brincar

Pais de crianças e adolescentes devem estar atentos a qualquer mudança de comportamento dos filhos. A obesidade, além de trazer grandes riscos para a saúde, leva o jovem a se sentir excluído, provocando perda da auto-estima e quadros de depressão.

É preciso estimular a prática de atividades físicas e/ou esportivas orientadas por Profissional de Educação Física, único capaz de ministrar tais atividades de forma segura, inclusiva e ética.

A valorização das atividades físicas e esportivas orientadas por Profissional de Educação Física é uma questão de saúde e responsabilidade social.

 **Sistema CONFEE/CREFs**
Conselhos Federal e Regionais de
EDUCAÇÃO FÍSICA
por um Brasil justo e saudável

A boa orientação faz a diferença
www.confef.org.br

Fonte: <<http://www.listasconfef.org.br/comunicacao/obesidade.jpg>>. Acesso: 20 jan. 2013.

⁹⁵ Conselho Federal de Educação Física – CONFEE e Conselhos Regionais de Educação Física – CREFs.

Essa campanha contra a obesidade infantil faz parte das ações do Sistema CONFEF/CREFs para o ano de 2012 que discutem os riscos da obesidade para a população brasileira. Duas coisas chamam a atenção na desastrosa propaganda. A primeira e mais evidente é a representação do estereótipo da pessoa obesa como sendo um palhaço, triste, chorando porque não consegue brincar.

A segunda vem no texto do cartaz que enfatiza: "Pais de crianças e adolescentes devem estar atentos. A obesidade, além de trazer grandes riscos para a saúde, **leva o jovem a se sentir excluído, provocando quadros de depressão**". Como já discutido, embora exista o olhar individual subjetivo que tende a auto exclusão, esse é dependente sobremaneira de um olhar social normativo que exclui. Assim, a criança não se sente excluída, ela é realmente excluída não por ela inicialmente, mas pela sociedade que não compreende sua diferença.

Sendo assim, no fenômeno da relação cultural e científica da obesidade e da magreza, identifica-se que o discurso hegemônico médico-científico se ocupa da busca da verdade a todo custo, uma verdade, muitas vezes, já inserida na cultura. O discurso hegemônico cultural sexista se ocupa da efetivação, seleção e discriminação das pessoas em sociedade dentro de parâmetros corporais considerados como legítimos representantes de saúde, beleza e juventude entre as mulheres.

Portanto, esses dois discursos se complementam e atingem a vida cotidiana com o apoio totalmente ambivalente das diversas formas de mídia, que exercem um papel fundamental na crítica e/ou na reprodução dos fenômenos sociais ligados à dicotomia obesidade e magreza.

6.3 SUPERAÇÃO EPISTEMOLÓGICA E PRÁTICA DAS DISCURSIVIDADES MÉDICAS

Acabar com a contribuição estigmatizante que o discurso médico-científico acarreta não é tarefa das mais simples, talvez até, se torne uma aventura utópica o que será aqui teorizado para essa empreitada reflexiva. Como já afirmado, o discurso médico-científico é o que carrega a maior responsabilidade em relação às consequências iatrogênicas do corpo

obeso em sociedade. Por isso, a superação deve partir deste discurso, ou seja, deve se iniciar a mudança a partir da ciência.

Na tese partiu-se de dois pressupostos para a superação do discurso médico-científico. O primeiro tratou da macroestrutura em relação à sociedade e ao nascimento do discurso, ou seja, o fazer ciência. Sendo assim, a primeira superação deve ser epistemológica, a qual será discute-se a partir das perspectivas teóricas de Boaventura Sousa Santos e de Edgar Morin.

O segundo trata das microrrelações da vida cotidiana, *lócus* em que ocorrem as consequências do estigma social da obesidade. Onde o discurso iatrogênico se materializa em práticas sociais. Então, a segunda superação deve ser prática, que é discutida a partir da perspectiva da prevenção quaternária.

6.3.1 A superação epistemológica: um novo paradigma científico

É importante salientar que não se trata de fazer aqui uma discussão aprofundada e acabada sobre a epistemologia da ciência moderna ou pós-moderna. Mas, tão somente mostrar as bases em que se funda o discurso médico-científico para se pensar uma forma eficaz de superação.

É fato, segundo Tesser (2006) que a ciência médica nasceu e se diferenciou de todos os outros tipos de conhecimentos estabelecendo-se como legítima e hegemônica no cuidado com as pessoas. Conseguiu atingir seus objetivos, pois a veracidade é, hoje, monopólio da ciência na área da saúde, ao menos na parte ocidental do planeta.

Assim, a homogeneização dos saberes em saúde-doença, centrada no saber científico, nas suas tecnologias correlatas (industrializadas), no pensamento moderno e sua noção de progresso, é saudada como uma vitória, uma grande realização, para os defensores da superioridade científica (TESSER, 2006, p. 69).

É fato que atualmente o discurso médico-científico segue uma tendência de centralidade em um paradigma científico de extrema racionalidade que também se constitui em um modelo hegemônico. Isso ocorre quando suas explicações negam o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautam pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas.

Para Santos (2005), a ciência moderna desconfia sistematicamente das evidências da experiência imediata da vida cotidiana, das relações subjetivas empreendidas pelas pessoas. Tais evidências que estão na base do conhecimento do senso comum, são consideradas ilusórias.

O paradigma científico que predomina na medicina se assenta em um conhecimento causal que aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com vista a prever o comportamento futuro dos fenômenos. Santos (2005) afirma que parte-se do pressuposto que o modelo epistemológico das ciências naturais é uma aplicação ou concretização de um modelo de conhecimento universalmente válido e, de resto, o único válido.

Apesar de o discurso médico-científico ter se ampliado muito e estabelecido relações com outras ciências, ainda carece de uma integração maior com a Sociologia, Antropologia, Psicologia, Pedagogia, etc. Ao preferir um conhecimento válido com base em quantificações isoladas do contexto psicossocial das pessoas, a medicina perde uma chance de integração dos diversos saberes. Entretanto, há um risco crescente de fragmentação do discurso médico em função de uma hiperespecialização disciplinar e teórica. Apenas para dar um exemplo:

O médico generalista, cuja ressurreição visou compensar a hiperespecialização médica, corre o risco de ser convertido num especialista ao lado dos demais. Este efeito perverso revela que não há solução para este problema no seio do paradigma dominante e precisamente porque este último é que constitui o verdadeiro problema de que decorrem todos os outros. (SANTOS, 2005, P. 75-76)

Para Morin (2005), essa fragmentação do conhecimento permite que os especialistas se isolem tornando-se *experts* e a terem grandes desempenhos em suas áreas de pesquisa. Essa lógica projetada sobre a sociedade e as relações humanas restringe que, por correr o risco de ser determinista, mecanicista, quantitativa, formalista, dissolve tudo o que é subjetivo, afetivo, livre e criador. Há, segundo o autor, uma separação entre a cultura humanista que nutria a inteligência geral e a cultura científica que deveria empreender uma reflexão sobre o destino humano e sobre o futuro da própria ciência.

Efetivamente, a inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo do mundo em pedaços separados, fracionam os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de

compreensão e reflexão, eliminando assim as oportunidades de um julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo. Sua insuficiência para tratar nossos problemas mais graves constitui um dos problemas mais graves que enfrentamos. De modo que, quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior a incapacidade de pensar sua multidimensionalidade; quanto mais a crise progride, mais progride a incapacidade de pensar a crise; quanto mais planetários tornam-se os problemas, mais impensáveis eles se tornam (MORIN, 2010, p. 14-15).

