



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**NATÁLIA LIMA FIGUEIRÔA**

**ATUANDO OBESIDADES: UMA ETNOGRAFIA DAS CIRURGIAS  
BARIÁTRICAS**

Salvador  
2015

Natália Lima Figueirôa

# **ATUANDO OBESIDADES: UMA ETNOGRAFIA DAS CIRURGIAS BARIÁTRICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Ciências Sociais.

**Orientadora:** Profa. Dra. Elena Calvo-González

Salvador  
2015

**NATALIA LIMA FIGUEIROA**

**ATUANDO OBESIDADES: UMA ETNOGRAFIA DAS  
CIRURGIAS BARIÁTRICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais e, aprovada em dezoito de março de dois mil e quinze, pela Comissão formada pelos professores:

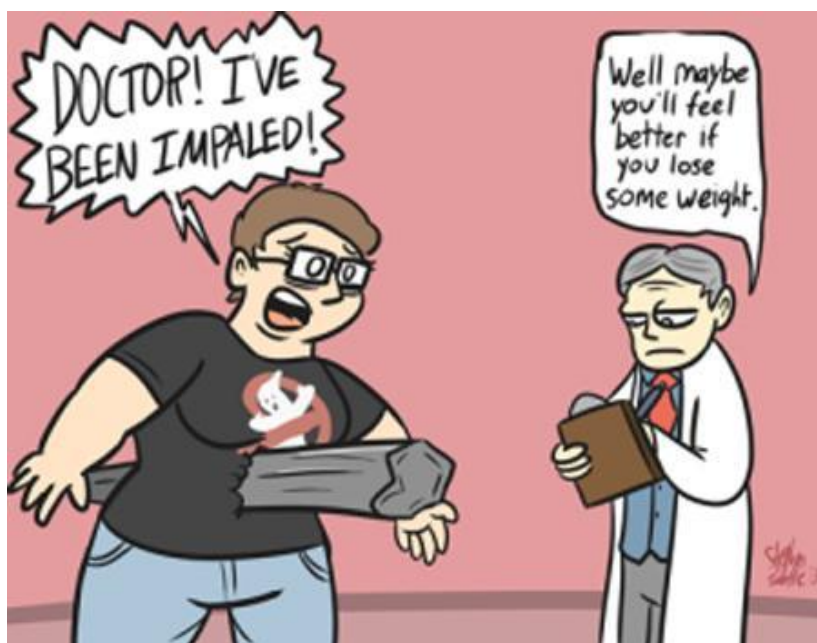
*Ligia Amparo da Silva Santos*  
Prof(a). Ligia Amparo da Silva Santos (UFBA)  
Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

*Iara Maria de Almeida Souza*  
Prof(a). Iara Maria de Almeida Souza (UFBA)  
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia

*Elena Calvo Gonzalez*  
Prof(a). Elena Calvo Gonzalez (UFBA)  
Doutora em Antropologia Social pela University of Manchester

**Conferir com o original**  
**RECIBO UFBA**

Antonio Alberto  
Assistente em Adm.



- Doutor, eu fui empalada!

-Bem, talvez você se sinta melhor perdendo algum peso.<sup>1</sup>

## AGRADECIMENTOS

<sup>1</sup> Charge atribuída a Stephen Taaffe

Agradeço aos meus pais Márcia e Ângelo (*in memorian*) pelo amor e incentivo intelectual e também a meus irmãos Marcelo e Leonardo pelo afeto e atenção ao longo da minha trajetória.

À Elena Calvo-González por ter aceitado orientar este trabalho cheio de desafios e que foi se modificando e se enriquecendo conforme seus conselhos e orientações. Também agradeço a Lígia Amparo pelo interesse em discutir e melhorar esta pesquisa e, especialmente, à professora Iara de Souza pelas referências compartilhadas.

À Pamela Moura pelo intenso amor, dedicação e paciência com as quais contei ao longo da realização deste trabalho. Agradeço também a todos os amigos, especialmente a Sara Fadigas e Thiago Dórea por todo apoio e torcida.

Agradeço imensamente a Tales e Vanessa por colaboraram e se interessarem por esta pesquisa.

Por fim agradeço ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia e em particular ao professor Clovis Zimmermann e à funcionária Dôra.

## RESUMO

Esta pesquisa procura examinar a obesidade e modo como ela é experienciada através do seu tratamento na forma da cirurgia bariátrica. No primeiro momento etnográfico alguns eventos ocorridos num ambulatório de saúde na cidade de Salvador são narrados para compreender como a obesidade é atuada de formas múltiplas, a despeito das posições teóricas que visam encerrar a controvérsia em torno da obesidade através de uma noção uniforme da mesma. Em seguida são apresentadas as realidades de dois sujeitos em seu processo de preparação para a cirurgia bariátrica, de modo a discutir as atuações das diferentes especialidades médicas envolvidas no tratamento bariátrico e evocar a noção de processo. Por fim discute-se as mudanças decorrentes da cirurgia a partir do modo como os sujeitos aprendem a lidar com a alimentação pós-cirúrgica através do desenvolvimento de habilidades, o que envolve também relativizar o que se considera sucesso neste tratamento.

**Palavras-chave:** cirurgia bariátrica; etnografia; obesidade.

## **ABSTRACT**

This research aims to examine obesity and the way it is experienced through its treatment by bariatric surgery. At its first ethnographic moment, some events that occurred at a health clinic in the city of Salvador are narrated to understand how obesity is enacted in multiple ways, regardless of theoretical positions that try to end the controversy around obesity through an uniform idea of it. Next, we present the realities of two individuals in their preparation process to bariatric surgery. We do it in a way to discuss the actions of different medical specialties involved in bariatric surgery and to evoke the notion of process. Lastly, we discuss the changes related to the surgery from the way individuals learn how to deal with postsurgical feeding through the development of abilities. This discussion also involves the relativization of the notion of success in this treatment.

**Keywords:** bariatric surgery, ethnography, obesity

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
CAPÍTULO I .....	11
1.1 Pensar a obesidade na prática: o que é a obesidade? .....	11
1.2 Situando corpos .....	19
1.3 Cirurgia bariátrica e a emergência do novo <i>self</i> .....	24
1.4 Cirurgias bariátricas: a origem e a técnica.....	30
CAPÍTULO II .....	36
2.1 Conhecendo Tales e Vanessa .....	36
2.2 Histórias de engordamento .....	43
2.3 Histórias de emagrecimento .....	46
2.4 Por que recorrer a cirurgia? .....	50
2.5 Produzindo a cirurgia bariátrica .....	52
2.6 O dia da cirurgia .....	66
CAPÍTULO III .....	69
3.1 30 dias no inferno .....	69
3.2 Desenvolvendo habilidades .....	71
3.3 Cirurgias de adequação do estômago .....	85
CONCLUSÃO .....	85
REFERÊNCIAS .....	92
ANEXOS .....	98



## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa procura examinar a obesidade e o modo como ela é atuada através do seu tratamento na forma da cirurgia bariátrica. Cirurgia bariátrica é uma nomenclatura genérica para o conjunto de técnicas de intervenções cirúrgicas com vistas ao tratamento da obesidade. Nesta pesquisa, apenas pacientes submetidos à gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux” foram considerados justo por esta ser a técnica mais utilizada atualmente no Brasil. A cirurgia bariátrica é considerada a “única intervenção eficaz a longo prazo para o tratamento da obesidade grau III” (FANDINO et al.,2004, p.50) e vem se popularizando rapidamente no Brasil. Desde 2001 este tratamento foi incorporado ao leque terapêutico do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria n.º 628/GM de 26 de abril de 2001. Dados do inquérito anual VIGITEL (Vigilância e Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), organizado pelo Ministério da Saúde, afirmam que, em 2012, 17,1% da população brasileira era obesa. No caso específico da cidade de Salvador, o mesmo inquérito estima que 14% da população adulta (maiores de 18 anos) da cidade era obesa, no mesmo ano. Analogamente, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (2013), indica que, no ano de 2010, cerca de sessenta mil pessoas realizaram o procedimento cirúrgico objetivando a redução de peso no Brasil.

Este tema me tocou, particularmente, a partir do contato cada vez mais frequente com amigos e conhecidos que estavam considerando, ou que já haviam realizado, o tratamento bariátrico e em razão das minhas leituras sobre o tema da gordura, as quais realizo desde o período da graduação. A partir de conversas informais com esses amigos, percebi que as cirurgias são um campo fértil não apenas para pensar sobre seus efeitos na vida social e cotidiana dos indivíduos mas, sobretudo, para refletir sobre a própria obesidade. O impacto de tais cirurgias na vida dos sujeitos que a realizam é absoluto. Esse impacto se dá tanto pelas rápidas mudanças e adaptações que perpassam a construção de uma nova corporalidade ancorada sob um estômago ínfimo, quanto das habilidades produzidas em face desse novo contexto.

Desta forma, empreendi uma pesquisa de caráter etnográfico que, em primeiro momento, procura demonstrar, através dos eventos ocorridos num ambulatório de saúde na cidade de Salvador, que a obesidade é atuada de formas múltiplas, a despeito das posições teóricas que visam encerrar a controvérsia em torno da obesidade através de uma noção uniforme e singular da mesma. Duas posições são identificadas logo a princípio: de um lado

pesquisadores das áreas de medicina e nutrição reivindicam a classificação da obesidade enquanto doença. Do outro, grupos de aceitação da gordura e pesquisadores dos *Fat Studies* desafiam essa concepção. A partir destas realidades eu proponho analisar de que forma a obesidade é atuada na *prática*, levando-se em consideração o conceito de ontologia múltipla formulado por Mol (2002). O termo atuação aqui utilizado faz referência a conceito utilizado por Mol (2002) em sua proposta de levar às ciências sociais e mesmo outras disciplinas (MOL; LAW,2004) a estudar a doença em sua forma prática, isto é, dando protagonismo aos acontecimentos que cercam a doença.

Com as observações de campo que se seguem, a ideia do “eu autêntico” é problematizada a partir das tramas retóricas que circundam todo o processo de *bariatrização*. A noção de “eu autêntico” surge para os sujeitos submetidos à bariátrica desde antes do paciente entrar em contato com a equipe multidisciplinar que o acompanha -quando o obeso sonha com as mudanças em sua recepção social decorrentes do corpo emagrecido -e intensifica-se dado ao discurso dos profissionais que acompanham seu tratamento e indicam ao paciente novas formas de agir em relação à comida desde antes da cirurgia.

Em seguida, são apresentadas as realidades de dois sujeitos em seus processos de preparação para a cirurgia bariátrica, de modo a discutir as atuações das diferentes especialidades médicas envolvidas no tratamento bariátrico e evocar a noção de processo. Por fim, tento repercutir as mudanças decorrentes da cirurgia a partir do modo como esses sujeitos aprendem a lidar com os hábitos alimentares no período pós-cirúrgico. Advogo que este processo de aprendizagem compete ao corpo enquanto dimensão total, não havendo mais a compreensão de um corpo que aprende a partir dos estímulos racionais de uma mente disciplinadora. Por fim, empreendo uma breve reflexão sobre o sucesso das cirurgias bariátricas, colocando em questão os benefícios deste método de emagrecimento no que se refere ao melhoramento da saúde.

Claramente, as perguntas aqui levantadas nos direcionam para muitas outras que complementam e ampliam a nossa percepção do fenômeno de emagrecimento observado após a cirurgia bariátrica, motivo pelo qual considero a contribuição das observações contidas nesta pesquisa como um pequeno passo diante das várias possibilidades de compreender o tema. Algumas destas importantes questões que tangenciam as transformações corporais decorrentes do processo cirúrgico, e que procurei aqui responder, são: como o sujeito se adapta a um novo estômago? Que lugar o ‘comer’ tem, agora, na vida do indivíduo *bariatrizado*? E, principalmente, que obesidades são fabricadas durante o tratamento da cirurgia bariátrica?

Acredito que as principais contribuições desta pesquisa residem na proposta de analisar a obesidade e a cirurgia bariátrica empiricamente, lançando possibilidades para compreender diferentes (e às vezes conflitantes) formas de experienciar a doença. Ao recusar uma definição unívoca para a obesidade e nos voltarmos para o contexto prático onde a obesidade é atuada percebemos que ela não é apenas o acúmulo excessivo de gordura mas também um problema moral, um problema de mobilidade, o sentimento de cansaço de um paciente e a não interferência no bem estar de outro, uma questão com fundo genético para os médicos e muitas outras ontologias podem ser compreendidas.

A partir noção de *eu verdadeiro*, que acompanha o desejo de mudança corporal via cirurgia, são discutidos também os pressupostos de naturalidade que sustentam a noção de autenticidade do *self* magro projetado.

Além disso, esta pesquisa procurou não considerar as mudanças decorrentes do novo estômago constituído a partir da cirurgia como uma mera transformação no órgão do paciente mas busca compreender as transformações do organismo e também como isto implica na relação com o ambiente.

## CAPÍTULO I

### 1.1 Pensar a obesidade na prática: o que é a obesidade?

Pretendo iniciar este texto com uma breve discussão a respeito da obesidade e das possíveis formas de aproximação deste objeto. Definir o que é a obesidade neste trabalho não será um esforço meramente burocrático, de compilação, ou uma estratégia de desambiguação. Trata-se, justamente, de lançar dúvidas, mais do que certezas, a respeito deste termo e, principalmente, sobre as formas usuais de abordá-lo, refletindo sobre as consequências teóricas, metodológicas e políticas que sublinham a assunção de determinados pressupostos sobre o tema.

Há uma vasta literatura sobre a obesidade que mobiliza várias disciplinas acadêmicas, tanto no campo das ciências da saúde como nas ciências humanas e sociais, observando-se neste montante uma grande diversidade de abordagens. Apesar da popularidade e do atual alcance, considerado epidêmico e global (WHO, 2000), apenas em 1990 a obesidade obteve registro no Cadastro Internacional de Doenças (CID-9) (SOBAL, 1995). Como observa-se nos trabalhos de Gilman (2008; 2010), Vigarello (2012) e Poulan (2008), as percepções sobre a gordura no ocidente variam ao longo do tempo, ora aparecendo como sinônimo de saúde e vitalidade, ora sob um enquadramento muito particular onde passa a ser considerada como doença. Segundo alguns autores (SOBAL, 1995; GILMAN, 2008), é possível traçar relações diretas entre o processo de medicalização da gordura e a transformação do valor social que ela passou a ter nas sociedades ocidentais, sobretudo a partir da década de 1950 no cenário do pós-guerra. Se antes o excesso de gordura não era sequer considerado um problema pela sociedade e governos ocidentais, aos poucos ela vai ganhando um protagonismo até provocar, como hoje, preocupações em níveis globais (WHO, 2000). O tardio processo de medicalização da obesidade reuniu, nas décadas de 1960 e 1970, profissionais de várias áreas e especialidades a fim de conferir legitimidade ao intento de tornar o excesso de peso uma questão propriamente médica já que antes ele era relacionado exclusivamente à corrupção moral dos sujeitos. Como sinaliza Sobal (1995), quando a obesidade (doença) passa ser compreendida como moléstia fisiológica e não apenas como um desvio moral, ela adentra no terreno das ciências da saúde. Nesta empreitada ocorre o reposicionamento da gordura na esfera médica, criando-se com isso um vocabulário próprio para se tratar do assunto que

substituiu expressões consideradas pejorativas por outras entendidas como neutras. O esforço para medicalizar a obesidade, à época, foi cultivado não apenas através da revisão da linguagem para lidar com a gordura mas também através da tentativa de conformar o problema à compreensão de diversas áreas das ciências. Desta forma, a partir da década de 1970 foram realizadas conferências multidisciplinares, palestras, fundaram-se periódicos sobre a obesidade, ampliaram-se as propostas terapêuticas assim como dilataram-se os canais de comunicação sobre a doença em caráter midiático, o que levou a questão a habitar um papel central na sociedade civil (SOBAL, 1995).

Atualmente a Organização Mundial da Saúde a define como o acúmulo de gordura excessivo ou anormal que pode impactar na saúde (OMS,2000). A obesidade, neste caso, é o resultado de um processo cumulativo de desbalanceamento energético, quando o nível energia consumida não se equilibra com a energia gasta por um sujeito. A qualidade nociva da obesidade, ainda segundo a OMS, está relacionada a influência que ela pode desempenhar no surgimento de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer, além de doenças respiratórias. O principal método utilizado no diagnóstico da obesidade é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), também chamado de índice de Quételet<sup>2</sup>. Segundo a OMS a medição do IMC pode estabelecer critérios capazes de mensurar categorias de risco como a pré-obesidade ou o sobrepeso ( $IMC \geq 25.00$ ), a obesidade classe I ( $IMC \geq 30.00$ ), a obesidade classe II ( $IMC \geq 35.00$ ) e a obesidade classe III ( $IMC \geq 40.00$ ). O IMC é obtido através da divisão da massa corporal pelo quadrado da estatura ( $kg/m^2$ ), a utilização do índice parece estar diretamente relacionada à sua simplicidade e acessibilidade, podendo, inclusive, ser realizado pelo próprio paciente. O uso do mecanismo IMC na quantificação da gordura embora amplamente criticado pela comunidade científica (ANJOS, 1992; MURRAY,2008; SOBAL,1999) permanece como o principal método de diagnóstico da obesidade segundo os protocolos médicos, a despeito de outros artifícios menos acessíveis como a bioimpedância<sup>3</sup>. Anjos (1992) repercute as críticas de alguns autores ao IMC que indicam a imprecisão do cálculo sobretudo em se tratando de pessoas mais altas ou que tenham muita massa magra já

<sup>2</sup> Segundo Lallement (2008) à época da fundação e estabelecimento da sociologia Quételet e Augusto Comte protagonizaram uma disputa sobre a nomenclatura desta matéria, quando o primeiro defendia a alcunha de “física social” para disciplina e Comte defendia o termo “sociologia”. Enquanto Quételet defendia a possibilidade de estudar a sociedade por meio da estatística aplicada Comte desconsidera que seja possível haver a compatibilidade total do método probabilístico ao estudo das sociedades

<sup>3</sup> A bioimpedância é um exame que indica, através de um aparelho eletrônico, o percentual de gordura do paciente utilizando-se de uma corrente elétrica (FIGUEIREDO,2009).

que o índice não leva em consideração a distribuição de gordura pelo corpo. Burgard (2009) argumenta que não é possível compreender o impacto que o IMC tem enquanto fator de risco para aquisição de problemas de saúde ou para a morte precoce já que as estatísticas não apontam uma correlação definitiva entre peso e saúde. Apesar destas e outras imperfeições o IMC ainda é o meio mais popular para o diagnóstico da obesidade.

O reconhecimento da obesidade enquanto doença contudo não implica que ela repouse sob a estabilidade do consenso. Podemos verificar o conceito sendo tensionado em algumas ocasiões dentro e fora do meio acadêmico (SOBAL,1999). Em 2013 a American Medical Association (AMA) promoveu uma votação para averiguar se a obesidade deveria ser considerada uma condição ou doença. Na votação a maioria decidiu pelo rótulo de doença, contrariando uma resolução anterior de um comitê de estudiosos associados à própria AMA, fato que ganhou notoriedade na imprensa norte-americana (POLLACK,2013; KRANS,2013). Antes, em 2008, as diversas especulações em torno do tema levaram membros da The Obesity Society a publicarem um artigo na revista *Obesity* relatando as resoluções de um painel de *experts*, reunidos pela referida instituição, a fim de esclarecer se a obesidade é de fato uma doença (ALISON ET AL,2008). Os autores consideraram que a falta de conceitos científicos firmemente estabelecidos para considerar o que é uma doença prejudicam a indubitabilidade do rótulo de doença à obesidade. No entanto, eles *escolhem* defini-la como tal, por uma questão prática e utilitária, já que tê-la nesta categoria implica, segundo os mesmos, numa série de benefícios empíricos como a busca de melhores tratamentos, maior financiamento e suporte legal para lidar com o assunto. Nota-se que a os autores admitem que o reconhecimento da obesidade enquanto doença traz à comunidade médica e à sociedade civil “mais benefícios positivos do que negativos”. Abaixo recupero um trecho do documento publicado que expressa a síntese da reflexão dos autores.

A questão formal a ser endereçada é “a obesidade deveria ser considerada uma doença?”. Esta questão é muito parecida mas fundamentalmente distinta da questão “a obesidade é uma doença?”. O painel concluiu que esta última questão- uma aparente questão empírica que deveria (em princípio) render-se ao questionamento científico- está mal colocada já que sua sensibilidade é baseada em premissas que não são verdadeiras. É, portanto, uma pergunta insensível e que não possui resposta. *Em contraste, “a obesidade deveria ser considerada uma doença?” é uma questão que fundamentalmente não é empírica ou científica. Seu apego à palavra “deveria” (leia-se como “obrigação”) imediatamente assinala que é uma questão social, política e, fundamentalmente ética e moral, porque o que alguém deve fazer não depende somente dos prováveis efeitos das ações (entrada empírica) desse alguém mas, fundamentalmente, como o indivíduo valoriza os variados resultados. Tais valores, apesar de serem cientificamente estimáveis, não são*

cientificamente determinados. *Isto é, embora questões éticas e morais possam ser adereçadas em parte utilizando-se entradas empíricas geradas cientificamente, tais questões não devem ser confundidas com questões cientificamente avaliáveis empiricamente que se interessam por assuntos de fato ao invés de assuntos de valor.* <sup>4</sup>(ALISON ET AL,2008,p.1162, grifo nosso)

Vemos no trecho acima que a solução para a controvérsia sobre o lugar patológico da obesidade é dada, para os autores, através de uma separação fundamental: a divisão entre ciência e mundo. Quando os autores reivindicam a obesidade enquanto patologia observamos como a lógica operada opõe política à ciência assim como empirismo (fato) e subjetivismo (valores). Estas dicotomias que parecem acompanhar o pensamento dos autores, apoiam-se num arranjo intelectual fundamentado na partição entre natureza e cultura. Esta partição parece se amparar na convicção de que o mundo está dividido em duas dimensões contrárias: uma relativa ao mundo natural (a natureza como instituição), observável empiricamente a ser desvendado pelas ciências da natureza, e outro mundo povoado por múltiplas interpretações das sociedades humanas na tentativa de dar ordenamento simbólico ao mundo e a natureza (significações culturais). Isto é, assume-se que há apenas uma natureza, que é a realidade mesma, e muitas representações simbólicas para lidar com a manifestação do mundo. A natureza tomada com um valor universal e único e as culturas tomadas no plural. Os autores, pesquisadores da área de medicina, nutrição e bioestatística, mobilizaram cento e quinze referências, a grande maioria estudos na área de medicina, para demonstrar os riscos que a obesidade pode trazer, mas a falta de um argumento definitivo (achado na “natureza” do fenômeno) é sentida no texto. Na fala dos cientistas a assunção de que se está sendo político, conversando-se com a moral e a ética mais do que com “os fatos” parece tornar a obesidade menos crível. Percebemos que o fato de a obesidade não possuir uma comprovação patológica verificável através do método científico tradicional “desequilibra” a sua consideração

<sup>4</sup>No original “The formal question to be addressed is “should obesity be considered a disease?” This question is closely related to but fundamentally distinct from the question “is obesity a disease?” The panel concluded that the latter question—a seemingly empirical question that should (in principle) yield to scientific inquiry—is ill posed in that its sensibility is based on premises that are not true. It is therefore insensible and unanswerable. In contrast, “should obesity be considered a disease?” is a question that is fundamentally not empirical or scientific. Its reliance on the word “should” (read equally “ought”) immediately signals that it is a social, political, and fundamentally ethical and moral question (7), because what one should do depends not only on the likely effects of one’s actions (empirical input) but fundamentally on how one values various outcomes. Such values, although scientifically estimable, are not scientifically determinable. That is, although ethical and moral questions may be addressed in part by using scientifically generated empirical input, such questions should not be conflated with scientifically evaluable empirical questions that concern matters of fact rather than matters of value.” (ALISON ET AL,2008, p.1162)

enquanto doença, que agora depende de filtros de ordem moral, social e política, que abarcam a subjetividade utilitária dos quais os cientistas parecem não querer se ausentar.

Não se pode negar que existe subjetividade nos valores que, por sua vez, levam à subjetividade utilitária. Nós não podemos provar, por exemplo, que aliviar o sofrimento é desejável, mas nós escolhemos isso como um valor sem nos desculparmos. Quando nós escolhemos esses e outros valores, a análise utilitária pode continuar com uma objetividade razoável. <sup>5</sup>(ALISON, 2008,p.1172)

Os cientistas sabem, entretanto, que possuem interlocutores “de fora” da ciência e de que a decisão de escolher pelo rótulo da doença pode descredibilizá-los tanto para os de fora quanto perante os seus pares (os de dentro). Os autores fazem referência à possível recepção negativa que o trabalho pode receber sobretudo para a linha de pesquisadores que eles chamam de “desconstrutores da obesidade”, trabalhos em que predomina, segundo os autores, a ideia de que os efeitos da obesidade são acentuados em demasia por uma comunidade de cientistas que defende interesses por trás da doença.

Para Latour (2000) as controvérsias são oportunidades para desnaturalizar o fazer científico e para observar as articulações que são realizadas no intuito de encerrar debates nas ciências. A controvérsia evidencia a ciência em construção, o que a configura como uma forma de acesso mais reveladora do que sua “versão acabada”, quando os atos que a constituem são pouco questionados já que possuem bastante legitimidade e assumem o status de verdade. As dúvidas e as tentativas de resposta a elas são o grande motor que movimenta a comunidade interessada quando ocorre uma controvérsia. Em ciência, para que uma afirmação conquiste o espaço e se torne mais robusta é preciso que ela acione uma série de atores humanos e não humanos criando proposições articuladas. Para se tornar forte uma proposição deve mobilizar tantos apoios quanto possível, buscando associações que são de ordem prática e não puramente epistêmicas.

“Um documento se torna científico quando tem pretensão a deixar de ser algo isolado e quando as pessoas engajadas na sua publicação são numerosas e estão explicitamente indicadas no texto. Quem o lê é que fica isolado. A cuidadosa indicação da presença de aliados é o principal sinal de que a

<sup>5</sup>No original “here is no denying that there is subjectivity in values that in turn leads to subjectivity in utilities. We cannot prove, for example, that alleviating suffering is desirable, but we choose it as a value without apology. When we have chosen this and other values, the utilitarian analysis can proceed with reasonable objectivity. (ALISON, 2008, p.1172)



controvérsia está suficientemente acalorada para gerar documentos técnicos.  
“(LATOURE, 2000, p. 58)

O artigo acima referido exemplifica o discurso de coalisão que procura se tornar normativo diante de opiniões divergentes. Estas divergências, no caso da obesidade, se apresentam em muitas vertentes. Alison et al. (2008), portanto, sabem que serão confrontados por outros pesquisadores, como por exemplo os autores ligados ao campo dos chamados Estudos sobre Gordura ou *Fat Studies*, campo predominantemente norte americano que contesta o posto de epidemia alcançado pela obesidade. Segundo Wann “os estudos sobre gordura são um campo de radical, no sentido em que exploram as raízes *das crenças relacionadas à questão do peso*” (WAAN, 2009, p.32, grifo nosso). Estes pesquisadores procuram deslocar o discurso sobre gordura que emana do polo médico científico tradicional e que identifica a gordura como elemento antinatural na história da evolução humana. (WANN, 2009). Argumenta-se que a repercussão das informações médicas, sem o devido debate sobre a pluralidade das formas corporais e sua relação com a saúde, contribui mais para marginalização do corpo gordo e obeso do que para a melhoria de condições de vida destes sujeitos. Os autores, simpáticos a esta corrente, requisitam o esfacelamento das crenças arraigadas e inflexíveis acerca da gordura, que conduziriam às classificações mais abusivas e desfavoráveis sobre a questão.

O esforço acadêmico deste campo foi precedido por lutas no campo dos direitos civis para obesos, sobretudo a partir da criação da National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA) nos EUA, em 1969. Segundo a pesquisadora Deb Burgard (2009) estes estudos têm contribuído para novas propostas na área de saúde pública considerando pessoas de todos os tamanhos. Dentro deste contexto, o conceito de *Health at Every Size* (HAES) (“Saúde em Qualquer Tamanho”) é fundamental, pois considera a saúde como um engajamento prático cotidiano e que independe de formas corporais pré-estabelecidas e universais.