Corroborar-se com Santos (2005), em sua perspectiva de que há tempos se anuncia a crise desse modelo de se fazer ciência. Na sua argumentação teórica, a crise do paradigma dominante se dá pelo resultado de uma pluralidade de condições, que se distinguem em teóricas e sociais. São elas:

* Primeira condição teórica: O aprofundamento do conhecimento permitiu ver a fragilidade dos pilares em que se funda. Ou seja, até as ciências naturais, a exemplo da física, vem discutindo seus pressupostos e avançando no conhecimento da matéria.

* Segunda condição teórica: Não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, sem o alterar. Só se podem aspirar resultados aproximados.

* Terceira condição teórica: O rigor matemático carece de fundamento. Este rigor assenta-se em um critério de seletividade e que, como tal, tem um lado construtivo e um lado destrutivo.

* Quarta condição teórica: Vocaçãõ transdisciplinar das ciências. Há um movimento convergente que atravessa as várias ciências da natureza e até as ciências sociais.

* Condições Sociais: Industrialização da ciência; estratificação dos cientistas que cria uma hierarquia desigual; aprofundamento do fosso entre países centrais e periféricos em termos de desenvolvimento tecnológico e científico.

Para explicar a superação epistemológica do discurso médico-científico parte-se da perspectiva teorizada por Santos (2005) que se baseia em quatro teses que propõem a emergência de um paradigma, mas não apenas um novo paradigma científico (o paradigma

de um conhecimento prudente), precisa remeter a um paradigma social (o paradigma de uma vida decente).

A primeira tese diz respeito a que todo conhecimento científico-natural é também científico-social. Assim, essa separação dicotômica entre esses conjuntos de ciências deixa de fazer sentido. Empreender essa união comunicativa entre essas ciências faz com que elas se aproximem das humanidades. Nas palavras do autor:

A superação da dicotomia ciências naturais/ciências sociais tende assim a revalorizar os estudos humanísticos. Mas esta revalorização não ocorrerá sem que as humanidades sejam, elas também profundamente transformadas (...). Há que recuperar esse núcleo genuíno e pô-lo ao serviço de uma reflexão global sobre o mundo (...). A concepção humanística das ciências sociais enquanto agente catalisador da progressiva fusão das ciências naturais e ciências sociais coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo no centro conhecimento. (SANTOS, 2005, p. 70-72)

A segunda, segundo Santos (2005), refere-se ao pressuposto de que todo conhecimento é local e total ao mesmo tempo. Parte da ideia de que a vontade de verdade das ciências deve enxergar um horizonte de totalidade universal. Não há, para tanto, uma hiperespecialização das disciplinas, já que a única fragmentação que existe é temática, e não disciplinar. Essa tese coloca em voga a vocação transdisciplinar que precisa existir para se alcançar realmente uma verdade universalmente válida.

A sua terceira demonstra que todo conhecimento é também autoconhecimento sobre si mesmo e sobre a vida. A separação positivista entre sujeito e objeto deixa de fazer sentido. Para Santos (2005) é preciso um conhecimento mais compreensivo e íntimo que não faça essa separação, mas ao contrário, que realize a união entre pesquisador e seu "sujeito" de estudo.

Por último, afirma que todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum. Cada vez mais a ciência moderna pensa estar produzindo conhecimentos, mas acaba contribuindo com desconhecimentos, principalmente sobre as relações da organização da vida das pessoas. O cientista é cada vez mais especializado, fazendo com que a pessoa comum seja um ignorante reproduzidor das práticas do senso comum. Santos (2005) propõe a inversão da ruptura epistemológica, ou seja:

Para que esta configuração de conhecimentos ocorra é necessário inverter a ruptura epistemológica. Na ciência moderna a ruptura epistemológica simboliza o salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico; na ciência pós-moderna o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum. O conhecimento científico pós-moderno só se realiza enquanto tal na medida em que se converte em senso comum. (SANTOS, 2005, p. 90-91)

Partindo dos pressupostos teóricos discutidos e que, muita das vezes, são considerados como utópicos por diversos pensadores, conclui-se que a superação do discurso médico-científico pode se dar a partir de uma mudança de paradigma, o qual deve ser centrado na pessoa, com vocação transdisciplinar, sempre almejando que esse conhecimento produzido vá se converter em uma vida mais decente, que retorne para o senso comum, sujeito principal de pesquisa.

Observa-se atualmente uma gradual mudança na direção exposta para se empreender a superação do atual discurso médico. Toma-se como exemplo os cursos de medicina. As últimas diretrizes curriculares que são do ano de 2001 para o curso de graduação preconizam, dentre outras coisas, no seu Art. 3 que:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Muito embora, essas diretrizes ainda não se concretizem integralmente na formação médica, já indicam a necessidade de mudanças estruturais. Somente por meio de um novo paradigma científico é que as consequências dos discursos hegemônicos serão amplamente superadas. Só assim que a mulher com obesidade poderá viver de forma plena, seja querendo continuar com um corpo obeso, seja querendo emagrecer, decisão que não será tomada pela imposição da ciência médica, mas sim da própria consciência de si e de seu corpo como pessoa.

6.3.2 A superação prática: prevenção quaternária nas relações médicas⁹⁶

Nas microrrelações da vida entre as pessoas é que se observam as consequências do estigma social da obesidade. É dentro dos contextos sociais que o discurso iatrogênico mostra sua verdadeira face. A superação prática do discurso médico-científico deve ser encarada também por quem tem o dever de refletir sobre as descobertas científicas da área de saúde, que é o profissional da medicina.

Se o discurso hegemônico médico-científico chega ao mundo social por meio de uma Iatrogênese Social, parte-se do princípio então, de que a prática médica também pode ser em seu fim iatrogênica. Ou seja, é totalmente passível de exercer nas pessoas algum resultado negativo de sua atuação prática. Está é uma discussão importante que se denomina "prevenção quaternária".

Para Jamoule (2011), a prevenção quaternária não está diretamente relacionada ao risco de adquirir doenças, mas sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo de diagnósticos, terapêuticas, medicalização desnecessária e, acrescentam-se atitudes iatrogênicas do profissional médico. Tende a evitar que o discurso médico-científico se sobressaia sobre o encontro clínico e sobre a pessoa (paciente). Para o autor, essa é uma forma de prevenção quaternária que visa questionar continuamente e compreender os limites da prática médica.

Para Norman e Tesser (2009), existem frequentemente excessos de medidas preventivas e diagnósticas em pessoas assintomáticas e doentes, tanto em adultos como crianças. Nem todas as intervenções médicas beneficiam as pessoas da mesma forma, e, quando excessivas ou desnecessárias, podem prejudicá-las. Não se pode esquecer o

⁹⁶ De acordo com Almeida (2005), os outros três níveis anteriores são: A *prevenção primária* que inclui o conjunto das atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico. Inclui a imunização, que visa aumentar a resistência do hospedeiro a um determinado microorganismo. Desta forma, a finalidade deste nível de prevenção é reduzir a incidência da doença, através do controle dos fatores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população. A *prevenção secundária* tem como finalidade a detecção de um problema de saúde em um indivíduo ou em uma população em uma fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução. É neste nível de prevenção que se enquadram os rastreamentos e os achados de caso: ambos visam identificar indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos relativamente à situação em estudo. Já a *prevenção terciária* tem como finalidade reduzir os custos sociais e econômicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos. Implica o tratamento (e controle) das doenças crônicas. Assim, o nível terciário de prevenção corresponde, basicamente, à gestão dos estados de doença

potencial de dano das intervenções: cuidados tanto curativos quanto preventivos, se excessivos, comportam-se como um fator de risco para saúde.

Seguindo com a perspectiva analítica de Norman e Tesser (2009), a medicalização de estados pré-doença e de fatores de riscos se torna cada vez mais comum, incluem-se aí as metas científicas para hipertensão, colesterol e obesidade. A perspectiva de comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis expande enormemente o mercado dessas drogas, enquanto aumenta os custos para a sociedade e para os serviços em saúde, além de potencialmente reduzir a qualidade de vida ao converter pessoas saudáveis em pacientes.

Tavares (2007) demonstra as situações práticas e teóricas que favorecem a ocorrência de iatrogenias na medicina. A primeira é quanto ao modelo biomédico de ciência moderna. Como já explicados anteriormente, esse paradigma científico leva a uma falta de sensibilidade por parte do médico em enxergar o paciente de forma integral, ou melhor, como um todo biopsicossocial. O médico fica muito centrado na doença e esquece-se de escutar a pessoa a sua frente. Em alguns casos não há nem pessoa, já que muitos só tratam de exames laboratoriais.

Uma segunda situação ocorre no âmbito da relação médico-paciente em que o profissional, dentre outras formas, pode assumir uma postura de superioridade em relação ao paciente, destruindo assim uma possível empatia necessária ao encontro clínico. Um exemplo de iatrogênese dessa situação se refere àquela provocada pela anamnese dirigida, que camufla a hostilidade do médico.

E uma terceira situação se dá no âmbito da formação médica, que ainda é muito tradicional e biomédica⁹⁷, calcada em paradigmas científicos positivistas. Ou seja, uma formação centrada na doença. Afirma Tavares (2007) que a identidade do futuro médico vai sendo construída na universidade, de tal modo que ela pode ser tornar iatrogênica desde que o aluno optou pelo curso.

⁹⁷ Esse ensino biomédico citado ainda é presente nos cursos de graduação em medicina das universidades brasileiras. Muitos cursos estão se adequando às Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina de 2001. Um exemplo de curso de medicina com uma visão holista e universal sobre a vida pode ser encontrado na Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO, cujo currículo é centrado em metodologias ativas, principalmente, a aprendizagem baseada em problemas e a metodologia da problematização. Para isso há uma transdisciplinaridade com as ciências sociais, isso reflete uma tendência significativa de renovação na compreensão do processo de formação médica. Esse processo contribui para uma formação profissional competente, humanizada e socialmente comprometida.

Melo (2007) cita outros exemplos em que a intervenção médica excessiva e/ou desnecessária pode ocorrer com mais facilidade:

* Tratamento farmacológico de fatores de risco (muitas vezes sem nenhum ganho de saúde para o doente, como é o caso de tomar vitaminas).

* Excesso de programas de rastreamento de doenças.

* Excessos de diagnósticos, pois ao rotular sintomas medicamente inexplicados criam-se pseudo-diagnósticos como, por exemplo, síndrome da fadiga crônica, a fibromialgia, neurose, dentre outras.

* Medicalização da vida, que consiste em definir um número crescente de problemas da vida diária como sendo problemas médicos a medicar.

Abaixo se reproduz um quadro explicativo que Melo (2007) aponta como sendo os fatores associados à intervenção médica excessiva:

Quadro 2 – Fatores associados à intervenção médica excessiva

<p>Doentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Falsas expectativas dos doentes (<i>Media, Internet</i>)• «Promoção da doença» na população; <i>Marketing</i> do medo• Ideia de que prevenir é sempre melhor que tratar• Falta de conhecimentos de saúde dos cidadãos• Pressão consumista dos doentes• Queixas vagas: hipocondria, somatização, neurose... <hr/> <p>Médica</p> <ul style="list-style-type: none">• Desatualização Médica de conhecimentos• Influência da Indústria Farmacêutica• Excessos de Diagnósticos; medicalização• Incerteza médica; Medicina Defensiva

Fonte: Melo (2007, p. 290)

Pensando na superação prática, na proposta por Melo (2007), algumas condições são favorecedoras para que os profissionais médicos possam exercer a prevenção quaternária, são elas:

- * Ter uma perspectiva biopsicossocial, modelo holístico, centrado na pessoa;
- * Aceitar que existem queixas clinicamente não explicáveis;
- * Evitar pseudo-diagnósticos e rótulos (primeiro passo para a medicalização);
- * Investir na relação médico-paciente, com envolvimento do paciente e decisão compartilhada;
- * Decisão baseada na evidência: que se adapta a melhor às circunstâncias individuais da pessoa;
- * Atualização de conhecimentos: formação contínua (isenta de interesses comerciais), seleção e leitura crítica dos textos científicos;
- * Adoção de boas práticas médicas: uso de protocolos (diagnósticos e terapêuticos) desenvolvidos *inter pares*, adaptados localmente e baseados nas melhores evidências;

Como a prevenção quaternária se entrelaça nas relações estabelecidas entre as pessoas, ou seja, profissionais médicos e pacientes, as pequenas reações também possuem potenciais iatrogênicos. Foi visto ao longo deste trabalho vários exemplos, como o médico que receitou cadeados, de como os serviços de saúde tratam de forma iatrogênica as pessoas em situação de obesidade. Sobre esse fato, pode-se afirmar que:

Referir-se a um paciente como “histórico” pode servir para estimular e perpetuar essas mesmas características. Expressões comuns podem causar dano quando o profissional afirma, como um veredicto, que uma doença não tem cura e/ou afirma diagnósticos ou prognósticos que se fixam nos pacientes, como, por exemplo, “ferida no útero”, “tomar remédio para sempre”, “sinusite crônica”. (NORMAN e TESSER, 2009, p. 2014)

Está aumentando a cada dia o número de pessoas que querem se submeter à cirurgia de redução de estômago. Será que todas as pessoas que se submetem têm a indicação perfeita para tal procedimento? É claro que não. Se fosse ao contrário, não haveria casos de problemas psiquiátricos pós-cirurgia, de reengorda, dentre outros.

O discurso médico-científico garante que o melhor tratamento para obesidade mórbida é a cirurgia. Entretanto, é bom salientar que há outros tipos de procedimentos que também podem acarretar o emagrecimento. Para evitar esse potencial iatrogênico da cirurgia, que realmente existe hoje em dia, é preciso que os profissionais de saúde alterem sua prática, que pensem em termos de prevenção quaternária.

As mulheres entrevistadas delegam grandes poderes aos médicos, como consequência também grandes responsabilidades. O tratamento com pessoas em situação de obesidade deve sempre se pautar pela constante prevenção quaternária. As mulheres pesquisadas passaram boa parte da vida indo de médico em médico tentando o emagrecimento, que nem sempre acontecia de forma duradoura.

No âmbito das microrrelações, portanto, é de vital importância enxergar a mulher obesa e também a magra sabendo que o profissional médico, que tem sua base alicerçada em um conhecimento científico limitado frente a complexidade da vida, é em graus variáveis iatrogênico. Ou seja, além da difícil tarefa de enxergar o outro a sua frente, o médico precisa entender sua potencialidade iatrogênica.

O caminho percorrido nesse trabalho culmina nesse último capítulo no intuito de refletir, de forma mais teórica, sobre pressupostos que norteiam a questão dos discursos hegemônicos e as práticas sociais. Do caráter epistemológico das ciências médicas, passando pela divulgação de suas explicações, até chegar às interações face a face com as mulheres portadoras de obesidade, há a possibilidade de aparecimento de atitudes iatrogênicas com consequências para o convívio em sociedade. É imprescindível que o discurso médico-científico realize uma autocrítica para compreender seu potencial iatrogênico. Essa autocrítica pode ser balizada pela superação epistemológica revendo pressupostos metodológicos do fazer ciência e na superação prática exercida pela prevenção quaternária na relação médico e paciente obesa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em toda história da humanidade o corpo exerceu papel primordial na estrutura das sociedades, cada qual com suas manifestações culturais específicas. Com os avanços do ser humano em direção à liberdade de se obter o conhecimento e da investigação/explicação dos fenômenos, o corpo e tudo aquilo que ele carrega passou a ser esquadrihado pelas diversas ciências, a Sociologia é uma delas.