Até aqui parece quase irresistível responder à pergunta realizada no início desta seção a partir de uma chave maior de explicação, assumindo que a obesidade é uma construção social<sup>6</sup> e sustentando, assim, certa tradição no campo dos estudos sobre doença. Refiro-me a

<sup>6</sup>Latour procura revisar as ideias de construção e fabricação que, quando aplicadas ao campo da ciência usualmente denotam artificialidade e obstrução ao caminho para uma verdade que reside nas coisas mesmas. Criticando esta concepção e a suposta objetividade que o cientista deve cultivar para se livrar dos pressupostos ideológicos tão costumeiramente denunciados por autores das ciências sociais o autor assinala que “Aqueles para quem, ‘infelizmente’, não podemos ser ‘totalmente livres’ das lentes coloridas das tendências e preconceitos perseguem o mesmo objetivo imaginário daqueles que ainda acreditam ser possível, desde que rompamos todos

cisão de origem *parsoniana* entre *disease* (doença) e *illness* (enfermidade) onde *disease* atende ao modelo biomédico estabelecido, aos aspectos materiais da doença e do corpo, comumente compreendidos como matérias exclusivas das ciências da natureza, enquanto que *illness* se comunica com a percepção e os pressupostos subjetivos da doença, seus efeitos políticos e morais, comumente problematizados pelas ciências sociais (ALVES,2006; MOL,2002). As ciências sociais, então, comportam-se, neste esquema, como o oposto complementar das ciências naturais já que põe em evidência assuntos que normalmente não estão nos formulários médicos, como as especificidades da experiência do doente, seus sentimentos e representações sobre a dor, por exemplo, mas sem nunca se aproximar da realidade material do corpo. Seguindo esta direção este trabalho deveria perseguir os efeitos “sociais” da obesidade e buscar significados para o seu tratamento na forma da cirurgia bariátrica, deixando em segundo plano as questões de natureza fisiológica das quais não estaria autorizada a falar.

Latour (2000) mostra que na modernidade a produção de conhecimento busca, em teoria, se afastar do mundo da vida, produzindo uma ciência pretensamente objetiva para chegar às coisas em si, o que, quando verificado na prática, mostra-se um projeto falho. Assim, às ciências médicas estaria circunscrito o privilégio do estudo dos aspectos biológicos da doença, enquanto às ciências sociais caberia o estudo do significado que estes aspectos biológicos ganhariam na vida do sujeito. Em termos *latourianos*, as ciências médicas ficariam responsáveis pelo estudo das qualidades primárias da doença, enquanto as ciências sociais estudariam suas qualidades secundárias:

(...) *qualidades primárias* – aquilo que a ciência vê, mas que escapa ao ser humano comum -, às quais os sujeitos acrescentaram meras *qualidades secundárias* existentes apenas nas suas mentes, nas suas imaginações ou nas suas narrativas culturais. (LATOURE, 2008, p.42)

Nos últimos anos vem se acentuando as críticas ao modelo epistemológico tipicamente moderno com um retorno do interesse das ciências sociais àquelas especificidades materiais da doença antes à revelia do discurso biomédico Nesta empreitada os Estudos Sociais em Ciência e Tecnologia (ESCT) tem um papel importante pois tornaram os até então obscuros

---

os laços com a sociedade, os pontos de vista e os sentimentos, ter acesso às coisas-em-si.” (LATOURE,2001, p.159)

processos que compunham o fazer médico e científico acessíveis através do método etnográfico.

Priorizando o modo como cientistas lidam com o dia a dia com seus objetos de estudo autores como Latour (2001;2012) observam que a realidade exige constante mobilização dos humanos e não-humanos para se estabilizar, ao contrário de ser um dado a priori. A fabricação da realidade, pontua Latour, não implica na falsificação da mesma mas justamente no movimento de agregação realizado por aqueles envolvidos na composição dos fatos. O autor acredita que os resultados da ciência não brotam numa natureza que precisa apenas ser decifrada pelo cientista, mas tanto este profissional quanto as coisas se revezam num teatro em que se alternam no protagonismo. Um novo tratamento também é dado aos limites entre natureza e cultura, até então elementos mutuamente exclusivos, o que repercute não apenas para o estudo da epistemologia mas sobretudo para a noção de ontologia. A ideia de que a natureza apresenta a realidade em sua forma primeira e no singular e que para apreendê-la somos levados a adquirir esquemas cognitivos de representação cultural é totalmente revista já que insistir em um modelo teórico que privilegie a ideia de representação é permanecer sem de fato tocar a materialidade da vida, reduzindo, por exemplo, abordagens médicas e a experiência de pacientes a uma questão de perspectiva e interpretação. Dizer que o mundo é composto por atores sociais que estão meramente interpretando os processos de suas existências é afirmar que a realidade é uma unidade estática sobre a qual cada sujeito obtém apenas um ponto de vista sem de fato alcançá-la (MOL,2002).

De forma a apresentar uma alternativa a este esquema teórico alguns autores vem propondo novas formas de análise que deslocam o interesse das ciências sociais do polo epistemológico para o estudo das ontologias (SOUZA, 2013). A filósofa Annemarie Mol segue outros caminhos para o estudo do corpo e da doença propondo um radical apego às práticas e ao que elas mobilizam, o que pode ser melhor entendido na leitura de *The Body Multiple* (MOL,2002). A proposta de Mol para a superação da dualidade limitadora que circunscreve os campos das ciências é não considerar o que Latour chama de qualidades primárias enquanto fatos incontestáveis mas sim enquanto produto de múltiplas atuações que, na prática, deixam rastros possíveis de serem arguidos por diversos campos de estudo. A metodologia que ela propõe é, portanto, acima de tudo se ater à prática da atuação da doença, em todas as suas formas. Mol, em artigo em que investiga pacientes que sofrem com a hipoglicemia decorrente da diabetes argumenta:

Conhecimento sobre o corpo-que-nos-temos e o conhecimento sobre o corpo-que-fazemos tendem a alternar. Então a mudança que nós estamos propondo é bem simples embora tenha consequências de longo alcance. É manter os aspectos práticos no primeiro plano durante todo o tempo. Nunca pegar o atalho de entender a hipoglicemia como algo escondido no sangue ou sob a pele, nossa descrição etnográfica consistentemente atende à prática na qual ela é feita.<sup>7</sup> (MOL; LAW, 2004, p.46, tradução nossa)

Ao realizar um exercício de filosofia empírica a autora aciona o método etnográfico para que seja possível destacar os acontecimentos empíricos que revelam as várias realidades do fenômeno estudado, o que significa que para ela a realidade se multiplica através das diferentes práticas no fazer de algo. A autora procura se afastar das pretensões universalistas do pensamento filosófico moderno promovendo outro fazer filosófico. Mol procura demonstrar como os diferentes *eventos* narrados no acompanhamento da vida diária com a doença entre pacientes e médicos revelam as formas como a doença é *atuada*. Ao seguir aqueles que se ocupam com a doença diretamente - médicos, enfermeiros, cuidadores e pacientes - não temos acesso somente a perspectivas e interpretações sobre uma doença mas, através dos relatos ordinários que se seguem ao campo são evocadas células, vasos, medos, queixas, dores, tentativas de adaptações e uma série de outros elementos que de forma coordenada compõem a doença. A doença é, portanto, atuada na cooperação entre médicos, pacientes, cientistas e objetos e ela depende destes elementos, sem nunca estar no mundo por conta própria como uma entidade dada.

O método “praxiológico” proposto por Mol não pretende pegar o conveniente atalho que é explicar os fenômenos a partir de conceitos gerais como o conceito de “estrutura”, “discurso” ou “natureza”, mas sempre tomar parte do que está sendo atuado, mesmo quando esta tarefa exija do etnógrafo o incômodo de ter que se ambientar sob a atmosfera de outras disciplinas. Novamente é preciso tomar cuidado para não equivaler a *atuação* à noção de dissimulação. Ao escolher o termo *atuação* e não outros como *performance* Mol procura sublinhar que coisa alguma está sendo dissimulada nas articulações práticas em que a doença é feita, além disso ela também se afasta dos modos com teóricos anteriores compreenderam o termo, como Goffman e Butler.

<sup>7</sup> No original “Knowledge about a body-we-have and knowledge about a body-we-do tend to alternate. So the shift we are proposing is quite simple even though it has far-reaching consequences. It is to keep the practicalities in the foreground the whole time. Never taking the short-cut of understanding ‘hypoglycaemia’ as hidden *in* the body or beneath the skin, our ethnographic description consistently attends to the practices in which it is being done.” (MOL, 2004, p.46)

O modo como uma doença é atuada pode ser bastante contraditório e até excludente a depender dos elementos que sejam mobilizados por diferentes áreas da medicina ou pelo paciente o que para Mol não é um fator negativo. Para ela a doença se multiplica nas práticas que a contornam, o que implica reconhecer uma espécie de ontologia múltipla coordenada, o que ela tenta demonstrar, no livro *The Body Multiple*, através da forma como a arteriosclerose é atuada em um hospital (MOL,2002). Embora as práticas médicas possam diferir em relação a um mesmo objeto Mol identifica uma unidade que as compõe, de modo que o corpo nunca é fragmentado. Assim, em seu estudo a “arteriosclerose é mais que uma - e menos que várias” (MOL, 2002, p.55).

Penso que está a breve apresentação da proposta de Mol ajuda a compreender minha predileção por uma abordagem prática da obesidade e da cirurgia bariátrica ao longo deste trabalho. Não pretendo assumir, então, que a obesidade é algo apenas verificável no interior do corpo como um fato objetivo, nem mesmo assumi-lo a priori como um produto da representação. A pergunta a ser feita aqui não é se a obesidade “é” uma doença, se ela “deveria” ser considerada uma doença mas “como” a obesidade é atuada. Meu objetivo neste trabalho é perseguir as formas como pacientes, médicos, psicólogos e nutricionistas produzem realidades para o que se entende por tratamento bariátrico em seus envolvimento cotidianos com a obesidade.

## **1.2 Situando corpos <sup>8</sup>**

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa lancei mão do método etnográfico para observar o cotidiano de um ambulatório de saúde que atendia pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho foi organizada em duas etapas: um primeiro período etnográfico com candidatos à cirurgia bariátrica no ambulatório de saúde vinculado à Unidade de Ação Social do grupo Real Sociedade Espanhola de Beneficência (também mantenedor do Hospital Espanhol), localizada no bairro do Rio Vermelho em Salvador, e uma segunda etapa que envolveu a seleção de alguns destes candidatos para o acompanhamento do processo cirúrgico e pós cirúrgico, visando compreender as habilidades que o corpo, agora modificado, tem de desenvolver para lidar com novas experiências alimentares decorrentes da mudança brusca de fisiológica provocada pela cirurgia. É preciso observar que os achados desta

<sup>8</sup> Todos os nomes de pessoa utilizados nesta pesquisa foram trocados para preservar a identidade e a privacidade dos pacientes.

pesquisa embora possam se relacionar com as realidades de outras instituições e pacientes falam sobre as práticas que ocorreram somente no referido ambulatório e, portanto, não representam a medicina ocidental como um todo nem o comportamento típico dos pacientes candidatos a cirurgia bariátrica.

A Unidade de Ação Social da Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB) era um espaço com objetivo filantrópico que procurou atender aos beneficiários do SUS em Salvador entre 2008 e 2014. Embora esta unidade de saúde tenha encerrado suas atividades no ano de 2014 devido a severa crise financeira do grupo que o administrava, cabe ressaltar que o fato não teve prejuízo para esta pesquisa, já que durante a fase de campo no ambulatório, no ano de 2013, as atividades eram exercidas com normalidade. Os interessados em usufruir da consulta de uma das especialidades oferecidas ou ainda em marcar exames ligavam, à época, para o serviço telefônico do ambulatório e, com muita insistência conseguiam horários em dias estipulados pela instituição, que funcionava de segunda a sexta-feira, das 7 horas às 17 horas. Apesar da pouca divulgação do atendimento, a Unidade de Ação Social atendia a uma grande demanda e os pacientes que frequentavam o local eram de bairros periféricos da cidade de Salvador ou pessoas vindas de cidades do interior do estado da Bahia. Depois de algumas tentativas consegui marcar uma consulta com um cirurgião bariátrico via telefone e, após o primeiro dia no ambulatório consegui a autorização da coordenação do espaço para frequentar o local, sem, no entanto, ter acesso às consultas médicas ou psicológicas. A partir da autorização fiz sucessivas visitas àquele espaço, me familiarizando aos poucos com as trajetórias e narrativas de indivíduos já operados e também de candidatos à operação. Estabeleci a estratégia de conversar com os pacientes enquanto eles aguardavam o atendimento do cirurgião, tentando sempre compreender suas motivações para encarar o tratamento médico cirúrgico.

Acredito que minha inserção no campo foi facilitada pela minha própria corporalidade, já que senti grande empatia dos pacientes para comigo e uma grande abertura para falar sobre a experiência de viver a gordura e também sobre a vontade de livrar-se dela. Além disso, pude experienciar a abordagem dos médicos na condição de paciente, uma vez que sou considerada apta para a realização da cirurgia. Este modo de me inserir no campo foi fundamental para diversas reflexões que surgiram ao longo do período etnográfico.

O ambulatório possuía uma excelente estrutura quando comparado a outros serviços oferecidos pelo SUS em Salvador. O pequeno prédio de dois andares era climatizado e contava com uma equipe de dois atendentes, três enfermeiras além de ter uma escala fixa para

médicos, nutricionistas e psicólogos que se revezavam nas poucas e pequenas salas do lugar. Os três cirurgiões responsáveis pela realização do procedimento bariátrico, assim como os demais profissionais da área de saúde, também atendiam no sistema privado administrado pelo mesmo grupo do ambulatório. Normalmente os médicos atendiam a cada quinze dias, sempre às terças e quintas feiras. A recepção do espaço estava sempre cheia, mas era organizada e, normalmente, era raro que os pacientes ficassem em pé esperando. Logo que as fichas eram distribuídas todos se acomodavam nas cadeiras de madeira e distraíam-se conversando, lendo revistas antigas ou assistindo à pequena televisão. As pessoas também costumavam se entreter com os pacientes que eram pesados publicamente na imensa balança mecânica que estava fixada no canto da sala. Os pacientes que não possuíam cadastro na instituição eram pesados à primeira visita ao local e a informação era posta no formulário do paciente. No entanto, os pacientes “da bariátrica”, como chamavam os atendentes, eram pesados a cada visita com auxílio das enfermeiras, que ajustavam com destreza as pequenas cargas de ferro do aparelho até auferir corretamente o peso, que era anotado no prontuário e entregue ao médico.

A balança era um importante protagonista na diagnose da obesidade no ambulatório. Isto porque o peso do paciente era o dado elementar com o qual todos os profissionais de saúde da equipe multidisciplinar trabalhavam, um dado que era utilizado para verificar o sucesso do tratamento e para mensurar o grau de obesidade do paciente através do IMC. A cada consulta o peso dos pacientes era comparado com o peso anterior e essa medição orientava os médicos sobre como o paciente estava se adequando ao tratamento. Isto transparecia principalmente quando os pacientes, ao fim da consulta, comentavam a reação do médico aos seus pesos atuais. Quando o paciente ainda era candidato a cirurgia, o alcance da perda de peso protocolar sugerida pelos médicos daquele ambulatório era um sinal verde para o procedimento. Após a cirurgia, a medição do peso combinada com o resultado de outros exames laboratoriais dava ao médico a noção do sucesso ou fracasso do procedimento.

É interessante notar, contudo, que nem sempre a forma como o peso era manejado pelos pela equipe de saúde se assemelhava ao modo como os pacientes tratavam este dado. Isto fica evidente quando procuramos entender o motivo pelo qual as pessoas decidem procurar o tratamento bariátrico, como no caso de Janaína, uma paciente já operada com a qual conversei na sala de espera do ambulatório em uma de minhas visitas ao espaço e enquanto ela aguardava uma “consulta de revisão” com seu cirurgião. Janaína chegou ao local acompanhada de uma outra moça jovem, que depois descobri ser sua prima. Enquanto

conversavam sobre as celebridades da antiga revista disponível na sala de espera, eu as interrompi e perguntei a qual médico elas iriam e começamos a conversar. Já havia quatro meses que Janaína havia feito o procedimento quando nos conhecemos e à época ela já havia perdido 34 Kg. Antes, com 145 Kg, 1,55 m de altura, ela diz que não regulava o peso frequentemente mas que sabia o quanto estava gorda por conta das roupas que não mais lhe cabiam e das atividades que ela não podia realizar por conta do seu tamanho.

**Natália:** Você decidiu se operar porquê?

**Janaína:** Eu decidi me operar mesmo porque me cansava muito, ficava com falta de ar e teve uma vez em que eu me senti muito humilhada...Porque eu passei mal e tive que fazer uns exames, mas acabei não cabendo na máquina. O médico disse que eu não poderia viver mais daquele jeito, me deu a maior bronca, disse que ia acabar morrendo se eu não me cuidasse, fiquei me sentindo ainda pior. Aí saí de lá e pensei 'eu preciso fazer alguma coisa, não dá mais'. Aí foi quando minha prima me falou do serviço aqui [no ambulatório] e eu vim.

**Natália:** Mas porque fazer a bariátrica? Você tentou realizar outros tratamentos antes?

**Janaína:** Eu já fiz dieta da lua, da maçã, da sopa, de tudo quanto você pensar. Resolvi fazer e está dando certo até agora, eu não senti muita dor. Não vou dizer que foi fácil, mas tá valendo a pena.

Para Janaína a obesidade é muito mais do que os números em uma balança ou o resultado de uma operação matemática. A sensação de cansaço, a falta de ar e a humilhação fazem parte do diagnóstico da própria paciente e da decisão de lidar com o seu tamanho, escolhendo um tratamento como a cirurgia bariátrica. Às vezes a obesidade atuada de outras formas, como no caso de Rita, outra paciente com quem conversei enquanto ela esperava consulta médica.

Rita morava no bairro de Nazaré em Salvador e estava indo pela primeira vez ao ambulatório quando nos falamos numa terça feira chuvosa. A recepção estava bastante cheia neste dia e os pacientes da cirurgia bariátrica foram encaminhados para o segundo andar do edifício. Notei Rita um pouco angustiada e ansiosa para a consulta enquanto ela conversava com outros pacientes e ia aos poucos conhecendo um pouco mais das restrições alimentares pós operatórias, do tempo de duração da cirurgia, dos exames requisitados. Todas essas preciosas informações eram compartilhadas na sala de espera diversas vezes entre pacientes. Naquele dia em específico Rita contou com a experiência de Carmen e sua mãe, ambas aguardando atendimento. Carmen tinha bastante conhecimento sobre cirurgia bariátrica, e, na recepção estava compartilhando-o com outros pacientes numa conversa



animada. Ela teve a oportunidade de realizar a cirurgia no ano anterior mas resolveu ceder seu lugar na a mãe, Fátima, que também era obesa mas tinha realizado a cirurgia há oito meses e voltava ao médico para uma consulta de revisão. Ao conversar com Carmen e Fátima, Rita demonstrava bastante insegurança sobre se deveria ou não emagrecer por esta via já que se sentia bem: não tinha nenhuma dor, trabalhava como auxiliar de cozinha em pé por cerca de oito horas por dia, tomava conta da sobrinha e não se sentia doente. Embora pesasse 96 Kg e 1,52m (seu IMC indicava obesidade grau III) sabia que estar fora do peso era algo ruim para ela futuramente. Para Rita, portanto, a obesidade envolvia principalmente o risco projetado para um futuro incerto. Carmen e Fátima trataram de recomendar a cirurgia o quanto antes, e Fátima chegou a dizer que seu único arrependimento quanto à bariátrica era não tê-la feito antes e logo em seguida levantou a blusa para mostrar a cicatriz da cirurgia, uma incisão de cerca de 10 cm próxima ao seu diafragma. Aos poucos Rita vai ficando mais firme na sua decisão. (Diário de campo, Abril de 2013)

Vemos, no caso de Rita, que a obesidade por ela experienciada remete não à dor ou ao impedimento de realizar qualquer atividade em sua vida cotidiana. Ao contrário do caso de Janaína, a obesidade aqui refere-se ao risco de desenvolver outras doenças no futuro. A dúvida de Rita reside no fato de mesmo não se sentindo doente ela poder ter a oportunidade de realizar gratuitamente um tratamento que pode fazê-la mudar totalmente de hábitos, emagrecer e, assim, conforme o conselho do médico, afastar o risco de outras doenças. Rita, assim como outras pacientes com quem conversei demonstram que a obesidade, diferente de outras doenças, como a arteriosclerose estudada por Mol (2002), é também produzida antes do paciente frequentar o consultório médico. Falar aqui um pouco da relação entre as noções de ‘gordura’ e ‘obesidade’ e sua relação. Não se há de negar a imensa rede de informações que circulam nos meios de comunicação (e na vida cotidiana como um todo) sobre os males do excesso de peso (FIGUEIREDO, 2009), de modo que a obesidade atuada aqui também interage com essas informações mas ganha outras nuances quando Rita vai ao encontro do médico.

**Natália:** E aí Rita, o que foi que o médico falou pra você?

**Rita:** Ele me fez um monte de pergunta, chega tô “azuada”!

**Natália:** (risos) Tipo o que?

**Rita:** Perguntou se tinha gordo na minha família, se eu sou sedentária, se eu fiz dieta, se eu sabia como era a cirurgia... Aí pegou um papel e desenhou um negócio de um estômago, mostrou com ia fazer, essas coisas. Mas assim, no final ele falou que era pra eu trazer os exames que ele passou aqui, que é pra eu pegar as guias na mão da moça, mas disse que eu tô com *obesidade grave*, que isso não é bom pra mim, que eu tô me sentindo bem agora mas que eu posso depois ter outra coisa.

Ao passo que o médico vai realizando perguntas e conhecendo melhor o problema da paciente, seu corpo e seu IMC, a obesidade atuada na cooperação entre médico e paciente ganha outra qualidade, como a dimensão de gravidade que parecia apenas ser um risco futuro para a paciente.

Somente aqui a obesidade é atuada de várias maneiras distintas: ela é produzida quando se calcula o Índice de Massa Corporal dos pacientes no consultório médico, é a limitação física e o constrangimento para Janaína, o risco de adquirir outras doenças para Rita na sala de espera do ambulatório e é a obesidade grave no encontro de Rita com o médico. Podemos compreender, portanto, que a realidade da obesidade não é dada previamente mas ela que ela assume muitas formas à medida em que são acionados vários elementos (balanças, calculadoras, aparelhos que não comportam corpos de tamanhos maiores) e em várias localidades distintas. Quero enfatizar aqui que todos estes atores não estão apenas significando a obesidade a partir de perspectivas diferentes, mas que as próprias realidades são diferentes. A obesidade de Janaína pouco se relaciona com índices biomédicos mas se associa a falta de ar, ao cansaço e a uma realidade material limitadora que lhe provocou sofrimento. Na sala do médico os eventos anteriormente narrados pelos pacientes, no entanto, transformam-se em outra coisa além de dor e da humilhação articulando-se a ação do médico em medir e encaixar os pacientes num esquema médico. A obesidade não deve ser entendida como uma entidade autônoma e anterior aos eventos mas é preciso situá-la para ver surgir múltiplas formas de atuá-la. Afirmar que a obesidade é múltipla também não implica dizer que a doença e o corpo são fragmentados. Alguns elementos promovem a sua coordenação e união, e ainda um enquadramento da doença será favorecido por aqueles que produzem a doença a partir de suas ações. No caso da obesidade no ambulatório podemos identificar que o IMC é um elemento que sincroniza as várias atuações da obesidade, justamente pelo status objetivo e supostamente imparcial do cálculo quando se pretende pensar a longo prazo o tratamento pela via cirúrgica e medir seus efeitos. O índice proporciona a linha divisória entre os operáveis e os não operáveis e modela uma forma insuspeita (ao menos naquele ambiente) de quantificar os tamanhos.

A cirurgia bariátrica também tem uma função de dar espaço a um suposto eu autêntico que se articula conforme a perda de peso se desenvolve, como veremos abaixo.

### **1.3 Cirurgia bariátrica e a emergência do novo self**

A sensação de ter um corpo inautêntico e opressor, que aprisiona um eu magro e verdadeiro, agora encontra nas cirurgias de redução de peso um forte aliado na luta pela reconstrução dos elos esfacelados da ligação entre o corpo e o *self*. A desarmonia entre a materialidade corporal e o juízo que o paciente faz de si mesmo parece poder, então, ser recuperada por intermédio de uma intervenção cirúrgica. O objetivo é retornar ou atingir um estágio de naturalidade ou normalidade corporal via corpo emagrecido.

Van de Port (2012) recupera criticamente o pensamento de Rousseau que estabelece uma associação intrínseca entre a realidade e a noção de naturalidade. O modelo *rousseauiano* classifica como inautênticas as coisas manipuladas pela ação humana ou fabricadas artificialmente, enquanto as coisas inatas, “achadas” no mundo em seu estado primário, isto é, sem a intervenção humana, são tidas como substratos originais de uma natureza transcendental. Segundo o autor, desde o período do iluminismo temos que:

O natural tem se tornado o campo de provas do que é o genuíno e do que não o é. Uma garantia da nossa compreensão do *self*, do outro, e do mundo é ser solicitado na ‘maneira com a qual a natureza ressoa em nós’ (Taylor 1989: 299), ou, para colocar de outra maneira, em nossas tentativas de alcançar o *fechamento simbólico* - a sensação reconfortante de que as ‘as coisas são como elas são porque elas não poderiam ser de outra forma’ - o natural tem o papel principal. (VAN DE PORT; 2012, p.864-865)

Em seu trabalho Van de Port demonstra como os exercícios estéticos do *camp* e do barroco são práticas culturais que tornam explícitas a produção cultural do real a partir da performance do exagero. O *camp* abraça o burlesco a fim de desvelar as estruturas recônditas de fabricação das coisas tidas como naturais e auto evidentes. Com alarde e com humor, o *camp* aponta um dedo em direção ao “natural”, expondo, com o timbre de seu riso, as práticas rigorosas e os alicerces de artificialidade que constituem essa noção de naturalidade. Assim, na frivolidade de suas alegorias, o *camp* permite um desempoderamento do “natural” e, conseqüentemente, de sua autoridade para conferir, indiscutivelmente, o estado de autenticidade das práticas, das coisas e dos *selves*.

Pensar (e criticar) a “naturalização” não é um privilégio da estética *camp*. Da mesma forma, vários autores vêm questionando o lugar que a natureza vem ocupando enquanto espaço fundamental na organização do mundo (CALVO-GONZÁLEZ, 2010). Neste sentido, a epistemologia feminista vem sendo bem sucedida em tecer críticas às categorias de gênero e sexo que antes repousavam sobre a insígnia do ordenamento natural. A filósofa Judith Butler,

por exemplo, aponta em sua teoria que o gênero é uma construção tecnológica sofisticada que produz corpos masculinos e femininos. Através de repetições rituais dos requisitos de gênero, os corpos adquirem "aparências" femininas ou masculinas, assumindo atos performativos que são constantemente renovadas enquanto forjam, no fluxo do tempo, o gênero como algo que a cultura inscreve(u) naturalmente em organismos biológicos e passivos (BUTLER, 2003).

Essa lógica que apresenta os arranjos supostamente mais verdadeiros do tecido da realidade como constitutivamente fabricados, permite a Van de Port concluir, a partir de uma citação de William Miller, que “desempenhar um papel [...] que o seu íntimo sente, de alguma forma, que não é o seu (William Miller, 2003, p. 200) é tudo que nós fazemos, é uma parte e uma parcela de nossa constituição enquanto ser social e cultural” (VAN DE PORT, 2012, p. 865). As considerações de Van de Port são importantes para pensarmos o papel da cirurgia bariátrica no processo de conquista de um *self* autêntico, que é uma motivação constante nos discursos dos candidatos às cirurgias de redução de peso. A cirurgia bariátrica aparece para os pacientes como ferramenta para alcançar o eu que repousa inerte no corpo gordo. A associação entre o magro-natural e o gordo-falso aparece no ambulatório principalmente para esta que é uma grande parcela das pacientes: mulheres que engordam depois de ter filhos. Em artigo publicado no periódico *Body & Society*, Karen Throsby (2008) analisa uma concepção comum entre os pacientes de cirurgia bariátrica do Reino Unido que costumam se referir, em fóruns e outras ferramentas de interação online, à data da cirurgia bariátrica como um momento de *renascimento*. A prática não é exclusiva dos europeus. Apesar de, no Brasil, a palavra “renascimento” não aparecer com a mesma frequência identificada por Throsby nas redes sociais do Reino Unido, a narrativa segue essa mesma lógica. Na internet brasileira, espalham-se, com uma rapidez enérgica, espaços dedicados ao relato das experiências de indivíduos envolvidos no processo de realização da cirurgia bariátrica. Suas histórias, marcadas pelas descrições de hábitos e rotina, são frequentemente pontuadas pelo sentimento de que a cirurgia bariátrica trouxe com ela o início de uma nova vida, um novo corpo e um novo “eu”.