A questão é que o corpo carrega consigo uma pluralidade de outros fenômenos, de variadas naturezas, que precisam ser abarcados quando a ele se refere. Junte-se a esse fato, a multiplicidade de significados inerentes a cada regime de representação cultural em que o corpo está situado. A lógica atual do culto ao corpo com desenvolvimento acelerado das tecnologias biomédicas contribui ainda mais para fornecer um caráter multifacetado à existência corporal.

Foi dentro dessa paisagem histórica e multifocal que se inseriram as discussões realizadas ao longo desse trabalho. A reflexão sobre obesidade e magreza feita por meio dos corpos das mulheres obesas e ex-obesas carecia de uma análise sociológica que perpassasse pelas perspectivas discursivas médica-científica e cultural sexista consideradas por essa tese como hegemônicas.

Nunca na história se proferiu tanto discurso, como atualmente, sobre os males causados pela obesidade. Por outro lado e, como consequência, nunca se idolatrou tanto o corpo magro. Variados discursos agem nas consciências particulares com vistas a aumentar ainda mais o fosso existente entre a obesidade e a magreza. A mídia, por exemplo, é um importante divulgador dessa situação. Como bem salienta Amaral (2011), este discurso age com um aglutinador das verdades (por exemplo, médico-científicas e culturais sexistas) sobre o corpo, difundindo e ratificando certezas.

Entretanto, quando a perspectiva de análise se volta para o maior incentivador desse fosso, é preciso refletir sobre o discurso médico-científico. É nele que se concentra a legitimidade científica para proferir verdades explicativas sobre os males de um corpo e os benefícios de outro. Ao mesmo tempo em que as bases científicas são estruturadas pela

medicina instituindo uma espécie de medicalização da vida, há um discurso cultural sexista que reproduz na sociedade, com maior violência nas mulheres, anseios de uma valorização ao culto da magreza.

Essas premissas foram discutidas ao longo desse trabalho com o objetivo de analisar, a partir da percepção de mulheres obesas e ex-obesas, os impactos que os discursos hegemônicos exercem em seus olhares em relação à dicotomia exclusão e inclusão dos corpos obesos e magros. Da articulação desses discursos se estabelecem normatividades de saúde e estética que contribuem sobremaneira para a produção do estigma da obesidade e da representação social negativa do corpo obeso. Estes foram discutidos pela perspectiva das vivências das mulheres refletindo um olhar normativo que exclui, um subjetivo que auto exclui e outro subjetivo que auto inclui.

A todo o momento da vida cotidiana as pessoas estão sendo pressionadas por inúmeras mensagens e apelos midiáticos para a internalização de um padrão cultural de corpo. Vê-se que a estética da magreza é o ideal e, cujo fantasma, o excesso de gordura causador de doenças, está sempre presente e, portanto, precisa ser combatido. Nesse contexto, qualquer mulher portadora de obesidade é amplamente condenada, o que pode gerar como consequência, por exemplo, o grande número de mulheres que se submetem à cirurgia de redução de estômago⁹⁸.

Vive-se, então, em uma sociedade por onde circulam pretensas verdades que gozam de uma maior ou menor legitimidade perante as pessoas. O presente trabalho acredita que a ideia da legitimidade discursiva em relação à obesidade, advinda de uma convergência entre o saber e o poder se instauram nas práticas sociais condicionando as interações na vida cotidiana. Assim, o estigma da obesidade existe porque há discursos que instituem a magreza como sendo o parâmetro que todos os corpos devem seguir. Ao mesmo tempo em que institui a padronização, criam-se também as formas de adequação.

Essas formas de mudança corporal, que no discurso médico-científico são vistas como tratamentos, estruturam a interseção da obesidade como sendo o patológico e a magreza como o normal. Essa maneira própria de parte da medicina de enxergar esse fenômeno repercute nas verdades explicativas, bem como na prática médica. Identificou-se

⁹⁸ É importante ressaltar que um novo corpo que se enquadra nos padrões discursivos hegemônicos não se concretiza somente por meio do tratamento vinculado à cirurgia de redução de estômago. Há outros tipos de tratamentos que podem também acarretar esse emagrecimento. A cirurgia foi o meio escolhido nesse trabalho para analisar o fenômeno.

nas narrativas que no discurso médico-científico há uma tendência em ver não uma mulher com muitos quilos a mais do que é preconizado, mas sim, uma pessoa doente que necessita de intervenção emergencial. Embora possa dizer que o discurso médico-científico é contraditório, a legitimidade médica diante da doença obesidade confere a necessidade da intervenção, do tipo de tratamento e seu prognóstico. Por conta disso, muita das vezes ignora os efeitos psicossociais de suas verdades.

Esse medo da falta de saúde pode ser constatado todos os dias nas diferentes formas de mídia e foi analisado ao longo desse trabalho. Com a concepção de medicalização da vida, o discurso médico-científico se coaduna com uma cultura sexista que faz emergir os anseios por um corpo belo, saudável e jovem. Como já citado, segundo Del Priore (2009), essa é a tríade que configura a identidade feminina na atualidade. A análise das narrativas corrobora com a perspectiva da autora, demonstrando a interligação entre os discursos hegemônicos. Mostra também a violência com que os discursos agem com as mulheres obesas consideradas doentes e diferentes.

Essa incapacidade dos discursos hegemônicos em não abarcar os corpos diferentes repercute sobremaneira nos olhares das mulheres entrevistadas que veem e sentem as consequências de possuir um estigma. Identidade e diferença; magreza e obesidade; inclusão e exclusão. A tese apresentou três dimensões dos olhares sobre essas dicotomias que andam juntas: o olhar social normativo que exclui, olhar individual subjetivo que auto exclui e olhar individual subjetivo que auto inclui.

O presente trabalho contribui para que essas consequências de se viver com estigma da obesidade sejam entendidas do ponto de vista das mulheres estigmatizadas. São elas que conhecem as normas sociais que as excluem dos contextos sociais de interação, dos espaços públicos, do convívio com o outro. São elas que, em suas vivências, transitam entre a auto exclusão e a auto inclusão. São essas pessoas que precisam ser compreendidas e não ao contrário como reza o senso comum. São os discursos hegemônicos que precisam se alterar em direção a uma compreensão não estigmatizante da obesidade.

Analisadas as influências e consequências dos discursos hegemônicos na vida cotidiana das mulheres, a tese propôs teorizações que viabilizam a superação do principal discurso estigmatizante da obesidade, que é o médico-científico. Parte-se do pressuposto que, pela crítica empreendida nesse estudo, de uma limitação epistemológica, as consequências da medicina para as pessoas obesas podem ser iatrogênicas ou danosas.

Essa afirmação é possível se for analisada sob a perspectiva conceitual da Iatrogênese Social. Afora os radicalismos da época em que Illich (1976) escreveu suas teorias, este conceito se constitui bem atual para explicar o caráter iatrogênico inerente ao discurso médico-científico e sua prática. Nesse contexto, tira-se a autonomia plena das pessoas a possibilidade de decidirem sobre a saúde, sua doença e o papel de se perceberem como doentes.

É importante nesse ponto revisitar uma conceituação que Ivan Illich faz já no final de sua vida. Segundo Nogueira (2003), na década de 1990 Illich faz uma revisão de suas ideias e aponta uma Iatrogênese do Corpo que retrata a auto percepção do corpo e diz que este se tornou iatrogênico, há uma busca patogênica pela saúde do corpo por meio do auto cuidado e da autoajuda. Observa assim possíveis e iniciais formas de liberdade em uma sociedade moralmente e cientificamente marcada pela institucionalização das ciências médicas.