Essa percepção não é restrita à cirurgia bariátrica. Throsby identifica essa mesma narrativa de surgimento de um novo “eu” nos depoimentos de indivíduos que se submeteram a cirurgias estéticas e de redesignação de gênero. Mais do que simplesmente indicar o nascimento de um “outro” eu, corporal e fundamentalmente diferente do anterior, essas cirurgias, assim como a bariátrica, dão lugar a um *self* que se apresenta como mais verdadeiro do que seu predecessor. A ideia, defendida por essa narrativa, é que esse eu, novo e mais

autêntico, era antes sufocado por um corpo dissonante. Libertado da desarmonia corporal, o *self* agora emerge das sombras com uma originalidade insuspeita.

Apesar de estar alinhada com outras intervenções cirúrgicas, a bariátrica tem especificidades que sublinham o surgimento desse novo eu. A primeira delas tem a ver com o fato de, apesar da interferência cirúrgica, a transformação corporal, que permitirá a edificação do eu-verdadeiro, se dar de forma processual. Ao contrário do que acontece nas cirurgias estéticas e de readequação de gênero, ao sair da sala de operação o corpo<sup>9</sup> do recém-bariatrizado ainda é o mesmo, com exceção da cicatriz que ratifica a realização do procedimento (THROSBY, 2008). As profundas modificações corporais que marcam o processo bariátrico - e que são exibidas orgulhosamente nas surpreendentes fotos de “antes” e “depois” - só começam a surgir algumas semanas depois da realização da cirurgia. As mudanças mais significativas aparecem meses após a operação e continuam avançando até encontrar a estabilização definitiva cerca de um ano e meio depois.

Esse avanço processual, por vezes doloroso, não livra os indivíduos que optaram pela cirurgia bariátrica de um profundo julgamento moral. Diversamente da cirurgia de redefinição de gênero, o emagrecimento pode ser obtido através de métodos não-cirúrgicos, principalmente a partir de uma espécie de dominação do hedonismo insaciável do corpo pela mente racional. Ao optar pela gastroplastia, o indivíduo parece estar trapaceando (THROSBY, 2008) e se submetendo a um procedimento que burla a jornada de renúncia e autocontrole promovida pelo emagrecimento convencional.

Eu passei a minha vida toda ouvindo que eu não ia conseguir um emprego bom, que eu não ia conseguir um casamento. Nada, por que eu era gorda (pausa longa). A minha irmã mesmo, as minhas irmãs, sempre abriram a boca para dizer que eu não emagrecia por que eu não queria. Que eu não queria emagrecer. A gente ouve muito. ‘É preguiça, você é preguiçosa, vá correr na Barra!’ Eu digo ‘Vá você. Tenha o meu peso e vá correr na Barra, sacana.’. Vá! A primeira coisa que acontece é você quebrar um pé. Fora os insultos que a pessoa tem que ouvir. ‘Ô baleia, tá fora d’água’. A gente tem que passar por isso por que? Vai pra academia, o professor atende todo o mundo primeiro. Você é a última. Vai fazer o que?’. (Julia, 37 anos).

Essa percepção pode comprometer a aceitação do novo eu no âmbito social, promovendo uma compreensão desse *self* como inautêntico (THROSBY, 2008), mesmo que o

<sup>9</sup> Me refiro ao corpo visível, aquele que é percebido nas interações sociais.

sujeito tenha *decidido* se submeter a um procedimento cirúrgico invasivo, com possibilidade de sérias complicações e que modifica a vida do sujeito permanentemente.

O argumento de Throsby é que, a despeito do julgamento de terceiros, a resolução de realizar o procedimento coloca o indivíduo candidato à cirurgia bariátrica no campo da ação-consciente, um entendimento que se afasta da noção de passividade que perpassa a diminuição moral dos sujeitos bariatrizados. Os próprios sujeitos envolvidos no processo da gastroplastia se encarregam de oferecer contestações discursivas para essa concepção que define o emagrecimento cirúrgico como um embuste. O principal argumento é a própria experiência desses indivíduos com a obesidade. Ao apontar para uma existência de embate contra a gordura, eles demonstram o caráter da cirurgia enquanto o passo derradeiro de uma longa caminhada de esforço e abnegação. A outra possibilidade argumentativa é a absolvição da “culpa” pelo excesso de peso, uma justificativa que pode ser usada tanto por aquelas pessoas que sempre foram gordas, apesar de todo o esforço envolvido na tentativa de diminuição do peso, ou por aquelas que adquiriram o excesso de gordura em função de fatores externos e alheios à sua vontade. É o caso, por exemplo, de uma significativa parcela de mulheres que responsabiliza a gravidez pelo acúmulo de gordura, ou ainda pessoas que engordam em função de enfermidades, cirurgias e medicamentos.

Na perspectiva desses indivíduos, o que a cirurgia de redução de peso oferece é a possibilidade de um novo começo, o potencial para readequar os hábitos cotidianos e a relação com a comida a partir de um trabalho disciplinador e de domínio sobre o corpo. Observa-se, portanto, que a noção de controle corporal não está ausente da narrativa das pessoas que realizam a cirurgia bariátrica. Principalmente se considerarmos o fato de que a gastroplastia tem uma espécie de prazo de validade. Cerca de um ano e meio depois de realizada a cirurgia, o corpo passa a se adaptar à nova configuração e a absorção dos alimentos retorna à uma “normalidade” aproximada. Após esse período o sujeito passa a ter total autoridade sobre o corpo e completa responsabilidade pelo progresso do emagrecimento e, conseqüentemente, pelo sucesso do procedimento. Esse controle é exercitado durante o período de restabelecimento dos hábitos alimentares, fase em que o indivíduo forja novas práticas e habilidades envolvendo a comida. Throsby indica que esse aprendizado das práticas alimentares reafirma ainda mais a noção da cirurgia bariátrica como o nascimento de um novo eu, já que a introdução dos hábitos se dá de forma mimética à aquisição das competências alimentares pelas crianças.

‘É sobre aprender como comer desde o princípio e é um novo começo para mim’ (2006: 286). Imediatamente depois da cirurgia, esse processo é bem literal, já que as pessoas lentamente progridem de líquidos para comidas pastosas e misturadas antes de, cuidadosamente, introduzirem sólidos - uma paródia do desmame de crianças que dá um endosso literal para a metáfora do renascimento. Até mesmo quando estão comendo comida sólida, eles têm que aprender a comer porções bem pequenas, e comer vagarosamente e mastigar meticulosamente para evitar que a comida fique presa na pequena bolsa estomacal, além de evitar beber enquanto comem.<sup>10</sup> (THROSBY, 2008, p. 124)

É no decurso desse aprendizado que a naturalidade do hábito e do “eu” é estabelecida. A manipulação cirúrgica é tida como uma ferramenta de auxílio no governo do corpo, já que as alterações das dimensões do estômago e do intestino e os arranjos estabelecidos após a intervenção auxiliariam o indivíduo a realizar escolhas supostamente mais saudáveis. Isso porque o sistema digestivo do sujeito bariatrizado, além de ficar rapidamente saciado, passa a rejeitar alimentos hipercalóricos e com alto teor de açúcar. Porém, os depoimentos dos indivíduos envolvidos com a bariátrica dão conta dessa experiência não como uma imposição violenta lançada sobre um corpo *natural*, mas sim como um apoio no processo de fazer florescer o verdadeiro “eu”, escondido embaixo das camadas de gordura de um corpo que não está em harmonia com o *self* genuíno (THROSBY, 2008).

Segundo Throsby, esse percurso de aquisição de hábitos e doutrinação corporal serve como bem de negociação diante do discurso que classifica o procedimento bariátrico como uma prática fraudulenta. Afinal de contas, ao contrário da concepção geral o processo não é fácil e, principalmente, não é garantido. Algumas pessoas retomam o peso inicial (ou até mais) e os impactos que a cirurgia deixa no cotidiano dos indivíduos são abrangentes e significativamente duradouros. Nos próximos capítulos abordarei com mais detalhes esses aspectos, que vão desde a mudança da rotina familiar até constantes indisposições físicas, passando pela frequente ingestão de medicamentos e suplementos vitamínicos. Mas o que fica imediatamente evidente nessa trama retórica é o fato do indivíduo ainda exercer um papel central no jogo de responsabilidades que circunda a gastroplastia. E esse discurso não é

<sup>10</sup>No original: ‘It’s about learning how to eat from scratch and it’s a new start for me’ (2006: 286). Immediately postsurgery, this is a very literal process, as people slowly progress from liquids to soft mashed and blended foods, before carefully introducing solids – a parody of the weaning of infants that gives literal endorsement to the metaphor of re-birth. Even once they are eating solid food, they have to learn to eat very small portions, and eat very slowly and chew thoroughly to avoid food getting stuck in the reduced stomach pouch, and to avoid drinking while eating.

particular aos pacientes, profissionais de saúde e médicos das equipes multidisciplinares também incorporam essa estratégia de atribuir ao paciente a responsabilidade pelo sucesso do tratamento. Essa dimensão também será debatida nos próximos capítulos, especialmente no capítulo II.

Essa aceitação da responsabilidade diante do emagrecimento não é só uma manobra discursiva, ela também desempenha um papel importante no processo de seleção dos pacientes para a realização do procedimento (THROSBY,2008). Durante a triagem<sup>11</sup> dos indivíduos aptos à realização do procedimento, o estabelecimento do nível de compromisso do paciente é um quesito imprescindível desde as primeiras consultas. Portanto é comum que, por exemplo, psicólogos procurem problematizar a gordura na vida do indivíduo, observando sua disposição para lidar com a questão com persistência e buscando identificar sinais de que a psique do sujeito, ou sua relação com a gordura, representam um impedimento para o sucesso da operação. Igualmente corriqueira é a prática dos cirurgiões de estabelecer exercícios cotidianos e metas de redução de peso a serem alcançadas *antes* da cirurgia. Essas recomendações vêm acompanhadas de um discurso interessante. A redução do peso e o estabelecimento de atividades físicas antes da cirurgia tem um papel considerável na sua realização. Elas diminuem os riscos de complicações e contribuem significativamente para o trabalho do cirurgião. Porém, é habitual - e eu pude verificar empiricamente a ocorrência desse discurso - que ao oferecer essa prescrição, o cirurgião indique que essas orientações visam verificar o comprometimento do paciente com o tratamento. Este tipo de prescrição torna explícito o fato de que a cirurgia nunca é apenas sobre a gordura do paciente. É também sobre seu engajamento moral em abandonar sua condição de obeso e, com isto, tudo que ela significa.

Antes de melhor compreender a jornada pela qual o paciente se submete para alcançar o corpo emagrecido é necessário entender como são realizadas as cirurgias bariátricas e a origem deste controverso tratamento.

#### **1.4 Cirurgias bariátricas: a origem e a técnica.**

O conceito de Cirurgia Bariátrica ilustra o conjunto de procedimentos cirúrgicos voltados para o tratamento da obesidade (FANDIÑO; BENCHIMOL; COUTINHO;

<sup>11</sup> O procedimento será detalhado no Capítulo II



APPOLINÁRIO, 2004). Existem diferentes técnicas de cirurgias com este objetivo, que podem ser do tipo disabsortivas e/ou restritivas. Enquanto as primeiras impõem a diminuição da absorção nutricional, a partir do desvio do intestino, as do segundo grupo restringem a capacidade de ingestão de alimentos, “grampeando” ou limitando o estômago através de um anel gástrico. Vale ressaltar que algumas técnicas podem ser mistas, com características restritivas e disabsortivas.

Os casos aqui apresentados baseiam-se no emagrecimento via técnica do *bypass* gástrico, sendo que este pode ser realizado através de método laparoscópico ou aberto. Também conhecida como *bypass* gástrico em Y de Roux, a técnica é a mais popular em todo o mundo, contando com uma previsão de perda de peso que varia entre 40% e 45% da massa corporal inicial (SBCBM, 2013).

Esta técnica é uma evolução das primeiras cirurgias experimentais que eram feitas para redução de peso nos EUA. As primeiras cirurgias que foram realizadas com o objetivo exclusivo de promover a perda de peso foram feitas nos anos 1950 na Universidade de Minnesota, segundo Mechanick (2008). O primeiro procedimento utilizou a técnica do desvio jejuno-ileal, quando realizava-se o *bypass* (desvio) no intestino mas sem intervenção alguma no estômago. O problema deste tipo de cirurgia é que, apesar dela ser eficiente na perda de peso, ela permitia o aparecimento de uma série de complicações crônicas como diarreia, crescimento de bactérias tóxicas no intestino, cegueira noturna – em decorrência da deficiência grave de vitamina A – osteoporose, falta de vitamina B, pedra nos rins, artrite severa e problemas de pele. De acordo com o texto da American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical (ASMBSM,2013) estas complicações acabavam gerando uma busca muito frequente pela reversão do procedimento – que podia ser desfeito, já que não atingia o estomago.

A técnica do *bypass* gástrico é fruto da observação da perda de peso apresentada por pacientes que eram submetidos à retirada de parte do estômago para o tratamento de úlceras. Foi a partir dessa observação que, na década de 1960, desenvolveu-se a técnica que não apenas desviava o intestino – diminuindo as possibilidades de absorção dos nutrientes – mas também restringia a entrada dos alimentos no estômago. Entretanto, somente muitas décadas depois foi que o *bypass* começou a ser executado da maneira usual, sob a forma do chamado Y de Roux.

A cirurgia de bypass gástrico envolve a divisão do estômago do paciente em duas seções, consistindo de uma pequena bolsa superior, e uma seção inferior maior. Uma parte do intestino do paciente é, então, redirecionada para a pequena bolsa superior, contornando, assim, a maior parte do estômago (e o volume de comida que ela, potencialmente, poderia manter). Há uma série de variações cirúrgicas para o bypass gástrico, dependendo do método de reconexão com o intestino. O resultado dessa cirurgia é uma limitação radical da quantidade de comida que o paciente pode ingerir, reduzindo, portanto, as calorias absorvidas pelo corpo, resultando em uma rápida e dramática perda de peso (MURRAY, 2008)<sup>12</sup>

Hoje esta é a cirurgia mais realizada no mundo e pode ser feita através de dois métodos: a videolaparoscopia e a laparotomia (cirurgia aberta). O *bypass* por videolaparoscopia tem a vantagem estética de não deixar cicatriz, mas o benefício também é clínico. A diferença entre as duas cirurgias é o método de acesso à área de operação e o método de exposição. A cirurgia via laparoscopia começou a ser feita em 1994 e é realizada através de quatro ou sete incisões de 0,5 a 1.2 cm. Quando aberta, a cavidade é inflada artificialmente por um gás de dióxido de carbono e é através dessas pequenas incisões que o cirurgião tem acesso à área de operação. Já o bypass gástrico por laparotomia é feito através de uma grande incisão no abdômen, e a exposição da área de operação é feita através de refratores.

Em campo pude constatar que a cirurgia videolaparoscópica é um verdadeiro sonho de consumo entre os pacientes, justamente pela ausência do imenso corte vertical na altura do estômago. As restrições quanto a aplicação da videolaparoscopia envolvem, além do poder aquisitivo do paciente, questões de segurança médica já que, em pacientes com um acúmulo de gordura abdominal muito intenso, reserva-se apenas a possibilidade da cirurgia aberta. Abaixo segue o quadro elaborado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica comparando os benefícios dos dois procedimentos:

ITENS	VIDEOLAPAROSCÓPICA	CIRURGIA ABERTA
Custo médio (R\$)	15 a 25 mil	10 a 15 mil
Duração da cirurgia	40 min. a 1h 30min	2 a 3 horas

<sup>12</sup>No original: Gastric bypass surgery involves dividing the patient's stomach into two sections, consisting of a smaller upper pouch, and a larger lower section. A section of the patient's intestine is then re-routed to the smaller upper pouch, thereby bypassing the larger stomach section (and the volume of food it can potentially hold). There are a number of surgical variations on gastric bypass surgery, depending on the method of intestinal reconnection. The result of this surgery then is to radically limit the amount of food a patient can ingest, thereby reducing the calories absorbed by the body, resulting in rapid and dramatic weight loss.

Tempo de internação	36 horas	3 dias
Retorno à rotina normal	10 dias	30 a 60 dias
Qtde. e tamanho da incisão	4 a 7 mini incisões de 0,5 a 1,2 cm cada	1 incisão de 10 a 20 cm
Incidência de hérnia no local da incisão no período de 1 ano	3 %	30 %
Cirurgias realizadas no Brasil	21 mil	39 mil
Dor pós-operatória	Leve	Moderada a intensa

*Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM)*

**Imagem I:** *Bypass gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”)*



*Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM.*

Atualmente a técnica não compromete a absorção de vitaminas e proteínas na mesma medida que sua precária primeira versão, já que a porção do intestino que sofre o desvio, através da interferência cirúrgica, é menor do que antes. Porém, o bypass é realizado justamente na região do intestino onde se dá a absorção do cálcio e do ferro, portanto, a anemia e a osteoporose são consequências possíveis, ou melhor, prováveis da cirurgia, o que faz com que os médicos tornem obrigatória a ingestão de suplementos minerais após a realização da operação. Além dessas sequelas, Murray observa que outras complicações em decorrência da intervenção cirúrgica já foram registradas:

[...] esses procedimentos bariátricos têm, em algumas instâncias resultado em complicações que vão desde perturbações digestivas

(desconforto abdominal, náusea, diarreia, constipação), má absorção e deficiências de nutrientes, até mesmo à morte. (MURRAY,2008)<sup>13</sup>

Acredita-se que a cirurgia, além de gerar a drástica perda de peso, tem um impacto fundamental sobre as comorbidades relacionadas à obesidade. A American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) afirma que estudos dão conta de pacientes que passaram pela cirurgia e tiveram significativa melhora em condições como a diabetes do tipo 2, altos níveis de colesterol, azia, artrite, doenças do fígado, e apneia do sono. A associação também afirma que a cirurgia favorece uma melhora contundente da qualidade de vida dos pacientes, de maneira geral.

No Brasil as cirurgias bariátricas são realizadas desde 1999 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que estabeleceu a Rede de Atenção a Doenças Crônicas e o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Mais recentemente, a Portaria nº 425, de 19 de março de 2013 estabeleceu o regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Em linhas gerais, foram reajustados os valores de repasse do SUS às instituições que atuam em sistema de colaboração para assistência cirúrgica ao obeso, novas regras para a definição do público alvo da cirurgia (diminui-se a idade mínima dos procedimentos de 18 anos para 16 anos), ampliou-se a gama de técnicas gastroplásticas cobertas pelo SUS e incluiu-se a cobertura de procedimentos pós operatórios (cirurgias plásticas para lidar com o excesso de pele), sem, ainda, incluir a videolaparoscopia na cobertura.

<b>ANO</b>	<b>CIRURGIAS REALIZADAS</b>
2003	16.000
2004	18.000
2005	22.000
2006	29.500
2007	33.000
2008	38.000

<sup>13</sup> No original: these bariatric procedures have, in some instances, resulted in complications ranging from digestive distress (abdominal distress, nausea, diarrhea, constipation), nutrient malabsorption and deficiencies, and even death.

2009	45.000 (25% por videolaparoscopia)
2010	60.000 (35% por videolaparoscopia)

*Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM*

No âmbito do tratamento da obesidade, as cirurgias bariátricas são consideradas o último recurso para o seu tratamento. Não à toa os depoimentos de quem busca cirurgia são atravessados por narrativas da falha conjugadas com sofrimento, falta de perspectiva, desesperança e resignação. O impacto de tais cirurgias sobre os sujeitos que a realizam é absoluto, tanto pelas rápidas mudanças e adaptações que perpassam a construção de uma nova corporalidade que se adapta a um estômago ínfimo, quanto por seus impactos no âmbito das suas interações sociais. As cirurgias bariátricas, portanto, redefinem, processualmente, a relação dos sujeitos com o comer, o que será devidamente explorado mais adiante neste trabalho.

## CAPÍTULO II

Na segunda etapa desta pesquisa acompanhei o processo pré e pós cirúrgico de dois pacientes; são eles Vanessa (cujo peso inicial era 135 kg) e Tales (cujo peso inicial era 165 kg), que, muito generosamente, aceitaram colaborar voluntariamente com esta pesquisa. A partir das experiências de ambos, os passos para a realização do procedimento bariátrico são conhecidos em detalhes, o que proporciona um debate as diferentes atuações dos profissionais de saúde com os quais Vanessa e Tales entraram em contato.

### 2.1 Conhecendo Tales e Vanessa

Conheci Tales e Vanessa, por sorte ou coincidência, no mesmo dia. Todas as terças-feiras pelo turno matutino a Unidade de Ação Social oferece serviço de psicologia, que, em sua maioria, é destinado ao acompanhamento de pacientes que estão em processo de “*bariatrização*”, isto é, que ainda irão realizar a cirurgia ou que já a realizaram mas precisam do acompanhamento após o procedimento. Na ocasião eu pretendia acompanhar a sala de espera do ambulatório, identificando os pacientes que procuravam os serviços relacionados à cirurgia bariátrica e entrando em contato com suas histórias. Cheguei naquele dia ao ambulatório por volta das 6:50 da manhã aguardando junto aos demais pacientes a abertura da clínica, logo mais, às 7 horas. Àquele horário uma fila com nove pessoas, incluindo a mim, havia se formado e quando finalmente os portões se abriram, as fichas para as diferentes especialidades médicas foram distribuídas sob a forma de retângulos de papel emborrachados e numerados. Era perceptível o alívio dos pacientes quando detinham a posse destes retângulos pois aquilo assegurava que, finalmente, as consultas de todos, marcadas há meses, iriam se realizar. Dissolvida momentaneamente pela conquista da ficha, a ansiedade generalizada deu rapidamente lugar ao tédio comum aos que esperam. Logo me pus a observar mais atentamente os pacientes, sem deixar de conjecturar sobre suas trajetórias. Dividíamos o tédio da sala de espera, ocasionalmente preenchendo-o com os gritos do apresentador Raimundo Varela vindos da TV ligada. Salas de espera são locais de passagem onde os fatos mais interessantes podem, sem dúvida, acontecer, mas são também um lugar aplacado pela rotina que àquela altura eu já conhecia: revistas desatualizadas, enfermeiras cansadas e desinteressadas em seus pacientes, médicos saindo ou chegando, crianças

acompanhando seus pais em consultas e, comum a todos, a vontade de deixar o local o quanto antes.

Muito embora para mim ele ainda não fosse Tales, notei o rapaz negro e alto que estava na sala e que, muito provavelmente, seria candidato à bariátrica: era a mim impossível não notar seu tamanho. Chamou-me atenção a presença de Tales porque a maioria das pessoas que procuram a cirurgia bariátrica são mulheres, sendo possível notar que os homens, quando realizam a cirurgia o fazem porque atingiram a condição de “superobeso”, como são clinicamente chamados aqueles indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior do que 50. Mais tarde descobri que esse era o caso de Tales.

Com o avanço das horas fui tomando confiança para conversar com os pacientes, até que finalmente consegui trocar algumas palavras com Tales, logo após sua consulta. Apresentei-me como pesquisadora, falei sobre meus objetivos e comentei rapidamente do andamento da pesquisa. Ele se mostrou simpático e, com a fala tímida, resumiu brevemente a sua história. Na ocasião ele me contou que conheceu a Unidade de Ação Social a partir de uma amiga que, após realizar a cirurgia bariátrica com a equipe da referida instituição emagreceu cerca de 50 kg. Ele a considerava um modelo bem sucedido, um exemplo concreto e real de que a cirurgia funcionava e que iria resolver sua questão com a gordura. Com isso perdeu o medo e “correu atrás” da mudança esperada. Não obstante seu entusiasmo, já era a segunda vez que tentava realizar a cirurgia - na primeira vez foi detectado um problema cardíaco (não entrou em detalhes naquele momento) e a realização foi adiada até que o tratamento de sua condição se completasse. Dessa vez estava confiante de que teria sucesso: já havia feito a maioria dos exames, inclusive alguns na rede particular para obtê-los com maior rapidez e assim agilizar o processo. Esta é uma prática comum entre os pacientes que, ansiosos por obter os pré-requisitos necessários para a marcação da cirurgia e contando com a demora dos serviços públicos de saúde, recorrem à rede particular para realização dos exames e obtenção dos laudos médicos requeridos.

Ao longo da conversa descobri que Tales era morador de longa data do Jardim Cruzeiro, bairro localizado na chamada Cidade Baixa em Salvador. Ele tinha 29 anos, tinha uma filha que vivia junto com ele na casa de sua mãe, mas atualmente estava solteiro. Tales é pintor e está desempregado e, justamente por esse motivo estava muito seguro em realizar o procedimento: sentia-se vítima de preconceito no mercado de trabalho pois não arranjava uma ocupação profissional formal, embora se considerasse mais capacitado que a média dos colegas pintores. Embora sempre estivesse se qualificando, tomando cursos pelo *Senac*, nas

entrevistas de emprego ele era sempre descartado quando percebiam seu tamanho, logo, não haveria outra explicação para seu desemprego a não ser a gordura. Entusiasmada com a sua história e com suas expectativas para o futuro pedi seu telefone e, a partir de alguns encontros com ele pude acompanhar boa parte do processo médico e prático que Tales teve que atravessar para perseguir seu objetivo.

Assim que Tales saiu, por volta das 8 horas, Vanessa chegou ao ambulatório e saiu da recepção com uma ficha azul. Por acaso, sentou-se próxima a mim e foi logo reclamando do calor e do engarrafamento. Aproveitei seu temperamento extrovertido e disposição para melhor conhecê-la. Vanessa era costureira e tinha 35 anos e disse que quando não estava realizando as tarefas domésticas estava costurando “para fora” - seus clientes variavam de escolas de dança a vizinhos e amigos de longa data. A facilidade com a máquina de costura amenizava o problema de achar roupas para si mesma em lojas de departamento, que ela julgava uma missão impossível: “o máximo que você acha é 52, às vezes 54, e eu visto 56”. A maior queixa de Vanessa tratava-se da verdadeira cruzada que era achar um short jeans do tamanho dela. Assim como Tales ela cultivava há muito tempo o desejo de realizar a cirurgia e já estava tentando conseguir rapidamente todos os exames. No momento em que a conheci ela estava em busca do laudo psicológico e já tinha boa parte dos exames e laudos requeridos para a realização do procedimento cirúrgico. Vanessa me contou que era a segunda vez que ela se consultava com a psicóloga quando, normalmente, uma consulta é suficiente para se obter o laudo psicológico que recomenda a cirurgia.

*A conversa segue animada, mas paramos quando a enfermeira chama pela próxima ficha. Vanessa se certifica de que não é a vez dela e eu aproveito para dar prosseguimento a nossa conversa.*

**Natália:** Mas porque você está vindo pela segunda vez então?

**Vanessa:** Minha filha... Caí na besteira de dizer que eu gosto de uma cervejinha no final de semana. Porque é assim, meu lazer. Eu gosto mesmo, todo domingo ou o pessoal vai lá em casa ou eu vou na casa das pessoas, aí eu bebo, a gente faz um churrasquinho, ou até lá em casa mesmo, eu e meu marido. Tem dias que é uma grade pra mim e outra pra ele... Aí a psicóloga achou por bem conversar com o meu marido, que ela falou que tinha que explicar que eu tenho que me comprometer e não beber durante o “resguardo”. Ela disse que tem gente que vira alcoólatra também, essas coisas. Tô esperando ele vir lá de Areia Branca, que ele trabalha de turno, o



amigo dele teve que render ele pra ele poder vir. Ele tá pirado, não queria nem vir. Você acredita que ele queria (risos) que arranjasse outra pessoa para fingir que era ele para vir aqui? Aí a gente vai ter que falar que eu não vou beber, que ela quer que a gente faça tudo certinho. Mas eu sou uma pessoa correta, eu não gosto de ficar mentindo pros outros não. E eu acho que se ele tá comigo é para me ajudar também, né?

**Natália:** E você achou ruim ela te chamar de novo?

**Vanessa:** É chato, né? Porque atrasa a vida, mas é o trabalho dela.

**Natália:** Mas me conte aí, por que é mesmo que você quer fazer a cirurgia?

**Vanessa:** Eu tô fazendo por uma questão de saúde, eu tenho artrose e meu médico disse que eu tinha que emagrecer, aí eu vi que tinha a cirurgia bariátrica, porque eu sei que emagrece mesmo. Tem um pessoal lá na rua que fez, minha cunhada ficou magrinha, você nem reconhece, então eu sei que funciona mesmo.

**Natália:** E você já deve ter tentado várias dietas, né?

**Vanessa:** Até que não, sabia? Eu não tenho muita paciência. Eu comecei agora a andar na praça lá perto de casa e comendo as coisas integrais, porque o médico agora mandou eu perder 8 Kg pra cirurgia. Mas antes disso eu não fazia dieta não, não tenho paciência.

Para Vanessa, como vimos nesse breve diálogo, a cirurgia não seria a única e última opção, mas sim sua primeira tentativa de superar a obesidade. Assim como Tales, não era a primeira vez que ela tentava fazer o procedimento. Em 2010, o Hospital Santo Antônio, administrado pelas Obras Sociais de Irmã Dulce, oferecia a cirurgia gratuitamente. Vanessa contou que, para se beneficiar do tratamento, chegou a enfrentar uma extensa fila e uma forte chuva para conseguir a senha de atendimento e o cadastro junto a instituição. “A água batia aqui, ó”, ela me disse enquanto apontava em direção ao próprio joelho. Mesmo com tanta espera ela nunca foi contemplada com o tratamento e já não tinha esperanças de emagrecer. Apesar do pessimismo, o destino a surpreendeu quando ao acompanhar sua mãe durante uma internação na ala de terapia intensiva do Hospital Espanhol, uma enfermeira a abordou e, espontaneamente, perguntou se ela tinha interesse de fazer a cirurgia de redução de estômago, indicando para isso a Unidade de Ação Social e facilitando o processo de atendimento e marcação de consulta para Vanessa. Nessa ocasião ela percebeu que haveria uma real possibilidade de realizar o procedimento gratuitamente e agarrou a oportunidade.

Apesar dos riscos Vanessa me disse que não temia a cirurgia e que, nas consultas o médico a tranquilizou. O pior, segundo ela, seria continuar do jeito como estava, com problemas de saúde relacionados à obesidade- o principal era a artrite- e com baixa autoestima. Seu único temor no momento era que a psicóloga negasse o laudo mas, se isso ocorresse, Vanessa estava disposta a pagar para obter o parecer através de uma consulta em uma clínica particular. Pouco depois seu marido chegou ofegante e tivemos que interromper a conversa para que eles se preparassem adequadamente para consulta, combinando os últimos detalhes antes de falar com a psicóloga. Quando a consulta teve fim, ela fez um sinal de positivo para mim, insinuando a aprovação da psicóloga ao desfecho cirúrgico. Vanessa, da mesma forma que Tales, estava firme na decisão de realizar a cirurgia e já tinha em mãos a maioria dos exames e laudos médicos requeridos: a decisão pela cirurgia parecia ser um caminho sem volta.

A escolha por seguir as trajetórias de Tales e Vanessa dentre tantos outros pacientes que diariamente procuram o serviço na Unidade de Ação Social deu-se por razões simples que pretendo a seguir esclarecer. Nos momentos tão breves que compartilhei com os pacientes nas salas de espera ouvi histórias diversas sobre a experiência de ser gordo. Como pesquisadora engajada no campo comecei a reconhecer o impacto que a minha presença tinha sobre os pesquisados. Sempre que eu me apresentava enquanto pesquisadora notava uma grande vontade das pessoas de se fazerem coerentes e/ou corretas na justificativa para escolher a cirurgia bariátrica como tratamento à obesidade. Vanessa, por outro lado, não demonstrou nenhuma preocupação ou barreira em me contar sua trajetória de vida e suas motivações para a realização da cirurgia, aparentando não se importar com os possíveis julgamentos que eu pudesse fazer sobre as coisas que me relatava. Com uma franqueza absoluta, ela não aparecia como um objeto obediente e maleável às minhas pressuposições. Pelo contrário, sua narrativa me forçou a reorganizar esquemas explicativos sobre sujeitos envolvidos no processo de *bariatrização*, como quando reflito sobre a relativização do sucesso da cirurgia bariátrica, tema que será abordado mais à frente.

Assim, Vanessa e sua história permitiam uma maior articulação científica, nos moldes estabelecidos por Stengers e Despret e recuperados por Bruno Latour (2008). Ao convidar o leitor a pensar as possibilidades do corpo na esfera da ciência e seus desdobramentos políticos, Latour (2008) faz referência aos trabalhos de Vinciane Despret e Isabelle Stengers que pensaram em modelos epistemológicos alternativos aos da ciência tradicional. Enquanto o paradigma da ciência atual baseia-se em princípios verificadores e em métodos científicos

generalizantes, a epistemologia política proposta por Stengers e Despret defende incentivar uma ciência interessante, articulada com outros domínios e arriscada. Por interessante Latour designa a ciência que se propõe ser criativa e original, e que por isso deve buscar pôr em risco sua própria teoria, ao mesmo tempo em que articula e opõe conhecimentos, no intuito de evitar que o fundamento da ciência seja a mera reprodução tautológica. Já o conhecimento articulado, explica Latour, aparece em contraposição a noção de referência. Latour propõe que nunca encerremos uma questão fiando-se na autoridade de uma dada prática ou discurso, mas aceitemos as divergências, oposições e contextos múltiplos que ao invés de encerrar um problema, na prática da ciência articulada, multiplicam-nos. Da mesma sorte, quando nos propõe à reflexão das práticas científicas nos diversos campos Latour recupera a noção de risco. O risco entendido como algo a ser evitado a todo custo pelos que buscam conhecer, mas como um pressuposto essencial do saber científico que se deixa afetar. Arriscar-se em ciência deve permitir não só que os objetos de experimentação sejam tensionados pelo engajamento prático mas que os próprios pontos de partida daqueles que pesquisam possam ser sempre questionados por estes mesmos objetos.

O que Vanessa permite, com seu modo de se expressar em relação à gordura e à cirurgia bariátrica, é a oportunidade de estar diante não de um objeto de estudo docilizado e conformado às minhas expectativas teóricas, mas sim de um sujeito “recalcitrante”, com quem eu poderia trocar informações que me permitissem ampliar o repertório e o alcance desta pesquisa. Ao mesmo tempo, sua experiência me convida constantemente a reformulação das minhas perguntas de pesquisa. Neste ponto, é significativo o momento em que, conversando com Vanessa em sua residência, cinquenta dias após sua cirurgia, fomos interrompidas pelos gritos doloridos de sua mãe acamada que recentemente havia se mudado para sua casa, já que nenhuma de suas irmãs poderia dar conta de cuidá-la. Ela me pediu desculpas por ter de interromper a conversa e explicou que os gemidos eram o único modo como a senhora conseguia se comunicar depois do acidente vascular cerebral que comprometera não só a competência motora como também a capacidade da fala. Ao retornar para a conversa, Vanessa me confidenciou que a cirurgia bariátrica havia ajudado a lidar com o estado de saúde de sua mãe, já que os cuidados diários exigidos pela condição de dependência da senhora demandavam um extenso e intenso esforço físico que, com o joelho comprometido pela artrose e com as dificuldades de mobilidades impostas pelo peso, acabava se tornando penoso para ela. Essa fala permitiu que eu refletisse sobre a noção de sucesso da

cirurgia não somente a partir de níveis médicos ou condições metabólicas, mas considerando, agora, o ambiente e as condições de vida dos sujeitos submetidos ao processo.

Do mesmo modo, um diálogo que tive com Tales em nosso segundo contato fez com que eu refletisse sobre minha posição de pesquisadora num contexto em que minha condição física me aproximava dos sujeitos entrevistados. Na ocasião, Tales questionou o porquê de eu não me submeter ao processo cirúrgico, considerando, além do meu peso, as facilidades que eu teria por possuir plano de saúde e, aos seus olhos, uma conjuntura social mais estável. Sua pergunta fez com que eu me colocasse na pesquisa e abdicasse do pretense distanciamento objetivo tão cultivado nas ciências tradicionais.

Textos podem falar sobre um objeto, mas eles vem de algum lugar também. Eles incorporam um autor. A tradição filosófica ocidental favorece a fantasia de que esse autor, o sujeito da teoria, está localizado fora do objeto de reflexão. Esta é uma tradição voyeurística. Somente de uma distância nós podemos esperar dizer a verdade. Somente de uma distância nós podemos esperar passar um julgamento balanceado. Desembaraçado (imparcial). Com as mãos nas costas você não deve se envolver fisicamente com o que quer que seja que você esteja teorizando sobre. Não toque a mulher branca. Não pise na grama. O corpo do sujeito na teoria não deve se envolver na coisa que está sendo teorizado<sup>14</sup>. (MOL,2008, p.32)

Numa pesquisa não apenas os objetos estão situados mas também os autores da pesquisa. Tão logo eu me puser como parte engajada no campo menos malabarismos terei de fazer para pretender que não me afetei com as cicatrizes ou com a capciosa pergunta de Tales. Afinal, não se pode dizer que se vai ao campo sem nenhuma opinião sobre o assunto que se estuda e, naquele momento, a partir das leituras que estava realizando e da pesquisa de campo a cirurgia bariátrica estava ganhando em mim contornos normalizadores sobre corpos dóceis. Ao lidar com meus próprios preconceitos, a pergunta de Tales me desafiou a pensar sobre meu julgamento sobre os indivíduos que encaravam o tratamento e, longe de encontrar uma saída rápida para ao emagrecimento, encontravam diversas etapas dolorosas para a conquista de seus objetivos. Ainda assim, eram moralmente subjugados.

14 No original: Texts may tell about an object, but they come from somewhere, too. They incorporate an author.<sup>19</sup> The Western philosophical tradition favours the fantasy that this author, the subject of theory, is located outside the object of reflection. This is a voyeuristic tradition. Only from a distance may we hope to tell the truth. Only from a distance may we hope to pass a balanced judgement. Disentangled. Hands behind your back, do not get involved physically with whatever it is that you are theorizing about. Don't touch the white woman. Don't walk on the grass. The body of the subject of theory is not to get involved in the theorizing" (MOL,2008, p.32)

Afora estas questões, a categoria de gênero de Tales se mostrava uma questão importante para sua escolha enquanto sujeito de estudo, já que esta característica o tornava interessante enquanto elemento de comparação com os resultados obtidos junto a Vanessa. Por último e não menos importante, vale ressaltar que a escolha destes participantes só pode se dar devido a adesão voluntária e interessada de ambos aos propósitos desta pesquisa, e pela congruência de questões práticas como a relativa proximidade das residências de ambos à Universidade Federal da Bahia.

## **2.2 Histórias de “engordamento”**

Diante da gordura de alguém é possível que julguemos incompreensíveis as trajetórias dos indivíduos que se deixaram chegar a “tal ponto”. Quero chamar a atenção para este “ponto” como o marcador de uma categoria de indivíduos que provoca, em outros, sensações e atitudes específicas em relação às suas formas físicas, marcadas pela gordura. Csordas (2008) elabora o conceito de modos somáticos de atenção como ferramenta para analisar o fenômeno da percepção e sua relação com a subjetividade e a intersubjetividade. Segundo ele “os modos somáticos de atenção são maneiras culturalmente elaboradas de estar atento a e com o corpo em ambientes que incluem a presença corporificada de outros”. (CSORDAS, 2008, p.372). Fundamo-nos, argumenta o autor, sob o espectro da intersubjetividade e não conhecemos mundo sem o outro, sendo portanto resultado dessa interação nosso engajamento sensorial culturalmente elaborado. A reação à gordura do outro e à própria são marcadas por este sentido de intersubjetividade corporificada, sentido que vai se construindo no viver prático, quando, por exemplo somos cada vez mais capazes de sentirmos sensações como nojo ou até indignação frente aos sujeitos gordos.

Algumas respostas óbvias são rapidamente sugeridas quando tentamos responder à pergunta “como um sujeito engorda?”. Não parece adequado responder este questionamento com um corolário sobre balanço energético. É sintomático, no entanto, que a resposta mais recorrente a esse questionamento ponha toda a responsabilidade pela condição corporal de indivíduos gordos em seus supostos excessos e desvios de conduta alimentar. Como veremos a seguir, essa responsabilização logo ganha um sentido moral. Negligência, desleixo, desinteresse, falta de vontade, são expressões comumente evocadas por pessoas gordas e não gordas para explicar a persistência de uma silhueta gorda.

As histórias de Tales e Vanessa oferecem respostas complexas e menos óbvias sobre como o corpo é produzido. As narrativas de ambos sobre seus corpos evidenciam uma natureza processual que envolve pelo menos dois momentos notáveis: o primeiro é a descoberta de que se é, de fato, gordo. No entanto, os percalços decorrentes dessa constatação não se comparam ao segundo e mais dramático momento que é descobrir-se “excessivamente” gordo. Se a própria atuação publicitária da gordura carrega a dimensão do excesso o que dizer de pessoas que são não apenas gordas, mas classificadas como muito ou excessivamente gordas?

Tales, ainda criança com seus 9 ou 10 anos, foi surpreendido com o apelido de Bola, enquanto jogava futebol com os demais garotos do Jardim Cruzeiro. A partir de então reparou pela primeira vez que era gordo. Pacífico desde a infância, como relata a mãe D. Jucilene, Tales nunca se importou com a coleção de apelidos que ganhou por conta do seu tamanho. Desde a mais tenra idade Tales, que hoje tem 29 anos, não teve momento algum em que ele fora magro.

**Tales:** Eu sempre fui gordinho, né mãe?

**Dona Jucilene (mãe de Tales):** Ele sempre foi gordinho, desde criança, desde bebê. Tem ele e o irmão dele mas novo, mas aí você vê logo a diferença porque ele sempre foi gordo e o mais novo magro.

**Tales:** Mas assim, eu fazia tudo. Eu não deixava de fazer as coisas porque eu era gordo não, eu joguei vôlei, basquete, só futebol que eu não gostava muito. Eu nunca tive problema para arranjar namorada, sempre fiz minhas coisas. Apesar de eu ser gordinho, ter gente gorda na família também- meus primos, duas tias minhas inclusive fizeram a cirurgia- eu nunca me preocupei muito.

**Natália:** E quando foi que você começou a se preocupar com isso?

**Tales:** Quando eu cheguei nos 130 Kg- eu tenho 1,76m. Porque mesmo eu pesado eu ainda fazia capoeira, então não chegava a 100 Kg, assim com meus 18,19 anos, né mãe?

**Dona Jucilene:** É, sim.

**Tales:** Aí depois que saí da capoeira, fiquei sedentário, aí comecei a engordar, fui engordando. Mas eu sei que foi deslize meu, se eu não tivesse parado talvez não chegasse a esse tamanho.

Na narrativa de Tales vemos que seu processo de engordamento não obedece a um padrão de quebra da magreza em dado período da vida mas ela sempre foi uma realidade. Ser gordo também não parecia uma condição limitante para qualquer outra atividade pois sua gordura não era sinônimo de abandono às atividades com o corpo, pelo contrário, sua narrativa aponta para uma adolescência corporalmente ativa, que, na vida adulta, foi relegada a segundo plano. A percepção de que seu corpo atingiu uma forma demasiado excessiva no caso de Tales é a constatação de que seu peso atingiu os 130 Kg, momento em que, aparentemente, a gestão de suas formas corporais saiu do controle. Embora Tales veja em seu comportamento alimentar algum desequilíbrio, ele atua a gordura como algo genético já que seus irmãos se alimentam tanto quanto ele mas não engordam.

**Tales:** Lá em casa tem gordo: minha mãe, meus tios, meu padrinho, um bocado de gente mais distante na família. Então eu acho eu fui “premiado” porque meus irmãos também comem pra caramba e são magros. Aliás, agora que um deles tá engordando, né? Quero ver.

Mesmo alcançando o auge de sua gordura Tales descreve-se como uma pessoa ativa. Sobrevive de bicos como pintor mas ajuda na rotina financeira da casa, ajuda a filha com as tarefas da escola e anda de moto para um lado e para outro, o que já lhe redeu uma grande cicatriz na perna.

No caso de Vanessa a percepção de seu excesso veio de outra forma. Ela relata com saudosismo o tempo, antes de ter sua única filha Juliana, em que pesava menos e era admirada pelos vizinhos, amigos e familiares.

**Vanessa:** Eu comecei a ficar gorda depois de ter minha primeira filha. Antes eu pesava 65 Kg. Meu primeiro marido, pai da minha filha ele só comprava tudo integral na época pra lá pra casa. Mas eu ia por trás e comia as coisas escondido. Se eu tivesse seguido as coisas que ele me falava até hoje eu não tinha ficado desse jeito.

**Natália:** E quando foi que você percebeu que você estava muito gorda?

**Vanessa:** Deixa eu te falar, eu sempre fui a mulher mais bonita aqui da rua. Todo mundo comentava que eu era linda, não sei o que. E eu sou muito vaidosa, mas aí eu fui ganhando peso e deixando pra lá essas coisas. Eu gosto muito de festa também, né?

**Natália:** Que tipo de festa, por exemplo?

**Vanessa:** Ah, tipo carnaval, seresta, show, festa de camisa. Eu e meu marido (atual). Só que aí eu comecei ir para essas festas e via as meninas tudo de shortinho e blusinha amarrada e eu daquele tamanho, enorme. Para comprar roupa aquele problema todo. Quando eu me vejo nas fotos então, meu deus, ave Maria, eu sou daquele tamanho mesmo? Meu marido fica apertando minha mente, falando que eu tô muito gorda. Agora que eu cortei o cabelo curto o pessoal aqui da rua fica dizendo que eu pareço aquela médica que sequestrou os meninos, aquela que parece com o desenho animado? Eu finjo que não ligo, mas eu ligo.

A narrativa de Vanessa coincide com a de muitas mulheres que procuram o tratamento bariátrico, mulheres que engordam depois de ter filhos e que querem recuperar a silhueta “original “. Essa avaliação social do copo aparece aqui como uma motivação para a cirurgia de Vanessa enquanto que para Tales a principal justificativa em realizar o procedimento é ser considerado apto à realização de seu ofício pelos seus contratantes, o que veremos a seguir.

### **2.3 Histórias de emagrecimento**

Diante dos incômodos que a silhueta gorda parece provocar, tentativas de emagrecimento são recorrentes. Dentre os tratamentos possíveis para a obesidade o mais usual são as dietas alimentares as quais muitas vezes se recorre a partir a noção de privação. Neste ponto uma questão importante é a relação de ambos com a comida e o comer.

**Tales:** Se eu gosto de comer? Ave Maria! Comer é bom demais, quem é que não gosta? Aliás, quem não gosta tá perdendo! Eu gosto mesmo, mas eu sei que não pode, né? Mas mesmo assim a gente come. Eu não vou mentir dizendo que eu não como bem que fica feio. Eu gosto de comer e como bastante.

A fala desinibida de Tales reflete o prazer investido na atividade de comer. Esse prazer, no entanto, é associado a uma transgressão, posto que Tales identifica seu hábito alimentar como excessivo. Neste momento pré-cirúrgico, Tales define sua alimentação diária nos seguintes termos:



**Tales:** Eu acordo, como pão, três ou quatro, sempre café ou suco. Meio dia almoço, sempre com refrigerante, e depois, de meio dia para tarde é sempre beliscando alguma coisa: biscoito, refrigerante, pão, é tudo, toda hora. Fritura o tempo todo, todo gordo adora fritura! (risos)

Ao reconhecer na própria dieta certos “excessos”, não foram poucas as vezes que Tales tentou reverter essa rotina alimentar. Ele foi adepto de inúmeras dietas durante toda a sua vida, que duravam no máximo uma semana, todas sem sucesso a longo prazo. Dieta, para ele é sinônimo de comer salada e restringir a alimentação ao máximo: não tomar refrigerantes, não comer doces, não comer salgadinhos, não comer pão (a não ser integral), não ingerir fritura, não comer cachorro quente. Ao contrário, pode-se comer frutas, verduras e folhas e tomar suco sem açúcar. Esta série de não associados às práticas dietéticas de Tales costumam alterar seu humor e deixá-lo raivoso. Toda vez que está de dieta sente-se muito mal. Além da alteração de humor e restrições alimentares que se seguiam com suas dietas ele desanimava sempre que pensava na meta relativa ao seu peso ideal (de acordo com o IMC), isto é, no máximo 77 Kg. Quanto tempo teria que seguir firme com o controle alimentar para conseguir perder quase 100 Kg? Por isso ele não se importa se não chegar ao peso considerado ideal segundo seu médico com o tratamento bariátrico, pois acredita que dificilmente chegará a tanto. Sua vontade é eliminar o máximo de peso que puder, seus padrões não são tão rígidos. Conversando em sua residência antes da cirurgia, questiono Tales sobre as restrições alimentares que ele terá de fazer por conta do tratamento cirúrgico, quando ele se diz consciente do desafio de reduzir significativamente a alimentação. Sua expectativa é de que a ação da cirurgia exerça sobre ele um controle externo que ele não se vê capaz de realizar sozinho.

**Tales:** Eu sei que eu não vou poder comer como eu como hoje depois da cirurgia, eu tenho plena consciência. Mas aí vai ser bom, porque é um jeito de me forçar a comer menos, né?

A vivência de Vanessa no quesito dietas se afasta bastante do caso de Tales. Como vemos abaixo, a alimentação de Vanessa tem uma estreita relação com seus vínculos familiares e sociais.

**Vanessa:** Eu acordo de manhã, como dois pães com alguma coisa como queijo e presunto, tomo uma vitamina. Meio dia eu como um bom prato com frango ou carne, arroz e feijão, um pouco de salada, fim de semana é que é

feijoada em cima de feijoada, muita comida pesada que eu sei que meu marido gosta. Aí quando eu fui morar com ele eu comecei a fazer mais ainda, porque eu sei que ele gosta, de beber também, a gente bebe bastante fim de semana. Doce eu também gosto. Eu gosto de tudo, né? (risos)

A dimensão social do comer para Vanessa parece aqui evidente. Mais do que na narrativa de Tales vemos o comer como lazer e ato social. Reunir-se com outros para comer e beber é o momento mais esperado por Vanessa, o momento em que o estresse do dia a dia de suas tarefas profissionais e domésticas é aplacado. Diante da sua atual fragilidade emocional provocado por estresses domésticos ela acha difícil conseguir emagrecer sem ajuda da cirurgia. Para ela, fazer dieta só poderia ser viável se acompanhada por um profissional (nutricionista ou *personal trainer*), “coisa de quem tem dinheiro”. Mas, principalmente, fazer dieta, diz Vanessa, exige que a pessoa esteja “sem nada na cabeça”, isto é, num bom estado de espírito que permita seguir o foco mesmo com tantas restrições. Com uma série de problemas pessoais – como a mãe recentemente vítima de um acidente vascular cerebral – fazer dieta seria muito difícil, argumenta ela. Chama a atenção na fala de Vanessa o fato de que ela não separa o seu corpo do ambiente que o acolhe. “Ter muitas coisas na cabeça” aqui pode ser interpretado como uma prova de que a mente e o corpo são objetos distintos, sendo a cabeça o comandante de um aparelho sofisticado (o corpo). Mas, do contrário, ao acionar o pensamento de Ingold (2008) a fala de Vanessa pode ser pensada através da forte associação de seu organismo ao ambiente em que ela convive.

Ao produzir sua crítica às dicotomias que fundamentam os esquemas filosóficos clássicos, Ingold propõe uma revisão do paradigma cartesiano que produz a divisão entre mente e corpo, utilizando-se do arcabouço fenomenológico. Em oposição ao método cartesiano Ingold (2002) procura reconciliar corpo e mente através da dissolução das fronteiras entre natureza e cultura, articulando o conceito de vida como elemento importante para esta empreitada.

Eu me lembro vividamente de uma manhã de Sábado, em Abril de 1988 - um dia completamente comum para Manchester naquela época do ano, com céu acinzentado e chovendo - quando, no meu caminho para pegar um ônibus, me dei conta, de repente, de que o organismo e a pessoa poderia ser o mesmo. Ao invés de tentar reconstruir um ser humano completo a partir de dois componentes separados mas complementares, respectivamente o biofísico e o sociocultural, mantidos juntos com uma película de cimento psicológico, me pareceu que nós deveríamos tentar encontrar uma maneira de falar sobre a vida humana de uma forma que eliminasse a necessidade de

dividi-la nessas diferentes camadas. Tudo que eu escrevi desde então foi motivado por essa agenda.<sup>15</sup> (INGOLD, 2002, p3)

Ingold reflete profundamente sobre a relação dos sujeitos com seus entornos, enfatizando a articulação entre pessoa e mundo, trazendo a unidade entre organismo e ambiente como elemento fundamental de sua obra.

Ou seja, de que as identidades e características das pessoas não são concedidas a ela em antecedência a seu envolvimento com outros, mas são a condensação de histórias de crescimento e maturação nos domínios das relações sociais. Assim, toda pessoa emerge como um lócus de desenvolvimento dentro de tal campo, o que, por sua vez, é transportado e transformado através de suas próprias ações. (INGOLD, 2002, p3)

Ao refletirmos sobre o comportamento avesso a dietas de Vanessa por intermédio de Ingold compreendemos que sua percepção das atuais dificuldades que atravessam o lar impedem que a candidata a bariátrica se engaje totalmente num processo de restrição alimentar por meio dietético, o que se liga estreitamente à alteração da rotina que ela deveria realizar dentro e fora do seu ambiente doméstico para alcançar os resultados esperados. A contradição reside no fato de que a cirurgia também exigirá de Vanessa um reposicionamento alimentar que será tão ou mais trabalhoso do que o emagrecimento por meio de dieta e exercícios, a partir da mesma realidade doméstica.

Nunca ter feito dieta a sério não impediu que Vanessa adquirisse um senso prático capaz de identificar se uma comida é gordurosa demais só de vê-la e assim tentar evitá-la. Além disso, confidencia, sua filha e seu marido costumam regular sua alimentação constantemente, o que a deixa furiosa.

**Vanessa:** Agora uma das piores coisas de ser gordo é a pessoa *vim* e ficar falando “Ei, para de comer, vai ficar imensa.” Eu me sinto péssima quando tem isso. Mas eu não faço dieta não, que eu não tenho

15 No original “I vividly remember one Saturday morning in April 1988 – an entirely ordinary one for Manchester at that time of year, with grey skies and a little rain – when, on my way to catch a bus it suddenly dawned on me that the organism and the person could be one and the same. Instead of trying to reconstruct the complete human being from two separate but complementary components, respectively biophysical and sociocultural, held together with a film of psychological cement, it struck me that we should be trying to find a way of talking about human life that eliminates the need to slice it up into these different layers. Everything I have written since has been driven by this agenda.” (INGOLD, 2002, p3)

paciência. Eu acho assim uma falta de privacidade a pessoa ficar falando isso toda hora.

**Eu:** Poxa, realmente, é muito chato mesmo.

**Vanessa:** Mas, por exemplo, agora, por causa da cirurgia, o médico mandou eu perder de 6 a 10 Kg e eu já perdi 10, só reduzindo as coisas que eu como e tomando o *shake*. Eu não quero perder a chance de fazer, aí fiquei pianinho.

Assim como Tales, apesar de saber dos efeitos sobre os hábitos alimentares que fazer a cirurgia lhe causará, Vanessa pensa que os efeitos provenientes da mesma- o principal sendo o emagrecimento- irão se sobrepor às dificuldades diárias neste quesito.

## 2.4 Por que recorrer à cirurgia?

Como abordarei adiante, Tales e Vanessa tiveram um razoável acompanhamento médico capaz de tornarem claras as etapas do procedimento cirúrgico e as restrições que se seguem à vida pós-bariátrica. As técnicas cirúrgicas utilizadas naquela instituição limitam bastante a inserção de alimentos e requerem, por isso, o desenvolvimento de certas habilidades e critérios voltados para a discriminação dos alimentos. Mesmo sabedores dos percalços da vida pós-cirúrgica Tales e Vanessa puseram-se firmes nas suas decisões de prosseguir. Dentre os motivos que sustentam o querer dos pacientes podemos notar o protagonismo da vontade de modificação estética em seus corpos.

Expondo os motivos que a levaram a decidir-se pela bariátrica Vanessa coloca uma grande insatisfação com o próprio corpo. Sendo desde sempre muito vaidosa ela considera seu estado atual como crítico e danoso à saúde e autoestima. Antes acostumada a ser lembrada como uma das mulheres mais bonitas da sua rua, hoje Vanessa se surpreende com as fotografias dela tiradas por terceiros.