Com esse aporte conceitual, pode-se dizer que a medicalização da obesidade chega à atualidade como um importante fator iatrogênico. São receitas e mais receitas de medicamentos, drogas controladas que podem levar à dependência (por exemplo, as anfetaminas), intervenções cirurgias sem indicação plena e um discurso que tudo é possível se tiver força de vontade. Nessa perspectiva, cada pessoa é tratada pela medicina como sendo um anônimo que pertence a uma totalidade orgânica. Soma-se a esse fato a ampla divulgação ambivalente que as diferentes formas de mídia realizam em se tratando desse fenômeno.

Além de explicitar a mediação dos discursos com a prática social, a tese promoveu uma discussão em relação a uma possível superação do discurso médico-científico. A superação denominada de epistemológica examinada em uma perspectiva macrosociológica e a superação prática entendida de forma microsociológica das interações entre médico e paciente.

A superação epistemológica só é possível se os pressupostos teóricos e metodológicos das explicações médico-científicas forem revistos. É impossível compreender o ser humano na sua integralidade apenas com uma formação quantitativa, biomédica, cujo foco principal se encontra na doença. Alia-se a esses fatores a hiperespecialização da medicina, faz-se então "do cientista um ignorante especializado que faz do cidadão comum um ignorante generalizado" (SANTOS, 2005, p. 88).

Na superação prática, a tese partiu da ideia de que se o médico tem um potencial iatrogênico, este pode causar danos psicossociais às mulheres obesas. Essa situação pode ser alterada e/ou minimizada introduzindo na formação médica a ideia de prevenção quaternária. Esta visa prever possíveis ações iatrogênicas e combatê-las, como exemplo, não permitir que uma mulher sem indicação psicológica se submeta à cirurgia de redução de estômago. Muito embora a decisão de se submeter à cirurgia seja compartilhada entre paciente e equipe médica, diminuindo a Iatrogenia, observaram-se que as motivações são pautadas diretamente na tríade saúde-beleza-juventude. Ou seja, os motivos transitam entre as verdades proferidas pelos discursos hegemônicos.

Portanto, é fato que as discursividades médicas colaboram para uma sociedade mais saudável e para a promoção de saúde, mas também é preciso enxergar os potenciais iatrogênicos que causam consequências drásticas na vida das pessoas. Em um estudo realizado nos Estados Unidos por Gudzone et al (2013), identificou-se, na amostra de médicos pesquisados por meio de filmagens de suas consultas, uma tendência em tratar melhor pacientes magros do que os obesos. Observou-se uma maior falta de empatia dos médicos em relação às pessoas obesas, constituindo-se assim, em atitudes iatrogênicas. A obesidade é emblemática nesse sentido, pois a confluência desse discurso com uma cultura sexista engendra práticas divulgadas sem uma crítica, transformando as intervenções médicas em uma legítima panaceia.

Observa-se que o caráter multifacetado do problema proposto nesse trabalho, até aqui reafirmado, careceu de uma abordagem também plural. Seria impossível, por exemplo, estabelecer uma transversalidade teórica entre muitos autores e autoras imprescindíveis à explicação do fenômeno. Importante considerar que os estudos sociológicos sobre obesidade e magreza se concentram mais em explicações pautadas nos discursos culturais e midiáticos do que no médico-científico. Daí a necessidade do presente trabalho de se utilizar de estudos da sociologia da cultura, da sociologia do corpo, da sociologia da medicina, da contribuição da perspectiva feminista de gênero, bem como de outras áreas do conhecimento como a Antropologia, História, Medicina, Saúde Coletiva, Psicologia e Filosofia.

Essa convergência de autoras e autores para a explicação do fenômeno possibilitou análises que contribuíram para contemplar os objetivos e dar respostas ao problema de pesquisa. Na perspectiva de Santos (2005, p. 76), "os temas são galerias por onde os

conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros". O importante também é que, no final, a análise sociológica se fez presente.

Muitos dos conceitos aqui utilizados, embora a sociologia tenha participado de suas teorizações, não são utilizados com frequência por essa ciência social. Reporta-se, primordialmente, aos conceitos de Iatrogênese Social e prevenção quaternária. Estes são mais utilizados atualmente pelas áreas da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunidade. O que remete mais uma vez a tese defendida nesse trabalho de que uma mudança epistemológica no discurso médico-científico se faz necessária. São duas das áreas da Medicina que mais buscam a interlocução com outros conhecimentos, principalmente, os advindos da Sociologia. Ao que parecem, os dizeres de Santos (2005, p. 69) começam a se concretizar, pois "à medida que as ciências naturais se aproximam das ciências sociais estas aproximam-se das humanidades".

É importante que um trabalho dessa envergadura não se resuma só a ele, mas ao contrário, que suscite mais discussão e novos desdobramentos de pesquisa. Embora esse trabalho contemple uma contribuição de gênero no que tange ao discurso cultural sexista, seria importante que outras investigações pautassem por essa perspectiva mais aprofundada, principalmente levantando o questionamento da distinção da relação obesidade e magreza em homens e mulheres. Com certeza, agregando em um só estudo empírico suas narrativas sobre a dicotomia exclusão e inclusão poderiam emergir novas percepções e outras características importantes com relação à forma como se dá a intervenção dos discursos hegemônicos.

Infelizmente, um trabalho, mesmo sendo uma tese, carece de limitações, fazendo com que o pesquisador tome decisões e estabeleça recortes. Por isso, não somente em relação a uma perspectiva de gênero, mas outros tantos problemas de pesquisa poderiam vir a ser interrogados, por exemplo, analisar as narrativas de pessoas que utilizaram outras formas emagrecimento que não dependem de intervenções médicas. Espera-se que esse trabalho suscite tais desdobramentos.

Nesse sentido, as considerações finais também podem se constituir em "considerações futuras", não só para outras pesquisas de outros pesquisadores, mas também para o próprio autor. A ocorrência de uma forte proximidade deste trabalho sociológico com áreas da Medicina abre um leque de opções que podem ser viabilizadas. A questão da Iatrogênese e da medicalização da vida está em voga em outras áreas, além das

já citadas, inclui-se a psicologia, carecendo sobremaneira de uma discussão e interlocução com o viés sociológico.

Esse trabalho procurou abordar questões que envolvem os corpos de mulheres e discursos hegemônicos que gozam do poder legítimo. Tudo isso é muito arraigado na sociedade contemporânea e, por consequência, nas consciências particulares que se movem na vida cotidiana sem realizar uma crítica sobre os fenômenos. E isso, em um primeiro momento, também serve para o pesquisador. Com o desenrolar da pesquisa, do diálogo da realidade com as teorias, o fenômeno estudado acaba por se tornar mais visível ou inteligível.

O foco hoje é divulgar os benefícios psicossociais de se inserir na tríade beleza-saúde-juventude, caso contrário, a aceitação social plena poderá ficar seriamente comprometida. Acredita-se que esse trabalho tenha contribuído para demonstrar a forte influência, muita das vezes negativa, pois reafirma a obesidade como diferença e a magreza como identidade, que as discursividades médicas inseridas em uma cultura sexista exercem sobre os corpos das mulheres, sejam elas obesas ou ex-obesas.

De forma a concluir, o desejo que fica é que um dia as dicotomias deixem de existir. Que as pessoas entendam que padrões não são determinantes e obrigatórios. Que os discursos hegemônicos, principalmente o médico-científico, trabalhem para diminuir o fosso existente entre os processos de exclusão e a inclusão em relação à obesidade. E que não precisemos ver mais reportagens que informam: *"Jovem de 26 anos morreu após tomar medicamento restrito pela ANVISA. Em Goiânia, médica foi procurada, mas não se manifestou sobre o caso"*⁹⁹.