Quando fui à sua casa pela primeira vez me sentei ao pequeno e único sofá da casa, bem em frente à televisão de plasma posta sobre um móvel de madeira. Neste modesto móvel havia um porta-retratos com uma antiga fotografia sua ao lado de parentes e seu corpo não parecia a mim tão distante do atual mas ela identificou uma imensa diferença: “Nessa época eu era bonita! Aí eu magrinha, tá vendo?”. Sua vontade de retornar àquele corpo e ser reconhecida como objeto de admiração pelas pessoas novamente parecia ser grande. Aliado

ao desejo de retorno àquela condição corporal estava também a preocupação com sua saúde. Vanessa tinha pressão alta e esperava que esse problema melhorasse com a cirurgia. Além disso o mesmo efeito colateral da cirurgia era esperado para minorar o problema de artrite que o seu médico relacionava à obesidade. Ela via mais riscos em continuar obesa do que em arriscar o tratamento bariátrico. Várias amigas de Vanessa já tinham feito a cirurgia e emagrecido bastante, a ponto de deixá-la por um lado aliviada- pois, de fato, a cirurgia funcionava mesmo- por outro ela estava preocupada em emagrecer demais e ficar só “pele e osso”. Achar a justa medida da beleza era, segundo ela, ter ainda “alguma coisa para pegar”, poder usar um short curto e ficar “gostosa”. A cirurgia, afirma ela, seria o primeiro passo para atingir esse corpo ideal e, se não conseguisse alcançá-lo, no mínimo mais magra e saudável ela iria ficar. Seu objetivo final, portanto, não era ficar esquelética mas se assemelhar com as amigas do bairro que julgava mais bonitas, as que tinham cintura fina e pernas salientes. O trabalho de Pimenta (2008) sugere que os padrões de beleza não são instituições estanques mas variam conforme a experiência situacional dos sujeitos no mundo. Assim, a autora conclui em sua pesquisa etnográfica que “O corpo das mulheres populares, como foi visto, não chega a ser um corpo controlado como os corpos das mulheres das classes médias, pois embora exista uma aceitação da busca da perfeição estética a submissão aos modelos não é completa.” (PIMENTA, 2008, p.96). Assim, percebemos como os padrões de beleza não são nem unânimes nem uniformes mas são contingentes e que levam em consideração experiências raciais, contextos de classe, gênero, dentre outras características.

Por outros motivos, Tales também considera a cirurgia sua melhor oportunidade para dar prosseguimento a uma série de mudanças na sua vida. O maior problema de ser gordo para Tales, aparentemente, refere-se a encontrar um emprego. Para ele a recepção das pessoas ao seu tamanho o impedia de prosseguir normalmente sua vida adulta, de modo que aos 29 anos ainda morava na casa da mãe com sua filha. Mesmo tendo uma ótima relação com a família ele sentia falta da independência que viria a ter se tivesse uma ocupação remunerada regular. Sua história parecia ainda mais dramática na medida em que comparava-se com seu irmão mais novo de 26 anos, recém formado em contabilidade e já empregado. Para ganhar o respeito de amigos e parentes no seu contexto familiar, Tales explica que é preciso ser trabalhador, daí a importância de seguir o tratamento. Mais tarde Tales me confidenciou:

**Tales:** Eu quero fazer a cirurgia para melhorar de vida, arranjar um emprego, ser mais saudável. Fica feio, um cara da minha idade morando com meu pai

e minha mãe. Eu quero dar um futuro pra minha filha e desse jeito vai ser difícil arranjar um emprego de carteira assinada. Eu faço bico hoje em dia, mas não é suficiente.

Quanto à sua saúde Tales espera, assim como Vanessa, que a cirurgia melhore os sintomas de pressão alta. Um de seus objetivos imediatos é poder frequentar uma academia assim que terminar o período de resguardo da bariátrica para tonificar os músculos. Quando pergunto sobre o corpo que ele gostaria de ter ele não hesita em citar o pagodeiro Xandy como ideal. Sua vontade é parecer forte e não magro. Esta vontade de distanciar-se do corpo excessivamente magro é justificada por Tales pelo medo de parecer aos olhos alheios como alguém doente já que “gente muito magro é feio”. Assim como para Vanessa, o ideal corporal para Tales sinaliza a complexidade do “padrão de beleza”. É possível perceber que, neste caso, a percepção do belo se relaciona firmemente um tipo de masculinidade providenciada pelo corpo grande e musculoso. Isto significa que não apenas o tratamento bariátrico será suficiente para que Tales consiga o corpo que deseja mas também um trabalho físico posterior à cirurgia.

O medo de que a *bariátrica* possa ter alguma complicação foi amplamente considerado por Tales. Mas sua decisão final foi insistir no tratamento por não ver nenhuma outra perspectiva de transformação para a sua vida. Os casos mais próximos – tia, primo e amiga da rua- parecem demonstrar que a cirurgia é eficaz e segura, já que nenhum dos seus conhecidos teve qualquer problema. Sendo assim, o procedimento aparece como sua maior chance de conseguir emagrecer e como consequência obter a aceitação social necessária para alterar sua situação material.

## **2.5 Produzindo a cirurgia bariátrica**

Apesar de ser muitas vezes lida como uma solução fácil para a obesidade, a cirurgia bariátrica demanda do paciente uma série de transformações e engajamentos práticos para sua realização. Para prosseguir no caminho do procedimento é preciso atender exigências pré-cirúrgicas e pós-cirúrgicas. No que diz respeito às exigências pré-cirúrgicas a Portaria de Número 492 de 31 de Agosto de 2007 - que institui diretrizes para a realização da cirurgia bariátrica via SUS - determina três fases. A Fase inicial é a de aproximação entre paciente e médico, quando este último busca obter o maior número de informações do paciente, a fim de

classificá-lo ou não como elegível para o procedimento<sup>16</sup>. É também nesta fase que consultas com o profissional de psicologia são realizadas a fim de se estabelecer um diálogo sobre a perenidade do tratamento bariátrico e a necessidade de comprometimento do paciente e seus parentes com as mudanças requeridas pelo tratamento. A Fase Secundária diz respeito a realização dos vários exames necessários para a avaliação médica mais precisa das condições de saúde do paciente. A Fase Terciária consiste na assinatura do documento "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", quando o paciente assume os riscos do tratamento e novamente o compromisso com o período pós operatório.

A formação de uma equipe multidisciplinar cujo núcleo é formado por médicos, psicólogos e nutricionistas é pré-requisito básico para o funcionamento do serviço de cirurgia bariátrica em uma unidade de saúde. Como vimos, o paciente passa pela avaliação dos três profissionais – cada um deles com suas funções particularidades – que, mesmo na multiplicidade de suas práticas, constroem uma certa unidade ao tratamento bariátrico, o que veremos mais adiante.

A seguir, apresentarei as etapas necessárias para a realização da cirurgia, quando pretendo demonstrar de que forma a obesidade, e até mesmo o seu tratamento via cirurgia bariátrica, são atuados de maneiras diversas tanto pelos profissionais da equipe multidisciplinar, quanto pelos pacientes envolvidos no processo.

É preciso frisar, porém, que as experiências de Tales e Vanessa demonstram que estas fases não são lineares e implicam desde o início na modificação da rotina dos pacientes. Isto porque dado primeiro passo (decidir-se pela cirurgia) logo na primeira consulta com o médico bariátrico é recomendado que o paciente comece a perder 15% a 10% do seu peso para ser operado. Justifica-se esta perda para fins de diminuição do risco cirúrgico, para que o obeso vá aos poucos se acostumando com hábitos alimentares mais restritos e para que demonstre comprometimento com a almejada transformação corporal. Os médicos costumam ser flexíveis com o percentual de peso a ser perdido. Quando Tales consultou-se pela primeira vez com um médico no ambulatório pesava 165 Kg, o que, em teoria, o faria ter de perder

<sup>16</sup>A elegibilidade do paciente, de acordo com a portaria nº 492 de 2007 depende do Índice de Massa Corporal (maior que 40 kg/m<sup>2</sup> independente de comorbidade, igual ou maior que 35kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidade), evidências de insucesso do tratamento da obesidade por no mínimo dois anos, garantia do apoio familiar ao longo do tratamento e assunção do compromisso do paciente com os períodos pré e pós-operatórios. Já os critérios de exclusão do candidato são: históricos de psicose, tentativa prévia de suicídio, bulimia, dependência química, doenças que aumentam o risco cirúrgico, desajustes familiares e idade menor que 16 anos e maior que 65 anos.

entre 24 e 16 Kg para realizar a cirurgia, mas o médico pediu que perdesse apenas 10 Kg. Ao fim do período de um mês após esta consulta Tales conseguiu perder a quantidade de peso desejada e no dia da cirurgia já pesava 145 Kg. Este resultado não foi fruto de um acompanhamento nutricional mas, segundo Tales, obtido devido à diminuição da ingestão de alimentos, por conta própria, e ao início da prática de caminhar pelo seu bairro logo pela manhã. Da mesma forma se deu o emagrecimento de Vanessa, a quem foi sugerido perder 8 Kg (cerca de 6% do seu peso inicial de 135 Kg). Para alcançar a meta ela também restringiu a quantidade de alimentos que ingeria e chegou a substituir a refeição da noite por um “*shake*” dietético. Perdeu, no total, 10 Kg, e no dia da operação pesava 125 Kg.

As informações a respeito do período inicial dos procedimentos de Tales e Vanessa foram obtidas através de entrevistas, já que neste ponto eu ainda não os conhecia. No intuito de obter um conhecimento mais articulado deste primeiro momento pré-cirúrgico me submeti a duas consultas com médicos cirurgiões bariátricos, uma no ambulatório estudado e outro num hospital particular em Salvador mas também com o médico que atendeu Tales e Vanessa. O atendimento que obtive no ambulatório foi bastante breve como ilustram trechos do diário de campo abaixo.

Estou há 3 horas esperando minha ficha ser chamada. O médico chegou atrasado, há mais ou menos uma hora atrás e corre para dar conta de todas as consultas do dia. Quando finalmente sou chamada temos uma conversa muito breve. Digo que estou interessada em saber mais sobre a bariátrica e que gostaria de saber como seria a cirurgia e quais os passos que teria de dar para conseguir realizar o procedimento. Ele explica que a cirurgia é um modelo definitivo e que a pessoa precisa realmente tomar uma decisão importante para “reverter o quadro de obesidade”. Ao explicar brevemente os mecanismos da cirurgia ele faz gestos com as mãos para explicar a criação artificial do novo estômago e o desvio do tubo digestivo. Faço um sinal assentindo com a cabeça, para confirmar que as explicações dele foram suficientes, mas, na verdade, as informações foram passadas muito rapidamente e tive dificuldade para entender o que ele dizia. O médico acessa minhas informações na ficha com o meu peso e a altura -medidos antes na recepção pela enfermeira do ambulatório - e calcula o meu IMC. Pergunta se possuo alguma doença como diabetes e hipertensão, se minha família tem histórico de pessoas obesas, se eu já tentei fazer dieta e vai anotando tudo na ficha. Por fim ele diz que eu sou uma candidata em potencial à cirurgia e explica também que se eu quiser realmente fazê-la precisarei perder cerca 8 Kg para me acostumar com o período pós-cirúrgico e assumir o compromisso com a cirurgia. Por fim ele passa uma lista extensa de exames e avisa que se eu voltar lá com todos os resultados não detectando nenhum problema e com os 8 Kg a menos não haverá impedimento para realizar a cirurgia, que é simples e raramente envolve complicações médico clínicas. A consulta durou no máximo 10 minutos. (Diário de campo, Maio de 2013)



Insatisfeita com a rapidez daquele primeiro atendimento, e ciente da concorrência para a marcação de consultas na rede pública, procurei outro médico, na rede particular, a fim de tirar dúvidas a respeito do procedimento e das restrições da cirurgia. Neste contexto pude ter mais tempo para formular perguntas importantes, na tentativa de compreender o percurso de Tales e Vanessa. Descrevo abaixo trechos do diálogo que tivemos logo depois de me apresentar como interessada na cirurgia bariátrica.

**Natália:** Pelo pouco que eu entendo do assunto eu acho que a cirurgia bariátrica pode ser um procedimento muito invasivo. Por que não há maior incentivo para outras técnicas de tratamento, como o Balão Gástrico?

**Médico:** Olha, veja bem, como é seu nome mesmo?

**Natália:** Natália.

**Médico:** O Balão Gástrico o que é que? É um dispositivo que tem o prazo de validade de seis meses. Ele é colocado por via endoscópica no estômago. Esse balão não é mais, hoje em dia, preenchido por líquido porque além de deixar mais pesado o estômago o líquido é mais arriscado de romper o balão do que o gás colocado lá hoje em dia. O de ar não tem a tendência maior de estourar e não pesa. Bom, o que é que acontece, esse balão fica mais ou menos do tamanho de uma bola dentro do seu estômago e nisso ele acaba restringindo a quantidade de alimentos que você pode comer, daí o emagrecimento. O problema é o seguinte: 60 a 70 por cento das pessoas que colocam o balão voltam a engordar, justamente porque ele não é uma solução definitiva, só funciona por seis meses. O ideal era que a pessoa faça reeducação alimentar forçada durante esse tempo, mas na maioria das vezes ocorre o reganho, porque daí vem o compromisso de cada um. Aí os planos de saúde e o Ministério da Saúde, percebendo esses resultados, não financiam esse tratamento. Então hoje em dia, se você quiser botar o balão só por via particular mesmo, e acaba saindo um pouco caro.

**Eu:** Eu entendo. Agora eu continuo achando a bariátrica um processo muito invasivo, definitivo, restritivo...

**Médico:** Veja, a cirurgia é definitiva. Agora você não terá tanta restrição alimentar quanto você pensa. O paciente pós operado de bariátrica pode comer quase tudo. Ou eu diria dos pacientes mais controlados, que ele pode comer tudo desde que ele tenha limite para as coisas. Eu não vou dizer que você nunca mais vai poder comer um...Sei lá...McDonalds! É o símbolo universal da obesidade, que todo mundo cita. Você pode comer, mas se você quiser comer toda semana não dá. Agora se você quiser comer uma vez por mês tranquilo, você tá entendendo? Tudo é o limite, a mesma coisa com os outros alimentos, pizza, batata frita, tudo isso.

**Eu:** Eu tenho muito receio, nem tanto da cirurgia em si, mas dos efeitos colaterais. Inclusive a possibilidade de ter uma desnutrição, esse tipo de coisa e ...

**Médico:** Pronto, Natália, você chegou numa boa questão. Depende do acompanhamento da cirurgia. A cirurgia bariátrica é um procedimento absolutamente paciente-dependente. A equipe multidisciplinar tem um limite de atuação, que é fazer a cirurgia bem feita e torcer que mesmo bem feita não dê problema nenhum- porque mesmo bem feita não há garantia, infelizmente medicina não é assim. “Eu fiz tudo certinho, não tem como dar errado”, não é assim, sempre pode ser que alguma coisa aconteça. Mas a equipe vai fazer a cirurgia bem feita, lhe proporcionar o tratamento adequado para o que você precisa em termos médicos, psicológicos e nutricionais mas você faz o resto, que é o principal. Então, desnutrição com acompanhamento médico é uma raridade, e quando a gente vai falar com o paciente a gente não vai pensando na raridade. Então a cirurgia hoje é muito segura, os índices de complicação são baixíssimos e é o que a gente vê na prática que dá resultado. 80% não volta a reganhar peso, ao contrário do balão, que tem muito reganho. Mas 20% ainda é uma taxa alta. Infelizmente o paciente, por mais que a gente fale, repita, converse, tem pacientes que depois que emagrecem ou até antes de terminar o próprio emagrecimento total... A pessoa ou muda de cidade e larga lá, ou é do interior, ou “meu marido perdeu o emprego e eu não posso continuar o

tratamento” ou “eu perdi, eu isso, eu aquilo...” ou “tive que trabalhar três turnos por dia, não estou podendo fazer ginástica”, você tá entendendo?

**Eu:** Sim.

**Médico:** Aí a válvula de escape é a comida. As pessoas acham que a bariátrica pode ser um passe livre, que nunca mais vai engordar, não é mesmo. A pessoa tem reganho de peso porque, veja... Nessa técnica quando se faz o desvio do novo estômago direto para o intestino o alimento, não entrando mais em contato com as secreções do estômago, bile, suco pancreático, não é “quebrado” e você não absorve ele. Ele só vai ser absorvido agora na parte de baixo, no intestino, ou seja, você cortou um bom caminho onde o alimento poderia estar sendo absorvido e agora não está mais, só na parte do intestino que ele vai começar a ser absorvido. A gente está enganando o organismo. Só que o organismo, depois que a gente faz isso, começa a perceber que a gente fez alguma coisa para aniquilar ele e justamente nessa parte de baixo (fala apontando para o desenho no papel do que seria intestino) você começa a aumentar a absorção. Aí você volta a absorver o que você absorvia antes. Só que isso só acontece um ano e meio depois da cirurgia, e é nesse tempo que o paciente tem que emagrecer o máximo que ele puder. Se isso não acontecesse a pessoa continuaria a perder peso até morrer. Como o organismo arranja um jeito de recuperar a absorção, não.

**Eu:** Entendi.

**Médico:** Um ano e meio depois, a pessoa que tinha 100 Kg e depois ficou com 60 Kg, perdeu 40 Kg, ela é **uma obesa magra**, você tá entendendo?

**Eu:** Agora eu não entendi não, doutor, como assim?

**Médico:** Porque todos os fatores genéticos, hereditários, e alguns psicológicos que levaram você a ficar obesa ainda estão em você. Só que a gente deu um nó neles na cirurgia. E aí entrou a sua parte também de colaboração, que é seguir uma orientação nutricional, praticar atividade física, e aí a gente mantém isso, vamos dizer assim,

adormecido, estabilizado, você tá entendendo? A filosofia da cirurgia é essa, é por isso que não existe mágica: é paciente-dependente. Se você for fazer para engordar de novo, aí é melhor ser gordo sem a cirurgia. Isso aí é ponto pacífico.

A partir destes dois momentos de contato com os médicos cirurgiões vemos que a obesidade é atuada (feita) por médicos através de vários instrumentos. O instrumento metodológico Índice de Massa Corporal é o principal artefato para a classificação do sujeito na categoria de obeso. Para os médicos, a simples operação matemática é capaz de localizar o sujeito acometido pela doença. O mero cálculo, no entanto, prescinde do corpo do paciente, por isso, podemos dizer que há uma necessária cooperação entre as partes, médicos e pacientes, para atuar a obesidade em sua forma numérica. As perguntas feitas no trabalho investigativo do médico a respeito de “fatores” como histórico familiar, diabetes, pressão alta, dentre outras condições (comorbidades) são importantes para moldar o risco da obesidade para o paciente, alterando o grau de perigo da obesidade. O médico nesta última consulta enfatiza a obesidade também como uma condição subcutânea, demonstrando que, se por um lado ela é uma doença paciente-dependente, por outro, ela está intrinsecamente ligada a fatores genéticos que precisam ser “enganados” através da cirurgia bariátrica atuando, desta forma uma obesidade a nível celular. Ao fim do procedimento, e observados os resultados, o paciente adquire uma silhueta magra, mas, sob a pele, continua obeso.

Àqueles que prosseguem na vontade de realizar a cirurgia, como Tales e Vanessa, uma longa lista de exames é requerida: endoscopia digestiva alta, ultrassom de abdômen total, ultrassom da tireoide, raio x panorâmico e de perfil, ecocardiograma, teste de esforço, e exames laboratoriais<sup>17</sup>. Além disso, laudos emitidos por avaliação cardiológica, avaliação nutricional, avaliação psicológica, avaliação com médico endocrinologista devem ser coletados para que a cirurgia ocorra. A maioria desses exames são obtidos na rede particular devido à demora e precariedade dos serviços laboratoriais na rede pública. Laudos nutricionais e psicológicos, no entanto, são obtidos através de consultas na própria clínica.

<sup>17</sup>Os exames laboratoriais requeridos são: medição de ácido úrico, colesterol HDL e LDL, ureia, ferro, plaquetas, hemograma, sódio, potássio, cálcio, sumário de urina e parasitológico de fezes.

A obesidade atuada por psicólogos e nutricionistas é de ordem diferente da atuada por cada médico em sua especialidade. Apesar da nutrição e da psicologia possuírem fronteiras teóricas bastante traçadas, as experiências de Tales e Vanessa aproximam um e outro campo profissional. É no mínimo curioso perceber que a narrativa de ambos tende a confundir as funções e abordagens da psicóloga e da nutricionista atuantes no ambulatório.

**Natália:** Quantas vezes você teve de ir à psicóloga, Tales?

**Tales:** Duas. Uma. Ou será duas? Mãe, a psicóloga foram quantas vezes?

**Dona Jucilene:** Se você não lembra como é que eu vou lembrar?

**Tales:** Uma foi aquele dia que eu te conheci e o outro aquele que você também foi comigo, no dia anterior a cirurgia.

**Natália:** No dia em que eu te conheci era com a psicóloga e no dia antes da cirurgia foi a nutricionista.

**Tales:** Ah, foi mesmo!

**Natália:** E como foi lá com a psicóloga?

**Tales:** Foi tudo bem. Eu contei da minha vida, que eu estava sem trabalho, que por isso eu ia fazer a cirurgia, ela perguntou da minha vida, da minha família, se eu morava com alguém, eu disse que sim. Só essas coisas, mas foi tranquilo pelo que eu me lembro, foi tranquilo.

Da mesma forma, fui surpreendida quando, retrospectivamente, solicitei a Vanessa que falasse sobre sua consulta à psicóloga no dia em que a conheci, uma memória para mim tão viva.

**Natália:** O que você achou da sua consulta com a psicóloga?

**Vanessa:** Olhe, o psicólogo tem esse negócio lá (UAS) que tem que aguardar para ter vaga. Eu disse “oh, me dê minha requisição aí que eu vou fazer fora”. Paguei 90 reais e fiz a consulta fora. Mas só que a consulta que eu paguei para fazer fora ela só me orientou a fazer um regime para emagrecer, passou um papel com umas coisas pra eu comer. E aí na verdade a psicóloga daí, quando eu fui para aí (UAS) é

que ela me disse as coisas que eu podia tomar no mês depois da cirurgia.

**Natália:** Mas essa aí não foi a nutricionista não? A psicóloga foi aquela que você foi com seu marido, no dia em que te conheci, lembra?

**Vanessa:** Oh, eu falei psicóloga, é? É nutricionista. A psicóloga na verdade foi aquela chata. Ela pegou, procurou saber como era minha vida, como era meu relacionamento com meu marido. Aí eu peguei e contei que no fim de semana eu tomava duas grades de cerveja, eu e meu marido. Pra que eu fui falar isso? Ela mandou meu marido ir lá, para conversar comigo. Eu disse a ela que eu ia me controlar, que eu não ia beber. Aí eu disse isso ao meu marido: “quando chegar lá você não diz que sou eu que bebo uma grade, você diz que é você, eu e outras pessoas, viu?”. Isso para tirar de tempo (risos). Depois que ela me deu o laudo.

**Natália:** Foram duas vezes então?

**Vanessa:** Não, depois parece que eu fui lá de novo. (pausa) Não, não, foi na nutricionista.

Ao ventilar as hipóteses pelas quais ambos associaram o trabalho dessas duas profissionais a ponto de confundi-las, duas explicações surgiram: a primeira remete a uma questão de gênero. Toda a equipe de médicos cirurgiões é composta homens, enquanto as funções de enfermagem, psicologia e nutrição são realizadas por mulheres. A segunda hipótese está mais ligada à prática clínica das profissionais. Ambas, em suas consultas, estabelecem diretrizes para a vida do paciente após a cirurgia, além de solicitam dos pacientes um comprometimento a longo prazo com o tratamento, encorajando os pacientes a “revelar” seus hábitos alimentares mais constrangedores com vistas a modificá-los.

As consultas de Tales e Vanessa com a psicóloga no ambulatório foram, por motivos éticos, conduzidas sem a minha presença. Porém, em entrevista realizada com uma profissional de psicologia da instituição, procurei estabelecer os parâmetros e protocolos que alicerçam o atendimento realizado pela profissional. As consultas com a psicóloga são pautadas, fundamentalmente, pela expectativa de identificar, na narrativa dos pacientes, algum traço ou condição que os tornem inabilitados à realização da cirurgia. Estes indícios

devem corresponder àqueles estabelecidos pela literatura médica e pela Portaria nº 492 de 2007 que estabelece, entre outras coisas, os critérios de exclusão do paciente no que tange ao tratamento bariátrico. A avaliação psicológica, portanto, pretende inquirir o paciente sobre seus hábitos cotidianos e sua motivação para a realização da cirurgia bariátrica, tentando estabelecer, a partir deste diálogo, se o paciente apresenta algum tipo de psicose, transtorno alimentar, desequilíbrio familiar, histórico de suicídio e dependência de álcool e outras drogas. Excetuando estas condições, a profissional passa então à tentativa de estabelecer se o paciente está apto a comprometer-se com um tratamento de longo prazo como é a cirurgia bariátrica<sup>18</sup>.

Em seu relato durante a entrevista, a psicóloga sugeriu que seu trabalho no período de acompanhamento da cirurgia bariátrica (pré e pós-cirúrgico) não tem caráter propriamente terapêutico, mas sim de verificação protocolar e quase pericial. Sendo assim, sua atividade não inclui investigações aprofundadas sobre a vivência da gordura e a relação do paciente com seu corpo, assim como não intenta a resolução de problemas emocionais ou psicológicos que podem anteceder ou suceder à cirurgia. Busca-se conhecer a estrutura familiar do paciente para identificar a rede de apoio, assim como demonstrar ao paciente que a mudança fisiológica deve ser seguida de uma mudança psicológica, que deve ser cultivada pelo paciente na relação com a comida. Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos psicólogos é lidar com o fato de que os pacientes já chegam ao consultório com uma narrativa aperfeiçoada no intuito de não expor fragilidades que poderiam eliminar a possibilidade de realização da cirurgia ou dificultar a concessão do laudo, como por exemplo uma relação de consumo excessivo de álcool e outras drogas. Isto demonstra que o paciente, no arranjo construído no ambulatório, também participa do jogo ali performado, ele não é um objeto passivo diante do conhecimento médico mas ele também o incorpora o manipula visando uma finalidade própria.

Essa espécie de filtro, argumenta a profissional de psicologia, é menos perceptível em “pessoas mais simples” (*sic*), que costumam falar mais abertamente dos seus problemas e

<sup>18</sup> Segundo Fandiño et al. “(...)desaconselha-se operar pacientes que apresentem “condições médicas que tornem os riscos inaceitáveis ou impeçam a adaptação pós-operatória, tais como transtornos psiquiátricos ou dependência de álcool ou drogas”<sup>19</sup>. Para uma boa evolução cirúrgica, o paciente deve estar habilitado a participar do tratamento e do seguimento de longo prazo<sup>3</sup>. Parece-nos que, frente ao conhecimento científico acumulado até então, não podemos considerar nenhum tipo de contraindicação psiquiátrica absoluta. O bom senso clínico nos conduz, entretanto, a uma conduta cautelosa em relação a esta situação.” (FANDIÑO et al. 2004, p.49)

limitações quando solicitadas. A psicóloga revela que, dependendo do paciente, é mais fácil explicar as expectativas médicas que se tem em relação ao paciente que deve realizar uma cirurgia bariátrica, reiterar a postura e o compromisso que o paciente deve ter. Com pacientes mais “esclarecidos”, diz ela, é possível falar sobre termos como “neurose” ou “transtorno alimentar”, sendo que pacientes de camadas populares a levam a formular exemplos e histórias de outros pacientes para tornar mais claro suas intenções na consulta.

Como argumenta Calvo-González (2011) em pesquisa etnográfica sobre o modo como o tratamento da hipertensão arterial é atuado na prática médica, a construção da doença se dá também através da mobilização de categorias que não se reduzem nem ao espaço da clínica nem ao corpo-objeto reivindicado pela ciência.

“A experiência incorporada de classe, que influencia tanto médicos quanto pacientes, torna-se assim um dos eixos de significação do encontro clínico. No entanto, é importante frisar que o isolamento e a identificação de classe como categoria que influencia a experiência vivida dos atores envolvidos é um artifício analítico. No mundo vivido, ela se dá em conjunto com outros eixos de significação, tais como idade, aparência, beleza, origem, ou raça” (CALVO-GONZÁLEZ,2011, p88-89)

Somente ao revelar as minúcias do cotidiano no ambulatório põem-se em evidência outros fatores que repercutem a administração do tratamento bariátrico, como as noções de classe, raça e gênero. As situações relatadas pela psicóloga abrem caminho para discutir de que forma o corpo é conhecido na prática médica, que, como vimos, não se limita apenas ao exame de categorias biomédicas ou técnicas da psicologia mas, pacientes e médicos, no encontro singular da clínica, mobilizam suas experiências de mundo na atuação da obesidade. Vanessa encarou uma segunda, e rara, visita à psicóloga exatamente pelo seu excesso de franqueza e ausência de conhecimento estratégico (o que esperar) sobre a função e objetivo da psicóloga. Na segunda vez em que foi atendida pela especialista, a estratégia de ser vista através da lente do comprometimento já aparece na sua instrução ao marido sobre o que este deveria falar. De forma geral, essas instruções são compartilhadas pelos pacientes *bariatrizados* e em processo de *bariatrização*, especialmente nas salas de espera das consultas onde se forma uma rede de solidariedade entre candidatos e pacientes já operados no desejo de se ajudarem a percorrer o processo com o mínimo de impedimento possível.