⁹⁹ Juliana Paula Silva tinha 1,76 metros e pesava 92 quilos. Insatisfeita, segundo a família, ela procurou uma clínica de estética para iniciar o tratamento. Após passar mal depois de tomar dois remédios à base de sibutramina e de fluoxetina, a jovem não resistiu e morreu na quinta-feira (27), na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Aparecida de Goiânia, na Região Metropolitana. Reportagem do dia 29/12/2012. Versão completa disponível em: <[http://g1.globo.com/goias/noticia/2012/12/medica-que-receitou-remedio-para-emagrecer-era-pediatradi z-cremego.html](http://g1.globo.com/goias/noticia/2012/12/medica-que-receitou-remedio-para-emagrecer-era-pediatradi-z-cremego.html)>. Acesso em: 01 abr. 2013.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3. ed. Itapevi: AC Farmacêutica, 2009.

ABREU, Cristiano Nabuco de; CANGELLI FILHO, Raphael. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-constructivista de psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004, p. 177-183.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

ADELMAN, Miriam. Mulheres atletas: re-significações da corporalidade feminina. **Revista Estudos Feministas.**, jul./dez. 2003, v.11, n.2, p. 445-465.

AGUIRRE, Patrícia. Aspectos socioantropológicos da obesidade na pobreza. In: PENÃ, Manuel; BACALLAO, Jorge (ed.). **Obesidade e pobreza: um novo desafio à saúde pública**. São Paulo: Roca, 2006. p. 12-26.

ALMEIDA, Rogério José de. **Gastroplastia e a reconstrução da identidade**. Goiânia: Canone Editorial, 2009a.

_____. O corpo como produtor de identidade: o estigma da obesidade em Goiânia. In: MARINHO, Thaís et al (orgs.). **Goiás e a (pós) modernidade: dimensões e reflexões**. Goiânia: UCG, 2009b.

_____. Às novas magras: a reconstrução identitária de mulheres que se submeteram à cirurgia de redução de estômago. **Espaço Plural**. Ano XI, n. 23, 2º semestre 2010. p. 58-70.

ALMEIDA, Lúcio Meneses. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n.1, jan./jun. 2005, p. 91-96.

AMARAL, Marcela Carvalho Martins. **Culto ao corpo e estilo de vida entre as mulheres**. 321 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2011.

ARASAKI, Carlos Haruo. **Os tipos de cirurgia**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/revista/rf0102200405.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2004.

BAKHTIN, Mikhail. **A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais**. São Paulo: Hucitec; Brasília: UnB, 2008.

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Analía Soria. Preconceito e discriminação como expressões da violência. **Estudos Feministas**, ano 10, 1º semestre 2002.

BARATA, Danillo. O corpo e a expressão videográfica: a videoinstalação como estratégia de uma narrativa corporal. In: COUTO, Edvaldo Souza; GOELLNER, Silvana Vilodre (orgs.). **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d) eficiências corporais**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 105-122.

BARONIAN, Jean-Baptiste. **Baudelaire**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, 11 (1), p. 67-84, 2002.

BARROS NETO, Nelson. **Médico receita cadeados para mulher conseguir emagrecer na BA**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1182720-medico-receita-a-cadeados-para-mulher-conseguir-emagrecer-na-ba.shtml>>. Acesso em: 09 nov. 2012.

BAUDELAIRE, Charles. **As flores do mal**. São Paulo: Saraiva de Bolso, 2001.

BEULAYGUE, Isabelle-Christine. **Flirting with erotic capital: erotic capital and labor market earnings among women**. 100 f. Thesis (Degree of Master of Arts) – University of Maimi, 2012.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.

BERGER, Mirela. **Corpo e identidade feminina**. 295 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2006.

BEZERRA JR, Benilton. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: SOUZA, Alícia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 91-109.

BRASIL. **Resolução CNE/CES n. 4:** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001.

BROWN, Harriet. In obesity paradox, thinner may mean sicker. **The New York Times**, 17 set. 2012. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2012/09/18/health/research/more-data-suggests-fitness-matters-more-than-weight.html>>. Acesso em: 19 set. 2012.

BRUCH, Hilde. Body image and self-awareness. In: COUNIHAN, Carole, ESTERIK, Penny van (ed.). **Food and culture: a reader**. New York: Routledge, 1997. p. 211-225.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2000.

_____. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARROLL, Noël. **A filosofia do horror ou paradoxos do coração**. Campinas: Papirus, 1999.

CARVALHO, Janaína de Cássia. **Corpo feminino e mutilação: um estudo antropológico**. Goiânia: UFG, 2002.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CHRISTAKIS, Nicholas A.; FOWLER, James H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. **The New England Journal of Medicine**, n. 357, 26 jul. 2007, p. 370-379.

CISNE, Mirla. **Serviço social: uma profissão de mulheres para mulheres?** Uma análise crítica da categoria gênero na histórica "feminização" da profissão. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2004.

CODO, Wanderley; SENNE, Wilson. **O que é corpolatria?** São Paulo: Brasiliense, 1985

COLLUCCI, Cláudia. Excesso de testes desnecessários já representa grave crise na saúde dos EUA. **Folha online**, 05/04/2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/1072093-excesso-de-testes-desnecessarios-ja-representa-grave-crise-na-saude-dos-eua.shtml>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

COSTA, Jurandir Freire. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo.** Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____. A medicina como projeto social: controle dos corpos e sexos. In: SOUZA, Alícia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **Saúde, corpo e sociedade.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 133-143.

COUTO, Edvaldo Souza. Uma estética para corpos mutantes. In: COUTO, Edvaldo Souza; GOELLNER, Silvana Vilodre (orgs.). **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d) eficiências corporais.** Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 41-54.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais.** Bauru: EDUSC, 1999.

CUMINALE, Natália. O perigoso elogio da gordura. **Revista Veja**, ano 46, n. 2, 09 jan. 2013.

CUNHA, Ana Cristina Pretto Tenório da; NETO, Cândido Simões Pires; JÚNIOR, Arnaldo Tenório da Cunha. Indicadores de obesidade e estilo de vida de dois grupos de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Fitness & Performance Journal**, v. 5, n. 3, p. 146-154, 2006.

DEL PRIORE, Mary; FREIRE, Dirce de Sá. O corpo feminino e o preço da inclusão na cultura contemporânea. **Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde.** São Paulo, 20 jun. 2003.

DEL PRIORE, Mary. **Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil.** 2. Ee. São Paulo: SENAC, 2009.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo.** Lisboa: Edições 70, 1991.

DUARTE, Bárbara. David Le Breton: uma entrevista na Universidade Marc Bloch, Estrasburgo – França. **Espaço Plural.** Ano XI, n. 23, 2º semestre 2010. p. 87-91.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico.** 15. ed. São Paulo: Nacional, 1995.

ELIAS, Norbert. **O processo civilizador: uma história dos costumes.** v. 1. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ESTEBAN, Mari Luz. **Antropologia del cuerpo: gênero, itinerarios corporales, identidad y cambio.** Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2004.

FERNANDES, Flávio. Obesidade, o peso do preconceito: considerada atualmente uma doença pela medicina. **Revista Super Interessante**, n. 169, outubro 2001.

FIGUEIREDO, Simone Pallone de. **Medicalização da obesidade: a epidemia em notícia**. Tese (Doutorado Política Científica e Tecnológica), Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2009.

FISCHLER, Claude. Obeso benigno Obeso maligno. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 69-80.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, novembro/2001.

FONTES, Malu. Os percursos do corpo na cultura contemporânea. In: COUTO, Edvaldo Souza; GOELLNER, Silvana Vilodre (orgs.). **Corpos mutantes: ensaios sobre novas (d) eficiências corporais**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 73-87.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 10. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004a.

_____. **Microfísica do poder**. 20. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004b.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Agosto, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

_____. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Outubro 2001. Disponível em: <http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/A%20Mulher%20Brasileira%20%20nos%20Espacos%20Publico%20e%20Privado-Fundacao%20Perseu%20Abramo.pdf>. Acesso em: 22 out. 2005.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, jan/mar 2012, p. 21-34.