Para a psicóloga a obesidade tem um fundo emocional mais relevante do que muitas vezes se supõe. Segundo a mesma, a falta de outros mecanismos para lidar com a ansiedade e o estresse levam os indivíduos ao comer como fuga e ao comer compulsivo. A cirurgia



bariátrica é um meio orgânico que atua no sentido de frear esse comer, antes não regulado suficientemente. Obesidade, portanto, é atuada aqui como produto do tecido emocional dos indivíduos, ela ganha vida através das condições sentimentais dos pacientes, aparecendo como resultado de perturbações subjetivas, isto é, a obesidade atuada em seu consultório parte de narrativas que envolvem o estresse, a ansiedade, o ritmo de vida de cada um, traumas, ou indisciplina, dentre outros aspectos de ordem comportamental.

A consulta com o profissional de nutrição, por sua vez, ocorre, naquela instituição, nos dias que antecedem a cirurgia. Nessa consulta as orientações alimentares são imprescindíveis para os 30 primeiros dias após a cirurgia são informadas ao paciente e é preciso que o paciente seja orientado quanto às restrições alimentares. Durante a consulta que acompanhei com Tales antes da sua cirurgia, a nutricionista orientou que, durante as duas primeiras semanas, a alimentação se restringisse a líquidos. Estes líquidos devem atingir uma quantidade de 1,5 (um e meio) a 2 (dois) litros de ingestão diária. Nesse período, o paciente pode ingerir alimentos como: a água utilizada no cozimento de carnes e legumes (desde que estas sejam raladas e duplamente coadas), água, sucos de frutas com exceção das ácidas e as de difícil digestão como manga e abacate, além de bebidas isotônicas e gelatina diet. Recomenda-se que o paciente meça essa ingestão através de um copo de 50 (cinquenta) mililitros, utilizado, normalmente, no consumo de café. Além disso, nessa primeira quinzena que sobrevém à cirurgia, o paciente deve observar que os intervalos entre as ingestões dos líquidos não devem ultrapassar os trinta minutos. Passadas essas duas primeiras semanas de dieta líquida, o paciente passa a poder contar com um cardápio mais amplo, constituído fundamentalmente de alimentos na consistência pastosa. Também ampliam-se os intervalos entre as refeições, que passam a ser a cada uma hora e meia, ao mesmo tempo em que aumenta-se o tamanho da porção que agora é de 100 a 150 gramas. Verduras e frutas amassadas, purês, sopas, carnes magras, peixes e frangos moídos ou desfiados estão, nesta fase, liberados para o consumo do paciente. Apenas no trigésimo dia é que o paciente volta a ingerir alimentos sólidos, dando-se preferência a alimentos grelhados e assados, observando o intervalo de uma hora e meia entre uma refeição e outra.

Nota-se também que além destas recomendações voltadas para o período imediatamente posterior à cirurgia, a nutricionista ainda orientou Tales nos cuidados nutricionais que devem ser tomados a longo prazo, indicando, por exemplo, a necessidade de ingestão da albumina em pó durante os primeiros seis meses pós-cirúrgicos, além de receitar

um suplemento vitamínico que, após o vigésimo dia da cirurgia, deve ser consumido por toda a vida.

Um aspecto interessante a ser observado nessa consulta que acompanhei é que, apesar de Tales ser o paciente e eu estar apenas observando a consulta, todas as orientações, no âmbito da preparação dos alimentos permitidos durante os trinta dias do pós-cirúrgico, eram dirigidas a mim. É importante observar que, ao entrar no consultório, eu não me identifiquei enquanto pesquisadora. Desta forma, a profissional pode ter tido a impressão de que eu seria a pessoa responsável pela preparação da comida de Tales. Assim, mesmo ficando claro que Tales não estava entendendo todas as informações que ela estava oferecendo, a minha presença dava à nutricionista o *feedback* necessário para que ela avançasse nas explicações. Novamente, podemos perceber no comportamento da nutricionista, assim como na ocasião em que conversei com a psicóloga, a utilização das suas experiências anteriores na ação clínica. Neste caso, a categoria de gênero do paciente é possivelmente o motivo pelo qual a nutricionista confere a mim a tarefa do cuidado com a alimentação de Tales. Ou seja, as expectativas da nutricionista quanto ao comportamento de Tales sobressaem a partir da sua própria vivência das categorias de gênero.

As expectativas em relação ao que pode se esperar do outro estão permeadas por experiências prévias que vão constituindo os corpos como pertencentes a determinadas categorias. A classe ou a raça se fazem presentes no encontro clínico tanto na literatura biomédica estudada pelo médico quanto em noções mais amplas que afetam tanto a sua interpretação dessa literatura quanto a própria experiência no mundo, seja do paciente ou do médico. As experiências prévias dos médicos em relação ao modo como os pacientes lidam com a sua condição, seus *habitus* de classe e o que esperar e poder cobrar dos pacientes se apresentam nas suas interações com eles. Da mesma maneira, experiências prévias dos pacientes com instituições médicas levam a certa expectativa em torno da consulta e quanto ao que pode se esperar do médico. E, no entanto, apesar de a consulta seguir um roteiro médico, nem o médico nem o paciente serão sempre os mesmos nessa interação, nem literal nem figuradamente, no sentido das experiências de ambos estarem a todo tempo sendo reconfiguradas com o passar da vida. A vida não segue um roteiro. Nessas interações durante os encontros clínicos, tanto médico quanto paciente vão tendo seu corpo (re) construído, incorporando experiências antigas às interações novas, que ambos levarão para além dos muros do posto de saúde. (CALVO-GONZÁLEZ, 2011, p.94)

No caso de Vanessa, porém, a consulta se deu de outra forma e com outra nutricionista não pertencente à equipe multidisciplinar da Unidade de Ação Social, que a concedeu o laudo pré-operatório. Confiante na demora do atendimento, ela se antecipou e buscou a consulta na

rede particular que, segundo ela, não a orientou com precisão sobre os hábitos alimentares a serem adotados após a cirurgia, o que acabou repercutindo significativamente no seu tratamento pós-operatório, como veremos a frente.

Para profissional de nutrição abordada, a obesidade é o resultado de fatores comportamentais e metabólicos. Para ela a cirurgia bariátrica funciona como um facilitador da mobilidade – o que facilita a prática de exercícios físicos- e, ao mesmo tempo a cirurgia limita a ingestão de alimentos, sobretudo os alimentos super calóricos, que, pela própria natureza da cirurgia acabam sendo rejeitados pelos pacientes.

Diferentes cirurgias bariátricas e obesidades são atuadas pela equipe multidisciplinar que encontra Tales e Vanessa: a cirurgia é sobre protocolos de saúde, sobre absorção de alimentos, sobre grampos e cortes no estômago e no intestino, sobre sofrimento emocional, sobre reeducação alimentar. Os exames pré-operatórios que os pacientes realizam também têm um papel importante pois eles podem revelar uma obesidade de qualidade diferente: podem apontar problemas na tireoide, ou alterações no padrão sanguíneo que revele alguma outra doença influenciando na obesidade do paciente. Nestes casos a obesidade é de outra qualidade, revelando-se secundária frente a algo que não pode ser controlado pelo paciente. Estas diferentes versões da obesidade e do tratamento são contingentes e emergem apenas na prática, na interação entre aqueles atores e naquele espaço sob a intermediação de números, cálculos de IMC, exames laboratoriais e mensuração do sofrimento emocional.

Mas no que, de fato, consiste o tratamento bariátrico? Argumento que este tratamento consiste na reunião de todos estes modos de agir, que muitas vezes podem eleger diferentes elementos como preocupação prioritária, mas que nunca se divorciam. Cada uma das práticas da equipe multidisciplinar obedece aos pressupostos de sua própria área médica, mas essas diferenças são reunidas. Há mecanismos de coordenação que interligam práticas: há um ambiente que organiza as interações (ambulatório), há uma agenda coordenada de trabalho (um “tempo certo” para que o paciente visite cada especialidade) e há também o peso do paciente como unidade sinalizadora da eficácia terapêutica. Antes disso há a ação do governo federal em tornar o tratamento acessível ao público e há a mobilização dos sujeitos obesos em se engajar neste tipo de tratamento não como indivíduos passivos obedientes a uma estrutura terapêutica mas constantemente interferindo nos exercícios médicos anteriormente descritos.

É possível notar também que o tratamento nunca se descola de um contexto em que a obesidade é relacionada a um conjunto de características morais, o que pode ser percebido através do próprio entendimento dos médicos acerca dos requisitos para a cirurgia: é preciso

“estabelecer compromisso”, a cirurgia é “paciente-dependente” e ao fim as pessoas serão “obesas-magra”<sup>19</sup>. Na interação entre médicos e pacientes estes atores utilizam-se também de seus repertórios anteriores para construir modos particulares de obesidade. Assim, o discurso de que o obeso possui qualidades morais que o distanciam do autocontrole é articulado pelos médicos, nutricionistas e psicólogos de modo a transformar o obeso num sujeito responsável pelo próprio sucesso da cirurgia e também por uma regeneração diante da pressuposição de uma vida anterior de excessos. Para a equipe e para o próprio paciente o corpo emagrecido é a “prova” material de que há mudanças no corpo, mas não apenas nele. Quando antes da cirurgia os pacientes se comprometem com a perda de peso sugerida pelos médicos há também um desejo de se tornarem-se moralmente merecedores da segunda chance que a cirurgia “concede”.

## 2.6 O dia da cirurgia

Quando o paciente reúne todos os laudos necessários à cirurgia e o médico dá o aval para o procedimento, o candidato deve aguardar o telefonema da unidade de saúde para saber quando deverá se internar para realizar a operação. Nos casos de Tales e Vanessa, essa espera durou cerca de um mês e meio, período no qual ambos continuaram a rotina nutricional e de exercícios, iniciada no começo do processo de *bariatrização*, para perder ainda mais peso.

Além de controlar a ansiedade para o momento cirúrgico, os cirurgiões bariátricos recomendam aos pacientes que tragam três itens fundamentais: uma faixa elástica abdominal, uma meia elástica de algodão e o aparelho para exercícios respiratórios *Respirom*. A faixa deve ser utilizada durante trinta dias após a cirurgia, para evitar o aparecimento de hérnias relacionadas ao procedimento cirúrgico; a meia, por sua vez, deve ser utilizada durante quinze dias após o ato cirúrgico e previne o surgimento de trombose, enquanto o aparelho respiratório mede a performance respiratória do paciente e é utilizado em procedimentos fisioterápicos. A rede de solidariedade estabelecida entre pacientes submetidos à bariátrica ou em processo de *bariatrização* também se manifesta no uso e aquisição destes itens, especialmente no caso das faixas e meias elásticas. Não é raro ouvir relatos de pacientes que dividem os custos relativos a aquisição dos produtos ou que os revendem após o uso.

<sup>19</sup> Este termo “obeso-magro” será melhor abordado no próximo capítulo

Vanessa, por exemplo, utilizou, em seu pós-operatório, a faixa abdominal anteriormente utilizada por uma amiga e vizinha que havia se submetido ao tratamento há pouco tempo.

Portando todos os materiais requeridos pelo médico para realização do procedimento, Vanessa se internou no Hospital Espanhol um dia antes da cirurgia, como determina a prática médica. Desde sua internação até o momento da cirurgia, ela só ingeriu alimentos líquidos, mas, segundo ela, não teve fome nem ansiedade. Sua cirurgia durou por volta de três horas e foi classificada pelo médico como bem sucedida. Nos dois dias posteriores à cirurgia ela permaneceu no hospital sob observação, mas sem nenhum incidente. Nesse período de observação e recuperação pós-cirúrgico, Vanessa esteve sozinha, sem o acompanhamento de nenhum parente, situação à qual ela se refere com naturalidade, explicando que as rotinas de trabalho de seu marido e filha, além da delicada condição de saúde da mãe, foram responsáveis pela ausência de seus familiares. Esses dois dias pós-cirúrgicos Vanessa encarou com tranquilidade, mesmo não podendo se alimentar e tendo algumas restrições para se movimentar com a faixa elástica e a meia.

Tales, por sua vez, não teve encarou com tanta tranquilidade o momento da cirurgia quanto Vanessa. De fato, ele enfrentou os procedimentos cirúrgicos por três vezes. Na primeira oportunidade para a realização da cirurgia, o processo acontecia em absoluta normalidade até que, momentos antes de entrar no centro cirúrgico, ele apresentou um quadro de pressão alta que impedia a realização da operação. O médico-cirurgião, responsável pelo atendimento a Tales, disse que o aumento da pressão arterial poderia estar relacionado com uma ansiedade voltada à cirurgia, apesar de Tales afirmar, categoricamente, que não estava ansioso ou nervoso. Diante do quadro, o cirurgião optou por aguardar, até o dia seguinte, a normalização dos níveis de pressão sanguínea. Passadas as vinte e quatro horas solicitadas pelo médico, a alteração da pressão arterial voltou a aparecer no momento da realização da cirurgia, o que fez o cirurgião adiar o procedimento por mais uma semana. Finalmente, no dia agendado pelo médico-cirurgião, os níveis de pressão arterial estavam controlados e a cirurgia foi realizada com normalidade, segundo o relato do médico.

Visitei Tales no dia posterior à cirurgia e o encontrei bem-disposto e sem dores. Nesta oportunidade, ele fez questão de me mostrar a faixa abdominal que usava no momento e relatou que o único inconveniente era a necessidade de ser acompanhado pela mãe nas idas ao banheiro. Assim como Vanessa após o segundo dia de internação Tales recebeu alta médica e já pode ir para casa. É nesse segundo momento pós-cirúrgicos que as mudanças mais significativas ocorrerão para ambos, assunto que pretendo explorar no capítulo que se segue.

## **CAPÍTULO III**

Neste capítulo, tenho por objetivo refletir sobre o processo de adaptação dos pacientes às imposições pós-cirúrgicas que decorrem da cirurgia bariátrica, utilizando para isso as histórias Tales e Vanessa, já apresentados no capítulo anterior. Aqui examinarei que habilidades são forjadas pelos pacientes a fim de lidar com novos hábitos alimentares, refletindo sobre o treinamento destes novos hábitos. Por último, realizo uma comparação entre a cirurgia de redesignação sexual e a cirurgia bariátrica, apontando que o entendimento da obesidade no contexto médico vai muito além de propor apenas uma separação entre mente e corpo mas utiliza-se da própria concepção de obesidade como condição essencializada para justificar percalços no período de transição alimentar que se seguem à cirurgia bariátrica.

### **3.1 30 dias no inferno**

Assim que acordaram do processo anestésico induzido para a realização da sua cirurgia bariátrica, Vanessa e Tales começaram a lidar com uma nova realidade que incluía, agora, o treinamento do hábito alimentar recondicionado a suas novas existências corporais. A partir deste momento, quando seus estômagos foram reconstruídos, seria preciso refundar a lida com a comida de imediato, adaptando-se a um órgão que é, agora, mínimo. Vanessa teve a real dimensão da mudança desde o momento em que, pela primeira vez, percebeu o tamanho da cicatriz que a cirurgia tinha deixado. Ela conta que quando ficou a sós com a filha no quarto, logo após a saída do médico, a primeira coisa que fez foi pedir à filha que trouxesse um espelho, para que ela pudesse verificar o tamanho da marca em seu abdômen. Nos três dias em que passou internada foi aos poucos se acostumando não apenas com a cicatriz como a todas as novidades que cercavam o ato de comer, que lhe era antes tão familiar. O processo de (in)gestão alimentar que sucede os 30 dias pós cirúrgicos é relatado por pacientes e equipe multidisciplinar como um momento crucial. Do ponto de vista da equipe multidisciplinar é o momento, do longo processo de “bariatrização”, que requer maior atenção por conta das possibilidades de complicações cirúrgicas que podem vir a ocorrer. Yoshino (2010), em estudo de doutorado na área de saúde coletiva, acompanhou vinte e três de pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica, relatando na fala dos estudados problemas frequentes após o procedimento:

Quanto às complicações imediatas, entre os nossos informantes ocorreram: problemas com a anestesia após o procedimento cirúrgico, hérnia incisional, insuficiência respiratória, litíase biliar, abscesso, infecção generalizada, infecção nos pontos da cirurgia, aderência intestinal, obstrução intestinal, pneumonia, hemorragia e cálculo renal (YOSHINO, 2010, p.258)

Felizmente, nenhuma dessas complicações mais graves chegou a atingir Tales e Vanessa. Quando perguntados, ambos disseram que o período pós-cirúrgico foi tranquilo, pontuado somente por dores ocasionais na região da cicatriz. A questão verdadeiramente inescapável e que, em diferentes medidas, acaba afetando todos os candidatos à cirurgia, é a temática da alimentação. As adversidades envolvendo as refeições costumam atingir os pacientes logo no primeiro dia após a cirurgia. Com uma dieta absolutamente líquida, sem qualquer traço ou resíduo de alimentos sólidos e fracionada ao longo do dia (apesar das porções ínfimas), os sujeitos são imediatamente lançados no oceano de novas possibilidades e arranjos proporcionados pela cirurgia. Esse primeiro enfrentamento com a nova realidade é significativamente mais descomplicado para alguns pacientes. Isso porque alguns médicos introduzem a dieta líquida cerca de três dias antes da cirurgia, que além de servir como método de prevenção para complicações cirúrgicas, atua como processo de aclimação para a realidade alimentar que se seguirá à intervenção. No caso de Tales e Vanessa, a recomendação era que eles suspendessem a alimentação no dia imediatamente anterior à cirurgia, sem a necessidade da realização da alimentação líquida. A dieta exclusivamente líquida também desempenha outra função: ajudar o paciente a perder peso. Todos os candidatos à cirurgia bariátrica são encorajados a perder peso antes da cirurgia. A justificativa é similar àquela que acompanha a dieta líquida. A redução de peso diminui o risco cirúrgico, além de ajudar no manejo dos órgãos durante a operação e beneficiar a capacidade respiratória e cardíaca dos sujeitos. Assim como no caso da dieta pré-cirúrgica, também encontrei, nesse encorajamento dos pacientes a perderem peso, práticas fundamentalmente distintas. Conversando informalmente com pessoas que já haviam realizado a cirurgia bariátrica, fui informada que o incentivo à redução de peso, no caso desses indivíduos, se resumia a uma mera recomendação médica, sem metas ou coerção. Tratava-se somente de uma prescrição no intuito de favorecer a recuperação pós-cirúrgica, tomada mais como recomendação do que como obrigação. Já no caso de Tales e Vanessa, essa “sugestão” vinha na imagem de uma imposição com meta e prazo, e com uma justificativa que resvalava para o

campo da moral<sup>20</sup>. Mas se no campo das indicações pré-cirúrgicas nós encontramos divergências pontuais, após a cirurgia todos os pacientes ficam diante de uma mesma exigência prática: acomodar os hábitos cotidianos, especialmente aqueles relacionados à alimentação, a uma nova realidade corporal.

É principalmente no primeiro mês que a atenção ao ato de comer deve ser redobrada e seguir uma prescrição rígida, de modo a evitar o desenvolvimento de quaisquer danos ao organismo do paciente. São também estes primeiros dias aqueles considerados mais difíceis por Tales e Vanessa, justamente porque a mudança brusca na alimentação por meio de líquidos provoca o desconforto e o estranhamento dos pacientes.

### **3.2 Desenvolvendo habilidades**

A fim de melhor compreender os sentidos contidos na aquisição das habilidades ligadas ao processo de (in)gestão alimentar na cirurgia bariátrica tomo como relevante a contribuição de Tim Ingold no intuito de repensar o estômago em sua nova configuração. Ingold (2012) faz um exercício de revisão a respeito da divisão estabelecida entre forma e matéria (modelo hilemórfico), uma divisão que persiste desde a fundação do pensamento aristotélico e que, mesmo tendo sido objeto de constante reflexão, permanece fomentando formas de pensar o mundo dicotômicas e estáticas. Ingold, contudo, pretende “(...) derrubar o próprio modelo, e substituí-lo por uma ontologia que dê primazia aos processos de formação ao invés do produto final, e aos fluxos e transformações dos materiais ao invés dos estados da matéria. “(INGOLD, 2012, p.2). O autor rejeita a equivalência da matéria à noção de *objeto* porque para ele o sentido que a palavra objeto evoca não comporta o fluxo e a propriedade dinâmica que caracteriza a vida. Pelo contrário, quando pensamos num objeto pensamos no não-movimento, em produtos acabados, apartados de vida. Baseando-se em Heidegger, Ingold propõe o conceito de *coisa* para evocar a concepção de processo que envolve os elementos do mundo. A coisa, entende Ingold é sempre algo que está sendo feito, o que significa dizer que a coisa nunca é um dado encerrado e alheio ao seu entorno mas se comunica com o ambiente alterando-o e sendo por ele alterado. Ao contrário da perspectiva que coloca o “objeto” como absoluto, para ele a riqueza da concepção de “coisa” é que ela permite apreender a

<sup>20</sup> Ver Capítulo 2.



propriedade relacional do mundo: “observar uma coisa não é ser trancado do lado de fora, mas ser convidado para a reunião.” (INGOLD, 2012, p.3).

Ingold chega mesmo a negar a existência de qualquer objeto (ambiente sem objetos), no sentido acima descrito, e, ao seguir este caminho teórico ele procura acentuar o conceito de vida, fundamental para a compreensão do seu trabalho. Quando discorre sobre a vida Ingold a compreende como “capacidade geradora do campo englobante de relações dentro do qual as formas surgem e são mantidas no lugar” (INGOLD, 2012, p.3). Neste sentido, a vida é perpassada por contingências imprevisíveis que atuam sobre a permeabilidade da matéria, formada a partir de uma série de reuniões de fluxos da existência.

No que diz respeito a capacidade de agência dos materiais, Ingold afirma que o recente esforço teórico no intuito de reestabelecer esta capacidade aos objetos é produto de uma percepção equivocada. Para ele objeto algum pode ser separado do mundo que o cerca e que participa da sua formação. Sua proposta, portanto, pede que ao substituir objetos por coisas - em profunda comunhão com o ambiente e os processos que lhe são inerentes - possamos habitar um mundo em aberto. A proposta metodológica de Ingold é que, justamente, sigamos a fluidez dos materiais a partir da assunção de que os mesmos não são, mas estão. O autor busca reestabelecer a harmonia entre matéria e forma sem submeter um termo ao outro mas entendendo a *coisa* como a reunião de materiais em constante fluxo.

Gostaria aqui de retomar a ideia de coisa para falar do estômago neste processo de “bariatrização”. A partir dos sentidos estabelecidos por Ingold é possível compreender o estômago como coisa de modo a pensá-lo como algo imerso a um emaranhado de interações na “qual as formas surgem e são mantidas no lugar” (INGOLD, 2012, p. 27). O objetivo é conduzir o estômago de volta ao fluxo da vida, considerando sua transformação, no decurso da “bariatrização”, não mais como uma mudança entre os estágios inicial e final do órgão, mas como um “processo de formação” (INGOLD, 2012, p.27) que se dá através de uma intrincada confluência de fluxos e contra-fluxos.

Considerado enquanto objeto, ou seja, na qualidade de item acabado e bem delineado, o estômago perde sua característica de órgão em processo e de “lugar onde vários acontecimentos se entrelaçam” (INGOLD, 2012, p. 29). Quando é realizado o procedimento cirúrgico que resulta na diminuição do estômago, a equipe multidisciplinar que acompanha o paciente e, especialmente os médicos tendem a compreender este órgão como um produto finalizado: cabe ao paciente se adequar ao agora módico formato estomacal. Observa-se uma concepção do estômago (e dos alimentos) a partir de um certo pragmatismo material: o

estômago reduzido a 90% de sua capacidade inicial. Esse “pragmatismo” médico é, porém, tensionado tanto pelas novas habilidades que são construídas num contexto fundamentalmente prático, quanto pelas relações constituídas a partir das imposições categóricas decorrentes da cirurgia bariátrica.

Essas mudanças perpetradas nos órgãos do sistema digestivo não ficam circunscritas a eles. Sendo o corpo um organismo imbricado, outros aspectos do seu funcionamento também são alterados em razão da operação. Considerando que o corpo está diretamente ligado à compreensão e à maneira com que nos inserimos no mundo, então a cirurgia bariátrica exige, daqueles que a ela se submetem, uma retomada do processo de desenvolvimento e aprimoramento de práticas, mesmo daquelas julgadas como mais corriqueiras, já que o que a operação promove é uma mudança fundamental da morfologia corporal e, conseqüentemente, dos modos agir. Sendo assim, e demonstrando mais uma vez o caráter coadunado da relação entre corpo e subjetividade, observa-se mudanças consideráveis na maneira com que os indivíduos, após o procedimento, passam a habitar os espaços familiares e a se inserir nas relações sociais.

Segundo Mol e Law (2004), como demonstrado por Foucault, a partir do século XIX emerge um modelo epistemológico moderno, baseado no conhecimento objetificado do corpo, entendido agora enquanto organismo composto por células e tecidos a ser analisado pelo médico, formando assim o que os autores chamam de *corpo-objeto* ou *corpo-que-temos*. Ao passo que este modo de conhecer o corpo se torna hegemônico ele também torna secundário o que se entende por *corpo-que-somos* (*corpo-sujeito*), isto é, o corpo que sentimos e que conhecemos no cotidiano. Críticas de vários autores se seguem à exclusividade do modelo clínico, baseado apenas no *corpo-que-temos* como objeto legítimo de avaliação, e procuram incluir novamente os sentidos na esfera de importância clínica. Mol e Law argumentam que raramente a unidade do *corpo-que-temos* - o corpo biomédico - é questionada, enquanto que a integridade do *corpo-que-somos* é sempre posta à prova. Mas para Mol e Law (2004) é preciso escapar das dicotomias estabelecidas entre objeto e sujeito, dentro ou fora, *corpo-que-temos* ou o *corpo-que-somos*, a fim de incluir também o *corpo-que-fazemos*. O *corpo-que-fazemos* é o corpo em suas praticidades diárias. Para utilizar o repertório desta pesquisa, o *corpo-que-fazemos* é este com que Tales e Vanessa tem de lidar com conselhos de médicos, com medições de seus pesos mas também com situações como medir a quantidade de arroz num copo de café, com o medo de passar mal e ainda com os humores que decorrem da dieta restritiva no período pós-cirúrgico. Ao colocarmos em primeiro plano as práticas, percebemos

que o corpo-que-fazemos é também cheio de tensões: há interesses distintos que o corpo deve administrar. O estômago segue diminuído e o intestino encurtado, mas eles também devem ser capazes de fornecer a quantidade suficiente de nutrientes, tomando cuidado com o modo de ingestão alimentar e com o que se come, já que o dumping é uma complicação dolorosa e maléfica ao organismo. Ao contrário do que se pode pensar o corpo-que-fazemos “não é íntegro. Manter a nossa unidade é uma das tarefas da vida.”<sup>21</sup> (MOL; LAW,2014, p.56)

Acredito que o processo de reintrodução alimentar que sucede à cirurgia é um momento singular para observarmos esse movimento de articulação orgânica, além de ser uma fase oportuna para percebermos o desenvolvimento de hábitos e habilidades. A maneira pela qual o sujeito experimenta o mundo (aqui com uma definição bastante literal) é significativamente modificada em razão das alterações sofridas em seu órgão. A “nova” experiência é fruto da significativa transformação pela qual o corpo passou. Corpo este com o qual o engajamento e a interação com o mundo se tornam possíveis. Por mais que pensadores como Viveiros de Castro (SALES, 2013, p.48) apontem que o corpo não se resume a suas características anatômicas, a observação das transformações experienciadas por pacientes em processo de *bariatrização*, me permite afirmar que o “conjunto de [...] modos de ser”, apontado por Viveiros de Castro, como o eixo conceitual do corpo, está profundamente ligado à experiência fisiológica. Sendo assim, uma modificação tão radical quanto aquela promovida pela cirurgia bariátrica altera, consideravelmente, a maneira pela e com a qual o paciente compreende o mundo. É importante frisar que o conceito de corpo defendido por Viveiros de Castro, a partir da perspectiva ameríndia, é definido a partir de uma discussão sobre as diferenças entre humanos e não-humanos, mas sua reflexão é importante para a discussão que pretendo desenvolver aqui. Isso porque Viveiros de Castro indica que a singularidade de um corpo se dá através daquilo que “ele come, como se move, como se comunica, onde vive, se é gregário ou solitário” (VIVEIROS DE CASTRO, 1996, p. 128), aspectos que estão em negociação no processo de restabelecimento da vida cotidiana após a cirurgia bariátrica.

Merleau-Ponty diz que no processo de aquisição do hábito é o corpo que compreende. Esse processo pode ser visto através do hábito de gerenciar os alimentos, já que no processo de “reeducação alimentar” do bariatrizado, observa-se uma série de reações corporais que obrigam o indivíduo a se adaptar a um novo engajamento prático com a atividade alimentar.

<sup>21</sup> No original” The body-we-do *is not* a whole. Keeping ourselves together is one of the tasks of life.” (MOL; LAW,2014, p.56)

Nos quinze primeiros dias após a intervenção cirúrgica, a dieta é tão controlada pelos médicos que a dimensão da experiência pessoal se perde um pouco, o que não extingue a possibilidade de exploração e descoberta. Isso acontece tanto na percepção alterada do aroma de uma comida outrora familiar, ou ainda na tentativa de aplacar o desejo por alimentos sólidos com um único macarrão, só para descobrir, em seguida, as dores lancinantes que ele passa a provocar no estômago diminuto. Estamos diante, portanto, de um processo de transformação não só corporal, mas de hábitos e práticas sedimentadas, que não são necessariamente compreendidas e acessadas pela racionalização reflexiva. A princípio, a filosofia *merleau-pontiana* poderia nos fazer acreditar que esse movimento de habituação a uma nova disposição alimentar se daria de forma repentina. Isso porque o filósofo francês defende que, por ser um processo essencialmente corporal, a aquisição do hábito se dá de maneira imediata, ou seja, sem a presença, ou necessidade, de uma interface de arranjos representacionais. Porém, esse imediatismo do meio não se traduz no aspecto temporal, especialmente no que tange um processo de re-habituação, como no caso dos pacientes de cirurgia bariátrica. O antigo sentimento de pertencimento é substituído por um estranhamento singular, provocado pela mudança corporal que transforma a maneira de inserção no ambiente que, em última instância, transforma não só a perspectiva da pessoa, mas o próprio mundo

Em seu texto sobre técnicas corporais, Mauss aponta que a “certa forma dos tendões e mesmo dos ossos não é senão uma consequência de uma certa forma de apoiar-se e firmar-se” (MAUSS,2003), apontando que até mesmo nossas características fisiológicas são, de certa forma, formadas pelo intrincado arranjo de relações entre nosso corpo, os outros e o ambiente. Mas quando uma alteração radical se dá num dos vértices desse arranjo - uma alteração, nesse caso, provocada por um elemento “estranho” à própria organização - a “naturalidade” do processo de aquisição de habilidades fica severamente afetada, assim como a segurança e harmonia da vida social. Estamos diante de uma implacável cisão dos modelos de ação e coabitação com o ambiente.

É particularmente difícil acompanhar essa experiência sensível da aquisição do hábito em indivíduos adultos, principalmente no que se refere a atividades que, de tão cotidianas, ganham o estatuto de “naturais”. A alimentação é, certamente, uma dessas atividades. Porém, no caso dos indivíduos *bariatrizados*, esse treinamento da atenção, que define o processo de aprendizado, se torna acessível. Diante de uma nova configuração corporal, é interessante notar as mudanças nas percepções de outrora e a manifestação de sensibilidades previamente

recônditas. É no desdobramento dessas sensibilidades e na sedimentação dessas percepções que o hábito crava suas raízes no cotidiano.

Tive a oportunidade de acompanhar indivíduos nas duas fases<sup>22</sup> das experiências corporais pós-cirurgia bariátrica e foi interessante perceber que, apesar das particularidades, os caminhos percorridos apresentavam um princípio alinhador, que é a própria sensibilidade sensorial evocada no aprendizado e na prática corporal.

Por mais de uma vez, conversei com Tales sobre o processo de readequação alimentar e as descobertas e dificuldades enfrentadas no decurso de exploração desse novo arranjo do organismo em sua relação com o ambiente e com os hábitos arraigados.

**Natália:** Eu lembro que quando você fez a cirurgia você estava preocupado com o a proximidade do Natal

**Tales:** Foi. No Natal eu já estava bem melhor. No Natal eu já belisquei alguma coisa e tal. Mas era com medo, entendeu? Eu pegava aquele pedacinho pequenininho. Só pra não "coisar" mesmo.

**Natália:** Com medo de passar mal?

**Tales:** Eu passei mal. Muitas vezes já. Por causa das minhas ousadias.

**Natália:** Me conte disso aí.

**Tales:** É, às vezes dá umas vontades na gente. Porque a nutricionista falou "você pode comer as coisas". Ela perguntou ao médico se eu já podia mudar para comer tempero normal, porque eles cortam até isso. Aí ele disse "não, a partir de agora você pode comer tempero, tudo normal".

**Natália:** No primeiro mês foi só líquido e pastoso, né?

**Tales:** Só líquido e pastoso. Eu, na verdade, fiquei um mês só de líquido. Porque eu não consegui tomar sopa.

**Natália:** Ah, você não conseguiu?!

**Tales:** Eu fiquei fraco. Desmaiei aqui [apontando para o chão da sala] e tudo.

**Natália:** Foi mesmo?

<sup>22</sup>Me refiro a fases somente para fins de clarificar que se trata de indivíduos em momentos diferentes do processo de emagrecimento provocado pela cirurgia bariátrica

**Tales:** Foi

[...]

**Dona Jucilene** (mãe de Tales): O médico falou "ele pode ter desmaio". Eu estava lá na cozinha e só ouvi o baque.

**Tales:** A campainha tocou, eu levantei do sofá de vez e só acordei com minha mãe gritando.

[...]

**Natália:** E vocês ligaram para o médico?

**Tales:** Minha mãe ligou e falou com ele. Mas ele já tinha dito que isso era normal, que eu poderia passar por isso, ai eu fiquei tranquilo.

**Dona Jucilene:** O problema de Tales é que ele nunca gostou de verdura. Então a sopinha tem que ter tudo isso. Quando eu fazia ele [expressão de repulsa]

**Tales:** Só de sentir o cheiro eu ficava mal

**Dona Jucilene:** Ai só tomava suco de fruta.

**Tales:** Só

**Dona Jucilene:** Aí eu botava a cenoura, beterraba...com a laranja

**Natália:** Só o líquido?

**Dona Jucilene:** Só o líquido. Ele levou mais de mês.

**Tales:** Eu levei um mês e quinze dias, um mês e meio, só no líquido.

**Natália:** Até a consulta com a nutricionista?

**Tales:** Até a consulta, para a nutricionista dizer que eu podia comer fruta ou alguma coisa assim.

**Natália:** Aí quando ela liberou você começou a comer o que?

**Tales:** Fruta. Era o que eu mais conseguia comer.

**Natália:** Quanto você conseguia comer, mais ou menos?

**Tales:** A primeira vez? Meia fruta, não era, mãe?

**Dona Jucilene:** [concordando]

**Natália:** E já ficava cheio?

**Tales:** Ficava cheio na mesma hora. Na verdade eu ia comendo aos poucos. Ia pegando um pedacinho, depois outro.

**Natália:** E agora? Como é hoje? você acorda e come o que?

**Tales:** De manhã eu não como nada. De manhã é só líquido. Eu tomo um suco ou...café eu não tomo.

**Natália:** E já se sente cheio?

**Tales:** [balançando a cabeça afirmativamente] Só tomo suco. Aí meio dia, quando eu consigo, eu almoço. Porque tem dia que não desce nada. Tem dia que eu passo o dia todo só no líquido até hoje. Tem dia que não desce nada. Eu tento, aí volta, aí eu não tento mais.

**Natália:** O que você sente? É enjoo?

**Tales:** É...eu sinto...quando eu engulo, aí parece que junto uma bola de ar. Entendeu? Ai fica impedindo da comida descer. Daqui não passa [apontando para a região na altura do peito, próxima ao estômago]. Aí ela volta e eu não tento mais.

**Natália:** Você vomita?

**Tales:** É...na verdade, é.

**Natália:** Acontece muitas vezes?

**Tales:** [balançando a cabeça afirmativamente, aparentando constrangimento]

**Dona Jucilene:** Mas eu acho que ele vomita mais do que deveria. Esses dias o médico perguntou "quantas vezes você vomita?"

**Tales:** [interrompendo] Eu falei uma vez na semana, né?

**Dona Jucilene:** Mas não é.

**Tales:** Mas agora tá pior.

**Natália:** Agora tá como?

**Tales:** [hesitando]

**Natália:** Pode falar.

**Tales:** Quase todo dia.

**Natália:** É mesmo, Tales?

**Tales:** Mas agora mais não. Agora eu não tento comer mais não.

**Natália:** Mas você acha que isso acontece porque você vai tentar comer uma coisa que você...

**Tales:** [interrompendo] É porque eu tenho um vício. Eu já tinha desde...antes da cirurgia que é: eu só como bebendo. Não pode. Eu sei

que eu não posso. Mas eu só consigo comer se eu estiver bebendo alguma coisa. Aí eu acho que o que me faz vomitar é isso.

**Natália:** Porque o líquido já enche logo o estômago?

**Tales:** É...porque quando você está comendo, desce. Quando você tá bem. Normalmente eu vomito assim. Eu to bem, eu to comendo. Aí boto um pouquinho e aí como, termino de comer e aí bebo alguma coisa. Depois que ele chega no estomago é que eu sinto. Aí eu sinto pesar e tem que voltar.

**Natália:** Você sente dor?

**Tales:** Não, não sinto dor. Só vontade de vomitar.

**Natália:** A quantidade que você tenta comer é pouca, mas por causa do líquido...

**Tales:** Isso, por causa do líquido. Eu acho que o problema é esse, né? É o vício mesmo do líquido que eu não consegui largar. Nem que seja antes do almoço, eu tenho que beber alguma coisa. Senão a comida não desce.

É significativo, por exemplo, quando ele aponta que, para descobrir a quantidade de alimento que seu estômago comporta, ele passa a se servir de pequenos pedaços<sup>23</sup>. É uma estratégia. O próprio Tales indica que, após a cirurgia, é difícil estabelecer, *durante* a alimentação, exatamente a quantidade de alimentos que podem ser ingeridos sem comprometer a saúde do organismo. A sensação de “estar muito cheio”, no caso de Tales, só aparece depois que a comida já atingiu o estômago. Vanessa também desenvolveu uma estratégia para estabelecer o tamanho das porções adequadas à nova dimensão do seu estômago. Sua técnica é alicerçada no uso de uma pequena balança, com a qual ela mensura e controla a quantidade de comida a ser consumida. Apesar de ter uma dieta muito mais flexível do que a de Tales, Vanessa mantém um controle rígido sobre a quantidade de alimentos ingeridos, fixando um limite de cem gramas para as refeições.

<sup>23</sup>Acredito ser importante destacar que, no momento em que se refere a essas porções com as quais se alimentava, Tales fazia um gesto de pinça, com o dedo indicador e o polegar, deixando um espaço bastante reduzido entre eles. O gesto, claro, indicava o tamanho do alimento com o qual se servia, um pedaço que me pareceu significativamente pequeno.



**Natália:**[...] e seu marido te acompanha nas refeições, ou ele continua comendo como antes?

**Vanessa:** eu faço pra ele.

**Natália:** feijoada, rabada, tudo?

**Vanessa:** é, eu faço pra ele. Eu também como. Só não como muito.

**Natália:** então você não sente falta, né?

**Vanessa:** se não tiver, eu não como. Agora, se eu faço pra ele, o cheiro me dá vontade de comer. Mas eu boto pouquinho mesmo.

**Natália:** tipo quanto?

**Vanessa:** eu comprei até uma balança, acredita? Eu tenho que comer cem gramas, aí eu tenho uma balancinha ali. [...] Mas eu já tenho a base. São sete colheres. É para comer sete, mas as vezes eu coloco só quatro.

A questão dos líquidos também se impõe como uma dificuldade para o cotidiano de Vanessa.

**Vanessa:** eu não consigo beber um copo de água, um copo de suco, um copo de vitamina.

**Natália:** aquele copinho medidor?<sup>24</sup>

**Vanessa:** 200 ml. Ela mandou eu tomar logo 200 ml. Eu não consigo. Agora você me dê um litro de cerveja que eu consigo beber todinho.

[risos]

**Vanessa:** é porque a cerveja é diurética, né?

Para lidar com esse problema, Vanessa precisou encontrar soluções, já que a alimentação pós-bariátrica supõe o consumo de complexos multivitamínicos e suplementos proteicos que precisam ser ingeridos acompanhados de líquidos. A experiência cotidiana, porém, permitiu que Vanessa encontrasse formas de evitar maiores adversidades:

**Vanessa:** eu tomo dois ou três dedos, no máximo, de albumina<sup>25</sup> que eu tomo com uma vitamina, um suco, o que for. Tomo de vez, porque

<sup>24</sup> É comum que os pacientes utilizem um copo medidor no processo de reintrodução alimentar. Geralmente, ele é introduzido por recomendação dos nutricionistas que, com este material, tentam ajudar os pacientes a estabelecerem o tamanho das porções que é adequado ao novo arranjo gástrico e à cada fase da dieta.

se eu beber de vez eu fico logo cheia. Aí eu tomo com o comprimido<sup>26</sup>.

**Natália:** e você, o que achou da cirurgia? Tá satisfeito?

**Marido de Vanessa:** tô e não tô. Porque, assim, ela não se cuida direito.

**Natália:** você acha?

**Marido de Vanessa:** acho. Ela come de tudo. Eu acho que a pessoa que faz uma cirurgia dessa não tinha que estar bebendo direto como ela bebe. Tinha que estar mudando a alimentação mais. Comer saudável não é você achar que tá comendo tudo e tá comendo saudável. Comer saudável é comer frutas, verduras e legumes. Você tem que colocar todas as vitaminas, eu já expliquei a ela, nesse tipo de alimento. Comer grelhado. Encontra todas as vitaminas aí sem precisar comer gordura. Eu aperto a mente dela. Inclusive a gente até briga aí. Tá brigando, briga sempre, porque eu fico controlando. Mas ela não gosta. Eu tô querendo o bem dela, você entende? Mas ela só acha que eu sou chato, eu sou antipático, que eu pego no pé.

A percepção do marido de Vanessa é interessante. Ele acredita que, considerando que a cirurgia foi executada no intuito de resolver o problema da obesidade, o razoável seria que a esposa estivesse de dieta e, portanto, tendo uma alimentação limitada. Na prática, a situação não é tão clara. As restrições alimentares impostas pela equipe médica se resumem ao período pós-operatório, fase em que os recém-operados tem uma alimentação líquida e pastosa. Como trata-se de um período de repouso e recuperação do sistema digestório, a alimentação é controlada de maneira inflexível pela equipe responsável pelos cuidados relacionados à cirurgia. Passada essa etapa, que dura cerca de dois meses, os pacientes são liberados a restabelecer uma alimentação normal. Os nutricionistas e cirurgiões costumam fazer somente pequenas ressalvas em relação a alimentos que podem causar mal-estar e oferecem diretrizes

---

<sup>25</sup> Proteína de alto valor biológico encontrada, principalmente, na clara do ovo. É utilizada para construção e manutenção muscular.

<sup>26</sup> Vanessa está se referindo ao comprimido do suplemento vitamínico.

gerais, mas que aparecem mais no contexto de recomendação do que propriamente prescrição. De maneira geral, os indivíduos vão descobrindo suas limitações alimentares na prática.

**Natália:** Então não tem nada que você não consiga comer, né?

**Vanessa:** eu não como farinha. Se eu comer um pouquinho de farinha, o estômago parece que eu comi um boi.

As restrições sofridas por Vanessa e Tales no processo de reinserção dos alimentos não são incomuns. Apesar de incômodas, elas são vistas pelos médicos como aliadas no processo de estabelecimento de uma dieta “saudável” pós-cirurgia. As prescrições de tinta e papel se tornam, portanto, desnecessárias, porque o próprio corpo se encarregaria de oferecer limites e sanções. É um outro tipo de “dominação da besta” <sup>27</sup>(MOL, 2010), dessa vez não mais através da vontade racional do indivíduo, mas por um controle da morfologia corporal. Ao contrário das alternativas mais convencionais de emagrecimento, na cirurgia bariátrica as regras são impostas pela própria disposição corporal. A participação exterior se dá na intervenção da fisiologia do sistema digestivo.

A síndrome de Dumping é uma outra reação observada em pacientes bariatrizados e que também aparece à sombra dessa luz difusa. Ao mesmo tempo que é profundamente desagradável para os pacientes, ela é considerada um efeito colateral com potencial para contribuir para a reeducação alimentar e para a consolidação de hábitos benéficos à saúde. Essa concepção baseia-se no fato da síndrome de Dumping acontecer em função, principalmente, do consumo de alimentos ricos em açúcar e com altas taxas glicêmicas (LOOS,2009). Com a significativa mudança anatômica, provocada pelo procedimento cirúrgico, no estômago e no intestino delgado, o processo de esvaziamento gástrico passa a acontecer de forma mais acelerada. A síndrome de Dumping acontece quando o estômago é esvaziado tão rapidamente que os alimentos chegam ao intestino sem terem sido propriamente digeridos, com isso provocando dores. Os efeitos são variados, indo de sintomas mais leves (mas não por isso menos desconfortáveis) como cólicas, tonturas, náusea e vômitos; até quadros mais graves onde o paciente pode apresentar dificuldades de respiração, tremores e delírio. O quadro da síndrome de Dumping pode ser o que Tales encara diariamente em suas

<sup>27</sup> Mol (2010) sinaliza que frequentemente nutricionistas consideram o corpo humano como uma besta insaciável na busca pelo prazer, uma busca que espera-se que seja domada por uma mente racional.

tentativas de alimentação. É recomendável que as pessoas que realizam a cirurgia bariátrica, especialmente aquelas que já tenham experienciado episódios da síndrome, não se alimentem com o acompanhamento de líquidos, determinação que Tales acha difícil de acolher em sua rotina. Porém, nem ele, nem o médico parecem identificar em seu mal-estar diário um sintoma da síndrome de Dumping<sup>28</sup>. Tales assumiu que seu estado tem a ver com uma consequência natural da cirurgia, além de ser efeito de um hábito alimentar arraigado que não é mais condizente com sua nova composição corporal. Sua conclusão está alinhada com a percepção médica que entende que a síndrome de Dumping, assim como o reganho de peso e, conseqüentemente, o insucesso da cirurgia, são de responsabilidade única e exclusiva do paciente. Nas palavras do médico “a cirurgia bariátrica é um procedimento absolutamente paciente-dependente. A equipe multidisciplinar tem um limite de atuação, que é fazer a cirurgia bem feita e torcer que mesmo bem feita não dê problema nenhum- porque mesmo bem feita não há garantia, infelizmente medicina não é assim. “

Os médicos parecem considerar a alimentação a partir de uma perspectiva exclusivamente biológica, ou seja, com base na finalidade dos alimentos de garantir a continuidade da existência dos indivíduos. Por isso, a preocupação primeira destes é garantir que o sujeito *bariatrizado* tenha acesso aos nutrientes absolutamente necessários à sua subsistência, esquecendo, nesse processo, de considerar os sentidos movimentados pela comida em sua articulação social. A dificuldade de considerar a comida a partir de uma totalidade intercambiante entre aspectos biológicos/médicos e a dimensão social não é, porém, uma exclusividade das ciências médicas. Harbers, Mol e Stollneijer (2002) identificam essa mesma resistência decepcionante nas ciências humanas e sociais, principalmente considerando que estas contam com a especificidade de uma disciplina como a Sociologia da Comida.

Conseguir superar essa cisão que acompanha o estudo dos alimentos não é tarefa fácil. Os próprios Harbers et al.(2002) reconhecem isso, atribuindo a complexidade da tarefa ao papel histórico que as ciências sociais adotaram no estudo dos fenômenos<sup>29</sup>, renunciado à dimensão material dos objetos em favor das ciências naturais, passando a se concentrar somente na perspectiva social dos mesmos.

<sup>28</sup> Isso talvez se deve ao fato de Tales não ter sido completamente honesto com o médico. Quando perguntado sobre a frequência dos vômitos, ele disse passar mal uma vez por semana, quando na verdade enfrentava a indisposição numa base diária.

<sup>29</sup> Ver Capítulo 1

A conjuntura da alimentação cotidiana envolve fatores que vão além da vontade indelével do indivíduo e da disposição biológica do corpo. Nem mesmo a água, insípida, inodora e incolor, é somente um meio para alcançar uma hidratação adequada. Uma das recomendações mais constantes dos profissionais ligados aos cuidados que circundam a cirurgia bariátrica é com relação a ingestão de líquido. Alguns chegam até a determinar a quantidade mínima de água a ser consumida diariamente. Porém, no dia a dia dos pacientes, a suposta simplicidade da água é substituída por uma série de fatores e arranjos que atuam no processo de tornar possível o seu consumo. Durante o período da minha pesquisa, conheci pessoas com dificuldades para beber a água na temperatura ambiente, outras que só conseguiam tomar o líquido em pequenos goles, enquanto algumas achavam impossível aguentar a ingestão que não fosse “de uma vez”. Alguns indivíduos chegam mesmo a indicar intolerância a alguns “tipos” de água, esclarecendo que algumas são “pesadas” ou não “caem bem no estômago”. Cheguei a conhecer uma paciente que, depois da cirurgia, relatava só conseguir tomar água de uma determinada marca porque esta era “leve” e não incomodava a língua.

Entender a comida a partir de uma dimensão exclusivamente nutricional deixa de lado aspectos igualmente importantes para o paciente no seu processo de adaptação, sendo, portanto, necessário ir além para compreender na prática que arranjos são requeridos dos sujeitos para que eles se adaptem. Os exemplos acima mencionados tornam claro o caráter imbrincado da corporeidade com as práticas cotidianas, deixando evidente que qualquer mudança em qualquer um destes eixos afeta a totalidade do organismo em sua relação com o ambiente.

### **3.3 Cirurgias de readequação do estômago**

Embora sejam procedimentos que reúnem objetivos e técnicas distintas acredito ser possível apontar semelhanças entre as cirurgias bariátricas e as cirurgias de redesignação sexual, como tentarei argumentar a seguir. As cirurgias de redesignação sexual são um projeto iniciado no início do século XX mas ganham força na década de 1950, quando o “fenômeno transexual” começa a atrair maior atenção nas ciências médicas e sociais. A tensão provocada pela existência de sujeitos que não se conformam ao sexo designado ao nascimento -o chamado “sexo biológico” - faz emergir incoerências desconcertantes acerca dos pressupostos que envolvem o sexo, gênero e desejo. Na tentativa de tornar inteligível a

existência destes sujeitos que escapam à classificação de gênero convencional é criado o conceito de “disforia de gênero” na psiquiatria para indicar o transtorno de identidade de gênero e é introduzida a solução cirúrgica para “adequar” a experiência do paciente ao sexo biológico, pressupondo-se assim que a transexualidade reside no desalinho entre mente e corpo. A transexualidade patologizada obedece a um roteiro de diagnose e tratamento dirigido por psiquiatras, endocrinologistas e médicos cirurgiões que juntos trabalham para verificar a veracidade das demandas subjetivas dos sujeitos transexuais e, posteriormente, “produzir” gênero a partir de diversas tecnologias. O paciente deve antes da cirurgia de redesignação sexual seguir protocolos que envolvem dois anos de terapia psíquica, testes de personalidade, exames físicos de rotina, terapia hormonal e o “teste da vida real”, isto é, realizar a performance do gênero pretendido em tempo integral (BENTO,2006). Durante este logo período os pacientes devem ser capazes de convencer a equipe médica, por meio de suas performances sociais e também pela adesão plena ao “tratamento”, que serão capazes de viver o outro gênero. A existência do sujeito transexual retira do gênero qualquer disposição puramente biológica, -que antes supomos como uma característica “natural” – e oferece a possibilidade de assistir à construção, através de práticas cotidianas, de uma nova manutenção do gênero.

Não existe um processo específico para a constituição das identidades de gênero para os/as transexuais. O gênero só existe na prática, na experiência, e sua realização se dá mediante reiterações cujos conteúdos são interpretações sobre o masculino e o feminino, em um jogo, muitas vezes contraditório e escorregadio, estabelecido com as normas de gênero. O ato de pôr uma roupa, escolher uma cor, acessórios, o corte de cabelo, a forma de andar, enfim, a estética e a estilística corporais são atos que fazem o gênero, que viabilizam e estabilizam os corpos na ordem dicotomizada sobre os gêneros. (BENTO,2004, p.144)

Se, por sua vez o sujeito transexual torna explícito o caráter contingente do gênero, a cirurgia de redesignação sexual e a concepção de doença que a justifica aparecem como ferramentas fundamentais para a sustentação das heteronormas que configuram o sexo e o gênero, que de outra forma colapsariam ao encontro do não binarismo (BENTO,2006;2004).

Autores como Henry Benjamin convergem para concepção de que o sujeito transexual é um homem preso num corpo de uma mulher ou uma mulher presa num corpo de homem, nada além ou em seu intermédio, e somente a investigação médica seria capaz de acessar a verdade sobre se alguém é ou não um transexual legítimo.

Mesmo diante de todo o rigor dos procedimentos, sempre paira uma dúvida: será que ele/e é um/a transexual? (...) Em última instância, o que contribuirá

para formação de um parecer médico sobre os níveis de feminilidade e masculinidade presentes nos demandantes são as normas de gênero. As normas estão sendo criadas, em séries de efeitos discursivos que se vinculam a elas, quando o processo de um/a " candidato/a" é julgado no final. (BENTO, 2006, p.51)

Apesar do longo processo que envolve a realização da redesignação sexual, os pacientes nunca deixam de estar sujeitos ao questionamento de suas identidades em suas interações sociais. Até mesmo a linguagem que se utiliza para designar estes indivíduos- a mulher e o homem transexuais- parecem corroborar para o fato de que tais sujeitos nunca são apenas mulher e homem.

A partir desta breve contextualização é possível fazer algumas considerações sobre as semelhanças entre os dois procedimentos aqui colocados. Nota-se que embora sejam comumente atribuídas ao plano subjetivo é no plano material que se intervém na busca pela redefinição social às problemáticas de gênero e à questão dos hábitos alimentares. Na cirurgia de redesignação sexual é preciso se livrar da materialidade do sexo biológico para produzir uma performance de gênero “verdadeira”. Da mesma forma, na cirurgia bariátrica é preciso impor ao organismo uma *readequação do estômago* para provocar a alteração na matéria corporal, obrigando o sujeito gordo a uma dieta alimentar restrita e assim atingindo o corpo emagrecido. Em ambos os casos existem controvérsias sobre o lugar patológico em que obesidade e transexualidade foram colocadas mas estes rótulos tornam possível que equipes médicas possam intervir e coproduzir novas práticas.

Tão necessário ao obeso quanto à pessoa transexual é o convencimento destas equipes multidisciplinares aos seus ímpetos de transformação corporal bem como a atuação da adesão firme ao tratamento, o que no caso do obeso significa a perda de peso antes da cirurgia proposta pelos médicos e no caso do sujeito transexual o aprimoramento das performances de gênero.

Obeso não pode ter o estômago “normal” assim como a realidade de gênero do transexual precisa de vários elementos que o afastem de seu sexo biológico. Assim, podemos chegar à conclusão de que a lógica operada em ambos os procedimentos busca promover normalidade tendo como parâmetro a ideia de uma natureza primeira (biológica) que parece residir no corpo. Isto fica claramente evidenciado, para o obeso que recorre à cirurgia bariátrica, na ideia posta anteriormente pelo médico de que temos após a cirurgia um “obeso-magro”. Nesta perspectiva, o obeso-magro nunca é apenas magro mas sua obesidade parece permanecer mesmo quando o corpo é emagrecido, contrariando-se aí o próprio conceito de

obesidade enquanto doença. Quando o médico afirma que o procedimento é uma manobra para driblar o corpo ele assume a obesidade como uma condição essencializada no corpo do obeso. A cirurgia costura uma “artificialidade” magra mas destarte a aparência de magreza, o ex-obeso nunca se pode reivindicar uma condição totalmente não obesa já que, como é dito pelo médico “todos os fatores genéticos, hereditários, e alguns psicológicos que levaram você a ficar obesa ainda estão em você.”

Da mesma forma que a pessoa que passa pela redesignação pode ser eternamente confrontada por conta do seu sexo biológico, o bariatrizado é referenciado como um obeso-magro porque apesar da forma do corpo se modificar, “por dentro” ele ainda é tido como obeso. A normalidade conquistada pela cirurgia bariátrica é tida como uma sofisticada manobra para esconder uma obesidade celular, genética e psíquica que deve ser controlada.