GERASSI, John Gerassi. **Entrevista com Simone de Beauvoir**. *Society*, Jan./Feb. 1976, p. 79-85. Disponível em: <http://www.simonebeauvoir.kit.net/artigos_p02.htm>. Acesso em 13 jul. 2012.

GIDDENS, Antony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDENBERG, Mirian; RAMOS, Marcelo Silva. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Nu e vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOLDENBERG, Mirian. O corpo como capital. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **O corpo como capital**: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira. Barueri: Estação das Letras e Cores, 2007. p. 17-31.

GROSZ, Elisabeth. Corpos reconfigurados. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena (orgs.). **Cadernos PAGU**: corporificando gênero. Campinas, v. 14, 2000. p. 45-86.

GUDZUNE, K. A et al. Physicians build less rapport with obese patients. **Obesity**, 2013.

HAKIM, Catherine. Erotic capital. **European Sociological Review**. 19 mar. 2010. Disponível em: <<http://esr.oxfordjournals.org>>. Acesso em: 10 set. 2012.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 5. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

_____. Quem precisa de identidade?. In: SILVA, Tomaz Tadeu. (org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 103-133.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-129.

HEGENBERG, Leônidas. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Friocruz, 1998.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ILLICH, Ivan. **Medical nemesis: the expropriation of health**. New York: Pantheon Books, 1976.

JAMOULE, Marc. **Quaternary prevention: first, do not harm**. MJ, P4, final draft. Brasília, June 24, 2011. Disponível em: < http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_en.pdf >. Acesso em: 02 jan. 2013.

KOLATA, Gina. Cientista que descobriu o gene da obesidade contesta epidemia. **The New York Times**. 2000. Disponível em:<<http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/nytimes/ult574u4093.jhtm>>. Acesso em: 08 jun. 2004.

KRISTEVA, Julia. **Pouvoirs de l'horreur: essai sur l'abjection**. Paris: Éditions du Seuil, 1980.

LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

LARA, Nuria Pérez de. Imagens do outro: imagens, talvez, de uma outra função pedagógica. In: LARROSA, Jorge; LARA, Nuria Pérez de. (orgs.). **Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 180-192.

LARROSA, Jorge; LARA, Nuria Pérez de. Apresentação. In: __. (orgs.). **Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 7-11.

LE BRETON, David. A síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de (org.). **Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

_____. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LIMA, Cristiane. Gordinhos nunca mais. **Jornal Diário da Manhã**, 05 fev. 2011. Disponível em: <www.dm.com.br/noticias.php?id=258180>. Acesso em: 10 dez. 2011.

LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio**: ensaios sobre o individualismo contemporâneo. Lisboa: Relógio D'água Editores, 1998.

LOUIS, Marie-Victoire. Diga-me: o que significa gênero? **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, v. 21, n. 3, p. 711-724, set./dez. 2006.

MARCHESINI, Simone D. Psicologia e cirurgia da obesidade. In: MARCHESINI, João Batista (ed.). **Aos novos magros...** Curitiba: Center Design, 2001. p. 25-46.

MARQUES-LOPES, Iva et al. Aspectos genéticos da obesidade. **Revista de Nutrição**, n. 17, v. 3, Campinas, jul./set. 2004, p. 327-338.

MATARAZZO, Cláudia. **Beleza 10**: um guia de cuidados para todas as mulheres. São Paulo: SENAC, 1998.

MELO, Maria Edna de. **Os números da obesidade no Brasil**: Vigitel 2009 e POF 2008-2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade%20no%20Brasil%20VIGITEL%202009%20POF%2008_09%20%20II.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

MELO, Miguel. A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 2007:23, 289-293.

MICHELAT, Guy. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, Michel. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 3. ed. São Paulo: Polis, 1982. p. 191-211.

MISKOLCI, Richard. Reflexões sobre normalidade e desvio social. **Estudos de sociologia**. Araraquara, v. 13-14, 2003, p. 109-126.

MIRA, Maria Celeste. Da higiene à musculação: esboço para um estudo das mudanças nas concepções e práticas corporais através da história da educação física. **XXVIII Encontro da ANPOCS**, 2004.

MORAES, Maria Lygia Quartim. Marxismo e feminismo: afinidades e diferenças. **Revista Crítica Marxista**, n. 11, São Paulo, 2000.

MORIN, Edgar. **Para sair do século XX**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

_____. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 18. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MULLANEY, Jamie L. Making it “count”: mental weighing and identity attribution. **Symbolic Interaction**. 22 (3), 1999. p. 269-283.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, fev/2003, p. 185-190.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (9): set./2009, p. 2012-2020.

OLIVA, Alberto. Cabe ainda invocar o método científico universal? In: SOUZA, Alícia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 19-46.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS. **Obésité**: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale: rapport d'une consultation de l'OMS. Genève: OMS, 2003. 300 p. (Série de Rapports Techniques; 894).

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (4), p. 492-499, 2008.

PAIVA, Luciana Laureano. Corpos amputados e protetizados: “naturalizando” novas formas de habitar o corpo na contemporaneidade. In: COUTO, Edvaldo Souza; GOELLNER, Silvana Vilodre (orgs.). **Corpos mutantes**: ensaios sobre novas (d) eficiências corporais. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 143-163.

PINTO, Celi Regina Jardim. **Com a palavra o senhor Presidente Sarney**: ou como entender os meandros da linguagem do poder. São Paulo: Hucitec, 1989.

PINTO, Luiz Fernando. Aspectos psicológicos da obesidade. **Boletim da SBEM REG. Ba/Se**, jan/mar. 1999. p. 49-55.

PLACER, F. Gonzáles. Identidade, diferença e indiferença: o si mesmo como obstáculo. In: LARROSA, Jorge; LARA, Nuria Pérez de. (orgs.). **Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 135-151.

PONTE-VIANSSON, Pierre. **Entrevista com Simone de Beauvoir**. 10-11 jan. 1978. Disponível em: <http://www.simonebeauvoir.kit.net/artigos_f01.htm>. Acesso em: 13 jul. 2012.

POPE JR., Harrison G.; PHILLIPS, Katharine A.; OLIVARDIA, Roberto. **O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PORTO, Marcus C. et al. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, dez. 2002, v.46, n.6, p. 668-673.

QUINTANEIRO, Tânia. **Retratos de mulher: o cotidiano feminino no Brasil sob o olhar de viajeros do século XIX**. Petrópolis: Vozes, 1995.

RABELO, Danilo. **Os excessos do corpo: a normatização dos comportamentos na Cidade de Goiás, 1822-1889**. 1997. 215 f. Dissertação (Mestrado em História das Sociedades Agrárias) – Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1997.

RIBEIRO, Liliane Brum. A anatomia do belo: cirurgia plástica estética e a construção da diferença. **XXVIII Encontro da ANPOCS**, 2004.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBISON, Jon. **The search is over! Science in la, la land**. 2008. Disponível em: <<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=the%20search%20is%20over!science%20in%20lalaland&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.jonrobison.net%2FNutrition%2520Articles%2FSocial%2520Contagion.doc&ei=jJFUUP-CM4O09QTy2IHYCQ&usg=AFQjCNGC9m4rSyRGBTucFP1OtYmeVwnql Q>>. Acesso em: 10 out. 2011.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

ROHDEN, Fabíola. Sexualidade e gênero na medicina. In: SOUZA, Alícia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 157-180.

RUSSO, Jane. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: SOUZA, Alícia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 183-194.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: __. **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001.p. 97-118.

SEGATO, Rita. Os percursos de gênero na antropologia e para além dela. Brasília, **Sociedade e Estado**. Dossiê feminismos e gênero. V. 12, n. 2, 1997.

SEGATTO, Cristiane; PEREIRA, Paula. Obesidade zero. **Revista Época**, Rio de Janeiro, n. 275, ago. 2003. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT590194-1653,00.html>>. Acesso em: 21 mar. 2004.