Uma contradição reside no fato de que apesar da concepção essencial e biológica que o médico faz da obesidade, a culpabilização do obeso pela sua própria condição continua a existir, assim como a responsabilidade do sucesso do tratamento bariátrico é transferida ao paciente e a sua capacidade de seguir padrões pré-estabelecidos.



## CONCLUSÃO

### **Relativizando o sucesso da cirurgia e o controle dos riscos**

Quando entrei em contato pela última vez com Tales, quatro meses depois da operação, ele havia perdido 42Kg, saindo de 165 kg para 123 kg. Seu emagrecimento até ali havia sido classificado como satisfatório pelo médico. Segundo Tales a psicóloga também não havia “colocado defeito” no seu processo de emagrecimento, somente a nutricionista, baseando-se em seus exames, prescreveu algumas vitaminas para suplementar sua alimentação.

Tales ainda é um obeso grau III, seu IMC é de 37,96 Kg/m<sup>2</sup>, tem sofrido quase que diariamente com crises de vômito, tendo alguns casos de desmaio e tontura durante o dia. Ainda considera trabalhoso se alimentar. No primeiro mês Tales não tinha muita disposição para nada, se sentia fraco com frequência. Dona Jucilene ficou preocupada, porque ele estava emagrecendo muito rápido, mas ela acreditava que em algum momento o peso dele iria se estabilizar, assim como seus hábitos alimentares. Tales, no entanto, se sente feliz com o resultado da cirurgia e, a cada dia comemora feitos como poder caminhar com mais facilidade e subir escadas sem se sentir tão cansado. O que mais o incomoda são as peles que exibe principalmente na barriga e no braço e justo por isso ele está determinado a emagrecer o quanto puder para realizar uma cirurgia estética. Mesmo assim, ele conseguiu um emprego no porto de Salvador e considera isto um efeito positivo da cirurgia.

O excesso de peso de Tales após a cirurgia é um excesso que difere fundamentalmente daquele do período pré-cirúrgico já que, para a equipe médica a noção de risco vai diminuindo conforme o peso vai sendo subtraído. Como observa Throsby (2011) a partir dos pacientes que ela acompanhou em um hospital na Inglaterra, ao longo do processo bariátrico muitas vezes há um reenquadramento do enfoque dado ao início do processo. Assim, a principal atuação da obesidade performada no início do contato entre médico e paciente, a que associa excesso de peso ao risco, e a que se torna o motor argumentativo para a realização da cirurgia, pode ser levada a segundo plano, e outras variáveis como o aumento da autoestima e da mobilidade podem ser trazidas à tona quando a perda de peso não coloca o paciente na normalidade preterida.

Não é apenas uma questão de grau, mas também de contexto e história: a um paciente que se apresenta a um clínico geral pela primeira vez com um IMC de 35 poderá ser requerido alguma intervenção para o emagrecimento, mas um paciente cujo o IMC caiu pós-cirurgicamente de 65 para 35 não é mais visto como um alvo para nenhuma intervenção. Estas são obesidades diferentes; a cirurgia altera mais do que o IMC. (THROSBY,2011, p.6)<sup>30</sup>

Esta nova obesidade atuada, a obesidade de Tales à nossa última conversa é experienciada por ele como uma transição. Restam ainda pouco mais de um ano para que Tales perca o máximo de peso possível. Isto porque a manobra cirúrgica que produz efeitos emagrecedores não impede que após o prazo máximo de dois anos o organismo vá aos poucos reestabelecendo sua capacidade de absorção, tornando o emagrecimento mais difícil. Seu médico o avisou que alcançar esta meta depende da sua própria disposição em respeitar os limites do estômago, não ingerir alimentos muito calóricos e realizar atividades físicas. Neste sentido, há uma linearidade do discurso sobre os corpos dos pacientes no ambulatório: eles são culpabilizados por serem obesos -porque supostamente desviaram do comportamento alimentar normalizado- mas também são responsáveis para que a cirurgia seja eficaz retomando as rédeas do controlo sobre os seus corpos. Murray (2010) compreende que o comer pós bariátrico substitui a constante vigilância dietética e a culpa que cercam o obeso por uma alimentação que compreende a um regime forçado, onde controle permanece e onde o prazer é secundarizado.

O planejamento do comer ainda é necessário a fim de garantir aos pacientes o consumo de nutrientes necessários diariamente, já que a mal absorção é frequentemente um problema para os pacientes. Adicionalmente, eventos como jantares sociais podem ser difíceis, já que uma conversa pode desviar a atenção da mastigação na boca: se toda a comida não for mastigada em uma pasta, ela pode se tornar dura no orifício estomacal, criando dor e desconforto, frequentemente resultando numa vontade de vomitar (MURRAY,2010, p.8)

No ainda turbulento processo que se segue a adaptação, Tales aprende a manejar seu estômago incorporando as prescrições médicas mas principalmente experimentando na prática aqueles alimentos que melhor lhe cabem. Ele caminha rapidamente para alcançar o IMC que o

<sup>30</sup> No original "This is not just a matter of degree, but also of context and history: a patient presenting herself to a general practitioner (GP) for the first time with a BMI of 35 would most likely be identified as requiring some form of weight-loss intervention, but a patient whose BMI has fallen post-surgically from 65 to 35 is no longer seen as a target for any intervention. These are different obesities; surgery changes more than BMI."

classificará como saudável mas ainda assim permanece com uma série de problemas, como o excesso de pele e principalmente a dificuldade para se alimentar com normalidade. Como argumenta Throsby (2011) a cirurgia bariátrica muitas vezes se apresenta como uma “cura incerta” para um agregado de problemas, uma vez que mesmo que Tales seja em breve considerado “normal” ele terá de lidar para sempre com os efeitos do tratamento bariátrico, inclusive aqueles que o fazem sentir mal estar, como no caso do dumping. A cirurgia aqui se mostra onipresente na experiência de Tales.

Um novo modo de atuar o excesso de peso e a cirurgia também é percebido através de Vanessa no seu processo de adaptação. Após cinco meses da sua cirurgia ela foi de 135 Kg para 100 Kg, nunca apresentou nenhum caso de *dumping* ou qualquer outra dor em decorrência da cirurgia. Seu emagrecimento é por ela comemorado, ela se sente melhor e mais leve. No entanto, ela tem de negociar os sentidos da cirurgia com as expectativas do seu marido, filha e amigos. Como vimos antes, o controle sobre seus hábitos parte não apenas dela própria ou da equipe multidisciplinar, mas principalmente do seu companheiro, que atribui a Vanessa um comportamento relapso quanto ao tratamento, o que implica numa insuficiente perda de peso. Conversamos sobre os resultados da cirurgia em sua residência, ocasião em que seu marido demonstrou sua insatisfação:

**Vanessa:** É muito estresse a minha vida. É roupa para lavar, roupa da casa, roupa de minha mãe, que é separado, tem que lavar direto e na mão. Minha filha mesmo não faz nada. Você vê agora ela foi pra academia, quando chegou da academia dormiu e mais tarde ela vai trabalhar lá no Bom Preço. Ela não me ajuda em nada, só eu sozinha para fazer tudo. E ele também [apontando para o marido] só falta me pedir água na mão, qualquer dia desses eu dou uma de doida aqui. E costura também, toda hora é uma coisa para fazer. Aí mãe tá aí gritando, daqui a pouco eu tenho que parar tudo para ir dar banho nela [...]. Ele fica de manhã até de noite me controlando e eu não aguento pressão. E outra, todo mundo que faz a cirurgia bariátrica volta a comer normal, mas a quantidade que é mínima. Você comendo normal você já tá faltando vitamina no corpo, imagine se você entrar numa dieta?

**Marido de Vanessa:** Entenda, entenda...Você comer bem não é você comer com gordura. Você comer bem é você comer saudável. Você tá comendo tudo!

**Vanessa:** Sim, e você me ajuda? Vá fazer uma comida de regime pra ele pra você ver como ele fica? Eu vou ficar fazendo comida pra você, pra mãe, me ajude, pelo amor de deus!

**Marido de Vanessa:** É que ela tá confundindo a coisa. Uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa. Você vai comer um pão, você vai lá e come o pão integral. Vai tomar um leite, toma desnatado, mas você não deixa de tomar o leite. É você mudar seu ritmo. Exercício? Agora que ela começou, começou segunda feira, de tanto eu apertar a mente dela. Porque, o que que acontece? Antes dela fazer a cirurgia ela perdeu 10 Kg, então na cirurgia ela só perdeu 25Kg, tá pouco! Então eu acharia que se ela tivesse um pouco mais de... Ela estaria menos, mas dependeria dela. Da força de vontade dela.

**Vanessa:** Venha cá, médico, já que você sabe tudo! Se o médico disse que eu tenho um ano e seis meses para emagrecer e eu só tenho cinco meses de operada, você acha que eu não vou emagrecer mais não?

Throsby (2011) argumenta que “a cirurgia e a administração do excesso são sempre mais do que sobre a saúde, incorporando preocupações estéticas e morais tanto quanto outras condições de saúde (igualmente múltiplas), que inevitavelmente impactam nas experiências dos pacientes e em suas avaliações da cirurgia (...)”, o que pode ser notado tanto na fala do marido de Vanessa quanto na insatisfação da paciente sobre o tipo de corpo que ela pretende ter (THROSBY,2011, p.13). A insatisfação com o atual peso de Vanessa demonstrada pelo seu marido parece se associar a ideia amplamente difundida de que o gordo possui qualidades morais repulsivas, como a preguiça, o desleixo, o descontrole e a incapacidade (WAAN, 2009), repousando, sobre essa corporalidade o estigma da negligência. Através da cirurgia bariátrica este *self* normalmente atribuído ao obeso pretende ser refundado, algo que abordamos no primeiro capítulo, atuando assim novas subjetividades imbricadas às mudanças corporais dos sujeitos. Ao expor sua insatisfação com o emagrecimento de Vanessa seu cônjuge mostra-se decepcionado porque a alteração do organismo de Vanessa supostamente não alterou seu comportamento, que deveria agora ser mais tenaz e resiliente (“se ela tivesse um pouco mais de...”). A posição do marido de Vanessa em muito se assemelha com a do médico que define o indivíduo *bariatrizado* como um obeso-magro. Esta posição pode gerar duas (ou mais) conotações. A primeira diz respeito à própria ideia de que as qualidades primárias, isto é, a natureza biológica do corpo determina o verdadeiro eu, que é obeso (por fatores genéticos, celulares, dentre outros) mas que está sendo domado pela atuação artificial

dos cirurgiões. Outra possibilidade é entender o obeso-magro como um sujeito que, em razão do método de emagrecimento, ainda tem uma “cabeça de gordo” ocultada por uma anatomia magra. Apesar de não serem contraditórias, essas perspectivas carregam profundas diferenças ontológicas. A ideia de que o caráter obeso do indivíduo está circunscrito às suas células, retira desse sujeito a possibilidade de atuar na transformação do *self* e sela o destino deste que, independente da sua configuração corporal, sempre carregará consigo uma natureza fundamentalmente gorda. Nesse caso a cirurgia bariátrica não apareceria como possibilidade de emergência de um eu-verdadeiro, mas sim como uma ferramenta ilusória e de atuação violenta contra uma natureza imutável. A segunda concepção, porém, carrega em si um julgamento moral. Essa perspectiva considera que, já que o emagrecimento não se deu por vias convencionais, a mente, racional e responsável pela disciplina corporal, não teria passado pela longa e dolorosa jornada transformadora que permitiria que ela se estabelecesse enquanto pináculo do autocontrole e do comedimento. A cirurgia bariátrica provocaria, portanto, uma inversão. Agora é o corpo suturado, desviado e grampeado que impede a mente-gorda e o organismo naturalmente obeso, insaciável e bestial, de praticar seus descontroles. O controle é debaixo pra cima e o somente através da força dessa governança corporal que a “cabeça” e pode encontrar qualquer possibilidade de acompanhar o corpo em sua transformação. É imperativo que ela o faça já que, vencido o “prazo de validade” da cirurgia, sem a colaboração dessa consciência, o sujeito periga voltar à realidade de obeso-obeso.

Qual cirurgia foi mais bem sucedida, a de Vanessa ou a de Tales? Esta resposta, obviamente, depende dos fatores que iremos considerar na avaliação. Se o ponto capital for a perda de peso dos indivíduos Tales obteve mais sucesso do que Vanessa. Se, no entanto, considerarmos o bem estar dos pacientes esta resposta permanecerá a mesma? Ainda há tempo para que eles alcancem o IMC esperado para seus tamanhos mas a forma como o emagrecimento de ambos vem ocorrendo parece ser fundamentalmente distinta, com destaque para os frequentes episódios de *dumping* experienciados por Tales. Se o objetivo inicial da cirurgia é reestabelecer a saúde dos pacientes e afastar o risco de outras doenças podemos dizer que o conhecimento médico, por meio da ação dos cirurgiões, foi efetivo no caso de Tales e Vanessa?

Num cenário onde, por um lado, há uma poderosa mobilização biomédica que enxerga na cirurgia bariátrica o caminho para reenquadrar corpos obesos e leva-los à condição de corpos saudáveis, e, por outro, há uma série de atores dentro e fora dos espaços acadêmicos que compreendem a cirurgia bariátrica como uma espécie de mutilação (WANN,2009) para

que lado devemos pender? Há, claramente, um conflito político em relação ao uso da cirurgia bariátrica para emergência de um corpo alinhado à norma. Isso porque o movimento de *fat acceptance* argumenta que essa desarmonia nasce a partir de um senso de anormalidade e profundo desprezo associados ao corpo gordo. Tal grupo argumenta que a realização da cirurgia buscando a emergência de um *self* mais autêntico e capaz de ser admitido irrefletidamente nas diversas interações sociais, corrobora com o estigma que marca a experiência vivida do indivíduo gordo. Para os defensores dessa tendência sociopolítica a verdadeira solução seria mais profunda, isto é, a busca pelo acolhimento e valorização das variedades corporais, incluindo o corpo gordo.

Throsby (2012) argumenta que ter uma posição crítica à cirurgia bariátrica não implica em eliminar as experiências dos pacientes, sobretudo daquelas que demonstram satisfação com o procedimento. Considerar pacientes tão somente como alvos diante de discursos historicamente construídos sobre a gordura implica, em última instância, em diminuir a capacidade de agência destes sujeitos e considera-los vítimas. O domínio que os pacientes precisam desenvolver a respeito dos alimentos e da própria forma como a cirurgia é realizada demonstra que os pacientes não são ludibriados pela equipe médica, que por sua vez seria ludibriada por uma indústria, mas que os obesos tomam partido do tratamento, compartilhando informações com outros pacientes e manejando formas de lidar com a intervenção cirúrgica e suas consequências.

Se não se pode negar a existência de uma constante política anti-obesidade que atinge a vontade dos pacientes em algum nível por outro lado tratamentos como a cirurgia bariátrica são arranjos complexos que envolvem relações somente verificáveis na prática e que não podem ser reduzidas ao imperativo do “discurso social”. Convidando-nos a olhar para o dia-a-dia de alguns pacientes operados Throsby observa que mesmo os pacientes que conformam positivamente a cirurgia bariátrica expressam resistências discretas ao procedimento em suas vidas cotidianas. Estes atos de resistências são negociações ou negativas em seguir um plano desenhado pelos médicos no que se refere ao comportamento alimentar pós-bariátrico. Uma das formas com as quais os pacientes que Throsby acompanhou demonstraram estas pequenas resistências foram os “resmungos”. Através de respostas grosseiras ou comentários mal-educados aos questionamentos dos nutricionistas e médicos aos sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica desafiavam o roteiro previamente estabelecido para suas rotinas alimentares. Na prática, as refeições dos pacientes não podiam levar em consideração apenas as indicações dos médicos, mas também a vida social do paciente, a compatibilidade da

alimentação à sua rotina de trabalho, bem como outros fatores. A persistência de doenças crônicas quando os pacientes atingem a um peso “ideal”, também provoca nestes a reflexão sobre a não equivalência entre outras doenças e obesidade. Isto é, ao mesmo tempo os pacientes resistem à cirurgia e também sujeitam-se a ela numa composição complexa. Afirmar que a cirurgia é pura e simplesmente uma abominação médica e que as pessoas que realizam a cirurgia são corpos docilizados perante um discurso médico coercitivo (BACON,2010) talvez não seja a melhor forma de lidar com o fenômeno das cirurgias. Ao invés disso o artigo de Throsby demonstra que as pequenas resistências cotidianas à cirurgia podem ser importantes para complementar um debate ético sobre este procedimento cirúrgico, incluindo-se aí os pacientes.

Por em questão a eficácia do tratamento bariátrico não significa torná-lo automaticamente ruim mas refletir sobre o modo como o conhecimento é atuado e o que ele provoca. Para Mol (2002) refletir sobre o lugar político da prática médica não se trata apenas de definir o que é certo ou errado mas, a partir das várias realidades (ontologias múltiplas) pôr em pauta os benefícios trazidos por cada intervenção na realidade. Se a categoria do *risco* é o principal mote pelo qual a obesidade tornou-se combatida em esfera mundial o controle destes riscos via intervenção cirúrgica exercem, na prática, maiores benefícios do que prejuízos aos pacientes? Pensar a obesidade como um único fenômeno ancorado numa única percepção de doença pode deixar escapar não apenas a multiplicidade dos corpos mas também os arranjos práticos sobre os quais a vida cotidiana dos indivíduos está ancorada. Os casos de Vanessa e Tales mostram que uma discussão mais ampla sobre as benesses deste tratamento deve ser necessária num contexto onde a cirurgia bariátrica ganha, a cada ano, maior protagonismo no tratamento da obesidade.

## REFERÊNCIAS

ALLISON, David B. et al. Obesity as a Disease: A White Paper on Evidence and Arguments Commissioned by the Council of The Obesity Society. **Obesity**, [s.l], v. 16, n. 6, p.1161-1177, 06 jun. 2008.

ALVES, Paulo César. **A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença**: breve revisão crítica. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 22(8): 1547-1554. 2006.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Report of the Council on Science and Public Health, Report 3-A-13. Is obesity a disease? 2013 Disponível em < <http://www.ama-assn.org/assets/meeting/2013a/a13-addendum-refcomm-d.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2013

ANJOS, L. A. **Índice de massa corporal (kg.m<sup>-2</sup>) como indicador do estado nutricional de adultos**: uma revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, 26(6):431-436, 1992.

BENTO, B. (2006). **A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.

BENTO, Berenice. Política da diferença: feminismos e transexualidades. In: COLLING, Leandro (Org.). **Stonewall 40 + o que no Brasil?**. EDUFBA:Salvador.2011

BENTO, Berenice. Da transexualidade oficial às transexualidades. In: Piscitelli, Adriana; Gregori, Maria Filomena; Carrara, Sergio. (Org.). **Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras**. Garamond: Rio de Janeiro.2004

BURGARD, Deb. What is "Health at Every Size?". In: ROTHBLUM, Esther; SOLOVAY, Sondra (Ed.). **The Fat Studies Reader**. New York: New York University Press, 2009. p. 41-53.



BUTLER, Judith. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte:Autêntica Editora, 2001. p. 151-172.

CAITITÉ, Amanda Muniz Logeto. **A multiplicidade da doença**: atuação da dor crônica na acupuntura e no bloqueio local. 107 f. il. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

CALVO-GONZÁLEZ, Elena. Natureza e cultura através da história da antropologia. In: ALVES, Paulo César. **Cultura: múltiplas Leituras**. Edufba:Salvador,2010.

CALVO-GONZÁLEZ, Elena. Construindo corpos nas consultas médicas: uma etnografia sobre hipertensão arterial em Salvador, Bahia. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. 61, Apr. 2011 .

CASTRO, Eduardo Viveiros de. **Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio**. *Mana* [online]. 1996, vol.2, n.2, pp. 115-144. ISSN 0104-9313.

CSORDAS, Thomas. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

FANDIÑO, J; BENCHIMOL, Alexander K; COUTINHO, W; APPOLINÁRIO, J. **Cirurgia Bariátrica**: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. In: *Revista Psiquiatria*. Rio Grande do Sul. nº 26, v 1. p. 47 a p. 51

FIGUEIREDO, Simone Pallone. **Medicalização da Obesidade**: a epidemia em notícia. 2009. 229 f. Tese (Doutorado) - Curso de Política Científica e Tecnológica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009. Disponível em:  
<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000471879&fd=y>>. Acesso em: 25 maio 2014.

GILMAN, Sander L. **Fat**: A Cultural History of Obesity. Cambridge: Polity, 2008.

HARBERS, Hans; MOL, Annemarie; STOLLMEIJER, Alice. Food Matters: Arguments for an ethnography of daily care. **Theory, Culture & Society: Explorations in Critical Social Science**, Londres, v. 19, n. 5-6, p.207-226, 19 dez. 2002.

HIRSCHAUER, Stefan. Performing Sexes and Genders in Medical Practices. In: BERG, Marc; MOL, Annemarie (Org.). **Diferences in Medicine: Unraveling practices, techniques, and bodies**. Duke University Press: Durham. 1988

INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 18, n. 37, June 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832012000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832012000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 mai. 2014.

KRANS, Brian. **American Medical Association: Obesity Is a Disease**. 2013. Disponível em: <<http://www.healthline.com/health-news/policy-ama-says-obesity-is-not-a-disease-061813#>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

LALLEMENT, Michel. **História das Ideias Sociológicas: Das Origens a Max Weber**; Tradução de Ephraim F. Alves. 4ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008

LATOUR, Bruno. **Ciência em Ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora da Unesp, 2000.

LATOUR, Bruno. **Da fabricação à realidade: Pasteur e seu fermento de ácido lático**. In: A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. São Paulo: EDUSC, 2001. P.133 a 168.

LATOUR, Bruno. **Como falar do corpo: a dimensão normativa dos estudos sobre ciência**. In: Revista Body and Society. Vol. 10 (2/3). p.205 a p. 229. Tradução: Gonçalo Praça. 2008

LATOUR, Bruno. **Reagregando o social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede**. Salvador: Edufba. 2012

LEBESCO, K. **Revoltng Bodies: The Struggle to Redefine Fat Identity**. Amherst: University of Massachusetts Press.2004

LOSS, Angelo Bustani et al. Avaliação da síndrome de dumping em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico com reconstrução em Y de Roux.Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912009000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000500009&lng=en&nrm=iso)>.

MAUSS, Marcel. As Técnicas do Corpo. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 1935/2003. p.401-422

MERLEAU-PONTY, Maurice. **A fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes. 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 628/GM 26 de abril de 2001. Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SVS. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2012. Brasília: DF; 2013. Disponível em <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/27/coletiva\\_vigitel\\_270813.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/27/coletiva_vigitel_270813.pdf)> . Acesso em 11/11/2013.

MOL, Annemarie. **The Body Multiple: Ontology in Medical Practice**. Durham: Duke University Press, 2002.

MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied action enacted body: the exemple of hypoglycaemia. **Body & Society**. 10(2-3): 43-62. 2004.

MOL, Annemarie. I Eat an Apple: On Theorizing Subjectivities. **Subjectivity**, [s.l], v. 22, n. 1, p.28-37, maio 2008

MOL, Annemarie. Moderation or Satisfaction? Food ethics and food facts. In: VANDAMME, Sofie; VATHORST, Suzanne van de; BEAUFORT, Inez de. **Whose Weight is it Anyway?** Essays on Ethics and Eating. Lovaina: Acco, 2010. p. 121-132.

MURRAY, Samantha. The 'Fat' Female Body. London: Palgrave Macmillan, 2008.

MURRAY, Samantha. Women Under/In Control? Embodying Eating After Gastric Banding. In: VANDAMME, Sofie; VATHORST, Suzanne van de; BEAUFORT, Inez de (Ed.). **Whose Weight is it Anyway?** Essays on Ethics and Eating. Lovaina: Acco, 2010. p. 43-54.

SALES JÚNIOR, Dário Ribeiro de. **Sobre Olhar e Aprender:** Um estudo sobre o processo de aprendizado religioso de crianças candomblecistas. 2013. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SOBAL, Jeffery. The Medicalization and Demedicalization of Obesity. In: MAURER, Donna; SOBAL, Jeffery (Ed.). **Eating Agendas:** Food and Nutrition as Social Problems. Piscataway: Transaction Publishers, 1995. p. 67-90.

PIMENTA, Scyla Pinto Costa. **Short curtinho e barriga de fora:** experiência de corpo e avaliações estéticas de mulheres num bairro periférico de Salvador. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado)- Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

POLLACK, Andrew. **A.M.A. Recognizes Obesity as a Disease.** 2013. Disponível em: <[http://www.nytimes.com/2013/06/19/business/ama-recognizes-obesity-as-a-disease.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2013/06/19/business/ama-recognizes-obesity-as-a-disease.html?_r=0)>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SOBAL, Jeffery. The Size Acceptance Movement and the Social Construction of Body Weight. In: MAURER, Donna; SOBAL, Jeffery (Ed.). **Weighty Issues:** Fatness and Thinness As Social Problems. Piscataway: Aldine Transaction, 1999. p. 231-250.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Evolução da Cirurgia bariátrica no Brasil. Disponível em <http://www.sbcbr.org.br/cbariatica.php?menu=0>>. Acesso em 11 nov. 2013.

SOUZA, Iara Maria de Almeida. A noção de ontologia múltipla e suas consequências políticas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 36. 2012, Águas de Lindóia. **Anais....** [s.l]: Anpocs, 2012. p. 1 - 20.

THROSBY, Karen. Happy Re-birthday: Weight Loss Surgery and the 'New Me'. **Body & Society**, [s.l], v. 14, n. 1, p.117-133, mar. 2008.

THROSBY, Karen. Obesity surgery and the management of excess: exploring the body multiple. **Sociology Of Health & Illness**, [s.l], v. 34, n. 1, p.1-15.

THROSBY, Karen. 'I'd kill anyone who tried to take my band away': Obesity Surgery, Critical Fat Politics and the 'problem' of Patient Demand. **Somatechnics**. Volume 2, Issue 1, p.107-126, 2012.

VAN DE PORT, Mattijs. Genuinely Made Up: Camp, Baroque and the Production of the Really Real. **Journal of the Royal Anthropological Institute** nº18, p. 864-883.

VIGARELLO, Georges. **As metamorfoses do gordo no ocidente**: da Idade Média ao século XX. Tradução Marcus Penchel. Petrópolis, RJ:Vozes, 2012.

WANN, Marilyn. Fat Studies: an invitation to revolution. In: **Fat Studies Reader**. ESTHER, R; SONDRÁ, S. (Org). New York University Press: New York; London. 2009.

WHO. The World Health Report 2000. **Obesity** - preventing and managing the Global Epidemic II Series. 2000. Geneve.

YOSHINO, Nair Lumi. **A Normatização do Corpo em "Excesso"**. 2010. 406 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas,

2010. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000775986>>. Acesso em: 28 maio 2014.

## ANEXOS



Legenda: Vanessa antes da cirurgia bariátrica



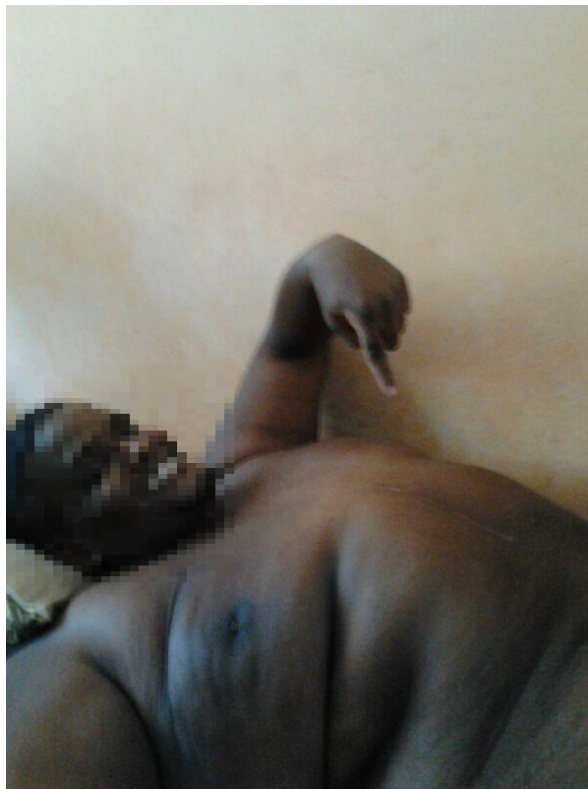


Legenda: Vanessa após a cirurgia bariátrica, quando perdeu 35 Kg





Legenda: Tales no dia posterior à cirurgia



Legenda: Tales antes de tirar os pontos da cirurgia bariátrica.



Legenda: Tales após perder 42 Kg