SERRA, Giane Moliari Amaral; SANTOS, Elizabeth Moreira dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2003, v. 8, n. 3, p. 691-701.

SERRANO, Solange Queiroga et al . Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA DA OBESIDADE (SICO). **Projeto "Cirurgia da Obesidade" (redução do estômago)**. Goiânia, jul. 1999.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 73-101.

SOARES, Carmem Lúcia. **Educação física: raízes europeias e Brasil**. São Paulo: Autores Associados, 1994.

STEEMBURGO, Thais; AZEVEDO, Mirela J. de; MARTÍNEZ, Alfredo. Interação entre gene e nutriente e sua associação à obesidade e ao diabetes melito. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, n. 53, v. 5, 2009, p. 497-508.

STEIN, Rob. Obesity spreads in social circles as trends do, study indicates. **The Washington Post**, 27 jul. 2007. Disponível em: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/07/25/AR2007072501353_pf.html>. Acesso em: 20 abr. 2011.

STENZEL, Lúcia Marques. **Obesidade: o peso da exclusão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

STUNKARD, Albert J. Fatores na obesidade: visões atuais. In: PENÃ, Manuel; BACALLAO, Jorge (ed.). **Obesidade e pobreza: um novo desafio à saúde pública**. São Paulo: Roca, 2006. p. 27-33.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da Iatrogenia e educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 180 31 (2): p. 180-185, 2007.

TEIXEIRA, Filipa Valente; PAIS-RIBEIRO, José Luis; MAIA, Ângela Rosa Pinho da Costa. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. **Revista Associação Médica Brasileira**, 58 (2), 2012, p. 254-262.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, jan./jun. 2006, p. 61-76.

TONIAL, Sueli Rosina. **Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância**. Recife: Instituto materno infantil de Pernambuco (IMIP), 2001.

TRINCA, Tatiane Pacanaro. **O corpo-imagem na "cultura do consumo": uma análise histórico-social sobre a supremacia da aparência no capitalismo avançado**. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Marília, 2008,

TUNES, Elizabeth; RAAD, Ingrid Lílian Fuhr. Quando a medicina adoece. **I Congresso iberoamericano de ciencia, tecnología, sociedad e innovación CTS + I**. Junho/2006.

VILLAÇA, Nízia. **Em pauta: corpo, globalização e novas tecnologias**. Rio de Janeiro: Mauad: CNPq, 1999.

VILLAÇA, Nízia; GÓES, Fred. **Em nome do corpo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

VINCENT, Gérard. Uma história do segredo? In: PROST, Antoine; VINCENT, Gérard (orgs.). **História da vida privada 5: da primeira guerra a nossos dias**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader Burihan (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2001.p. 16-26.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-72.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTAS – MULHERES EX-OBESAS

	Pré	Pós
Obesidade como um problema	()	()
Estética (auto-imagem)	()	()
Estética (imagem dos outros)	()	()
Família	()	()
Comida	()	()
Amigos (vizinhos)	()	()
Trabalho	()	()
Sexualidade	()	()
Relação com outros obesos	()	()
Tratamentos (histórico)	()	
Conhecimento da cirurgia	()	
Por que fez a cirurgia?	()	

ROTEIRO DE ENTREVISTAS – MULHERES OBESAS

Temas as seres discutidos	
Obesidade como um problema	()
Estética (auto-imagem)	()
Estética (imagem dos outros)	()
Família	()
Comida	()
Amigos (vizinhos)	()
Trabalho	()
Sexualidade	()
Relação com outros obesos	()
Tratamentos (histórico)	()
Conhecimento da cirurgia	()
Por que não fez a cirurgia?	()

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA – PPG/SOL

PROJETO DE PESQUISA DOUTORADO

DO CORPO OBESO AO CORPO MAGRO: AS DISCURSIVIDADES, AS INTERVENÇÕES MÉDICAS E OS NOVOS OLHARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em um projeto de pesquisa intitulado DO CORPO OBESO AO CORPO MAGRO: AS DISCURSIVIDADES, AS INTERVENÇÕES MÉDICAS E OS NOVOS OLHARES. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Após ser esclarecida sobre as informações abaixo descritas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que este em duas vias, ficando uma via com você e a outra com o Pesquisador Responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Se aceitar participar e depois retirar seu consentimento, não será prejudicada em seu tratamento. Todas as informações obtidas serão confidenciais. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Pesquisador Responsável ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA no e-mail ROGERIOUFG@HOTMAIL.COM ou no telefone (62) 8575-3207.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Fui informada que este estudo visa analisar, por meio de entrevistas, os impactos subjetivos – auto-imagem corporal, aceitação de seu corpo, sexualidade –; e sociais – interação social com o outro, trabalho, amizades, família – investigando as variáveis sociais, culturais, psicológicas, médicas, da transição de mulheres de um corpo considerado socialmente e cientificamente como sendo obeso para um corpo magro por meio da cirurgia de redução de estômago, tendo como categorias analíticas a dicotomia exclusão e inclusão. E compreender como essas variáveis se configuram em mulheres que se submeteram a essa cirurgia com o intuito de emagrecer biologicamente, socialmente e psicologicamente, procurando identificar as particularidades representacionais pelo olhar de gênero.

Fui igualmente informada de que tenho toda liberdade de me recusar a participar ou mesmo retirar meu consentimento, em qualquer fase do desenvolvimento da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. A pesquisa garante total sigilo para assegurar minha privacidade, sendo todos os dados sobre mim confidenciais.

Fui também informada de que os resultados desta pesquisa serão apresentados em Tese de Doutorado a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de Brasília – UnB. E que, depois que os resultados forem apresentados na defesa da Tese, serei comunicada, via correio, do local em que um exemplar completo da Tese defendida estará disponível para minha consulta ou para ser fotocopiado.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____,
CPF _____, endereço _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo DO CORPO OBESO AO CORPO
MAGRO: AS DISCURSIVIDADES, AS INTERVENÇÕES MÉDICAS E OS NOVOS
OLHARES como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pelo Pesquisador
ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos,
assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me
garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a
qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento e
que todas as informações obtidas serão mantidas sob sigilo.

Local e data: _____

Pesquisador Responsável

Sujeito da Pesquisa

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do
sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

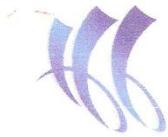
Nome: _____ Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal – CEPHA

Hospital Geral de Goiânia – HGG

Av. Anhanguera, 6479 – 5º andar – Setor Oeste – Goiânia/GO

Telefone: (62) 3201-8217



CEPHGG

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia

Goiânia, 10 de junho de 2010.

Protocolo CEPHGG: Nº 551/10

Investigador Responsável: Rogério José de Almeida

Título: "Do corpo obeso ao corpo magro: as discursividades, as intervenções médicas e os novos olhares".

Local de Realização: Hospital Geral de Goiânia / Hospital Santa Geneveva

CARTA DE APROVAÇÃO

Prezado Sr. Rogério,

Informamos que no dia 10 de junho de 2010, na reunião ordinária mensal do **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia**, foram analisados o Projeto de Pesquisa acima referido bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo estes considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Solicitamos ao pesquisador que encaminhe os relatórios parciais semestralmente e relatório final, bem como envie-nos possíveis Emendas, Adendos, novos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e notifique no prazo máximo de dez dias qualquer Evento Adverso Sério ocorrido no Centro e assim que forem notificados os Eventos Adversos Sérios ocorridos nos demais Centros juntamente com a avaliação e comentários do Investigador do Centro para que possamos fazer o devido acompanhamento deste estudo.

Situação: Protocolo aprovado

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa nos termos que está proposto.

Fabio Péclat

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa HGG

CEPHA - HGG
Comitê de Ética em Pesquisa Humana
Hospital Geral de Goiânia - Dr. Alberto Rassi